



Sistematización de Experiencias



Introducción:	4
ACRONIMOS	5
FORTALECIMIENTO DE SISTEMA DE SALUD ESTATAL:	6
Planteamiento:.....	6
1. Problema Inicial:.....	6
2. Limitantes:.....	7
3. Logros: (Trabajo con MSPAS)	8
4. Lecciones Aprendidas / Recomendaciones:.....	9
COMISIONES DE SALUD.....	11
Marco Legal Comisiones Municipales y Comunitarias de Salud.	11
1. Situación Inicial:	11
2. Que propuso hacer el proyecto para mejorar la situación	11
3. Que dificultades hemos encontrado hasta ahora:.....	12
4. Estrategia del Proyecto:	13
5. Ejemplos de logros de Comisiones del Proyecto:	13
6. Lecciones Aprendidas / Recomendaciones:.....	15
PLANIFICACION FAMILIAR:.....	16
1. Situación Inicial:	16
2. Hipótesis del proyecto:	16
3. Que propuso hacer el proyecto:	16
4. Limitantes Encontrados:.....	18
5. Logros hasta ahora	18
6. Recomendaciones:	19
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SOFTWARE	20
1. Problema Inicial:.....	20
2. Que ha hecho el proyecto:.....	20
3. Limitantes Encontrados:.....	22
4. Recomendaciones:	23
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS HOJAS DE REFERENCIA	24
1. Problema inicial.....	24
2. Que propuso hacer el proyecto:	24
3. Logros:.....	25
4. Limitantes Encontrados:.....	26
5. Lecciones Aprendidas / Recomendaciones:.....	26

ANEXOS:	27
Ejemplo de Monitoreo Servicio de Salud:	27
Resultado de Monitoreo de Servicios de Salud, Área Norte San Carlos Sija:	32
Ejemplo de un Diagnostico comunitario por Comisión Municipal de Salud y Auditoria Social: ..	39
Ejemplo de Contenidos: Taller Autocuidado para Comadronas:	42
Ejemplo de Taller: Plantas Medicinales, con Estudiantes Técnico de Salud Rural:.....	44
Ejemplo de Taller: Calidad de Atención a la Usuaría:	48
Encuentro de Actores del Proyecto: Resumen de Avances y Limitantes:.....	51

Introducción:

HEALTH POVERTY ACTION (HPA) y ASOCIACION NUEVOS HORIZONTES (ANH) en conjunto empezaron a implementar el Proyecto Madres y Niños Mayas (con financiamiento del BIG LOTTERY FUND, del Reino Unido) en octubre 2013. En enero 2015, se amplió el programa con el inicio del Proyecto Derechos de Salud Reproductiva para Mujeres Indígenas y Marginadas de Centroamérica, financiado por la Unión Europea.

En Guatemala, los proyectos han incidido en 8 distritos de salud:

Departamento de Totonicapán:

- Santa Lucía la Reforma
- Momostenango
- Santa María Chiquimula;

Departamento de Quetzaltenango:

- San Carlos Sija
- Cabricán
- San Juan Ostuncalco
- Palestina de los Altos
- Cajolá.

Para reducir la muerte materna se ha implementada una estrategia de:

- Fortalecer los servicios de salud estatal (especialmente a través de la pertinencia cultural de los servicios), y al mismo tiempo
- Fortalecer la participación comunitaria en la planificación, implementación y monitoreo de los servicios.

El presente documento se enfoca en un resumen breve de unas de las experiencias, positivas y negativas, de la implementación de esta estrategia.

Sistematización: Edith Hernández
Revisión: Equipos Técnicos, ANH y HPA

12 Avenida 5-09, Zona 3, Quetzaltenango

Tel: 7767 4199 – 7767 3143

ssljuventudkiche@hotmail.com

www.healthpovertyaction.org

Quetzaltenango, Abril 2017.

ACRONIMOS

ANH	Asociación Nuevos Horizontes
BLF	Big Lottery Fund
CAIMI	Centro de Atención Materno Infantil
CAP	Centro de Atención Permanente
C/S	Centro de Salud
CT	Comadronas Tradicionales
DASQ	Dirección de Área de Salud Quetzaltenango
DAST	Dirección de Área de Salud Totonicapán
HPA	Health Poverty Action
HRO	Hospital Regional de Occidente
MSPAS	Ministerio de Salud y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PDH	Procuraduría de Derechos Humanos
P/S	Puesto de Salud
SMN	Salud Materno Neonatal.
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TSC	Trabajador de salud comunitario
UASPI	Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas

FORTALECIMIENTO DE SISTEMA DE SALUD ESTATAL:

Planteamiento:

Los proyectos han intentado aumentar la demanda para los servicios de salud de calidad y con pertinencia cultural, con accesibilidad sociocultural, económica y geográfica.

Ejemplos del éxito con el aumento de demanda se ha visto, por ejemplo, en los Partos Atendidos por Personal Calificado (partos en Centro de Atención Permanente, Centro de Atención Integral Materno Infantil u otro personal médica):

Santa Lucia la Reforma

- 2014 140 (19% de partos)
- 2016 193 (30% de partos)

Sin embargo, para dar resultados cualitativos, implica no sólo aumentar la demanda comunitaria, sino a la vez aumentar la oferta de servicios.

1. Problema Inicial:

Partos Atendidos por Personal Calificado:

El personal del proyecto, en varias sesiones con personal del MSPAS, ha sido criticado por fortalecer la capacidad técnica de la Comadrona Tradicional, bajo el argumento que la Organización Panamericana de Salud ha sido clara en promover el parto institucional (en el establecimiento de salud) en lugar del parto domiciliario. Para varias personas dentro del MSPAS, el trabajo con Comadronas deberá enfocarse en fortalecer su nuevo rol, (como acompañante de la embarazada, y dejar de atender partos).

Sin embargo, el supuesto en este caso es que no existe servicio de parto económico, física y culturalmente accesible para las embarazadas. En el caso de Guatemala, ni Puesto de Salud ni aún el Centro de Salud (nivel municipal) tiene la capacidad de resolver partos, según el propio MSPAS; sólo los CAP, CAIMI y Hospital tiene la competencia de resolver partos.

Por ejemplo, en el caso de un Distrito de Salud del Proyecto, SJO, con una población de 56,000 habitantes, carece de servicio de atención de parto; si la cabecera municipal se encuentra a 15 km del Hospital Regional de Occidente en Quetzaltenango, no es el caso para sus comunidades (por ejemplo, Las Barrancas queda a dos horas y media en vehículo alquilado, con un costo de alrededor de Q250.) La misma situación ocurre aun cuando existe servicio de atención de partos en el municipio: de San Luis Sibila a su CAP en el Centro de SLR, no hay transporte público, con dificultad, se alquila servicio de flete privado con un costo de Q250.

El resultado regionalmente es un sobrecargo de partos atendidos en el HRO en Quetzaltenango; con 3 camas de expulsión, atienden un promedio de 29 partos al día, casi 10 por cama, en 24 horas en su turno, significa que la presión de pacientes incide en que el personal médico rápidamente se sienta obligado a realizar cirugía (cesárea) en el hospital.

Por razones tanto médicas como culturales, se considera que la cesárea no es ideal para la madre; y el resultado final es decidir tener el parto en el Hospital – la única opción de tener parto atendido por personal calificado – es correr el riesgo de tener cesárea, aun cuando no sea médicamente necesario.

2. Limitantes:



Calidad de Servicio:

Al revisar los criterios para BMOOC y CMOC, notamos carencias en la calidad médica de los servicios en oferta por el MSPAS:



- Tanto CAP como CAIMI carecen de banco de sangre
- Sumamos a estas carencias estructurales y crisis experimentadas, especialmente en 2015 y 2016:
- CAIMI de CAB carecía de oxígeno, suspendió servicio de atención de partos durante el día (8am a 4pm)
- CAP en SLR carecía de gas propano para esterilizar instrumentos
- Hasta HRO en Quetzaltenango, al inicio de 2016, tuvo que rechazar el ingreso de pacientes para cesáreas electivas
- A todo nivel, servicios de salud empiezan a tener que exigir insumos (guantes, jeringas, gasas, papel toilet y hasta medicamento) a su paciente al ser ingresada.
- La calidad y calidez de atención ha sido una barrera significativa para la comunidad en tener acceso adecuado al servicio.

En resumen, la oferta de servicios de salud materna de calidad accesibles a las embarazadas es débil.

3. Logros: (Trabajo con MSPAS)

1. se logró autorización de capacitación de comadronas de ACAM para distribución de PF

2. fortalecimiento de los conocimientos del personal encargado de espacios amigables.

3. se incidió para evitar rotación de personal capacitado, en el manejo de espacios amigables de Quetzaltenango.

4. se logró el establecimiento de huertos de plantas medicinales en centros de salud (CAP SMC, CAIMI, MOM, CAIMI CAB, CAP CAJ, Centro de salud PAL) y en puestos de salud (Xesaná, el Cerro, el Carmen, tierra colorada, el Tizate, P/S Calel, P/S San Luis Sibila), Escuela de Enfermería SLR (Véase Anexo)

5. se ha monitoreado el uso de dichos huertos, en MOM, SCS, SMC, P/S el Carmen, tizate

6. la comadrona ya tiene acceso al establecimiento de salud, con su paciente (CAP CAJ, CAP SLR, CAP SMC, CAP SCS, CAIMI MOM)

7. pacientes en CAP Y CAIMI ahora tienen acceso a ambiente acogedor (Pintura, calefacción, sábanas de colores, cortinas y batas culturalmente adecuadas) por ejemplo: CAB, SMC, SLR, SCS, CAJ.



8. instalación de equipo para parto vertical, (CAB, SLR, MOM, SCS, SMC)
9. Uso de registro de etnicidad (por ejemplo carnet de comadronas, 3 PS 4CS.
10. MSP implementando su política de entrega de placenta a las que soliciten, (por ejemplo CAIMI CAB, CAP SLR, CAIMI MOM)
11. Fortalecido el entendimiento mutuo entre comadronas y personal de salud, a través de intercambios de experiencias, ejercicios FODA, por ejemplo: MOM, SLR, SCS, CAJ,
12. Fortalecimiento de estrategia, carta prevenir con educación, en San Luis sibila, CAJ, SJO, PAL.
13. establecimiento de MSP, tiene acceso a equipo y medicamento que no tenía (véase papel sobre comisiones)
14. personal del ministerio fortalecido en temas de; normas de atención con pertinencia cultural, (todos los distritos) VCM (SMC, CAJ) VIH, calidad de atención al usuario (véase anexo)
15. a través de mesas de dialogo departamentales con comadronas, aprobación de la política pública de comadronas de los 4 pueblos de Guatemala.
16. referencias de comadronas de mujeres embarazadas y con trabajo de parto ha aumentado (CAJ, SCS, SLR)

4. Lecciones Aprendidas / Recomendaciones:

1. la reorganización del ministerio de salud en sus políticas, (por ejemplo estrategia emergente de primer nivel de atención, modelo influyente de salud)
2. inestabilidad de políticas y prioridades, afecta la eficacia de las acciones en salud
3. un área de proyectos, que contempla dos áreas de salud distintas, implica duplicar planificación, monitoreo e implementación de estrategias del proyecto,
4. la falta de coordinación en diferentes departamentos del ministerio, dificulta la eficacia de las estrategias, (por ejemplo: salud reproductiva, epidemiología, promoción, bodega, inventario, y dirección)
5. falta de estabilidad en políticas de contratación, implica cambio o rotación de personal capacitado (por ejemplo; en PF, espacios amigables)
6. políticas de control de inventario del ministerio, perjudica acceso al equipo donado, (por ejemplo: tablet con traductor electrónico)
7. falta de una cultura de rendición de cuentas (tanto a comunidades en monitoreo, como sociedad civil organizada)
8. falta de flexibilidad en implementación de planes y programas con el ministerio, limita implementación en conjunto de estrategias y abordajes de los proyectos.



9. el personal del MSP tiene poca orientación sobre las políticas públicas, protocolos y estrategias institucionales.

10. en futuros proyectos, considerar trabajar en todos los territorios de menos distritos.

COMISIONES DE SALUD

Marco Legal Comisiones Municipales y Comunitarias de Salud.

Su organización se fundamenta dentro del marco de la descentralización, incluyendo:

- Ley de consejo de desarrollo urbano y Rural (Decreto 11-2002)
- Código municipal (Decreto 12-2002)
- Convenio 169 de la Organización Internacional de Trabajo
- Código de Salud, 90-97:
“Artículo 5: Participación de la comunidad. El Estado garantizará el ejercicio del derecho y el cumplimiento del deber de la comunidad de participar en la administración parcial o total de los programas y, servicios de salud. Para fines de éste Código, en lo sucesivo la administración comprenderá la planificación, organización, dirección, ejecución, control y fiscalización social.”

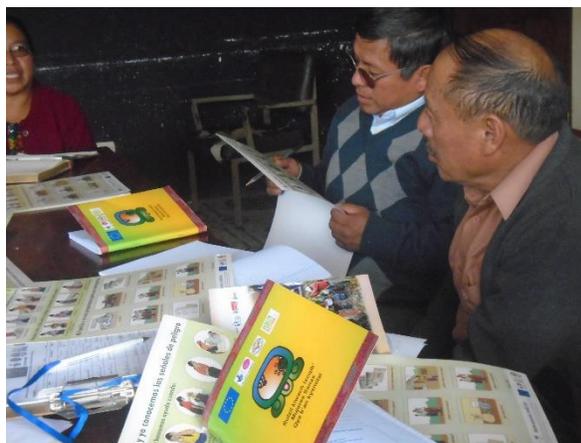
1. Situación Inicial:

- En las primeras visitas que se realizaron a nivel de distritos de salud y sondeos con ONGs que tienen presencia el municipio, y que trabajan con comisiones de salud, se informó que hay comisiones de salud organizadas, pero solo existen en papel, no estaban funcionando porque solo se cumplía con los objetivos de organizarlos (organizados por personal de salud).
- En un mapeo rápido realizado conjuntamente con Nutri-Salud, se pudo identificar que solo hay **2 comisiones de salud funcionando** en el municipio de Mazatenango, que tenía completa su formación y acreditación con acciones concretas realizadas, el resto solo estaban organizadas, unos con primera capacitaciones de los 5 pasos y el resto sin capacitación.

2. Que propuso hacer el proyecto para mejorar la situación

a.) Procesos de Capacitación:

- En Quetzaltenango, la DASQ durante 2014 empezó a socializar una estrategia alterna, la creación de redes de emergencia, en lugar de la figura de la Comisión de Salud, enfatizando lo práctico de establecer red de comunicación, números de teléfono de los actores, etc.
- HPA le dio la bienvenida al aspecto práctico, pero enfatizó que se continuaría trabajando sobre la figura de Comisión, por las siguientes razones:



1. su fundamento en el marco legal
2. su papel como interlocutor de la sociedad civil al nivel local con las autoridades de salud.

- En 2014, el MSPAS al nivel nacional produce su Manual de Cinco Pasos Para la Organización de Comisiones de Salud; el personal local del MSPAS nota que los contenidos no habían sido consensuados con ellos; y sintieron que vino de la Capital como una imposición en lugar de fortalecer los procesos existentes
- Las organizaciones de la sociedad civil – incluso HPA – notamos que los contenidos del “Manual de Cinco Pasos” se enfocaron únicamente en el papel de las Comisiones como *Comités de Emergencia*; dejando invisibilidad en su papel de representar a la comunidad en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de los sistemas de salud.

3. Que dificultades hemos encontrado hasta ahora:

Notamos cuatro factores críticos:

1. Con las nuevas Comisiones, se empezó un proceso de (varios) meses de capacitación teórica sobre: roles y responsabilidades, marco legal, funciones de cada miembro de Junta Directiva, etc. El resultado era el aburrimiento y desmotivación de sus integrantes.
2. En el caso de Comisiones Municipales de Salud, unos distritos estaban trabajando con varias organizaciones de la sociedad civil, y ONGs, entre ellas: (CDRO, PIES de Occidente, ADIPO) HPA integró sus esfuerzos con todos los actores para no duplicar reuniones o sesiones de capacitación; pero se notó que cada actor debía responder a sus propios objetivos, debilitando una coordinación eficaz. Sin embargo, se logró maximizar los recursos financieros, al turnar pago de costos. (Véase abajo)
3. La calidad de la capacitación – en cada caso – fue una función de la utilización o no utilización del idioma materno; al usarse, la discusión en cada reunión era significativamente más amplia, más profunda; y los conocimientos adquiridos en capacitaciones más amplios.
4. Tiempo de Servicio de Comisiones:

En 2013-2014, encontramos la gran limitante de tener elección y membresía de las Comisiones para un año; en el caso de Comisiones Comunitarias de Salud, la modalidad comunitaria era asignar al Alcalde Comunitario como encabezado de la CCS; y cambiaba cada enero. Significaba que cada CCS se eligió en primer trimestre del año; pasó varios meses en capacitación; teniendo en su mayoría sólo un par de actividades antes de entregar su servicio.

El Proyecto abogó y dialogó con los actores, logrando en unos casos estipular un periodo de servicio en la Comisión de 2 años en lugar de uno en el Cerro, el Carmen la Ciénaga, Tierra Colorada, el Carmen y Jocote Seco.

Reuniones de Comisiones:

Se nota la tendencia de tener el liderazgo el MSPAS en el caso de las Comisiones Municipales: en su mayoría, son coordinados por personal del MSPAS. El marco legal, en cambio, los prevé como liderados por la comunidad, a través de la figura del representante del gobierno local.

Al plantear las consecuencias negativas para la apropiación comunitaria, y para cumplir su papel en el monitoreo de los servicios estatales, la mayoría de las Comisiones no aceptaron la propuesta de HPA de hacer la transición al ser lideradas por comunitarios.

La próxima estrategia del proyecto era, para 2015, minimizar el contenido teórico de la formación de Comisiones, a favor de acciones concretas y puntuales.

4. Estrategia del Proyecto:

Se resume en los siguientes aspectos:

- aumentar representación comunitaria – en lugar de personal técnico de ONGs trabajando en el Distrito; dando énfasis en representación de las mujeres
- aumentar periodo de servicio de 1 año a dos, donde sea consensuado por la comunidad
- reducir reuniones de capacitación; luego de cubrir lo necesario, proceder a fortalecer la construcción de un Plan de Acción
- realizar las capacitaciones en el idioma materno
- dar seguimiento a las acciones concretas propuestas y realizadas.

5. Ejemplos de logros de Comisiones del Proyecto:

COMISIONES MUNICIPALES DE SALUD	COMISIÓN COMUNITARIA DE SALUD
1. CMS ahora han realizado actividades de monitoreo (por ejemplo, del rastro municipal de SLR)	1. CCS TIZATE, han realizado monitoreo en el puesto de salud, donde identificaron necesidades de salud
2. CMS Momostenango, ha dado seguimiento a quejas sobre el personal	2. CCS TIZATE: logro mantenimiento y pintura del puesto de salud
3. a nivel comunitario CMS SLR, ha realizado monitoreo de niños y mujeres embarazadas desnutridos. (talla y peso, fórmula para tratamiento), resultando en la recuperación de desnutridos.	3. CCS XESANA: Realizo un análisis de incidencia y prevalencia de enfermedades y de muerte materna a nivel local.
4. CMS CAB, logro la compra de medicamentos y oxígeno para el CAIMI.	4. CCS XESANA, CCS CERRO realizan mapeo de embarazadas
5. CMS SLR logro a través de incidencia presupuestaria con el gobierno local, instalar línea telefónica en el CAP	5. CCS CERRO: monitoreo en la escuela, (estado de instalaciones, refacción y manejo de basura, letrinas)

6. Entre las actividades públicas de CMS, SLR organizaron una maratón para recaudación de víveres para familias con problemas de desnutrición.	6. CCS CIENAGA; CCS CALEL: han logrado un pequeño fondo para emergencias obstétricas en la comunidad.
7. CMS CAJ, ha recopilado niveles de satisfacción sobre la atención que presta el servicio de salud.	7. CCS TIERRA COLORADA: han sacado pacientes en emergencia, con problemas obstétricos al CAIMI
8. CMS, SCS han realizado un análisis de necesidades de salud comunitaria	8. CCS TIERRA COLORADA: ha logrado a través de la incidencia, reconocimiento formal por parte autoridades comunales.
9. CMS SMC; participo en la realización de la feria de la salud a nivel municipal y comunitario.	9. CCS JOCOTE SECO: ha logrado un espacio para una Unidad Mínima en Salud UMS, para dar consultas.
10. CMS SMC: gestiono, acceso al agua para mantenimiento de huerto de plantas medicinales en el CAP.	10. CCS CARMEN; se encarga de mantenimiento de huerto de plantas medicinales en el puesto de salud.
11. CMS CAB; ha recaudado fondos y víveres para casos específicos de desnutrición.	11. CCS CERRO, realizaron visitas domiciliarias para promover la importancia de control prenatal y la participación en club de embarazadas.
12. CMS CAB: Actualmente planifica instalación de parque infantil	12. CCS CERRO: dono un pila para el puesto de salud
	13. CCS CALEL: recaudo fondos para compra de un Doppler para puesto de salud, medicamento básico, jornadas medicas
	14. Aumento de sensibilización: CCS Tierra Colorada: taller sobre VCM con integrantes, compartiendo ruta de denuncia, análisis de causas y consecuencias

6. Lecciones Aprendidas / Recomendaciones:

1. no terminar el servicio de todos los miembros de un solo, si no renovar parcialmente a los integrantes de la comisión.



2. incidir, abogar ante las autoridades para que sea más largo el periodo de la comisión.

3. incidir con autoridades municipales, para que ellos sean los que pongan a funcionar todas las comisiones comunitarias.

4. capacitar a concejales en salud, sobre su rol y responsabilidad.

5. El funcionamiento depende mucho del nivel de involucramiento del personal de salud.

6. Es importante minimizar capacitaciones abstractas a favor de actividades concretas con los integrantes de las comisiones.

7. en la práctica CCS funciona de forma autónoma en vez de subcomisión de CMS, parte de la razón son las distancias, costo en tiempo y recursos para que lleguen miembros de CCS en CMS. Por lo tanto en la práctica CCS se encarga de puesto de salud y CMS de centro de salud.

8. Cada comunidad, debería tener claridad sobre el número de comisiones y su área geográfica de responsabilidad en su territorio.

PLANIFICACION FAMILIAR:

1. Situación Inicial:

Demanda insatisfecha para PF entre mujeres de edad fértil.

Entre las razones están:

- falta de confianza y barreras culturales entre personal del MSPAS y las MEF
- Falta de insumos (durante 2014, por ejemplo: inexistencia de inyectable Depo provera de 3 meses, el método más usado)

2. Hipótesis del proyecto:

- Que las Comadronas, al ser actores culturalmente respetadas, serán aceptadas como proveedoras de PF; y que aumentara el uso de PF en su comunidad.
- Que la provisión de insumos de PF por parte del proyecto garantiza la existencia de insumos al nivel comunitario, mientras dure el proyecto.

3. Que propuso hacer el proyecto:

Acciones:

a.) Sondeos con Comadronas sobre su interés, su disposición para ser proveedoras de métodos de PF:

En intercambio en Xela, dos Comadronas de PAL mostraron su interés, comentando que sus pacientes solicitan métodos de PF, dado el grado de confianza que tienen las mujeres con ellas.

b.) Discusiones con Distritos de Salud (nivel municipal):

En SJO, el personal manifestó su desacuerdo, notando un piloto que se había implementado anteriormente. Para el Trabajador de Salud rural, El problema era que la Comadrona quería cobrar por el servicio de aconsejar y distribuir PF. (Notamos que para el Proyecto es razonable y positivo que la Comadrona cobre su servicio para recibir un ingreso, tal como el personal recibe un ingreso, y que el MSPAS tiene tendencia de querer que los actores comunitarios trabajen de manera voluntaria).

c.) Discusiones con Departamento SSR- DAST:

Inicialmente rechazaron la propuesta, ya que no están autorizadas, las comadronas dispensar o administrar ningún medicamento. Aunque sean actoras comunitarias.

El Proyecto se refirió a la Guía Nacional de Planificación Familiar del MSPAS, donde establece que la Comadrona debidamente capacitada de antemano, puede administrar:

- Pastilla
- Condón
- Métodos basados en conocimiento de la fertilidad (MELA- MDF - Dos Días).

Dicha Guía no era conocido por el Programa SSR de DAST.



d.) Discusiones con Departamento PF con DASQ:

- Al compartir la Guía, las reacciones eran sobre la capacidad de las Comadronas, que en su mayoría no saben leer y escribir. Argumentamos que el mismo personal del MSPAS al nivel de distrito podría evaluar y certificar la Comadrona sobre su capacidad y luego capacitarla.

- Se acordó implementar la estrategia como piloto, pero especificando la necesidad de aval del Departamento de SSR al nivel Central en la Capital, se procedió concretar una reunión para plantear la estrategia.

- Como avance importante, sugirieron que intentemos acordar el aval para pilotear el uso de la inyectable de 3 meses por la Comadrona,

pues es el método más utilizado en la comunidad.

e.) Discusiones con Programa de Salud Reproductiva, MSPAS, al nivel nacional

En 2016, pasamos a organizar reuniones en dos momentos con el Programa Salud Reproductiva al nivel nacional, con el apoyo de OSAR y de representantes de la Asociación CODECOT.

Rechazó la participación de Comadronas en distribución de PF, argumentando que el MSPAS quiere reducir el papel de la Comadrona, en lugar de aumentarla

Se nota que:

- ser distribuidora de PF es una estrategia para cambiar el papel de la Comadrona desde atención de partos hacia acompañante de la Embarazada.
- la actitud es incoherente con Política Pública de la Comadrona de los 4 Pueblos (2015)
- la actitud no reconoce la realidad de la falta total de capacidad del MSPAS atender partos – sin ninguna sala de partos en SJO, por ejemplo, con población de 56,000 habitantes

Al señalar que la oposición contradice la Guía Nacional de Planificación Familiar, nos manifiestan que tienen amparo en su departamento jurídico para quitar el papel de la Comadrona en la Estrategia. (Pedimos aclaración sobre fecha anticipada de resolución, pero aun esperamos respuesta). Notamos además cierta resistencia por parte de UASPI al fortalecimiento de la Comadrona para ser distribuidora de PF; sugiriendo que su papel tradicional sería el uso de métodos naturales.

4. Limitantes Encontrados:

- incoherencia entre política pública de PF que permite la comadrona adiestrada, distribuir pastillas, inyecciones y condón y la actitud del personal en las áreas de salud, que argumentan que no tienen capacidad.
- para autorizar comadronas oposición dentro del ministerio, se basa en que comadronas son analfabetas, 2. no funciono un piloto anterior en San Juan y Cajola.
- personal de salud se opuso a que la comadrona cobre por su servicio.
- Ministerio de salud, no puede dar insumos a personas particulares.
- UASPI argumenta que anticonceptivos no tradicionales, no forma parte del papel tradicional de la comadrona.
- las comadronas tienen temor en facilitar métodos de PF por el machismo de los hombres, y por el valor positivo en las comunidades en tener familia grande.

Propuesta con ACAM:

Están dispuestas a recibir el fortalecimiento para ser proveedores de métodos sin embargo ellas manifiestan que la demanda de las mujeres es la inyección de tres meses.

Pero harán la promoción de los métodos que establece la guía de comadronas.

Propuesta con CODECOT Coordinadora de Comadronas Tradicionales de Quetzaltenango):

No tuvimos respuesta al planteamiento de que sus integrantes sean parte del plan piloto, más bien su enfoque es que sean abastecidas para para la clínica que está establecido en su sede.

5. Logros hasta ahora

Cursillo Asociación de Comadronas del Área Mam:

- No de integrantes (9) 6 de San Juan 3 de Concepción Chiquirichapa
- Participación de DASQ
- Diploma
- Compra de insumos
- Situación actual

6. Recomendaciones:

- Aumentar el recurso y tiempo en capacitación constante a comadronas en PF .
- implementar programas de sensibilización comunitaria, sobre las ventajas de la planificación, desafiando los mitos comunitarios.
- se ha identificado la necesidad, de fortalecer los conocimientos de PF dentro del personal de salud en los distritos.
- se mejora la consejería a las usuarias de PF, sobre la importancia de chequeos periódicos.
- monitorear el nivel de éxito en el piloto de comadronas como distribuidoras de métodos de PF.



DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SOFTWARE

1. Problema Inicial:

Al inicio del proyecto se identificó:

- que la mayoría de personal de salud es monolingüe especialmente los médicos que trabajan en CAP y CAIMI en los municipios.
- No se cuenta con instrumento o equipo para apoyar al médico en cuanto a la comunicación con la paciente, cuando esta acude al servicio de salud.
- Hay personal bilingüe en los distritos de salud, pero no utilizan el idioma para comunicarse con los pacientes.
- Hay un mínimo porcentaje de personal de salud bilingüe, pero tienen otras funciones, no pueden estar traduciendo, solo en casos extremos y cuando ellos están en el distrito.

Consecuencia:

- Renuencia de las embarazadas a su control prenatal y atención de parto por no tener buena comunicación.
- Pacientes no acuden a consultas por falta de comunicación en el idioma materno.
- Algunas comadronas refieren paciente pero se encuentran con la limitante del idioma.
- Baja cobertura de atención de parto institucional en algunos lugares (Como SLR)
- Aumento de muerte materna.



Que propuso hacer el proyecto:
resumir la actividad relevante en el resumen del proyecto
Intensificar el trabajo de las comisiones comunitarias de salud, comadronas y personal de salud
Como: visitas a embarazadas, mapeo de embarazadas, organización de club de embarazadas, capacitación a embarazadas invitadas por las comadronas.
Uso de idioma materno en las diferentes actividades
Motivación a contratación de personal bilingüe

Socialización e implementación de normas de pertinencia cultural a todo el personal de DASQ y DAST.

2. Que ha hecho el proyecto:

a.) Reunión

El 23 de mayo 2014 se inicia una primera reunión con personal de los distritos de salud de los cuatro municipios, y de la universidad Rafael Landívar para socializar el programa de software, las

ventajas y desventajas del uso. El grupo de participantes manifestaron que el programa es bueno, que no es la solución, pero es una herramienta que apoya al personal para acercarse a las pacientes.

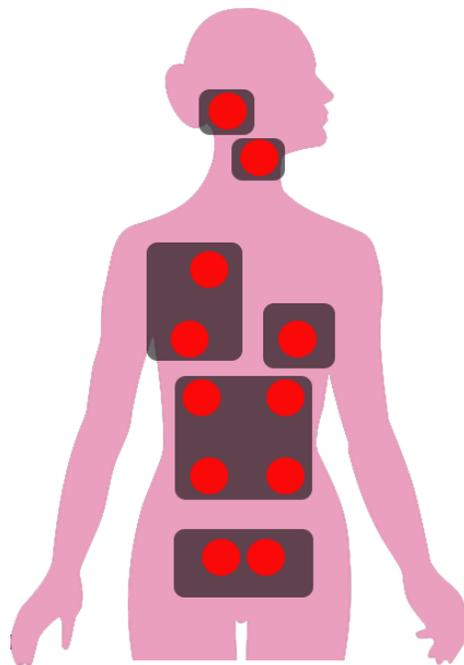
b.) Proceso del diseño:

HPA contrató un equipo consultor local, y sus términos de referencia ofrecieron unos lineamientos para el diseño:

- Comunicar indicaciones sobre su intención y el uso correcto de: Vacunación para madres y bebés, Ácido fólico, hierro, sulfato ferroso en el embarazo.
- Comunicar señales de peligro durante el embarazo
- Compartir información sobre métodos de Planificación Familiar
- Permitir a la madre indicar ubicación del problema médico, al indicarlo en imagen del cuerpo.
- Indicar a la madre resultados de toma de presión.
- Ofrecer consejos sobre la maternidad segura (incluso nutrición de la madre y el bebé)
- Notase que los contenidos finales serán discutidos en talleres de diseño con personal médico, Comadronas, Organizaciones de la Sociedad Civil durante el transcurso de la consultoría.

El diseño del software toma en cuenta:

- Facilidad de uso en un contexto de baja tecnología (rural, sin conectividad al internet)
- El uso de Archivos de sonido incrustados
- Replicación de indicaciones y consejos según protocolos del Ministerio de Salud Pública
- Facilidad de replicación al enfatizar el software en vez de una plataforma específica
- Proceso del diseño que involucra personal del Ministerio de Salud Pública, Comadronas y / o madres comunitarios, organizaciones de la sociedad civil
- Cuando sea apropiado, el uso de preguntas para la madre que son cerradas (sí o no)
- Proceso de validación en el campo para mejorar versión prototipo
- Acceso abierto para que sea replicado sin costo por usuarios en otros contextos
- Manual de diseño para que sea replicado sin costo, por otros usuarios en otros contextos.



c.) Contenido del programa

- Ficha de control prenatal, consejerías sobre suplementación, alimentación durante el embarazo y señales de peligro.
- Para dar seguimiento en línea cada participante dejó una dirección electrónica para que los consultores puedan enviar link para observaciones del programa.

- Siguiereen los participantes que cada observación que envíen debe llegar a todos los contactos para evitar duplicación de información.

d.) Grabación de audio

Con el apoyo del personal de los distritos de salud de Cab y Mom se grabó el audio en Mam y K'iche, pero por situación de mezcla de español y la variante del K'iche de Momos, fue necesario generalizar, por lo que se re-grabó por el equipo de HPA/ANH, luego fue editada por los consultores y validada con el equipo.

d.) Hardware:

Una revisión de opciones de tablet fue realizado con asesoría técnica. Entre los criterios:

- Tamaño de pantalla: 7" fue considerado demasiado pequeña para poder ver imágenes, si se decidiera incluir mapa del cuerpo, si la usuaria iba a señalar ubicación de malestar, por ejemplo
- Calidad de sonido integral: para tener mayor flexibilidad de uso, se decidió evitar el uso de parlantes externos, con la claridad del audio con parlante integral un criterio fuerte.

e.) Entrega de Tablet

A cada Coordinador de CAP, CAIMI y médicos turnistas, se les indico cómo funciona el equipo y el contenido del programa, y se les informo que toda observación deberán escribir en una hoja para ir mejorando el programa a futuro.

Se inició la validación del programa en el mes de septiembre con personal médico, enfermeras especialmente los que trabajan en consultas en CAP y CAIMI usando la Tablet en la atención prenatal para identificar algunas debilidades de comunicación.

Ventajas

- El programa es bueno permite la comunicación con la usuaria.
- Es un apoyo para el personal de salud Monolingüe
- Permite entrar en confianza con la paciente
- Facilita el aprendizaje del idioma.

3. Limitantes Encontrados:

Según las observaciones del personal salud,

- indican que hay necesidad de realizar cambios de algunas palabras por los variantes de los idiomas K'iche
- Uno de los cuatro distritos reportaron falla en sistema de audio, luego de haberle instalado programas y juegos en el establecimiento de salud.
- Uno de las tablets entregados no fue disponible para validación por parte del personal: actualmente, no aparece en inventario, y HPA da seguimiento a localizarlo.

Desventajas

- No se puede tener una conversación más fluida, porque las preguntas son cerradas
- Palabras que no se utilizan en el municipio, no las entiende la paciente
- Queda corta la conversación
- Hay personal de salud que no les interesa el uso del equipo
- Hay personal de salud que utiliza para otros fines el equipo (como Juegos, fotos, etc).

Recomendaciones:

- Incluir el texto de traducción en español
- Incluir un glosario medico
- Incluir al inicio de la conversación, una bienvenida por el personal de salud
- Consejería sobre vacunación
- Mensaje de promoción del servicio de salud
- Mensaje de Motivación.

Segunda versión.

- Elaboración del listado del glosario medico
- Grabación del glosario medico
- Grabación de consejerías: prevención del cáncer de mama, vacunación de niños, alimentos nutritivos en el embarazo.

f.) Validación de audio:

Se ha realizado la validación de audio con el equipo donde se dio las observaciones a consultores para mejorar el audio.

Se realizó la validación de audio con el grupo de mujeres en SLR, que se debe cambiar las siguientes palabras.

1. Ataque _ Kúlum.
2. Presión alta _ katiknaj le wanimá
3. Parto en casa_ katux choja,
4. Embarazo_ Utzalaj yabíl.
5. Bolita en el pecho _ sipoj
6. Alivio_ at algo chik
7. Grave_ juert ink'ax



Actualmente:

- Mom y HPA cuenta con la segunda versión en la Tablet
- Pendiente instalar en las tres Tablet de Cab, San Carlos Sija y SLR
- Pendiente versión 3 con la adición de gráficas.

4. Recomendaciones:

1. Trabajar con MSPAS para abordar resistencia y falta de interés en mejorar el servicio
2. considerar proporcionar curso presencial del idioma
3. incidir con cada establecimiento de salud para promover la utilización del idioma con parte del personal.
4. incidir en las escuelas de formación médica, sobre la importancia de implementar idiomas nacionales.
5. incidir con el ministerio de salud, para contratar personal bilingüe.
6. creación de políticas internas para que el personal si hable su idioma.

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS HOJAS DE REFERENCIA

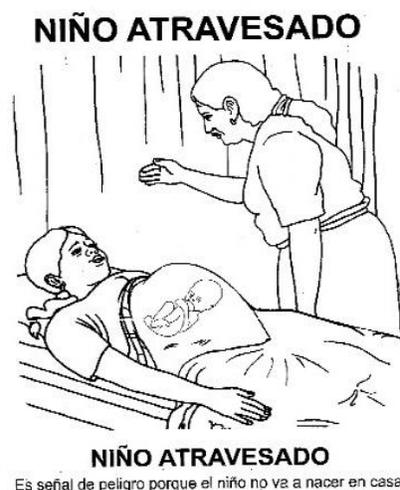
1. Problema inicial

Existen Hojas de Referencia (véase anexo diseñadas por el MSPAS xxx), que han sido reproducidas y distribuidas por distintos proyectos de cooperación.

Falta de hojas

Mayo 2014:

- En los cuatro distritos manifiestan estar desabastecidos de hojas de referencia
- Desfase en la utilización y abastecimiento de hojas de referencia al culminar los proyectos que apoyan al MSPAS (por ejemplo Proyectos de Mothercare, Calidad en Salud, PIES de Occidente)
- Las comadronas a veces no son escuchadas por el personal de salud cuando quieren explicar el motivo de la referencia, en varias ocasiones el personal de salud las maltrata y saca a empujones y ya no le da tiempo para informar, el motivo de la referencia.
- El personal de salud a veces recibe las hojas de referencia, luego la tira en el bote de basura (palabra de una comadrona de CAB)
- Las hojas de referencia que se utilizan en los distritos de salud son complicadas, debido que a las comadronas les cuestan identificar los dibujos porque son pequeños y tiene demasiados.



Consecuencias:

- Poca referencia de pacientes de parte de las comadronas: por ejemplo en SLR, Enero a Octubre 2014 4(4 referencias).
- Malestar de comadronas en sentir que no son tomadas en cuenta con los diagnósticos identificados.
- Personal de salud argumenta desconocer la razón de la referencia.

2. Que propuso hacer el proyecto:

a. Diseño de hoja de referencia simplificada

- La primera actividad que se realizó con las comadronas, en los cuatro distritos de salud, fue para identificar si contaban con la hoja de referencia comunitaria, el resultado era que no contaban con la hoja de referencia desde hace algunos años, por eso la referencia lo hacen de manera verbal.
- Se solicitó a personal de salud la hoja de referencia para tener copia de figuras, sin embargo no fue posible adquirir un ejemplar, en las reuniones realizadas con otras organizaciones se fueron sondeando quienes tenían los dibujos de señales de peligro en blanco y negro,

(amablemente Nutrí-salud nos proporcionó una copia). Se escanearon las copias para la elaboración de la hoja de referencia y luego se programó una reunión con encargadas de comadronas, de los cuatro distritos de salud para realizar la validación.

b. Validación

- El 6 y 13 de agosto se validó con las comadronas de MOM
- El 12 de agosto se validó con comadronas de CAB
- 27 de agosto se validó con comadronas de SLR
- 10 de septiembre se validó con comadronas de SCS.

Durante el proceso de la validación las comadronas indicaron que los dibujos son visibles y que son los síntomas más comunes por la cuales refieren a sus pacientes son los que aparecen en la hoja.

TRABAJO DE PARTO MÁS DE 12 HORAS



c. Entrega de la hoja de referencia

Se entregaron 1500 hojas de referencia divididos en los 4 distritos de salud durante las fechas 8, 14, 15 y 16, del mes de octubre de 2014, cada comadrona recibió 3 hojas de referencia con su respectivo sobre. Y el resto de hojas quedo bajo la responsabilidad de la enfermera de distrito encargada de comadronas, para ir entregando en su momento, cuando la comadrona solicite más, así mismo quedo en acuerdo que estarán recibiendo las hojas de referencia llena por la comadrona en cada reunión de capacitación mensual para ir archivando.

d. Monitoreo de uso de la hoja de referencia

En el mes de noviembre se realizó el monitoreo del uso de la hoja de referencia.

Las comadronas hacen observaciones de algunos dibujos que se deben de cambiar porque no están claros, les cuesta un poco entender y otros que son necesario incluir, porque son los que se han identificado últimamente más, por ejemplo: en el bloque de embarazo, incluir la señal de peligro de hinchazón de pies manos y cuerpo. Parto: incluir parto Gemelar, placenta previa, cambio de dibujo de niño atravesado.

Segunda versión

Se realizaron los cambios respectivos y se hizo la reimpresión para el mes de enero y febrero de 2015, se entregó la segunda versión de 5 hojas de referencia a cada comadrona y el resto quedo para el personal de salud para que sean entregadas a las comadronas que necesiten más.

3. Logros:

- Actualmente cada comadrona de los 4 distritos de salud cuenta con su hoja de referencia, de la segunda versión.
- El personal de salud tiene el compromiso de recibir la hoja de referencia mensualmente, en el momento de la capacitación.

- Equipo y personal de salud ha discutido sobre la implementación de la hoja de referencia, la sugerencia del personal de la DAST es que: Todo material promocional debe ser autorizado por el departamento de promoción para que tenga validez. (se le dará seguimiento el próximo material, se consensara previo a su edición o impresión)
- Se ha programado la reunión de seguimiento para el 21 de abril de 2015 con las dos Áreas de salud y organizaciones afines.
- MOM 142
- SLR 60
- SCS 24
- CAB 27

4. Limitantes Encontrados:

Participación de los dos Áreas de Salud:

No se consultó previamente con Salud Reproductiva Toto, y Salud Reproductiva Quetzaltenango antes de pilotear el rediseño de hoja simplificada, sino a nivel de Distritos del MSPAS

Notamos que no se logró contabilizar aumento o falta de aumento en número de referencias con la nueva hoja, porque solo en SLR se logró hacer la contabilización de referencias; y solo por la memoria de las Comadronas presentes, no hay registro en los Distritos de Salud de MSPAS.

En Marzo 2014, compartimos resultados preliminares del proceso de evaluación, para determinar siguientes pasos el 21 abril.

5. Lecciones Aprendidas / Recomendaciones:

1. a sugerencia del área de salud, se donaron insumos al área, sin embargo el monitoreo ha mostrado que las hojas de referencia donadas, no siempre han llegado a los distritos, se recomienda donación de hojas de referencia a cada distrito.
2. mayor incidencia con el personal del MSP sobre su flexibilidad en aceptar nuevos diseños de hojas y formularios.
3. hay personal médico que no recibe las hojas de referencia, no le dan importancia.

ANEXOS:

Ejemplo de Monitoreo Servicio de Salud:

MONITOREO DE SERVICIO DE SALUD: INSTRUMENTO PARA ENTREVISTAR PERSONAL MSPAS Y OBSERVACION:			
INFORMACIÓN GENERAL			
Fecha de la visita	17 de Mayo de 2017		
Municipio	Santa Lucia La Reforma		
Comunidad:			
Tipo de servicio que se observa			
Puesto de Salud			
Centro de Salud			
CAP	✓		
CAIMI			
Datos de la persona encargada del servicio de salud:			
Nombre:	Maynor Otoniel Galindo.		
Cargo:	Director del servicio.		
Datos de la persona informante:			
Maynor Otoniel Galindo			
Director del CAP de Santa Lucía La Reforma.			
Nombres y apellidos de las personas que realizaron el monitoreo:			

	Integrantes de la Comisión municipal de Salud.	
INFORMACIÓN SOBRE RECURSO HUMANO		
	Número que es Bilingüe	Número que no es Bilingüe
Enfermera (o) Auxiliar	12	1
Enfermera Profesional	3	
Técnico en Salud Rural	0	
Medico (a)	2	1
Facilitadora Comunitaria		
Comadrona contratada	0	
Otro Educatora, inspector de saneamiento ambiental, conserje.	Conserjes, pilotos	Una ISA
INFORMACIÓN SOBRE EL EQUIPO E INSUMOS		
	Cantidad en Buen estado	Cantidad en Mal estado
Infantómetro (para medir niños)	✓	
Tallímetro (para medir adultos)	✓	
Balanza para pesar niños	✓	
Balanza para pesar adultos	✓	
Termómetro	✓	
Estetoscopio	✓	
Cinta Métrica – Metro	✓	
Esfigmomanómetro / para tomar presión	✓	
Camilla	✓	
Refrigeradora	✓	
Termos para vacunas	✓	
Glucómetro	✓	

Gas propano y estufa (para esterilización, etc.)	✓	
Jeringas	✓	
INFORMACION SOBRE SERVICIOS PARA EMBARAZADAS, RECIEN NACIDOS Y DE PLANIFICACION FAMILIAR		
¿Actualmente ofrecen los siguientes servicios de Planificación Familiar (PF)?		
Pastillas	✓ Tiene ahora si	No tiene ahora
Inyectados	✓ Tiene ahora si	No tiene ahora
Condomes	✓ Tiene ahora	No tiene ahora
T de Cobre	✓ Tiene ahora	No tiene ahora
Collar	No tienen	✓ No tiene ahora
Jadelle	✓ Tiene ahora	No tienen
Cuentan con algún control de las visitas domiciliarias realizadas en casos de alto riesgo de embarazo	✓ si	No
Cuentan con control de visitas a los neonatos y madres post parto durante las 48 horas post parto	✓ Si	No
¿Cuántos exámenes de Papanicolau y/o IVAA han realizado durante el presente año.	15	
¿Cuántas pruebas para la detección de VIH e ITS se han realizado durante el presente año?	No se tienen la cantidad pero si se está realizando prueba.	
INFORMACION SOBRE CONSEJERIA, EDUCACION Y COORDINACION COMUNITARIA:		
¿Se realizan actividades educativas sobre Salud Reproductiva y Embarazo?	✓ Si	No
¿Se incluye a hombres en estas actividades educativas?	✓ Si	No
¿Cuántas comadronas están registradas por el servicio de salud para la atención del parto?	No se tiene el numero	
¿Se realizan capacitaciones dirigidas a grupos de comadronas?	Si. A cada mes.	
¿Hay Comisión Comunitaria de Salud que trabaja en conjunto con este servicio?	El MSPYAS no tiene tal vez tiene las ONGs. Pero no coordinan	✓ No

¿Si hay, que acciones o actividades realizan?				
INFORMACION SOBRE PERTINENCIA CULTURAL				
¿Se realiza atención en el idioma local?	✓ Sí	No		
¿Se realiza consejería de PF en el idioma local?	✓ Sí	No		
¿Se realizan actividades educativas en idioma local?	✓ Sí	No		
DISPONIBILIDAD DE MATERIALES EDUCATIVOS IEC				
Señales de peligro en el embarazo	✓ Hay	No hay		
Crecimiento y desarrollo infantil.	✓ Hay pero muy poco	No hay		
Lactancia materna	✓ Hay pero muy poco	No hay		
Alimentación complementaria	✓ Hay	No hay		
Higiene en el hogar y la comunidad	✓ Hay	No hay		
Consejería en VIH	✓ Hay	No hay		
Plan de Emergencia	✓ Hay	No hay		
INFORMACION DE Horarios de SERVICIOS				
	<i>Dia</i>	<i>Dia</i>	<i>Horario</i>	<i>Horario</i>
	<i>Lunes a viernes</i>	<i>Otro</i>	<i>8 a 4.40</i>	<i>Otro</i>
Horario de atención del servicio (general)	24 horas			
Vacunación	✓			
Control pre-natal	✓			
Control de Crecimiento de niños	✓			
Planificación familiar	✓			
Laboratorio	✓			
INSTALACIONES				
	<i>Buen estado</i>	<i>Mal estado</i>	<i>Observaciones</i>	
¿Se encuentra limpio?	✓			
¿Tiene agua entubada?	Solo en la mañana,			

	no todo el día		
¿Los servicios sanitarios están en buen estado (agua, papel, jabon)?	regular		
Piso / Suelo	✓		
Techo	✓		
Paredes	✓		
Puertas	✓		
Ventanas	✓		
Desafíos encontrados por el personal de salud:			
<p>Falta de coordinación de las instituciones. Falta de equipo. Renuencia por parte de la gente. Autoridades no coordina con el MSPYAS, hay puesto de salud construidos pero no hay servicio por falta de personal y medicamento.</p> <p>No hay Espacio Amigable porque la gente no aceptan, no hay autorización de los padres de familias porque son menores de edad no vienen los jóvenes a participar. Tampoco se da charla de SSR en el instituto se solicitó el espacio a los maestros pero los padres de familias no permitieron.</p>			
OTROS COMENTARIOS DE LA PERSONA INFORMANTE:			
<p>Parece la casa materna ya lo van a entregar pero no lo van a usar porque va ser muy difícil para las familias, cuesta dinero estar aquí y no van a querer dejar a su familia. Hubiéramos querido que fuera centro nutricional ahí sí funcionaría.</p>			



Resultado de Monitoreo de Servicios de Salud, Área Norte San Carlos Sija:

Fecha 29-03-2017

Responsables: Integrantes de la CCS y CMS, Dr. Samy Juárez, Angelica Puac y Carmen Castro

INFORMACIÓN SOBRE RECURSO HUMANO					
Preguntas	Número que es Bilingüe	Número que no es Bilingüe	Puesto de salud Calel	Puesto de Salud Agua Caliente	Unidad Mínima Saquicol
Enfermera (o) Auxiliar	X	2	2	1	0
Enfermera Profesional	X	0	0	0	1
Técnico en Salud Rural			0	0	0
Medico (a)			0	0	0
Facilitadora Comunitaria			0	0	0
Comadrona contratada			0	0	0
Comadronas voluntarias	x		5	1	0
Medico EPS por 6 meses			1	1	0
Otro					
INFORMACIÓN SOBRE EL EQUIPO E INSUMOS					
	Cantidad en Buen estado	Cantidad en Mal estado	Puesto de salud Calel	Puesto de Salud Agua Caliente	Unidad Mínima Saquicol
Infantómetro (para medir niños)	x		1	1	1
Tallímetro (para medir adultos)		X	1	1	1
Balanza para pesar niños	X		0	1	1
Balanza para pesar adultos	x x		1	1	1
Termómetro	x		1	1	1

Estetoscopio	X		1	1	1
Cinta Métrica – Metro	x x		1	1	1
Esfigmomanómetro / para tomar presión	x x		1	1	1
Camilla		X	1	1	1
Refrigeradora	x		1	1	1
Termos para vacunas	x		1	1	1
Glyucometro	x		1	0	0
Gas propano y estufa (para esterilización, etc.)	No hay - el personal compra de su bolsa			No hay el personal lo compra	La comunidad lo compra porque el ministerio solo da una vez
Jeringas	X		x	x	X
INFORMACION SOBRE SERVICIOS PARA EMBARAZADAS, RECIEN NACIDOS Y DE PLANIFICACION FAMILIAR					
¿Actualmente ofrecen los siguientes servicios de Planificación Familiar (PF)?					
Descripción	Tiene ahora	No tiene ahora	Puesto de salud Calel # usuarias 102	Puesto de Salud Agua Caliente # usuarias 19	Unidad Mínima Saquicol # usuarias 30
Pastillas	X		X	X	X
Inyectados	X		X	X	X
Condomes	X		X	X	X
T de Cobre	X		X	X	X
Collar	X		X	X	x
PREGUNTAS	SI	NO	Puesto de salud Calel	Puesto de Salud Agua Caliente	Unidad Mínima Saquicol
Cuentan con algún control de las visitas domiciliarias realizadas en casos de alto riesgo de embarazo	x		X	x	x
Cuentan con control de visitas a los neonatos y madres post parto durante las 48 horas post parto	x		X	x	x

¿Cuántos exámenes de Papanicolau y/o IVAA han realizado durante el presente año.	x		69	0	5
¿Cuántas pruebas para la detección de VIH e ITS se han realizado durante el presente año?	x		65	28	10
INFORMACION SOBRE CONSEJERIA, EDUCACION Y COORDINACION COMUNITARIA:					
PREGUNTAS	SI	NO	Puesto de salud Calel	Puesto de Salud Agua Caliente	Unidad Mínima Saquicol
¿Se realizan actividades educativas sobre Salud Reproductiva y Embarazo?	x		X	x	x
¿Se incluye a hombres en estas actividades educativas?	x		X	x	x
¿Cuántas comadronas están registradas por el servicio de salud para la atención del parto?			5	1	0
¿Se realizan capacitaciones dirigidas a grupos de comadronas?	x		X	1	No hay comadrona
¿Hay Comisión Comunitaria de Salud que trabaja en conjunto con este servicio?	x		X	X	X
¿Si hay, que acciones o actividades realizan?	<p><u>Puesto de salud de Calel.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizan Gestiones de insumos para abastecer el servicio de salud. 2. Realizan Monitoreo a embarazadas de alto riesgo y acompañamiento al personal de salud en visitas 3. Realizan Referencia. 4. Compra de un televisor con reproducción de DVD para brindar consejería a las pacientes que están en sala de espera del puesto de salud. <p><u>Puesto de salud de Agua Caliente</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Traslada a pacientes de alto riesgo al Hospital 2. Dan mantenimiento al área del puesto de salud 3. Hacen gestión de insumos actualmente están gestionando una Ambulancia. <p><u>Unidad Mínima de Saquicol.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizan traslado de pacientes al CAIMI de Cabrican o al hospital. 2. Apoyan al personal de salud en visitas domiciliaria 3. Apoya al personal de salud en jornadas medica 4. Apoyo en jornadas de vacunación canina. 				

INFORMACION SOBRE PERTINENCIA CULTURAL					
PREGUNTAS	SI	NO	Puesto de salud Calel	Puesto de Salud Agua Caliente	Unidad Mínima Saquicol
¿Se realiza atención en el idioma local?	x		X	X	x
¿Se realiza consejería de PF en el idioma local?	x		X	X	X
¿Se realizan actividades educativas en idioma local?	x		X	X	X
DISPONIBILIDAD DE MATERIALES EDUCATIVOS IEC					
PREGUNTAS	hay	No hay	Puesto de salud Calel	Puesto de Salud Agua Caliente	Unidad Mínima Saquicol
Señales de peligro en el embarazo	x		X	X	x
Crecimiento y desarrollo infantil.	x		X	X	X
Lactancia materna	X		X	X	X
Alimentación complementaria	X		X	X	X
Higiene en el hogar y la comunidad	X		X	X	X
Consejería en VIH	X		X	X	X
Plan de Emergencia	X		X	X	X
INFORMACION DE Horarios de SERVICIOS					
Preguntas	Días Lunes a viernes	Horario 8:00 a 4:30	Puesto de salud Calel	Puesto de Salud Agua Caliente	Unidad Mínima Saquicol
Horario de atención del servicio (general)	x	x	X	x	x
Vacunación	x	x	X	x	X
Control pre-natal	x	x	X	x	X
Control de Crecimiento de niños	x	x	X	x	X
Planificación familiar	x	x	X	x	X
Laboratorio	En los tres servicios no cuentan con laboratorio.				

INSTALACIONES					
Preguntas	Buen estado	Mal estado	Puesto de salud Calel	Puesto de Salud Agua Caliente	Unidad Mínima Saquicol
¿Se encuentra limpio?	x		X	x	x
¿Tiene agua entubada?	x		X	x	X
¿Los servicios sanitarios están en buen estado (agua, papel, jabón)?	x		Los tres servicios de salud solo cuentan con s jabón. Papel no tiene cada quien compra su papel. En el caso de Calel están en mal estado		
Piso / Suelo	2		Regular	X	X
Techo	x	x	X	X	Gotea laminas rotos
Paredes	x		X	X	X
Puertas	x		Solo chapas no sirven	X	X
Ventanas	x		X	X	X
DESAFÍOS ENCONTRADOS POR EL PERSONAL DE SALUD:					
<p><u>Puesto de salud Calel</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El personal están trabajando en equipo 2. Son bilingües 3. Son responsables. 					
<p><u>Puesto de Salud Agua Caliente.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con EPS ya realizaron un diagnóstico de necesidades y tienen contemplado realizar gestión de un depósito de agua y arreglar tubería porque actualmente está goteando. 2. Hay necesidad de cambiar la maya con que esta circulado. 3. Ordenamiento de las clínicas y ubicación de material en una bodega hay necesidad de construir esta bodega. 					
<p><u>Unidad Mínima Saquicol</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Espacio pequeño 2. Techo en mal estado y se está pidiendo apoyo a la CCS para gestionar y cambiar laminas 3. No se cuenta con Balanza para pesar niño. 4. No se cuenta con Glucómetros y hay pacientes Diabéticos pero no se le puede dar la atención necesaria, por falta de equipo. <p><u>Necesidades Identificadas:</u></p> <p><u>Insumos y equipo.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dopler en los dos servicios de salud Agua Caliente y Saquicol. 2. Glucómetros es necesario este para control de azúcar pacientes Diabéticos. 3. Pantómetro 					

4. Computadora
5. Sabanas de camilla
6. Cortinas
7. Equipo de Otorrino
8. Balcones para ventanas
9. Sillas
10. Cortinas
11. Archiveros
12. Mesa para enfermera
13. Bombillas
14. Medicamentos.
15. Tiras de reactivos para control de azúcar en paciente diabéticos
16. Balanza pediátrica.
17. Esfigmomanómetro
18. Estetoscopio.

Recuso humano.

Conserje puesto de salud Calel

Medico permanente puesto de salud de Calel y Saquicol

Transporte.

Ambulancia en los tres puestos

Respuesta de necesidades durante el monitoreo. Por coordinador de distrito de Salud de SCS.

En base a necesidades el coordinador del distrito de salud entrego algunos insumos para responder a las necesidades de los servicios de salud tales como:

2 Balanza de saltar

2 Glucómetro

1 Otorrino

1 Esfigmomanómetro

1 Estetoscopio.

OTROS COMENTARIOS DE LA PERSONA INFORMANTE:

- Actualmente se ha coordinado bien con la CCS para trabajar en equipo y buscar solución a las necesidades.
- Se ha visto fortalecido la comisión de salud por el apoyo que ha brindado el proyecto.
- En el caso de saquicol no hay comadronas la mayoría de las embarazadas acudan al CAIMI de Cabrican y el apoyo de la comisión es muy importante.

LISTADO DE PARTICIPANTES EN MONITOREO y RESPONSABLES DE BRINDAR INFORMACION DE LOS SEVICIOS DE SALUD.

NOMBRE	CARGO	TELÉFONO
Mildred Amado de León	Presidenta CMS	<i>No reproducimos aquí por confidencialidad</i>
Aparicio Gómez Vásquez	Vicepresidente CMS	
Dr. Samy Juárez Pérez.	Coordinador Distrito de salud	
Angelica Puac	Facilitadora Kiche HPA_ANH	
Carmen Castro	Coordinadora p.c. HPA_ANH	
Diego Perussina	Piloto HPA	

Puesto de salud Calel

NOMBRE	CARGO	TELÉFONO
Elisabeth Pérez	Auxiliar de enfermería	
Maricely Rojas	Auxiliar de enfermería	
Samuel Hernández	EPS	
Santos Pérez	Vicepresidente CCS	
Eleazar Pérez	Tesorero CCS	

Puesto de Salud Agua Caliente

NOMBRE	CARGO	TELÉFONO
Elva Barrios	Auxiliar de enfermería	
Gerardo Recinos	EPS	
Griselda Gramajo	Secretaria CCS	
Bernardo Reyes	Secretario CCS	
Roxana Lineth Mazariegos	Vocal I CCS	

Unidad Minina Saquicol

NOMBRE	CARGO	TELÉFONO
Jeydi Ordoñez Mejía	Enfermera profesional	
Josué Osiel Alvarado	Alcalde Auxiliar	
Roberto Mazariegos	Presidente CCS	
Elisa Monzón	Vicepresidenta CCS	
Norma Saquiche Saquiche	Vocal I	
Yeyson López	Vocal II	
Alejandra Paola	Vocal III	
Elva Magali	Vocal IV	
Saul Temaj López	Vocal V	
Selvin Rodas	Acompañante de la CCS	

Ejemplo de un Diagnostico comunitario por Comisión Municipal de Salud y Auditoria Social:

Fecha: 21 de Octubre de 2016.

Hora: de 9: 00 am. a 13 horas

Asistentes: 25 personas (10 hombre y 15 mujeres)

Objetivo: - Fortalecer el conocimiento de los integrantes de la comisión de salud municipal para su incidencia en beneficio de la salud.

Observaciones:

Cada uno de los miembros de la CSM se acordó realizar un diagnóstico de su comunidad sobre salud. Dos de los miembros de la CSM realizaron un pequeño diagnóstico de los problemas de salud de su comunidad por escrito también socializaron verbalmente.

- El representante del Caserío La Fuente resaltó que uno de los problemas es que antes se atendía tres días a la semana por una enfermera pero ahora solo un día. El Dr. Samy director del CAP manifestó que la razón que solo un día se atiende a la semana es por la estrategia del gobierno o sea Territorización. Que solo dos enfermeras atienden 5,000 habitantes tienen varios centro de convergencias. Por el momento la enfermera que atiende dicha comunidad tiene lastimado un pie por lo que no tiene mucha posibilidad de mucho movimiento. También manifestó ahora por lo menos se atiende tres veces a la semana antes, cuando había extensión de cobertura era una sola atención a cada mes en la comunidad.
- El Dr. Samy está utilizando las plantas medicinales del huerto que ha donado HPA para el CAP porque vimos que le entrego a una paciente Post parto que no tiene mucha leche, pero el problema que la paciente tiene que buscar para completar su tratamiento ya que en el huerto del CAP solo 2 ramas hay y no alcanza para el tratamiento. También manifestó el director del CAP que urge una cafetería para preparar Té de plantas medicinales para las pacientes en durante el parto y post.
- Uno de los miembros de la CSM manifestó que tenemos que exigir al ministerio de salud que nos construye los centros de convergencia es responsabilidad del ministerio ya que nosotros ya hemos puesto de nuestra parte, de que hay dinero hay, solo que no nos quieren dar si se dan cuenta cuantos millones se llevaron los ex gobernantes Otto Pérez y Roxana Baldetti.

DIAGNOSTICO COMUNITARIO DEL CASERÍO "LA FUENTE SCS"

Fundamentación:

- En el caserío La Fuente desde hace años se carece de atención para la salud a la población en general. Por o que urge la necesidad de la construcción de un centro de convergencia, se ha manifestado varios casos donde los pobladores son afectados por diversas enfermedades y por falta de centro de convergencia han tenido que viajar al municipio o al departamento por lo que han puesto su vida en riesgo.
- Se han suscitado emergencia en los centros educativos y en la población en general y no ha existido una atención de calidad.
- Por la falta de un centro de convergencia se pondría en riesgo la vida de varias personas, porque hay casos que requiere atención inmediata.

Objetivo general:

- Implementar estrategias de integración en la comunidad para la construcción efectiva un centro de convergencia.

Objetivos específicos:

- Diseñar estrategias para la participación de la comunidad en la construcción de un centro de convergencia.
- Indagar si la comunidad tiene información suficiente acerca de la importancia de la construcción de un centro de convergencia. Etc.

Se cuenta con un predio para la construcción del centro de convergencia, consideramos que es un punto principal para iniciar en el proyecto

Diagnóstico del Proyecto.

Nombre del proyecto: Construcción de un centro de convergencia en el caserío La Fuente
Problema: Altas tasas de enfermedades en la población y carencia de lugar específico para la atención tale como: desnutrición, diarreas, infecciones intestinales, amigdalitis, y evaluar mujeres embarazadas etc.

La comunidad cuenta con 708 habitantes según censo realizado por el COCODE y tres iglesias.

REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN FODA: IDENTIFICACIÓN DEN PROBLEMA.

FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
-Se cuenta con la organización y apoyo de la población. -Se cuenta con un predio para la construcción. -Apoyo de organizaciones en el caserío. -Se cuenta con personas que tienen capacidad para orientar a la población específicamente en temas de salud. -Aporte de ideas efectivas de los líderes de la comunidad.	-No se cuenta con un centro de convergencia. -No se cuenta con recursos financieros para una construcción.- -Falta de información con respecto a las diversas enfermedades que afecta a la población al no existir personas que capaciten correctamente a los pobladores. -Mala aplicación de los medicamentos al no hacerlo en un centro de convergencia.	Atención específica y de calidad a los pobladores. Desarrollo para la población en general. Mayor tiempo en la atención a las personas. Accesibilidad a un centro de convergencia dentro de la comunidad. Orientación adecuada en los temas actuales que los jóvenes deben tomar en cuenta para prevenir enfermedades.	Se ponen en riesgo la vida de los pobladores del caserío. Tasas altas de enfermedades en la población. . Mala atención a la población al no existir un centro de adecuado de atención a la población. No se podría prevenir enfermedades futuras, ya que no existe una persona que oriente adecuadamente a la población, por falta de un centro de convergencia. Enfermedades que podría ser mortales

FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
			para la población en general por no tener una atención de calidad y adecuada.

DIAGNOSTICO DE LAS NECESIDADES EN SALUD DE “SAQUICOL SCS”

- 1.- Personas de bajos recursos
- 2.- Personas de la tercera edad que sufren síndrome de abandono.
- 3.- Familias que no tiene agua segura.
- 4.- Transporte emergencia de salud que pueden surgir en la comunidad.

Prioridades más importantes en Salud

- 1.- Suplementación (atoles, cereales) para niños en edad escolar.
- 2.- Agua segura para toda la comunidad.

Ejemplo de Contenidos: Taller Autocuidado para Comadronas:

Que es el autocuidado:

El auto cuidado es un espacio donde las participantes, realizan diferentes actividades con el fin de relajarse, desahogarse y descansar.

Técnicas de relajación

Respetar:

- consiste en jalar aire por la nariz detenerlo en el estómago luego y sacarlo por la boca de manera lento y despacio.
- Buscar un espacio adecuado donde pueda respirar aire puro.
- Para deliberar todas las toxinas del cuerpo, mejora, la circulación de la sangre para que llegue al cerebro.

Dormir:

Dormir consiste en descansar la mente el cuerpo y los ojos
Para renovar energías y resolver los problemas más fácil
Trabajo más eficiente o despierta el interés de realizar las actividades de la mejor manera

Masaje:

Es un método para eliminar el estrés y facilitar el movimiento de los músculos del cuerpo y activar la circulación para tener una vida saludable.
Parte del Cuerpo que se puede masajear cuello, cabeza, pies, espalda, manos y piernas.

Plantas medicinales:

El uso de las plantas aromáticas ayuda a relajarse, a curar alguna enfermedad o dolencia del cuerpo.
Es un recurso que se puede aprovechar porque está disponible en la comunidad, en sustituto de los aromáticos químicos.

Desahogo:

Consiste en descargar todas las energías negativas acumulada a través de la escucha por otra persona misma que mejorar la salud y ayuda para elevar el autoestima y supera los problema.

Dieta :

Consiste en el consumo de alimentos nutritivos de manera balanceada.
Para mantener una buena salud.

Higiene:

Son hábitos y prácticas para mantener limpio, el cuerpo, los dientes el cabello, la ropa y el hogar
Para evitar enfermedades y tener una buena presentación personal.

Cambio de rutina y recreación:

Ocuparse en otras actividades que no realiza constantemente, para distraerse y mantener activa su cuerpo y mente. Evitando la depresión.

Red de apoyo:

Es un grupo de personas que pueden ayudar a mantener su estado emocional y salir del problema para mantener su equilibrio y seguir realizando sus actividades normales.

Cierre y compromisos:

- No consumo de comidas chatarras, enlatadas y envasadas.
- Aprovechamiento de los recursos que hay en la comunidad (huevos criollos, las frutas y verduras.
- Tiempo de descanso cada quien entre 7 horas y media a ocho horas.
- Practicar constantemente las técnicas identificadas, para mantener sano, la mente, el cuerpo, y libre de enfermedades.
- Poner atención al cuerpo cuando manifiesta dolor y hacer un chequeo médico para descartar cualquier enfermedad.
- No contar los problemas a cualquier persona sino a alguien de confianza que pueda escuchar y acompañar.



Ejemplo de Taller: Plantas Medicinales, con Estudiantes Técnico de Salud Rural:

Fecha: 01 de Marzo de 2017

Hora: 09:00am a 13:00 am

Actividad: 2.4 Taller de Plantas Medicinales con estudiantes de Técnico en Salud Rural

Lugar: Cabrican

Responsable(s): Thomas Hart, Carmen Castro y María Aguaré.

Asistentes: 72 estudiantes (27 mujeres y 45 hombres)

Objetivo: Promover y rescatar el uso de las plantas medicinales en enfermedades comunes.

Desarrollo de la Actividad:

- Inscripción de participantes
- Explicación de marco legal de pertinencia cultural.
- Organización de grupos de trabajo.
- Realización de trabajo en grupo sobre mejoramiento de la pertinencia cultural en los servicios de salud y plenaria.
- Trabajo en sobre socialización de las propiedades de las plantas medicinales de acuerdo al conocimiento de los estudiante.
- Socialización de las propiedades de las plantas utilizada para algunas enfermedades por HPA
- Socialización de los tipos de preparación de las plantas medicinales por HPA.
- Acuerdos y compromisos.

Acuerdos y compromisos de seguimiento.

No se acordó un fecha específica pero se le informó a los encargados el proyecto está dispuesto a impartir otro taller cuando necesiten.

Observaciones.

Los estudiantes están muy interesado en aprender las propiedades y utilizar las plantas medicinales. Reconocen que es parte de la pertinencia cultural.

No hubo energía eléctrica por lo que limitó la demostración de las diferentes preparaciones.

Lecciones Aprendidas /recomendaciones.

Los estudiante fueron muy activos durante el taller por la metodología participativa, trabajo en grupo y exposiciones.

La mayoría de los estudiantes conocen algunas las plantas y sus propiedades, pero al motivarlos sobre el valor de las plantas se interesan y quieren saber más sobre las plantas medicinales.

Durante el taller los estudiantes hacia muchas preguntas sobre las plantas. Hasta los facilitadores de HPA ya no son abastos ni el tiempo alcanzó para responder las preguntas de los estudiantes.

Los maestros se quedaron muy satisfechos con el taller facilitado por parte de HPA. Algunos de los maestro participaron activamente durante el taller.

Resultado de trabajo en grupo de los estudiante en de TSR.

¿Cómo podemos mejorar la pertinencia cultural en los servicios de salud?

Grupo 1

Que se nos asigne las comunidades de donde somos originarios, para desenvolvemos efectivamente en el idioma y entorno de nuestra comunidad.

Adaptarnos con vocación de servicio a las creencias de los habitantes de la comunidad. estudiando y conociendo el entorno, la historia, las creencias y costumbres de la comunidad. Con el trato fraterno para con las personas con una actitud de respeto y aprecio de las culturas.

Involucrarnos en las actividades culturales que se realizan en la comunidad.

Respetar y defender la comunidad ante las autoridades municipales y departamentales de salud y otras instituciones públicas y privadas.

Educando conscientemente sensibilizando a la población acerca de sus derechos como pueblos indígenas para evitar el rasgo ante el trato discriminatorio y empoderarse de sus acciones como supervisores de los servidores públicos

Grupo 2

Tratar a las personas con igualdad tanto en cultura, género e idioma.

Contratar a personas nativos para atender los puestos de salud locales.

Capacitar a los trabajadores en los servicios de salud para tomar en cuenta las culturas de las personas las tradiciones y las creencias.

Que en los servicios de salud haya disponibilidad de plantas medicinales.

Grupo 3

Contratar personal de salud que hable el mismo idioma.

Tener un traductor en los servicios de salud para comprender los diferentes idiomas de los pacientes y atender con calidad y calidez

Que cada servicio de salud cuente huerto de plantas medicinales.

Respetar las culturas no importa la clase social

Respetar los derechos de cada individuo.

Grupo 4

Involucrar los líderes comunitarios.

Desarrollar trabajadores de salud de la misma comunidad. (MIS)

Igualdad y equidad en los servicios de salud.

Atención solidaria y prácticas humanistas. (según 1er Acuerdo de Paz)

Grupo 5

Que las personas trabajadores de salud sean del mismo pueblo.

Que hablen el mismo idioma

Respetar la cultura de cada persona

Respeto mutuo hacia los 4 pueblos.

No discriminar

Que el personal que viene de otras jurisdicciones se adapten a la cultura de cada pueblo.

Acceso Factible hacia os servicios.

Igualdad de género.

Valorar el uso de medicina tradicional en los servicios de salud.

Segundo trabajo en grupo conocimiento sobre utilización y preparación de plantas medicinales

Grupo 1.

Planta Seleccionada: IXBUT

Esencialmente esta planta, se utiliza principalmente para las mujeres que dan lactancia materna, esta planta viene a estimular la hormona productora de leche aumentando así la producción de leche en caso que la madre no la tenga.

Otros estudios sirve para la nutrición de las células del cerebro.

En el 2013 se estudió a fondo esta planta y se descubrió también que al hombre le aumenta el líquido seminal e incrementación de la potencia sexual.

Preparación:

Se utiliza las hojas tiernas de la planta. Se pica en trozos pequeños.

Se hace generalmente apagado. La medida es una cucharada por un vaso de agua.

Nota: No tiene mal sabor ni mal olor. No se tiene que preparar el té por varios días porque pierde todas sus propiedades. En todo el país esta planta no es tan conocida por el desconocimiento de sus propiedades.

Grupo 2: Planta seleccionada: APAZOTE. En idiomas maternos: Mam = Saq'én, Jacalteco= Uch'é Chalchiteco= Scháján, Ixil= Uxhch'é'n, Kiche= Sik'áj. Es un ingrediente para el caldo de huevo.

¿Para qué sirve?	Preparación
Para secar heridas:	Se hierve con agua un poquito de sal
Para dolor de estómago.	Se hierve con agua
Desparasitante	Se hierve con agua y poquito de limón.
Para eliminar el fuego en la boca	Se hierva con agua y con un trapo limpio se sumerge y se limpia en las partes del fuego.
Para la hepistaxis.	Se agarra un manojo verde y se inhala por la nariz.
Para bajar la edema	Se hierve con agua y con un poquito de sal
Para buena memoria	Se hierve con agua y luego se toma un vaso.

Grupo 3

Planta seleccionada SAVILA

1.- Manchas en la piel.

2.- Para la gastritis

3.- Crecimiento cabello o pelo

4.- Elimina grasas en la cara

5.- Baja el nivel de azúcar.

6.- Ayuda a que el sistema digestivo absorbe bien los alimentos

7.- Disminución de la fiebre.

8.- Sirve para quemaduras raspaduras y heridas.

9.- Borra la cicatriz y desinfección.

Nombre que recibe la sábila en diferentes idiomas. Sh'é (mam)

Modo de preparación:

1.- Solo se pela y se pasa por la cara.

- 2.- Se pela y se puede licuar
- 3.- se licua
- 4.- solo se pela y se pasa por la cara
- 5.- Se pela, se lava y se hace trocitos y se come.
- 6.- Se pela, se lava y se hace trocitos y se come.
- 7.- Se pela y se parta la mitad y se pone en la planta de los pies.
- 8.- Se pela y se parta la mitad y se pone en la planta de los pies.
- 9.- Se pela y se parta la mitad y se pone en la planta de los pies.

Contraindicaciones

Ninguna.

Grupo 4

Planta Seleccionada: MANZANILLA

- 1,- Té para dolor de estómago.
- 2.- Relajante (insomnio)
- 3.- Crecimiento del cabello. (Industrias lo procesan).

Preparación.

Se hierve en agua en recipiente (5 minutos)

Se le agrega panela para endulzar.

Ejemplo de Taller: Calidad de Atención a la Usuaría:

Fecha: 08 de junio de 2017.

Hora: De 10:30 a 12:00 horas

Actividad. 2.4 Proceso de sensibilización dirigido a personal de salud

Tema: Calidad de atención en los servicios de salud

Lugar: CAP, Cajolá

Responsable(s) Victorina López

Asistentes: Mujeres: 25 Hombres: 06

Objetivo:

Orientar y sensibilizar al personal de salud asistente en la actividad sobre la importancia de brindar una atención de calidad a las y los usuarios, con el propósito de aumentar credibilidad y confianza en los servicios de salud por parte de la población.

Desarrollo de la Actividad:

La actividad dio inicio con las palabras de bienvenida y enseguida una breve presentación-descripción del proyecto, así como de la organización HPA. En el mismo espacio se aprovechó para dar a conocer el tema a desarrollar, la importancia de su abordaje y una breve explicación sobre la metodología a utilizar que es participativo, dinámico y reflexivo.

Por lo que se procedió a la organización de dos grupos de trabajo y se entregó una ficha de color a cada persona en el cual se solicitó al primer grupo a que individualmente se trabaje algunas características específicas de un servicio de buena calidad, pero a la vez las consecuencias. Mientras que al grupo todo lo contrario. El resultado obtenido es el siguiente:

Elementos y características de un servicio de mala calidad:

- Falta de respeto del personal hacia el usuario
- Abuso a la ética médica
- Violación de los principios
- Que la población encuentre al servicio de salud cerrado
- Impuntualidad
- Mala atención o los malos gestos
- No prestar atención al paciente
- Un servicio sucio
- Violación de los principios de atención
- Mal aspecto del personal
- Desconfianza
- Desordenado

Consecuencias o resultados por un servicio de mala calidad:

- Que la población no quiera regresar al servicio de salud
- Que hablen mal del personal de salud
- Inconformidad sobre el servicio prestado
- Bajas coberturas
- Muerte en población vulnerable (mujeres embarazadas y niños menores de 5 años)
- Despidos del personal

- Mal manejo de insumos

Elementos y características de un servicio de buena calidad:

- Respeto y aplicación de la ética profesional
- Trabajo en equipo
- Idioma local
- Disponibilidad de insumos
- No humillar
- Confianza
- Privacidad
- Amabilidad
- Pertinencia cultural
- Comprensión
- Puntualidad

Consecuencias o resultados por un servicio de buena calidad:

- Paciente satisfecho
- Armonía en el servicio de salud
- Buenas referencias
- Pronta recuperación
- Buena cobertura y producción
- Confianza en el personal
- Disminución de muerte materna e infantil
- Buena relación del personal y la población

Después de las presentaciones de cada grupo, se compartió otros elementos que no fueron evidenciados por los participantes y se consideró importante su análisis o reflexión para que se tome en cuenta en el espacio de trabajo, aspectos determinantes para un adecuado o inadecuado servicio a la población.

Continuando con la actividad y para facilitar un mejor aprendizaje de los participantes sobre el tema, se solicitó reunirse en los mismos grupos conformados y esto para la organización de un socio-drama, un grupo presentando a su creatividad un servicio de mala calidad y otro grupo para presentar un servicio de buena calidad.

Acuerdos y compromisos de seguimiento

Se acordará con el personal responsable de enfermería sobre la siguiente fecha de la reunión del consejo técnico y el tema que el equipo de HPA estaría abordando es: Violencia Contra la Mujer.

Observaciones:

Antes de la intervención del equipo de HPA, abordaron el tema sobre las técnicas y metodologías adecuadas para procesos de formación dirigida a grupos de personas adultas, esto con el propósito de facilitar el proceso de aprendizaje alrededor de los diversos temas que se abordan en las comunidades principalmente en el área rural.

Los asistentes mostraron mucho interés en el tema, lo que permitió una participación activa durante el desarrollo de la actividad.

Lecciones Aprendidas /Recomendaciones:

La actividad realizada contribuyó a fortalecer los conocimientos de los participantes sobre la importancia de lograr una atención de buena calidad en los servicios de salud tanto en el área rural como en el casco urbano.

Encuentro de Actores del Proyecto: Resumen de Avances y Limitantes:

Lugar: Casa de cursillo Quetzaltenango

Fecha: 17-11-2016

Actividad: 7.1/5.8 Visibilidad /encuentro de actores.

Asistentes: Hombre 35 Mujeres 55 Total 90

1. Comisiones comunitarias de salud.
2. Comisiones municipales de salud.
3. Comadronas
4. Personal de salud de las dos áreas Totonicapán y Quetzaltenango
5. Personal de los distritos de: Cabrican, Palestina de los Altos, Cajola, y San Carlos Sija,
6. Personal de Pies de Occidente
7. Personal de Asociación Nuevos Horizontes.

Objetivo: Fortalecer las capacidades de las actoras y actores comunitarios y del personal de Salud, Educación y Municipalidades, a través de la socialización de experiencias, a favor del desarrollo de la población usuarias del proyecto planificado.

COMISIONES MUNICIPALES DE SALUD

PREGUNTAS	RESULTADOS
¿Qué actividades hemos realizado como Comisiones de Salud?	<ul style="list-style-type: none"> • Priorización a reducción de la desnutrición • Charlas sobre salud a diferentes sectores de la sociedad • Cloración del agua • Organizar comisión de salud en COMUDE • Actividades de mejoramiento de rastros municipales • Gestión de insumos de medicina con ONGS.
Cuál ha sido el logro más importante hasta ahora	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de índice de desnutrición de enfermedades estomacales • Mejorar la calidad de carne a consumir • Se escucha las necesidades de las comunidades en materia de salud. • Obtención de insumos para centro de salud • Apertura de un nuevo puesto de salud • Realización de mesas técnicas para mejorar el rastro
Cuál ha sido el desafío más difícil hasta ahora	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de cultura para alimentarse • Oposición de las personas en clorar el agua • Oposición de los carniceros para mejoramiento del rastro • En algunas municipalidades falta de presupuesto en salud
Como ha sido apoyo de autoridades	<ul style="list-style-type: none"> • Hay apoyo constante

COMISIONES COMUNITARIAS DE SALUD

PREGUNTAS	RESULTADOS
¿Qué actividades hemos realizado como comisiones de salud?	<ul style="list-style-type: none"> • Hemos hecho solicitudes y gestiones (Esfigmomanómetro, personal de limpieza del puesto de salud, personal médico, ambulancia, medicamentos Calel, El Cerro, Jocote Seco, Ciénaga Cajola, Tierra Colorada, Tizate. • Referencia mujer embarazada Santa María Chiquimula • Charla a los alumnos en las escuelas el Cerro Cabrican • Orientación a mujeres a vacunar a sus hijos Jocote Seco y el Cerro • Satisfacción de usuarios Calel, Jocote Seco, Cerro, Ciénaga Cajola, El Carmen. • Recaudación de fondo- Calel, Cerro, Cienaga Cajola. Jocote Seco, Tizate, Tierra Colorada • Pintar el centro de salud, Cambiar vidrios al centro o las ventanas • Monitoreo Calel, Jocote Seco, Tizate, Tierra Colorada, El Cerro • Limpieza del puesto de salud en coordinación con alcalde comunitario Calel •
Cuál ha sido el logro más importante hasta ahora	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamento. Estetoscopio Calel (pintar el centro de Salud) El Cerro, Jocote Seco • Equipo dopler. Calel • Pintar el centro de salud. El Cerro., Tizate.
Cuál ha sido el desafío más difícil hasta ahora	<ul style="list-style-type: none"> • No hay respuestas de solicitudes municipalidades EL Cerro, Calel, Jocote Seco • No hay aporte de COCODE. Tizate, El Carmen, Calel, Santa María Chiquimula
Como ha sido apoyo de autoridades	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de autoridades comunitarios Calel, Jocote Seco, El Cerro • Apoyo de auxiliares • Apoyo municipal Calel de emergencia

COMADRONAS

PREGUNTAS	RESULTADOS
En que ha apoyado el proyecto hasta ahora?	<ul style="list-style-type: none"> • Kit de comadrona • Hemos aprendido mucho por las capacitaciones, contamos con mas experiencias • Agradecemos por apoyo de materiales • Nos han enseñado: señales de peligro, como evitar VCM, violencia en adolescentes, discriminación contra la mujer, planificación Familiar, asesoría a las pacientes y eso contribuye a mejorar la sociedad. • Antes no había mucha capacitación, no teníamos ideas sobre los métodos

	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos no llevan a sus niños a los servicios de salud para control y para vacunar y con nuestro apoyo muchos ya tienen abierto sus ojos. • Ya aprendimos sobre VIH • Las comisiones de salud no solo están de nombre sino están trabajando mucho hasta que llego HPA_ANH • Consejería para prevenir embarazo en adolescencia y el parto debe ser en el servicio de salud al igual que embarazo de alto riesgo • Coordinación con servicio de salud para que atención de los pacientes • Mucha comunicación con servicio de salud • Ayudaron con la alimentación durante la capacitación. • El proyecto ha priorizado el trabajo con nosotras como mujeres indígenas • Hemos aprovechado el tiempo • Documento de apoyo • Felicitan la metodología del proyecto (dar capacitación en el idioma materno, y con buena explicación y espacio de hacer preguntas, aclarar dudas, etc)
Que es diferente ahora en el servicio de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ahora ya entramos con paciente antes no • Ahora las mujeres ya no tienen miedo para ir al servicio de salud • Ha contribuido equipar los servicios de salud • No son igual las enfermeras y los médicos que están en los servicios de salud • Personal de salud estan comprendiendo el uso de las plantas medicinales como la manzanilla ,pimpinela • Actualmente hay menos maltrato • La mujer ahora es ahora más aceptada en trabajo comunitario como representante (antes y aun a nivel comunitario) solo hombres asumieron cargos (pe como Secretaria de las autoridades comunitarias). Este cambio se logró a través de mostrar el ejemplo de tener equipo de mujeres Mayas dando orientación, capacitación
Están permitiendo ahora que la Comadrona entre en CAP o CAIMI	<ul style="list-style-type: none"> • Si pero depende del personal de turno.
Cuál será la prioridad para el otro año?	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a las capacitaciones para las comadronas • Capacitación para los hombres a raíz del machismo y para que asuman su responsabilidad Sobre planificación familiar • Seguir capacitando a las mujeres embarazadas

	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir coordinando con los comités de salud y seguir asesorando • Necesitamos una perilla y capacitación para su uso • No contamos con un aparato para escuchar el corazón del bebe • Solicitar alimentos para las embarazadas y niños de bajo peso(incaparina) Juntos con la comisión de salud • Capacitar a población en general sobre plan porque hay resistencia • Proponen trabajar en pareja (embarazada y esposo) las de Calel • Mencionan que aun pide personal hospitalario (Quiche, Toto) ropa nueva para recién nacidos (no aceptan ropa usada)
--	--

MINISTERIO DE SALUD

PREGUNTAS	RESULTADOS
Que ha cambiado en mi servicio después de trabajar con el proyecto?	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación en cascada • Apoyo técnico y recurso material • Mejor coordinación con comisión de salud • Atención de parto y pertinencia cultural • Participación adolescentes a servicios de salud • Comadrona recibió equipo de parto vertical, motivación atención de parto. • Fortalecimiento de comisiones de salud • Equipamiento para espacios amigables
Cuáles son los elementos de la pertinencia cultural que se implementa en mi servicio?	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo multidisciplinario • Tablet con traductor bilingüe para personal monolingüe • Personal propio de la comunidad • Compra de ropa típica para pacientes • Sabanas batas y cortinas • Huertos de plantas medicinales proporcionada de la atención con pertinencia • Equipamiento de CAP y CAIMI
Que necesito del proyecto para mejorar la oferta de servicio con pertinencia cultural?	<ul style="list-style-type: none"> • Spot radiales • TV en idioma local • Mas fortalecimiento a comisiones de salud y a comadronas • Ampliar la cobertura a mas municipios y/o localidades • Monitoreo de actividades de servicio de salud- • Mas material de promoción audio visual • Informe de actividades a la DASQ y DAST
Como ha sido el apoyo por parte de comisiones de salud?	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a los servicios de salud • Gestión local para apoyo a servicios de salud • Sensibilización al personal • Socialización a servicios de salud • Empoderamiento de actividades

Comentarios y Sugerencias	<ul style="list-style-type: none"> • Que se mantiene la coordinación con encargados de distritos de salud • Cuando se hace una donación de material que no entre en inventario hay que hacer una carta para informar a encargado de la DAS para que este enterado y pueda monitorear para no duplicar insumos en los distritos • Realizar reunión con los encargados de bodega o encargado de inventarios para contar con información sobre el procedimiento de donaciones.

EDUCACION

PREGUNTAS	RESULTADOS
¿Qué actividades he realizado con el proyecto?	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres de capacitación dirigido a docentes del nivel medio sobre: • Prevención de la violencia contra la mujer • Salud reproductiva • Prevención de embarazo en adolescentes • Fortalecimientos de líderes comunitarios • Fortalecimiento de líderes comunitarios
¿Cómo ha sido la experiencia de réplicas en aulas?	<ul style="list-style-type: none"> • En SCS, existe buena coordinación para actividades puntuales CTA y Distrito de Salud • En Tierra Colorada, usaron técnica de preguntas anónimos en aula para evitar tener vergüenza al hacer preguntas • Tierra Colorada se fortaleció conocimientos entre los maestros mismos
¿Cómo ha sido coordinación con MSPAS?	<ul style="list-style-type: none"> • CAJ y San Miguel, buena coordinación, pero CTA nota que tiene 2 municipios bajo su cargo, que dificulta el monitoreo
Desafíos	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de mayor orientación a padres de familia, y especialmente a través de líderes y lideresas comunitarias • Embarazo Temprana Edad prioridad (80 ETA en CAJ hasta julio 2016) • CTA SCS advierte los peligros de redes sociales, traficar niñas, explotación sexual de niñas

INTERVENCION DE PARTICIPANTES DURANTE LA PLENARIA

NOMBRE DE PARTICIPANTES	APORTES
Comadrona Josefa Calel	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante el fortalecimiento ahora hay más conocimiento y coordinación con personal de salud y CCS.
Juan Pastor CMS SCS	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha logrado salvar vidas, por eso es importante el trabajo de la comisión de salud y de las comadronas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones que las comadronas no administren medicamentos para acelerar el parto porque es muy peligroso. • Que no haya competencia entre personal salud y Comadronas
Gregorio CCS Calel	<ul style="list-style-type: none"> • Las gestiones se ha logrado con el apoyo autoridades comunitarias personal de salud y acompañamiento de HPA-ANH. • Solicitó más personal (médico) para PS Calel • Su puesto de salud atiende 3 comunidades, hasta de Toto, y por eso tiene necesidad de estar bien abastecido de forma continua
Isidro Domingo Pies de Occidente	<ul style="list-style-type: none"> • Hay experiencias sobre la receta médica hay que revisar que sea el medicamento adecuado y que no dan uno parecido porque puede cobrar la vida. (Caso de una puérpera que le dieron un medicamento equivocado y se murió la mujer) • Por eso se sugiere sensibilizar a las farmacias (encargados)
Dr. Samy Juarez Distrito de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de HPA: fortalecimiento de equipamiento del CAP con insumos de pertinencia cultural, batas, sábanas, cubrecamas huerto de plantas medicinales, material promocionales de diferentes temas cuñas radiales videos, fortalecimiento del personal en parto vertical o tradicional. Fortalecimiento a comadronas e equipamiento, percoladora fortalecimiento de la comisión municipal de salud y de CCS, • Se nota aumento en partos en CAP (90 en 2015, 121 hasta la fecha en 2016) • Dejan entrar a Comadrona con paciente • Se ha promocionado a mujeres el uso del lxbut generadora de leche. • Nota su buena coordinación con CCS Calel, con MINEDUC y con autoridades locales (gobierno local apoya gasolina, por ejemplo) • Sugerencia de seguimiento. Seguir apoyando el servicio de salud y fortalecimiento de CMS.CCS y personal. • Nota que pide más apoyo del proyecto en fortalecimiento técnico de Comadronas: comenta de un caso de la Comadrona durante 6 horas puso a empujar la señora, bebé tenía un miembro afuera, vino de pie el bebé
Lic. Wilfredo Piox CTA SCS	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en la capacitaciones • Apoyo a insumos para los maestros • Enfatizó la importancia de la educación
Joel (CCS Jocote Seco)	<ul style="list-style-type: none"> • Habló de las necesidad de apoyo sea en medicamento, equipamiento, etc para Unidad Mínima de Salud (ya esta en escuela, en vez de mantener el pago comunitario de alquiler). Se acordó únicamente mandar a través de las compañeras una solicitud para ser considerado por el proyecto

Seño Gladys CAP CAJ.	<ul style="list-style-type: none"> • Pidió el apoyo de la comunidad en reclamar sus derechos y señalar fallas en el servicio, para poder ser consciente el personal de salud de los áreas para mejorar
Personal del Proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Se comprometió a intentar aumentar producción de cuñas radiales y televisión • Se comprometió intentar en conjunto con DASQ hablar con HRO sobre entrada y recepción de Comadronas

EVALUACIÓN de ACTIVIDAD:

PREGUNTAS	RESULTADOS
¿Qué aprendí en esta actividad que no sabía antes?	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendimos nuevos conocimientos que trabaja H.P.A • Coordinación interinstitucional v Videos • Empoderamiento de líderes comunitarios • Aprendió que es mejor lo preventivo que lo curativo • El buen funcionamiento de HPA • Funcionamiento de la comisión de salud.
¿Qué más me gusto de la actividad?	<ul style="list-style-type: none"> • La participación de todos y todas • Intercambio de experiencias • Que todos somos seres humanos • Unidad para implementar plan de emergencia • Nos hizo recordar nuestras funciones • La comida, pasaje, video • La presentación en pareja • La expresión de cada grupo • El video nos animó y nos enseñó cómo sacar a un paciente • La importa de la salud en la comunidad • Conocer el trabajo de H.P.A. • La comunicación/organización/ orientación de la comisión de salud • el involucramiento de las distintas partes de la comunidad • Excelente actividad • Todo bien
¿Qué no me gusto de la actividad?	<ul style="list-style-type: none"> • No tomaron en cuenta la explicación y expresión de Thomas • Incumplimiento de asistencia • Manejo de horarios • Uso de vasos desechables
Sugerencias para otra actividad en el futuro	<ul style="list-style-type: none"> • Esperamos que nos sigue orientando, con conocimientos nuevos • Aplicar cobertura en otros distritos apoyo en capacitaciones apoyo materiales de promoción seguimiento de intercambio de experiencias • Trabajo en conjunto comisiones de salud

	<ul style="list-style-type: none">• En el plan de emergencia evitar muerte materna• Otro encuentro• seguir con el mismo horario• Realizar reunión constante a cada dos meses para fortalecer la comunicación y organización• Manejar un horario puntual.
--	--

PRESENCIA DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EL EVENTO.

1. El Quezalteco, Emisoras Unidas, Paisano Estéreo; transmisión en vivo, incluyendo entrevistas y voces de:
2. Comadrona SLR
3. Maria Santos Vail Comadrona Cajola
4. Joel CCS Jocote
5. Isabel CMS SLR
6. Santos Joefina de Comadronas SCS
7. Elizabeth Comadrona SCS
8. Gregorio CCS Calel
9. Maria Villatoro DAST
10. Anita DASQ
11. Thomas Hart HPA