

225
1:10
0410.4

PLAN DE DESARROLLO INTEGRAL PARA LA COSTA PACIFICA
PROGRAMA DE SERVICIOS SOCIALES BASICOS
Proyecto de Atención Primaria en Salud
MINSALUD-CVC-UNICEF

COMPLEMENTACION EDUCATIVA DE PARTERAS EMPIRICAS
Primer Taller de Evaluación
- Informe -

CVC, Cali, Feb 1987.

Feb?

Copia No Controlada CVC

RELACION DE PERSONAS Y ENTIDADES PARTICIPANTES

Nombre	Cargo y Entidad
Lic. Myriam Riaño	Enfermera División Materno Infantil MINSALUD
Dra. Gloria Marín B.	Jefe Sección Materno Infantil Servicio Seccional de Salud de Nariño.
Lic. Mariana Mejía	Enfermera, Sección Materno Infantil Servicio Seccional de Salud Nariño.
Lic. Sonia Quebradas S.	Enf. Jefe Regional Occidente Tumaco, Servicio Seccional de Salud de Nariño.
Lic. Amparo López	Enfermera Jefe Regional Guapi Servicio Seccional de Salud del Cauca.
Lic. Amparo Buriticá	Enfermera Sección Materno Infantil Servicio Seccional de Salud del Cauca.
Rufina Ruales	Aux. de Enfermería Servicios Ambulatorios Hospital Guapi Servicio Seccional de Salud del Cauca.
Lic. Orfa Antía *	Enfermera Jefe Sección Materno Infantil Servicio Seccional de Salud del Valle.
Dra. Myriam Cruz	Jefe Sección Materno Infantil Servicio Seccional de Salud del Valle.
Lic. Alicia de Hurtado	Enfermera Regional Buenaventura Servicio Seccional de Salud del Valle.
Lic. Arladys Valencia	Enf. Jefe Servicio Ambulatorio Hospital Buenaventura, Servicio Seccional de Salud del Valle.
Lic. Marlene Guerrero	Enfermera Jefe Servicios Ambulatorios Hospital Buenaventura, Servicio Seccional de Salud del Valle.
Higinia Mina	Aux. de Enfermería Hospital Puerto Merizalde Servicio Seccional de Salud del Valle.
Lic. Faryd Mosquera	Enfermera Jefe Sección Materno Infantil Servicio Seccional de Salud del Chocó.
Emiselda Palacios	Aux. Enf. Hospital Pizarro Servicio Seccional de Salud del Chocó.
Libia Paz	Aux. Enf. Hospital Bahía Solano Servicio Seccional de Salud del Chocó.
Norfa Figueroa	Aux. Enf. Hospital Istmina Servicio Seccional de Salud del Chocó.
Dr. Baltazar Mejía **	Coordinador Operativo Minsalud-Pladeicop CVC.
Ing. Rubén Darío Cartagena	Jefe Grupo Salud Pladeicop-CVC.
Lic. María Mercedes Burgos **	Enfermera Epidemióloga Grupo Salud Pladeicop-CVC.

(*) Colaboradora.- (**) Coordinadores.

INDICE

	Pg.
RELACION DE PERSONAS Y ENTIDADES PARTICIPANTES	1
1. INTRODUCCION	2
2. INFORME SOBRE EL PROYECTO DE PARTERAS DE LA REGIONAL DE OCCIDENTE (1986) SSS-CAUCA.	3
2.1 Análisis sobre la situación materno-infantil.	3
2.2 Actividades adelantadas en la ejecución del proyecto.	8
2.3 Observaciones acerca del desempeño de las parteras y la participación de la comunidad en el programa.	9
2.4 Otros comentarios y recomendaciones.	11
3. INFORME SOBRE EL PROYECTO DE PARTERAS EMPIRICAS EN LA COSTA DEL VALLE.	12
3.1 Actividades del proyecto.	12
3.2 Seguimiento por el SSS del Valle y la Unidad Regional de Buenaventura.	13
3.3 Recomendaciones	14
3.4 Programación de actividades 1987	14
3.5 Anexos	15
4. INFORME SOBRE EL PROYECTO DE PARTERAS EMPIRICAS. UNIDAD REGIONAL TUMACO (NARIÑO).	21
4.1 Actividades realizadas en la ejecución del proyecto.	21
4.2 Programación 1987	21
4.3 Ponencia acerca del paquete educativo para complementación de parteras.	22
4.4 Algunas estadísticas pertinentes al programa.	25
5. INFORME SOBRE EL PROYECTO DE PARTERAS EMPIRICAS EN EL LITORAL CHOCCANO.	26
5.1 Actividades realizadas en la ejecución del proyecto.	26
5.2 Supervisiones realizadas a la partera	27
5.3 Registro de información que maneja la partera	27
5.4 Algunas estadísticas pertinentes al proyecto	28
6. RESUMEN DE LAS DISCUSIONES	29
7. CONCLUSIONES GENERALES SOBRE GUIA FINAL DE DISCUSION	33
ANEXO Nº 1.	36

1. INTRODUCCION

El subproyecto de Complementación Educativa a Parteras Empíricas surge como parte del Programa de Servicios Sociales Básicos, dentro del proyecto de Atención Primaria en Salud (Convenio MINSALUD-CVC-UNICEF). Su objetivo básico es el de disminuir la morbimortalidad materno-infantil en el área rural, a través de una mejoría en la calidad de la atención brindada por la partera, estimulando a la vez su mayor acercamiento a los servicios de atención primaria de los organismos de salud.

Cuatro tipos de acciones básicas se acordaron al respecto: a) elaboración de una metodología y material educativo adaptado al contexto cultural del Pacífico b) talleres de complementación y educación continuada c) dotación de material y equipo básico para atención de partos d) supervisión y seguimiento.

CVC-Pladeicop organizó este taller con el propósito de evaluar, cualitativa y cuantitativamente, las realizaciones del proyecto, y propiciar entre todos los participantes un proceso reflexivo y crítico sobre el estado y marcha actual del programa en sus aspectos docentes, administrativos y de prestación de servicios.

Objetivos del taller:

- Recolectar y analizar la información de las actividades de seguimiento, realizadas por los diferentes Servicios Seccionales de Salud al Programa de Parteras Empíricas.
- Analizar el impacto que ha producido en la comunidad receptora de los servicios.
- Analizar el sistema de información que registra la partera para reportar los nacimientos.
- Identificar los problemas encontrados en el manejo y uso de la dotación que recibe la partera.
- Recibir información de los participantes acerca de la metodología empleada para la complementación y del manejo del paquete educativo.
- Proponer un modelo gráfico en el sistema de información que maneja la partera.
- Dar a conocer la programación 1987.
- Que cada uno de los Servicios Seccionales de Salud de a conocer la programación de Educación Continuada y actividades a desarrollar con el programa de parteras.

Resultados esperados.

Con la realización en este taller se busca:

- Propiciar entre todos los participantes un proceso reflexivo y crítico sobre el estado y la marcha actual del programa en sus aspectos docentes, de cobertura, administrativos, etc., con el propósito de proponer cambios específicos.
- Que todos los participantes adquieran nuevos elementos de evaluación y seguimiento al programa de Parteras Empíricas.
- Estimular estrategias utilizadas en el desarrollo del programa para garantizar su continuidad.
- Unificar un sistema de información que permita obtener y cuantificar en forma más eficiente las actividades que realiza la Partera Empírica.
- Hacer una programación conjunta con todos los participantes para 1998.

Metodología:

El taller se realizó con los siguientes mecanismos:

- Presentación de ponencias y posteriormente reuniones de trabajo con su respectiva guía.
- Plenarias de análisis y unificación de criterios.
- Trabajo en grupo con presentación de caso.

2. INFORME SOBRE EL PROYECTO DE PARTERAS DE LA REGIONAL DE OCCIDENTE (1986). SSS-CAUCA.

2.1 Análisis sobre la situación materno-infantil.

El Servicio de Salud del Cauca, para mejor funcionalidad, ha dividido el Departamento en 5 regionales: Norte, Sur, Centro, Oriente y Occidente. Esta última corresponde a la Costa Pacífica e incluye los municipios de Guapi, Timbiquí y López.

Analizando los cuadros que se presentan a continuación encontramos:

El Cuadro N°2.1 muestra la distribución del total de parteras empíricas (51) y complementadas (29) en los municipios que integran la regional del Occidente.

En el Cuadro N°2.2 se presenta la situación del total de parteras, comparativamente entre las otras regionales y la de Occidente; las parteras censadas no complementadas en otras regionales son 423 (proporción equivale a

Cuadro N° 2.1
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD - CAUCA
Regional Occidente
Parteras Empíricas y Complementadas
- 1986 -

Municipio	Empíricas	Complementadas
Guapi	24	21
Timbiquí	14	2
López	13	6
T o t a l :	51	29

Cuadro N° 2.2
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD - CAUCA
Departamento del Cauca y Regional Occidente
Situación Parteras Empíricas
1983 - 1986

	Otras regionales	Regional Occidente
Parteras censadas (Proporción por 1000 habitantes)	423 (0.4)	51 (11%) (1.4)
Parteras complementadas	212	30
Parteras activas	140	29
Deserción (porcentaje)	(34.0%)	(3.3%)

Cuadro N° 2.3
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD - CAUCA
Regional Occidente
Actividades de la Partera Complementada
1984 - 1986

Año	Partos atendidos	Supervisores	Remisiones		
			Embarazadas	Puérperas	-1 año
1.984	188	28	48	1	3
1.985	130	23	33	-	1
1.986	200	43	42	7	21

0.4 x 1000 habitantes) y 51 en la de Occidente (1.4 x 1000 habitantes).

Las demás regionales presentan 212 parteras complementadas, de las cuales 140 están activas para un porcentaje de deserción del 34.0%, mientras que dicho porcentaje para la Regional Occidente es mínimo (3.3%): de 30 complementadas, 29 son activas.

El Cuadro N°2.3 comprende las actividades de la partera complementada, años 1984, 1985 y 1986, de acuerdo con información extractada del registro específico para esta actividad. El mayor número de partos notificados (200) se observa en 1986; en este mismo año se supervisó el mayor número de partos o post-partos (43); esto creemos que se debe a la insistencia al personal de Enfermería sobre la necesidad de una mayor actividad de control a la partera en atención del parto.

En referencia al bajo número de remisiones a los diferentes subprogramas, las parteras afirman que se les entrega a las pacientes la boleta pero no van; lo que sucede en otras ocasiones es que ellas mismas acompañan a sus pacientes al Organismo de Salud, motivo por el cual no se registra en el formulario, a no existir la boleta o un papel cualquiera, que a veces utilizan.

Como aparece en el cuadro N°2.4, 234 fueron los partos atendidos institucionalmente, en donde un 91% lo aporta el municipio de Guapi con 214 partos. En Timbiquí no se reportaron; vale la pena mencionar 2 aspectos: el primero es que a nivel urbano se cuenta con partera adiestrada y la gran mayoría de los partos son atendidos domiciliariamente; el segundo, se refiere a que sólo en 1986 el Centro Hospital de Timbiquí tuvo disponibles 5 camas.

Integrado este dato (234 partos institucionales) con el total de casos cerrados 196, Cuadro N°2.5, se observa que un buen porcentaje (84%) de esos partos atendidos fueron clasificados con el Modelo de Riesgo a través de la hoja Resultado Final Madre Recién Nacido; del total de casos cerrados, el mayor porcentaje lo reportan los de riesgo bajo así: Madre-Recién Nacido, 90.8%; Madre, 9.18% y Recién Nacido, 92.3%).

Comparando las columnas observamos que, en referencia al binomio Madre-Recién Nacido, bajan de riesgo "alto" a "bajo" 2 casos para la clasificación de la Madre y 2 para la del Recién Nacido; además, en este último paso otro caso pasa de riesgo "medio" a "bajo".

Respecto a la tasa de mortalidad materna años 1983 a 1985 (Cuadro N°2.6), comparando la Regional Occidente con el resto de regionales, se observa que la Occidente ocupó el 1º, el 2º y 4º lugar en 1983, 1984 y 1985, respectivamente. En relación con el Departamento, esta Regional tuvo en el primer año la tasa más alta (3.94), pero en los años siguientes su tasa fue inferior a la del total del Departamento (1985 y 1.61). En términos generales, la tasa de mortalidad materna es baja; no ocurre esto con la mortalidad infantil (ver Cuadro N°2.7) quien presenta tasas muy altas: la Regional Occidente, en relación con las otras regionales, ocupa el primer lugar durante los años 1983 y 1984 y el segundo lugar para 1985; con res -

Cuadro N° 2.4
 SERVICIO SECCIONAL DE SALUD - CAUCA
 Regional Occidente
 Partos atendidos institucionalmente
 1986

Municipio	Partos institucionales
Guapi	214
López	20
Timbiquí *	-
T o t a l :	234

* Disponibilidad 5 camas, a partir de 1986

Cuadro N°2.5
 SERVICIO SECCIONAL DE SALUD - CAUCA
 Regional Occidente
 Casos cerrados (resultado final: Madres-recién nacido)
 1986

Riesgo	Madre-recién nacido		Madre		Recién nacido	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	11	5.61	9	4.59	9	4.59
Medio	7	3.57	7	3.57	6	3.06
Bajo	178	90.82	180	91.84	181	92.35
Sin dato	-	-	-	-	-	-
T o t a l :	196	100.00	196	100.00	196	100.00

Cuadro N° 2.6
 SERVICIO SECCIONAL DE SALUD - CAUCA
 Unidades Regionales Servicio de Salud del Cauca
 Tasa mortalidad materna
 1983 - 1985

Unidad Regional	1983		1984		1985	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Centro	7	1.00	9	1.25	15	2.11
Norte	5	0.85	1	0.18	5	0.95
Sur	3	1.02	-	-	10	5.80
Oriente	1	2.18	2	5.41	7	14.44
Occidente	2	3.94	1	1.95	1	1.61
T o t a l :	18	1.07	36	2.25	38	2.52

Cuadro N° 2.7

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD - CAUCA
Unidades Regionales Servicio de Salud del Cauca
Tasa Mortalidad Infantil
1983 - 1985

Unidad Regional	1983		1984		1985	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Centro	263	37.1	228	31.7	320	45.0
Norte	165	27.9	125	22.3	170	32.4
Sur	55	18.7	56	27.6	131	75.9
Oriente	13	28.4	10	27.0	74	205.5
Occidente	63	124.2	45	87.7	62	191.6
Total :	559	33.0	9933	58.3	757	50.2

Cuadro N° 2.8

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD - CAUCA
Unidad Regional Occidente y Departamento del Cauca
Tasa Mortalidad Materna e Infantil
1984 - 1985

Indicador	Cauca				Regional Occidente			
	1984		1985		1984		1985	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Mortalidad Infantil	933	58.3	757	50.2	45	87.7	62	19.6
Mortalidad Materna	36	2.2	38	2.5	1	1.9	1	1.6

Cuadro N° 2.9

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD - CAUCA
Departamento del Cauca y Regional Occidente
Incidencia tétano neonatal
1982 - 1986

A ñ o	Cauca		Regional Occidente	
	N°	Tasa/100000	N°	Tasa
1.982	37	4.49	8	15.0
1.983	31	3.72	2	3.61
1.984	27	3.22	-	-
1.985	8	0.94	2	3.65
1.986	7	0.81	1	1.82

pecto al total Departamental su tasa es siempre superior.

Llama la atención el hecho de las 10 primeras causas de mortalidad y de morbilidad (anexo N°1) son producidas por patologías fácilmente reducibles. Se espera que con el PNSDI se logrará la prevención de dichas enfermedades, con la consiguiente disminución de estas tasas.

Dado que la patología del Tétano Neonatal se presente en directa relación con las actividades de las parteras, vale la pena señalar lo consignado en el Cuadro N°2.9 respecto a la incidencia del Tétano Neonatal en el Departamento del Cauca y la Regional Occidente en los años 1982-1986: se observa un descenso marcado en 1986 (1.82) representado por 1 caso cuyo parto fue atendido por una partera no complementada; no obstante, es preciso anotar que esta tasa es aún superior a la del Departamento (0.81).

En conclusión, y reforzando lo ya dicho, las causas de enfermar y morir en los niños menores de 5 años son fácilmente reducibles.

2.2 Actividades adelantadas en la ejecución del proyecto.

2.2.1 Complementación educativa.

Como ya se mencionó, se han capacitado, en total 29 parteras (21 en Guapi, 2 en Timbiquí, 2 en López), de un total de 51 existentes (24 en Guapi, 14 en Timbiquí, 13 en López).

2.2.2 Supervisión.

La supervisión a las parteras complementadas de la Regional Occidental del Cauca, se viene haciendo, aunque no de manera muy regular, en forma directa o indirecta, a través de las siguientes acciones:

a. Supervisión directa:

-Observación de la atención del parto domiciliario por parte de la auxiliar en enfermería; la enfermera coordinadora no dispone de tiempo suficiente para dicha actividad.

-Observación del aseo y orden de los elementos de trabajo y la vivienda.

-Apariencia personal de la partera.

-Manejo de la enfermedad diarreica aguda (EDA), con las sales de rehidratación oral, suero casero o agua de pipa.

-Condiciones de las pacientes remitidas por las parteras a los organismos de salud.

-Demostraciones en las reuniones bimensuales de educación continuada.

b. Supervisión indirecta:

-Conocimientos que se detectan en la partera acerca de los organismos de salud de su región y de los servicios que se prestan.

-Interrogatorio sobre la información que imparten a las familias.

-Remisiones hechas por las parteras a los organismos de salud.

-Informes entregados a la auxiliar de enfermería del Programa Materno Infantil de su vereda (Notificación del parto, cuidados a las madres y al recién nacido durante el parto).

-Visita domiciliaria post-parto.

-Asistencia de las parteras a las reuniones de Educación Continuada.

2.2.3 Dotación y Suministros.

En los diferentes cursos de complementación de parteras en la Costa Pacífica del Cauca, regularmente se les ha ido entregando como dotación los siguientes elementos: 1 maletín, 1 pera de succión, 1 metro lineal, 1 caucho (sábana), 1 cubeta esmaltada, 1 cepillo de lavado de mano, 1 jabonera plástica.

Las parteras de la primera promoción de Guapi (1981) recibieron, además de lo anterior, una tijera de corte de cordón umbilical y dos pinzas Kelly.

En las reuniones bimensuales, o cuando ellas lo solicitan, se les entrega también los siguientes suministros de consumo: algodón, gasa, ligas umbilicales, alcohol, isodine y jabón quirúrgico; a veces el alcohol se les entrega mezclado con el isodine.

Las parteras de la última promoción (1985) han solicitado que se les anexe a su dotación las dos pinzas Kelly y la tijera para corte del cordón umbilical. No se les ha entregado, por no considerarlo adecuado, dadas las dificultades y riesgo del manejo de los mismos. Sin embargo, la Regional de Occidente quiere someter este punto a discusión de los participantes al taller. Las parteras se manifiestan inconformes con el uso de la cuchilla para el corte del cordón umbilical y aducen que saben manejar los otros elementos que solicitan.

2.3 Observaciones acerca del desempeño de las parteras y la participación de la comunidad en el programa.

El trabajo que actualmente están realizando las Parteras Empíricas adiestradas en la Costa Pacífica del Cauca, es la concreción de la Participación Comunitaria en Salud, entendida ésta como un proceso que estimula en las comunidades su derecho a pensar y actuar sobre su medio ambiente, transformando las situaciones de riesgo para su existencia; es dejarlos ser conscientes de que son ellos mismos los autores de su propia historia y del logro

del equilibrio como seres bio-sico-sociales y culturales.

En la actualidad las parteras de nuestra zona, están realizando las siguientes acciones en sus comunidades:

a. Asisten puntualmente a las reuniones bimensuales de educación continuada programadas en los organismos de salud. Es de anotar el marcado interés y la participación activa en las mismas.

b. Ejercen en sus pequeñas comunidades una acción de liderazgo positivo, no solo en el campo de la atención materno infantil, sino en otros aspectos (ella es la autoridad, la consejera, etc.)

c. Atienden los partos de bajo riesgo en las veredas y en algunos sectores de la zona urbana de los municipios. Con respecto a los partos de alto riesgo hay algunas excepciones que generalmente obedecen a fuerzas mayores (transporte, comunicación o renuncia de pacientes).

d. Acompañan en su propio domicilio a la madre puérpera y al recién nacido durante varios días (más o menos 8 días), con gran sentido de responsabilidad. Su expresión típica al respecto es: "ese niño es mío hasta que se le caiga el ombligo".

e. Imparten educación a las familias, no solo en aspectos del embarazo y recién nacido, sino en referencia al menor de cinco años (vacunación, crecimiento y desarrollo, enfermedad diarreica aguda). Es de anotar el marcado interés de superación en el campo educativo por parte de ellas. La Regional de Occidente, tratando de responderles en este aspecto, les ha propiciado elementos teórico prácticos orientados a ampliar su acción educativa en varios componentes: tuberculosis, enfermedades venéreas, planificación familiar, hipertensión, etc.

f. Remiten para control prenatal; niños a control de crecimiento y desarrollo y vacunación; mujeres en edad fértil para planificación familiar y vacunación con toxoide teténico. Cuando remiten partos complicados (con frecuencia traídos por ellas mismas al organismo), generalmente acompañan a la materna, hasta su egreso hospitalario.

g. Manejan casos de enfermedad diarreica aguda con sales de rehidratación oral, suero casero o, según las circunstancias, con agua de pipa (agua de coco viche), que contiene gran similitud con las SRO. En caso necesario, remiten el paciente.

h. Envían información a los organismos pertinentes y acuden a reuniones no programadas, cuando se los solicita para compartir sus experiencias con los personajes de salud que nos visitan a Guapi.

Vale la pena, por otra parte, resaltar los siguientes logros de este proyecto, como fruto de la participación de esta comunidad:

-Se observa una creciente y dinámica motivación en las parteras empíricas y

complementadas, por su promoción como agentes de salud.

-Es bajo el índice de deserción en las parteras complementadas de la Regional Occidente del Cauca, como lo señala el Cuadro N°2 expuesto anteriormente.

-Otro impacto del Programa Parteras, sobre las condiciones de Morbimortalidad Materno Infantil, (como se ha visto también en los cuadros), es el descenso de la tasa de Mortalidad Materna y de la Mortalidad Infantil causada por Tétanos Neonatorum en la Regional Occidente del Cauca, comparativamente con las otras regionales del Departamento (Cuadro N°2.9).

Es de anotar que éste fué uno de los objetivos del taller de Capacitación de Parteras Empíricas realizado en Guapi, en el año de 1983, coordinado por Pladeicop (Plan de Desarrollo Integral para la Costa Pacífica).

La mortalidad infantil sigue siendo una de las más altas en el Departamento; no obstante las causas son potencialmente reducibles mediante las acciones del Plan Nacional de Supervivencia y Desarrollo Infantil (P.N.S.D.I.).

-Otra experiencia positiva es el manejo de la EDA por las parteras, como ya se ha mencionado anteriormente. Las sales son distribuidas gratuitamente en el Cauca.

2.4 Otros comentarios y recomendaciones.

Es necesario crear mecanismos orientados a motivar y educar al personal médico y paramédico para el trabajo con parteras. Aunque existe una mayor sensibilización con relación al Proyecto, es lamentable que en algunas ocasiones, las parteras son víctimas de segregación, e incluso rechazo por parte de profesionales, a causa de su condición de su analfabetismo craso y "marginalismo" cultural. Lo anterior quizá no obedezca a mala voluntad, sino al desconocimiento de como propiciar la participación de la comunidad y de cómo trabajar con este tipo de población tan especial y necesario para el autocuidado, en esas zonas marginadas donde en muchas ocasiones, es el único recurso de "salud" con que cuentan...

Porqué no potenciar y canalizar esas fuerzas positivas para la salud de un pueblo en vez de opacarlas ?

El paquete educativo de CVC-Pladeicop para la educación activa de las parteras. Porqué no promover más su uso con la metodología que contiene ?

En el año 1986, la Regional Occidente del Cauca, presentó al Ministerio de Salud un Proyecto de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, que tuvo muy buena acogida y aceptación. En dicho Proyecto, se contempla parte del seguimiento a las parteras, como es la necesidad a las reuniones de educación continuada y los suministros.

-Se hace muy necesario incrementar acciones de evaluación, supervisión y seguimiento más constante de los servicios que presta la partera; el primero

y quizá el más importante obstáculo para ello en nuestra regional es la escasez de personal y de tiempo.

-Potenciar la motivación y capacitación de los promotores de salud de la regional, como colaboradores en el seguimiento de las parteras, delegándoles funciones.

3. INFORME SOBRE EL PROYECTO DE PARTERAS EMPIRICAS EN LA COSTA DEL VALLE.

3.1 Actividades del Proyecto.

Como se observa en el siguiente (Cuadro N°3.1), se estima que existe un total de 165 parteras en el Litoral del Valle, de las cuales 87 (%) han sido cobijadas por cursos de complementación educativa. La mayor cobertura de capacitación ha sido urbana: un 84% de ellas se desempeñan en la ciudad de Buenaventura, o su zona de influencia.

Cuadro N°3.1
PARTERAS PARTICIPANTES EN LA COMPLEMENTACION EDUCATIVA
UNIDAD REGIONAL DE BUENAVENTURA
- 1986 -

Organismo de Salud	Parteras complement.		Parteras sin complement.		T o t a l	
	Urb.	Rural.	Urb.	Rural.	Urb.	Rural
Buenaventura	60	-	11	67	71	67
Pto. Merizalde	-	27	-	-	-	27
Total:	60	27	11	67	71	94

De acuerdo con las estadísticas hospitalarios, de un total de 3.149 partos registrados en Buenaventura, 280 (9%) han sido reportados por las parteras. (Cuadro N°3.2).

No es posible, sin embargo, estimar la población y el número real de partos atendidos por las parteras, dado que no se tiene una cobertura total de ellas dentro del programa, ni existen estadísticas precisas sobre la población materna por ellas atendidas.

Cuadro N°3.2
PARTOS ATENDIDOS POR EL HOSPITAL Y REPORTADOS POR PARTERAS EMPIRICAS
BUENAVENTURA-1986.

Organismo de Salud	Número de partos	%
Hospital	2.869	91
Parteras Empíricas	280	9
Total:	3.149	100

3.2 Seguimiento Programa de Parteras Empíricas por el Servicio de Salud del Valle y la Unidad Regional de Buenaventura.

3.2.1 A nivel de Servicio de Salud.

Se realizan las siguientes actividades: a) participación en cursos de educación continuada y complementación a Parteras Empíricas b) supervisión indirecta a través de la enfermera responsable de esta actividad a nivel regional c) asesoría al nivel regional.

3.2.2 A nivel regional.

Se realizan las siguientes actividades educativas y de supervisión:

Educación Continuada.

Debido al considerable número de parteras incorporadas al proyecto, se han conformado dos grupos:

-Anualmente se les realiza un curso de educación continuada de 5 días. Los temas son escogidos de acuerdo con las participantes y otros temas que se consideren de interés para mejorar el trabajo de dicho grupo por parte de la institución.

-Mensualmente se planifican y realizan reuniones educativas, en las cuales a) se analizan situaciones problemas que se les haya presentado durante el mes anterior b) se presenta un tema educativo por parte de la enfermera responsable de este grupo c) se presenta un caso-problema por parte de una partera. Posteriormente, se efectúa un análisis y se sacan conclusiones en grupo, con la presencia del paciente respectivo d) las parteras presentan los registros de los partos atendidos, los cuales son analizados por la enfermera responsable de este programa e) en cada reunión se verifica la asistencia de las participantes.

Supervisión.

La supervisión se realiza, en su mayor parte, en forma indirecta, a través de:

-Revisión de la puerpera y el recién nacido y entrevista con la puerpera:

Aproximadamente el 70% de los partos atendidos por parteras son llevados posteriormente a la Institución para su control y revisión por médico y enfermera. Además se establece un diálogo con la madre con el fin de identificar la atención prestada por la partera.

Al niño se le realiza un examen físico y es remitido para el programa de crecimiento y desarrollo.

-Diálogo con la partera:

Posteriormente se establece un diálogo con la partera, lo cual permite verificar la atención brindada a la paciente frente al estado que presenta al momento de llegar a la institución.

-Visitas de supervisión:

Eventualmente se realiza supervisión a aquellas parteras que han atendido partos con algún grado de dificultad.

-Otras formas de supervisión:

Como ya se indicó, la revisión de los registros de la partera y la revisión de problemas y casos que se realiza en las reuniones mensuales, constituye otra forma de supervisión.

-Problemas que dificultan la supervisión:

Grupos numerosos; dificultad para el desplazamiento del personal que realiza la supervisión; no disponibilidad de transporte; dificultad para encontrar direcciones en la zona urbana.

3.3 Recomendaciones.

Para efectos de sistematizar la supervisión y la información al respecto, se propone:

-Programar como mínimo dos supervisiones anuales a cada partera por enfermera.

-Diseñar un formato que permita evaluar el desempeño de las Parteras Empíricas con los siguientes puntos (ver formularios presentados al final):

-Comunicación a nivel institucional con la familia de la embarazada y con las pacientes.

3.4 Programación de actividades 1987.

Curso de complementación...4; cursos de actualización...2

PROGRAMACION DE EDUCACION CONTINUADA

- 1987 -

Grupos	Fecha	Nº Asistentes	Sede
Parteras urbana grupo A	Mar 30-3 Abr	37	Aud. Hospital Region.
Parteras urbana grupo B	Abr 6-10	37	Aud. Hospital Region.
Parteras Rio Naya	Abr 24-27	27	Hospital S. Agustín Pto. Merizalde.

PROGRAMACION DE COMPLEMENTACION
- 1987 -

Grupos	Fecha	Nº Asitentes	Sede
Parteras Rio Yurumanguí	Mar 25-28	20	San Ant. Yurumanguí
Parteras Rio Raposo	May 12-15	15	S. F. Javier Raposo
Parteras Rio Cajambre	Jun 16-20	20	S. Isidro Cajambre
Parteras Bajo Calima	Ago 24-29	12	Bajo Calima
Puerto Merizalde	Ago 24-29	10	Pto. Merizalde.

3.5 Anexos.

3.5.1 Formato de Evaluación de desempeño de la Partera Empírica.

Nombre de la institución:

Nombre de la partera :

Urb.

Rural.

COMPORTAMIENTOS

CLASIFICACION

B.

R.

M.

1. Comunicación.

1.1 Con la institución:

- 1.1.1 Asistente cumplidamente a las reuniones citadas por el Hospital.
- 1.1.2 Informa oportunamente los partos atendidos.
- 1.1.3 Establece buena relación con los miembros de la institución.
- 1.1.4 Acepta la supervisión.
- 1.1.5 Informa oportunamente problemas encontrados en las embarazadas.
- 1.1.6 Remite oportunamente a las embarazadas a la institución.

1.2 Con la familia:

- 1.2.1 Informa los servicios que brinda la institución.
- 1.2.2 Establece buenas relaciones con los miembros de las familias.

1.3 Con los pacientes:

- 1.3.1 Establece buenas relaciones con los pacientes.
- 1.3.2 Respeta la decisión que toma la paciente respecto al lugar de atención del parto.
- 1.3.3 Informa los peligros que pueden presentarse con la atención del parto en casa.

COMPORTAMIENTOS	CLASIFICACION		
	B.	R.	M.
1.4 Procedimiento en la atención del parto.			
1.4.1 Maneja correctamente el maletín de trabajo.			
1.4.2 El equipo y maletín están en buenas condiciones de higiene.			
1.4.3 Utiliza los elementos mínimos necesarios para la atención del parto de acuerdo a normas.			
1.4.4 Realiza correctamente el lavado de manos			
1.4.5 Se lava las manos antes de la atención del parto.			
1.4.6 Se lava las manos después de la atención del parto.			
1.4.7 Explica a la madre el procedimiento a realizar.			
1.4.8 Aplica las medidas de protección requeridas de seguridad para la madre y el recién nacido.			
1.4.9 Aplica los principios de limpieza en la atención del parto.			
1.4.10 Conserva limpio y ordenado el cuarto de la paciente.			
1.5 Orientación oportuna a la madre sobre cuidados inmediatos en el puerperio y recién nacido:			
1.5.1 Orienta correctamente sobre importancia de la lactancia materna y cuidados con el ombligo.			
1.5.2 Utiliza los métodos de esterilización y cuidados con los elementos de trabajos.			
1.5.3 Una vez atendido el parto deja cómoda a la madre y al niño.			
1.5.4 Motiva a la madre sobre importancia de control post-parto, vacunación, planificación familiar.			
1.5.5 Remite oportunamente a la madre y al niño.			
1.6 Registros.			
1.6.1 Elabora correctamente la hoja de notificación del parto.			
1.6.2 Elabora correctamente la boleta de remisión.			

Concepto: Bueno _____ Regular _____ Malo _____

3.5.2 Boleta de Remisión para la partera.

Fecha de remisión :

Para el organismo de salud:

Nombre del remitido :

Embarazada _____

Dieta _____

Otros _____

Recién nacido _____

Motivo de remisión.

Control prenatal _____

Complicación del parto _____

Complicación del recién nacido _____

Vacunación _____

Crecimiento y desarrollo _____

Otros _____ Cuales

Nombre de la partera:

Copia No Controlada CVC

3.5.3 Cuadros estadísticos pertinentes al proyecto.

Cuadro N°3.3

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MOREBILIDAD POR CONSULTA
GRUPO DE EDAD MENORES 1 AÑO
BUENAVENTURA 1985

Población 5.212

N° Orden	Código X 999	CAUSAS	N° de Casos	%	% Acumulado.	Tasa X 103
1	009	Infección intestinal mal definida.	820	10.3	10.3	157.32
2	487	Influenza	760	9.5	19.8	145.81
3	485	E/neumonía organismo causal no especificado.	570	7.2	27.0	109.36
4	786	Síntomas relacionados con el aparato respiratorio.	450	5.7	32.7	86.34
5	V20	Control de la salud del lactante y el niño.	440	5.5	38.2	84.42
6	686	Otras infecciones locales de la piel y del tejido celular sub-cutáneo.	430	5.4	43.6	82.50
7	079	Infección víricas en afecciones clasificadas en otra parte y de sitio no especificados.	310	3.9	47.5	59.48
8	372	Transtornos de la conjuntiva	210	3.1	50.6	47.97
9	684	Impetigo	240	3.0	53.6	46.04
10	466	Bronquitis y bronquiolitis aguda	230	2.9	56.5	44.13
Sub-total:			4500	56.5		863.39
Resto			3460	43.5		663.85
Total:			7960	100.0	100.0	1527.24

Cuadro N°3.4

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y CONSULTA
GENERAL GRUPO DE EDAD 1 A 4 AÑOS
BUENAVENTURA 1985

Población 22.344

N° Orden	Código X 999	CAUSAS	N° de Casos	%	% Acumulado.	Tasa X 103
1	009	Infección intestinal mal definida	1270	9.1	9.1	56.85
2	786	Síntomas relacionados con el aparato respiratorio y otros síntomas torácicos.	1160	8.3	17.4	51.91
3	485	B/Neumonía, organismo causal no especificado.	1070	7.6	25.0	47.89
4	129	Parasitosis intestinal sin otras especificaciones.	820	5.9	30.9	36.69
5	689	Otras infecciones locales de la piel, tejido celular sub-cutáneo.	790	5.6	36.5	35.35
6	487	Influenza	640	4.6	41.1	28.64

Cuadro N°3.4
Continuación.

N° Orden	Código X 999	CAUSAS	N° de Casos	%	% Acumulado.	Tasa X 103
7	780	Síntomas generales	540	3.9	45.9	24.16
8	079	Infección víricas en afecciones clasificadas en otra parte y de sitio no especificado.	490	3.5	48.5	21.92
9	490	Bronquitis no especificado como agudo ni como crónico.	390	2.8	51.3	17.45
10	682	Otras celulitis y abscesos	330	2.3	53.6	14.77
Sub-total:			7500	53.6		335.66
Resto			64.80	46.4		290.01
Total:			139.80	100.0	100.0	625.67

Cuadro N°3.5
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
GRUPO DE EDAD MENORES 1 AÑO.
BUENAVENTURA 1985

Población 5.212

N° Orden	Código X 999	CAUSAS	N° de Casos	%	% Acumulado.	Tasa X 105
1	009	Inf. intestinal mal definida	37	36.7	36.7	709.9
2	320	Meningitis bacteriana	7	6.9	43.6	134.3
3	771	Inf. propias del período perinatal	6	5.9	49.5	115.1
4	507	Neumonía debida a sólidos y líquidos	5	4.9	54.4	95.9
5	765	Trastornos relacionados con la duración.	5	4.9	59.3	95.9
6	322	Meningitis de causa no especificada	5	4.9	64.2	95.9
7	485	B/neumonía organismo causal no especificado.	4	4.0	68.2	76.7
8	262	Otra desnutrición proteínocalórica grave.	4	4.0	72.2	76.7
9	276	Trastornos de los líquidos, de los electrolíticos y del equilibrio acidobásico.	2	2.0	74.2	38.4
10	742	Otras anomalías congénitas del sistema nervioso.	2	2.0	76.2	38.4
Sub-total:			77	76.2		1477.4
Resto			24	23.8		460.4
Total:			101	100.0	100.0	1937.8

Cuadro N°3.6
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
GRUPO DE EDAD 1 A 4 AÑOS
BUENAVENTURA 1985

Población 22.344

N° Orden	Código X 999	CAUSAS	N° de Casos	%	% Acumulado.	Total X 105
1	009	Infección intestinal mal definida	10	20.0	20	44.8

Cuadro N° 3.6
Continuación.

N° Orden	Código X 999	C A U S A S	N° de Casos	%	% Acumu- lado.	T a s a X 105
2	485	B/neumonía, organismo causal no especificado.	8	16.0	36	35.8
3	E910	Ahogamiento y sumersión accidental	3	10.0	46	22.4
4	038	Septicemia	3	6.0	52	13.4
5	262	Otra desnutrición proteínocalórica grave	3	6.0	58	13.4
6	322	Meningitis de causa no especificada	3	6.0	64	13.4
7	263	Otras formas de desnutrición proteínocalórica y las no especificadas.	2	4.0	68	8.9
8	285	Otras anemias debida a sólidos y líquidos	2	4.0	72	8.9
9	507	Neumonitis debida a sólidos y líquidos	2	4.0	76	8.9
10	013	TBC de las meningitis y del sistema nervioso central	1	2.0	78	4.5
Sub-total:			39	78.0		174.5
Resto			11	22.0		49.2
Total:			50	100.0	100	223.7

Copia No Controlada

4. INFORME SOBRE EL PROYECTO DE PARTERAS EMPIRICAS
UNIDAD REGIONAL TUMACO (NARIÑO).

4.1 Actividades realizadas en la ejecución del proyecto.

De un total de 218 parteras censadas (45 en Tumaco urbano, 92 en Tumaco rural, 42 en el Charco y 39 en Barbacoas) se han capacitado en total 66 (30%) distribuidas así: 17 en Tumaco, 18 en Barbacoas, 31 en el Charco (14 de las cuales son indígenas).

La información estadística sobre las actividades de las parteras complementadas es deficiente, en buena parte por razón del analfabetismo predominante (en 95% de ellas) y las consiguiente dificultad para diligenciamiento de registros.

En Tumaco urbano se dispone actualmente de la siguiente información (Cuadro N°4.1).

Cuadro N°4.1
PARTOS REPORTADOS POR PARTERAS, SEGUN RIESGO
1985 - 1986

	1985	1986
Partos de riesgo bajo	140	189
Partos de riesgo alto	9	3
T o t a l:	149	202

Del Charco y Barbacoas no se tiene información registrada.

A partir del curso de capacitación se han realizado reuniones mensuales con el grupo de parteras. Se realiza en esta forma una supervisión indirecta, se recibe información sobre los partos atendidos y se brinda educación continuada, aclarando dudas.

Se programan, además, 2 ó 3 visitas de supervisión en el año a cada partera.

4.2 Programación 1987.

MES	ACTIVIDAD
Marzo	Curso Parteras Rural de Tumaco.
Marzo	Curso de complementación para parteras de Barbacoas.
Abril	Reunión con las Parteras Complementadas en el Hospital San Andrés durante una semana en las

MES	ACTIVIDAD
Marzo-abril-mayo de 1987	<p>horas de la tarde para evaluar en grupo los conocimientos adquiridos y técnicas de asepsia.</p> <p>Visita de supervisión por parte de la enfermera de El Charco a cada una de las parteras complementadas.</p> <p>Reunión mensual con las parteras complementadas en el Hospital San Andrés y trimestralmente en el Hospital del Charco y Barbacoas.</p>

4.3 Ponencia acerca del Paquete Educativo para complementación de Parteras.

4.3.1 Generalidades.

Las láminas están elaboradas con un material durable que les permite resistir en perfectas condiciones cualquier clima y sin sufrir deterioro ante la manipulación constante.

Puede ser utilizado, tanto para trabajo en grupo como individual. Su tamaño e identificación de los personajes y recursos materiales con los del medio hace que el grupo logre captar el mensaje fácilmente.

El hacer uso de los diferentes sentidos hace que las participantes concentren más su atención.

El paquete en general nos permite apartarnos de la educación formal buscando en todo momento la participación activa de todas y cada una de las asistentes.

4.3.2 Comentarios sobre los distintos componentes educativos.

El Sistema Nacional de Salud (Diapositivas).

La utilización de un símbolo como el plátano permite la comprensión del tema, despertar interés en el grupo y se espera que se recuerde frecuentemente al estar en contacto con el alimento.

"Se nos muere la abuela mi gente" (Motivador).

Este motivador obliga a quien esté coordinando la reunión a plantearse muy claramente el objetivo de identificación de líderes y grados de organización, pues el grupo tiende en todo momento a darle interpretaciones diversas, lo que en determinado momento puede dilatar la reunión sin llegar a lo que se programa.

La gran reunión (Juego de papeles).

Es muy difícil seguir la metodología seguida en la guía de instrucción; cuando se trata de comadronas que trabajan en sitios donde no se conoce a las promotoras, no existe Puesto de Salud y por lo tanto no llega consulta médica, es muy difícil lograr la participación de las comadronas.

Este instrumento es necesario escucharlo 2 y 3 veces tratando de lograr el objetivo de adelantar un trabajo coordinado.

"Este o aquél".

Con su tablero de contrastes pretende responder el contenido del programa, en cuanto a la importancia de los hábitos higiénicos.

La participación del grupo es total y el objetivo fácilmente logrado.

"Un nuevo botoncito en la tierra" (Motivador).

Permite detectar la forma de pensar de las comadronas, produce manifestaciones de regocijo y alegría en las participantes, aunque contempla muchos versos que son poco captados por el grupo.

"Donde florece la vida" (Laminario).

La comprensión de los órganos genitales es mucho más fácil y rápida cuando se utiliza el maniquí (pelvis).

Sin embargo, con el laminario que lleva a la reflexión de comparar la vida infraterina con los fenómenos de la naturaleza se llega al objetivo final.

"Llegaré a florecer" (Laminario).

Pretende que las participantes conozcan la importancia del control prenatal y los factores de riesgo que pueden existir en la embarazada. La lámina de edad y paridad no logra su objetivo: el concepto casi unánime de las comadronas es de una mujer enferma con otra que goza de buena salud. Esto probablemente se debe a que para ellas la edad no es ningún problema, dado que inician su vida sexual muy tempranamente y siguen gestando hasta cuando le es posible.

La lámina Nº2, los factores socioeconómicos, permite enfatizar el hecho de que la salud es un concepto integral de la vida y no mirarla solamente desde el punto de vista biológico. En general, podríamos decir que este laminario es de gran valor, ya sea como motivador o instrumentador para reforzar los conocimientos sobre signos y síntomas más frecuentes de peligro en el embarazo.

"La semilla en el vientre" (Sonoviso).

Resalta la importancia del control prenatal por personal de salud, sin ol-

vidarse de la partera. Sin embargo, la paciente termina su embarazo en un hospital, a pesar de haber asistido a los controles y no presentarse ningún riesgo aparente.

Sería importante considerar una lámina más en donde, después de ser clasificada como de bajo riesgo, se respete su decisión de ser atendida en el Organismo de Salud o en su propio domicilio.

Como motivador no logra la concentración del grupo.

"Una semilla en la tormenta" (Laminario).

Objetivos: identificar signos y síntomas de peligro durante el trabajo de parto.

Existe gran dificultad para identificar en el laminario el dolor de cabeza. Mas bien se piensa en una mujer sola y triste. La forma de las manos distrae la atención.

El resto del laminario permite una problematización muy enriquecedora para quien se encuentra coordinando los participantes. Posteriormente se convierte en instrumento muy valioso para reafirmar conceptos.

"Empezaré" (Laminario).

El capullito se alimenta. Objetivo: fomentar el autocuidado de la madre y la lactancia materna como alimento prioritario en los primeros meses de vida del recién nacido. Incluye laminario sobre el ombligo, higiene de la mujer en su post-parto, alimentación del niño y vacunación.

Las láminas de rehidratación, crecimiento y desarrollo y vacunación, son motivos de reforzamiento en clases posteriores. Llamaban mucho la atención los personajes seleccionados en las fotografías; son todas niñas hermosas de raza negra, fruto de madres que aparentemente gozan de buena salud, lo que permite retomar todo lo que se ha explicado con anterioridad.

Educación Continuada.

El comprometer los diferentes sentidos de los participantes, y la facilidad para manejar el material, tanto colectiva como individualmente, hace el paquete una ayuda fácil de reutilizar en cualquier momento sin que produzca cansancio.

Para las parteras complementadas urbanas de Tumaco, que se reúnen mensualmente se utiliza unas seis (6) veces en el año. En ocasiones 1 ó 2 láminas son motivo de una charla.

4.3.3 Recomendaciones.

-Adquisición de 1 maniquí que permita dar a conocer los órganos genitales internos al igual que los diferentes trimestres de gestación.

-Cambiar el sonoviso de control prenatal, disminuir el número de paisajes y enfatizar más el control.

-Que durante el curso se programen prácticas en la comunidad. Averiguar con tiempo sobre las pacientes próximas a tener parto y tratar de atenderlo en la casa con la presencia de comadronas.

-Elaborar una papelería más sencilla que sea de fácil manejo para las parte ras analfabetas.

-Se debe considerar dentro del proyecto un presupuesto que garantice la supervisión continua a las comadronas y los cursos de actualización, cuando se trata del área rural.

-Cambiar el tipo de grabadora (la actual es muy pequeña; sonido deficiente para su utilización en grupo) Ojo: la humedad ha deteriorado los cassettes.

-Cambiar el tipo de proyecto (El que se donó es "a pilas" y no permite el uso de diapositivas cuando no hay absoluta obscuridad.

-Se remite manual elaborado por la Sección Materno Infantil y que se utiliza para adiestramiento.

4.4 Algunas estadísticas pertinentes al programa.

Cuadro N°4.2

NUMERO DE PARTOS INSTITUCIONALES SEGUN RIESGO MATERNO EN LOS HOSPITALES DE TUMACO, EL CHARCO Y BARBACOAS

- 1985 -

Municipio	Riesgo			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Tumaco	1.069	27	29	1.125
El Charco	87	19	5	111
Barbacoas	74	17	8	99
Total:	1.230	63	42	1.335

Cuadro N°4.3

NUMERO DE PARTOS INSTITUCIONALES SEGUN RIESGO MATERNO EN LOS HOSPITALES DE TUMACO, EL CHARCO Y BARBACOAS

- 1986 -

Municipio	Riesgo			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Tumaco	1.014	29	38	1.081
El Charco	90	12	9	112
Barbacoas	112	19	12	143
Total:	1.216	61	59	1.336

4.4.1 Mortalidad Infantil (Causas).

Cinco primeras causas de mortalidad en los menores de 1 año en el Hospital San Andrés de Tumaco 1985:

1. Ciertas infecciones originadas en el período perinatal.
2. Deficiencias de la nutrición.
3. Otras enfermedades del aparato respiratorio.
4. Rickettiosis y otras enfermedades transmitidas por artrópodos.
5. Enfermedades del sistema nervioso.

5.4.2 Cinco primeras causas de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años en el Hospital San Andrés de Tumaco 1985.

1. Deficiencias de la nutrición.
2. Rickettiosis y otras enfermedades transmitidas por artrópodos.
3. Otras enfermedades del aparato respiratorio.
4. Enfermedades infecciosas intestinales.
5. Enfermedades del sistema nervioso.

4.4.3 Mortalidad infantil.

Cinco primeras causas de mortalidad en las personas menores de 1 año en el Hospital San Andrés de Tumaco 1986.

1. Otras enfermedades del aparato respiratorio.
2. Enfermedades infecciosas intestinales.
3. Ciertas infecciones originadas en el período perinatal.
4. Deficiencias de la nutrición.
5. Rickettiosis y otras enfermedades transmitidas por artrópodos.

4.4.4 Cinco primeras causas de mortalidad por egresos en el Hospital San Andrés de Tumaco, en el grupo de 1 a 4 años en 1986.

1. Otras enfermedades del aparato respiratorio.
2. Rickettiosis y otras enfermedades transmitidas por artrópodos.
3. Enfermedades infecciosas intestinales.
4. Deficiencias de la nutrición.
5. Enfermedades del aparato urinario.

5. INFORME SOBRE EL PROYECTO DE PARTERAS EMPIRICAS EN EL LITORAL CHOCOANO.

5.1 Actividades realizadas en la ejecución del proyecto.

Se ha brindado complementación educativa a 70 parteras, en total, 26 de las cuales se ubican en zonas urbanas y 44 en área rural (Cuadro N°5.1).

Cuadro N°5.1
PARTERAS COMPLEMENTADAS Y PARTOS ATENDIDOS
AREA PLADECOP
CHOCO 1986

MUNICIPIO	N° de Parteras Complementadas			N° de Partos reportados por Partera.
	Cabecera Mpal.	Area Rur.	Total	
Bahía Solano	12	14	26	41
Istmina	3	10	13	30
Pizarro	7	12	19	38
Juradó	4	8	12	28
Total:	26	44	70	137

Cuadro N°5.3
5 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
AREA PLADECOP
1985

Causas	N° Casos	Tasas por 1000
Enfermedades de la primera infancia.	18	14.4
EDA	15	12.5
Paro cardíaco respiratorio.	15	12.5
Bronconeumonía	14	11.2
Desnutrición severa	7	6.3
Otras causas mal definidas.	14	11.5

La información es netamente institucional, por lo tanto, el dato real puede ser incrementado.

5.2 Supervisiones realizadas a la Partera Empírica.

No existe un mecanismo establecido para la supervisión, ésta se realiza informal de acuerdo a las remisiones que la partera haga mediante reuniones mensuales en las Unidades Locales, y esporádicamente con visitas.

Sin embargo, consideramos que se debe normatizar el seguimiento y la supervisión; esto implica que se aumente el recurso económico y el instrumento de enfermería.

5.3 Registro de información que maneja la Partera.

Desde el inicio del programa, Pladeicop elaboró un formato para registrar la información básica de atención de parto; que hasta la presente se ha manejado con deficientes resultados por las siguientes razones:

-El 90% de las parteras son analfabetas.

-Este es escrito por terceras personas y no es informado inmediatamente; por lo tanto, existe la posibilidad de que la Partera olvide u omita la información.

-Escasez de la papelería por problemas administrativos.

-No se analiza ni cuantifica la información.

Sugerimos:

-Que se cambie o modifique este registro, por uno de fácil manejo y que pueda ser llenado por la partera.

-Que la encargada del programa se responsabilice por el análisis.

-Que se haga un informe trimestral sobre los partos atendidos.

5.4 Algunas estadísticas pertinentes al proyecto.

La siguiente información pertenece a las localidades de Istmina, Condoto, Bahía Solano, Tadó, Bajo Baudó, Nuquí, Juradó y Nóvita, localizadas en el área de intervención de Pladeicop.

Cuadro N°5.2
5 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL POR CONSULTA EXTERNA
SERVICIO SECCIONAL DEL CHOCO
- 1985 -

Causas	Nº de Casos	Tasas por 10.000
Síndrome Gripal	936	1.743
EDA	651	1.212.5
IRA	227	422.8
Piodermatitis	208	387.4
Multiparasitismo	84	156.5

Fuente de Infección: SIS. 1

6. RESUMEN DE LAS DISCUSIONES

Se ha procurado sintetizarlas por temas:

Diagnóstico.

-Mejor definición de las causas de muerte. Los informes de las Unidades Regionales del Litoral destacan prioritariamente este problema. Se impone insistir en la formación de los profesionales de la salud en este tema; así mismo, se requiere una capacitación específica a todos los funcionarios que deben llenar el formulario de defunción.

-Uso del formulario de mortalidad fetal. No se está utilizando.

-Subregistro -La mayoría de los datos son institucionales y de parteras que han recibido el curso de complementación-. Hay por lo tanto un gran subregistro de partos atendidos por partera y de mortalidad infantil.

-Cómo medir el impacto.

No existe actualmente una forma de medir el impacto pues no hay registros previos que sirvan de punto de comparación. Se propuso hacer una revisión y análisis de los registros presentados por la partera desde 1982 para tener una base.

-Parteras renuentes -Existen algunas parteras que a pesar de haber recibido curso de complementación, siguen cometiendo errores-. Se discutió que puede ser ocasionado por falta de un mensaje claro y se recomendó continuar en educación. Promover los estímulos que se les pueda brindar.

Remisión de pacientes.

Se insistió en dar elementos educativos a la partera con el fin de que ella estimule una mayor asistencia de las pacientes remitidas. Se discutió que la falta de aceptación de los servicios de salud, está directamente relacionada con la falta de confianza en los servicios que presta la institución; se atribuyó que algunas instituciones no responden a las expectativas creadas. Hace falta educación interna sobre cómo ofrecer los servicios a todos los niveles.

Seguimiento.

Es uno de los principales problemas; primero, por la falta de recurso humano y segundo, por falta de presupuesto para esta actividad.

Se planteó que el seguimiento debe ser realizado tanto por la enfermera como por la auxiliar de enfermería y utilizar la promotora de salud como enlace entre la partera y la institución.

Se propuso que la supervisión al área rural se debe hacer dos veces al año (dado el recurso actual) y continuar con las concentraciones actuales.

Dotación.

El grupo estuvo de acuerdo con la dotación inicial para la partera, se piensa que no se debe seguir proporcionando elementos de consumo, pues es responsabilidad de cada partera, obtenerlo. Sin embargo, hay regionales que lo están haciendo actualmente; no es problema, en la medida en que existan tan recursos.

Manual Guía para el capacitador.

Se propuso hacer reformas al actual manual que utiliza el instructor en la capacitación, por considerarlo complejo y poco orientador.

Cada servicio se comprometió a revisarlo y presentar una propuesta el 30 de mayo.

Paquete educativo (Nariño).

-Los cuatro servicios estuvieron de acuerdo en que el paquete educativo es adecuado y de gran ayuda para la complementación de las Parteras. El servicio de salud de Nariño ha venido complementándolo con un material audiovisual que muestra el mecanismo del parto (cortes de feto, etc.) y con un maniquí que muestra la cavidad pélvica y el desarrollo del parto.

-Se sugiere revisar y trabajar sobre los laminarios que hacen referencia a los factores socio-económicos y a los signos de riesgo (referentes a edad y paridad).

-Se sugiere mejorar material sobre el control prenatal; anexar una diapositiva, que muestre la posición de la partera. Mejorar la diapositiva sobre el dolor de cabeza (las manos distraen la atención).

-Se destacó que el material puede utilizarse cuantas veces sea necesario, sin que cause fatiga en las parteras (útil para educación continua). Se está utilizando también con promotoras y líderes comunitarios. Como propuesta de este tema se concluyó la necesidad de:

-Ampliar contenidos con respecto a genitales internos, mecanismo de parto, control prenatal.

-Conseguir maniqués para demostración práctica; se sugirió también utilizar a la auxiliar de enfermería como elemento capacitador, ya que es esta persona la que tiene una relación más estrecha con las parteras.

Participación de la Comunidad (Caúca).

Dentro del tema se hizo referencia a la partera como elemento de la comunidad y no se habló de trabajos comunitarios; sin embargo, se generó una discusión al respecto y se dejó como inquietud, que los servicios deben apoyar mejor a la partera, haciendo promoción y reconocimiento público de la misma.

Así como también brindar la alternativa de atención institucional para casos necesarios.

Se destacó también que la comunidad confía y consulta permanentemente a las parteras, aun cuando el reconocimiento económico que obtienen algunas veces no es bueno.

Se habló de la forma como se está desarrollando el programa, a través de reuniones bimensuales en la regional. En estas se da educación continua, se enfoca el interés en la remisión de pacientes de mediano y alto riesgo, se da instrucción de manejo de EDA con sales rehidratantes, se habla de la educación a las familias, y se entregan los informes.

Como propuestas:

- Incrementar acciones de evaluación y seguimiento.
- Educación y motivación al personal de salud en el programa de parteras.
- Educación a la comunidad.

Seguimiento (Valle).

Es uno de los principales problemas del programa, sobre todo en el área rural, dada la escasez de instrumentos (horas supervisor) y de presupuesto para desarrollar la actividad; cada vez se amplía el número de parteras complementadas y no se piensa en ampliar el recurso humano. Se presentaron alternativas:

- Aumentar el recurso humano profesional.
- Utilizar la auxiliar de enfermería en la supervisión directa.
- Garantizar el seguimiento de las parteras complementadas.
- Tener en cuenta el transporte para incluir en el presupuesto. Este es uno de los principales problemas, pues las regionales no cuentan con los medios para las labores de supervisión.
- Se presentó una propuesta de boleta de remisión de pacientes y de evaluación de desempeño de la partera. (Ver anexo N°1).

Sistema de información,

Dado que la mayoría de las parteras son analfabetas o su escolaridad es muy baja, los formularios son diligenciados por terceras personas y muchas veces después de la atención del parto. Existe todavía un gran porcentaje de parteras no complementadas; o sea, no presentan registro.

Se presenta entonces:

- Subregistro porque existe parteras que no trabajan en el programa.
- Mala calidad y poca confiabilidad de los datos presentados; por ejemplo, ningún trabajo de parto (según los registros), dura más de tres horas; no hay complicaciones.
- En muchos sitios por falta de seguimiento, a pesar de haber parteras complementadas, la información no se presenta.
- No se hace análisis de la información presentada a ningún nivel. Aun cuando existen regionales que toman formularios para trabajar con la partera en casos concretos, no sistematizan la información.

Se sugiere:

Un método sencillo y básicamente gráfico de registro de datos, individual; que se recoja y, lo más importante, que se analice con la partera.

Programación.

Cada servicio presentó una programación de cursos de complementación para parteras. Sin embargo, no hay programación de seguimiento de las que están en el programa, a excepción del SSS del Valle.

Propuesta de un sistema de información.

Se presentó un sistema gráfico (100%) para ser manejado directamente por la partera, una vez adiestrada para tal fin; se probó con un grupo de parteras y la opinión general fué de aprobación. Se le hicieron correcciones en las láminas, aumentando algunos contenidos y utilizando un formulario por embarazada (estaba propuesto un formulario para 5 madres).

Se aclaró que debía ser llenado después del parto y no durante el embarazo, como se propuso en la presentación.

Se discutió también sobre el uso de dicho instrumento y se propuso que debía ser analizado junto con la partera, para corregir errores en la atención del parto y reforzar lo que se está haciendo correctamente.

Recomendaciones.

- Propiciar la vinculación docente-asistencial.
- Considerar los costos de supervisión al realizar los cursos de complementación.
- Hacer seguimiento continuo al programa con el personal de auxiliares de enfermería y la promotora y supervisión 2 veces por año por enfermera general (La promotora debe actuar como enlace).

-Adquisición de un maniquí para complementar el aprendizaje.

Compromisos.

1. Cada servicio debe tener para el 30 de marzo un análisis de los datos existentes del programa de parteras (información recogida) con el fin de tener una línea de base que sirva de comparación y poder medir el impacto.
2. Estudio del actual manual y formular una propuesta de nuevo manual (cada servicio) para el mes de mayo.
3. Efectuar reunión con el nivel decisorio de materno-infantil.
4. Planterar la necesidad de aumentar el recurso humano para que se encar gue de la supervisión y adiestramiento.
5. Acelerar el cumplimiento de las actividades para lograr los objetivos propuestos dentro de la vigencia del proyecto (a diciembre/87).

7. CONCLUSIONES GENERALES SOBRE GUIA FINAL DE DISCUSION

7.1 Aspectos más destacados que ha tenido el programa de Complementación Educativa a Parteras.

Logros:

- El rescate de este importante recurso humano y su integración al equipo de salud.
- Enlace entre la comunidad y el sector salud.
- Aumento de la cobertura en el control prenatal.
- Mayor promoción de los servicios básicos de salud.
- Captación de pacientes para otros programas.
- Aumento en la cobertura del programa de inmunizaciones.
- Disminución en la incidencia de tetanus neonatarun.
- Difusión y distribución de las sales orales.
- Se ha mejorado la calidad de parto domiciliario.
- La capacitación ha contribuido para que la comunidad aumente la demanda de los servicios institucionales.

Aspectos que deben ser tomados en cuenta:

Se pueden crear falsas expectativas respecto a la categorización de las parteras dentro del sistema de salud.

-La no integración docente-asistencial de este programa dentro de las Universidades y Escuelas de Auxiliares.

-Falta de motivación y colaboración de los funcionarios de salud (especialmente del médico).

-Posible (aunque improbable) infiltración de personas que no sean parteras (lo cual fomentaría el Empirismo).

-No existe una normatización para regular la admisión de parteras al programa.

7.2 Hasta qué punto se ha logrado poner en ejecución el Proyecto ? Limitaciones ?

-Se ha logrado la complementación, educación continuada y dotación inicial. Se ha trabajado al máximo con los recursos financieros y humanos con que cuenta cada SSS y con los aportes de UNICEF-CVC.

-La mayor limitación para el seguimiento de este programa ha sido la carencia de recursos humanos y financiero; por lo tanto, la supervisión no ha tenido buenos resultados.

-Se propone que al programar los cursos de complementación se considere los costos de supervisión; que sean la enfermera y la auxiliar de enfermería las responsables, con un mínimo de dos visitas por año, de acuerdo con su disponibilidad.

7.3 Qué utilidad se atribuye al paquete educativo entregado por Pladeicop?

-Indudablemente este paquete ha contribuido a mejorar el proceso de enseñanza, no solo a parteras, sino a promotoras de salud y a voluntarios indígenas.

-Se ha unificado la metodología; por lo tanto el criterio de enseñanza se ha homogenizado.

-Se requiere la consecución de una pelvis. Cambio de Proyector y grabadora, y aumentar una lámina sobre el aparato reproductivo.

-Elaborar una guía para orientar el manejo del paquete educativo y facilitar su utilización por un mayor número de capacitadores.

7.4 Qué tipo de seguimiento se ha hecho a este Programa por parte de la Unidad Local, Regional o Seccional?

-El seguimiento ha sido indirecto a todo nivel, pero la supervisión no ha sido posible por falta de recurso humano y financiero.

Para subsanar estos problemas se hicieron las siguientes sugerencias:

-Aumentar el instrumento de enfermería y utilizar a la promotora de salud como enlace en el seguimiento de parteras.

-Sistematizar y normatizar la supervisión, el seguimiento y el control del programa Parteras Empíricas.

7.5 Existen normas establecidas por parte de los Servicios de Salud que estimulen el trabajo de la Partera Empírica ?.

A nivel de las Unidades Locales y Regionales, toda partera tiene derecho a control médico cada seis meses; además se les brinda consulta y tratamiento gratis, cuando es requerida.

Atención inmediata de las pacientes que ella remite, reuniones, etc.

7.6 Quién analiza y cuantifica la información que envía la partera y cuáles han sido los resultados ?

-La información es recibida por la enfermera, pero no se analiza ni cuantifica, porque no existe un instrumento estadístico o un formato que consolide la información; además, la información que registra la partera no es muy confiable ya que su reporte es escrito por terceras personas. Se sugirió:

-Mejorar el sistema de información. La propuesta presentada por Pladeicop es adecuada; nuestras recomendaciones son:

-Que este formato sea específicamente para registrar las actividades de atención del parto. Que se incluya una gráfica de duración de trabajo de parto; que sea individual y que se modifiquen algunas gráficas (con relación al dibujo: que sean más expresivas).

-Que el formato haga parte de las estadísticas normales del Hospital y se normatice a nivel central el manejo de la información de parteras para su análisis y cuantificación.

7.7 Con relación a reuniones, frecuencia y metodología utilizadas, las participantes informan que con las parteras urbanas las reuniones se hacen cada dos meses: se les da Educación Continuada, análisis y presentación de casos, educación informal. Se aclaran dudas y se comenta sobre las reuniones.

7.8 Suministro de material de consumo.

-No es continuo ni óptimo, aunque la dotación recibida una vez se termine el curso es adecuada.

-Se acordó que este material debería ser solicitado por parte de la parteras a la embarazada.

Para concluir, se puede decir que el taller tuvo un gran éxito. Se cumplieron a cabalidad sus objetivos: se compartieron diversas inquietudes y difi-

cultades; conjuntamente se identificaron posibles soluciones. Se precisaron todos los logros y se reafirmó el afán de todos los participantes por continuar colaborando y trabajando activamente hacia el logro de los objetivos finales, en favor de las madres y los niños de la Costa Pacífica.

ANEXO 1

Propuesta de un modelo gráfico para el sistema de información que registra la Partera Empírica.

Presentado por:

MARIA MERCEDES BURGOS.

Justificación:

Las condiciones de analfabetismo que presenta el grupo de Parteras Empíricas en la Costa Pacífica, plantean la necesidad de formular un mecanismo sencillo y adecuado de información, que permita registrar y cuantificar la información básica de las actividades realizadas por la parteras, y que a su vez sirva como patrón de evaluación.

El Convenio CVC-Pladeicop-Minsalud ha complementado desde 1984 a 270 parteras en la Costa Pacífica de las cuales el 90% (248) parteras son analfabetas.

Se espera que este formato sea auto-guía que orientará y recordará conductas ya aprendidas.

-Un instrumento de enlace y comunicación entre la comunidad y el equipo de salud.

-Dinámico, que permite hacer un seguimiento de análisis de las características y sucesos que se presenten.

-Que los responsables del programa, a nivel local o regional, traduzcan esta información en un condensado cuanti-cualitativo, e informen trimestralmente a los Servicios Sociales de Salud y a Pladeicop.

Descripción:

Este modelo consta de una descripción gráfica que reporta los antecedentes maternos y el estado actual del embarazo; el cuantificarlos permitirá conocer el riesgo materno y registrar datos básicos de la historia clínica materna (para futuras investigaciones).

-Atención del parto.

-Cuidados con el cordón umbilical.

-Remisiones

-Cuidados del recién nacido.

-Seguimiento a la madre y al niño.

Este formato está diseñado únicamente para señalización; a cada figura le corresponde un número de círculos que deben ser llenados de acuerdo con la información encontrada, o a la actividad realizada.

Cada bloque de círculos pertenece a una embarazada; por lo tanto, con un solo formato se pueden registrar 5 ó 10 atenciones de parto.

Este sistema facilitará una evaluación objetiva inmediata para cualquier trabajador de la salud que en un momento dado visite a la partera; se podrá dar cuenta así de las actividades realizadas hasta ese momento, o cuando la partera asista al centro o puesto de salud llevará consigo el formato para ser registrado y cuantificado por la persona responsable del programa. También la partera será capaz de detectar el riesgo materno cuando las primeras 7 figuras tengan señalizada la mayor parte de sus círculos.

Copia No Controlada

Guía de adiestramiento a la partera para el uso del formato.

Figura Nº.

Mensaje deseado para registrarlo.

- | | |
|---|---|
| 1. Una señora embarazada | Cuantos embarazos anteriores o cuantas veces se ha embarazado la madre. |
| 2. Una madre con hijos | Cuantos hijos vivos tiene la embarazada. |
| 3. Niño muerto | Cuantos niños menores de 5 años han muerto |
| 4. Médico operado | Cuantas cesáreas ha tenido la madre anteriormente. |
| 5. La embarazada visitando el centro de salud. | Si la madre ha sido controlada por parte de cualquier miembro del equipo de salud. |
| 6. Una embarazada edematizada. | Detectar signos de alarma. |
| 7. Dolor de cabeza | Detectar signos de alarma. |
| 8. Un centro de salud y una casa. | Indica que decisión tomó la partera si la remitió o no de acuerdo a los puntos anteriores riesgo materno alto o bajo. |
| 9. La partera controlando el embarazo. | Si la partera esta controlando a la embarazada. |
| 10. Alumbramiento. | Anotar si el niño nació de cabeza o de nal - gas. |
| 11. Alumbramiento. | Si el niño nació muerto o vivo. |
| 12. Alumbramiento. | Si lloró inmediatamente o nació deprimido. |
| 13. Alumbramiento. | Si fué parto único o general. |
| 14. Cuidados y enseñanzas en el post-parto inmediato. | Indicar que utilizó para cortar el cordón umbilical. |
| 15. | Indicar si se hizo profilaxis ocular; cuidado con los ojos del niño. |
| 16. | Detección de retención de placenta. |
| 17. | Qué decisión tomó la partera si el anterior se registra (remisión o no). |
| 18. | Enseñanza a la madre sobre lactancia materna. |
| 19. | Enseñanza a la madre sobre la importancia de la vacunación. |
| 20. | Seguimiento a la madre y al niño por parte de la partera. |