

SERIE – Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

MANEJO DEL TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y PEDIÁTRICAS EN EL NIVEL LOCAL

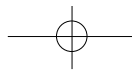


GUÍA METODOLÓGICA 2



MANEJO DEL TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y PEDIÁTRICAS EN EL NIVEL LOCAL

SERIE – Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia



SERIE - Ley de Maternidad Gratuita
y Atención a la Infancia

GUIA METODOLÓGICA 2
**MANEJO DEL TRANSPORTE DE
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES
Y PEDIÁTRICAS EN EL NIVEL LOCAL**

Mecanismo de acción que aporta al
Sistema de referencia en Salud

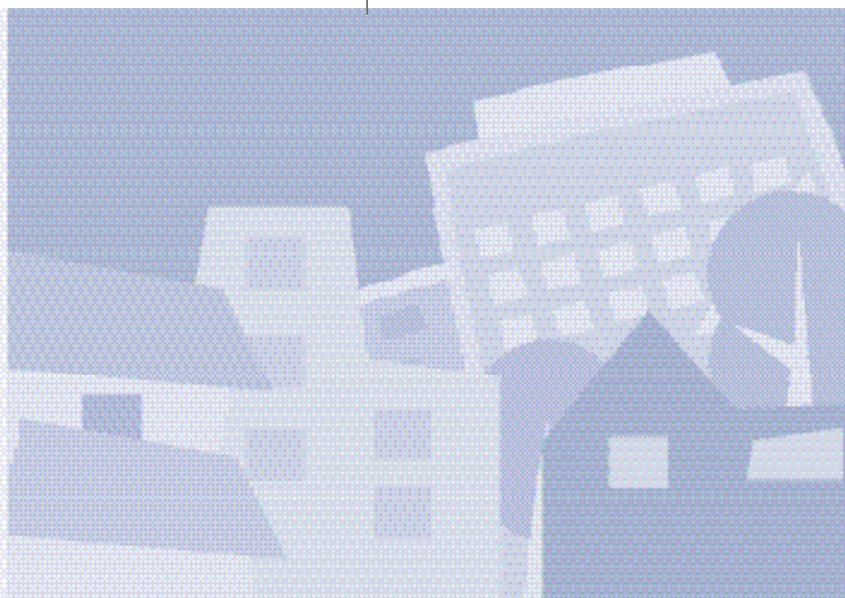
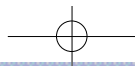
Autora: Fanny Zurita
AME, Ecuador - 2006

Diseño e Impresión:
graphus 290 2760

Primera edición:
Septiembre 2006

Tiraje: 1.000 ejemplares
Impreso en Quito - Ecuador

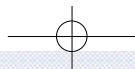




ÍNDICE

Presentación	4
La situación de la mortalidad materna e infantil en el Ecuador.....	7
Factores que retrasan la oportuna atención de salud en situación de emergencia	10
El Sistema de Transporte de Emergencias Obstétricas, Neonatales y Pediátricas en el nivel local: Un proceso en construcción	13
Actores del Sistema	14
Señales de peligro que ameritan Transporte de Emergencias Obstétricas, Neonatales y Pediátricas en el nivel local	16
Organización del Sistema Local de Transporte de Emergencias Obstétricas, Neonatales y Pediátricas	17
Beneficios del Sistema Local de Transporte de Emergencias Obstétricas, Neonatales y Pediátricas	26
Anexos:	28
- Sistema local de transporte de emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas. Inventario de unidades de transporte	
- Lineamientos para la elaboración de convenios de gestión para transporte de emergencias que deberá realizar el comité de gestión	
- Matriz para elaboración del plan de acción	
Bibliografía	32

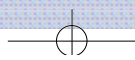
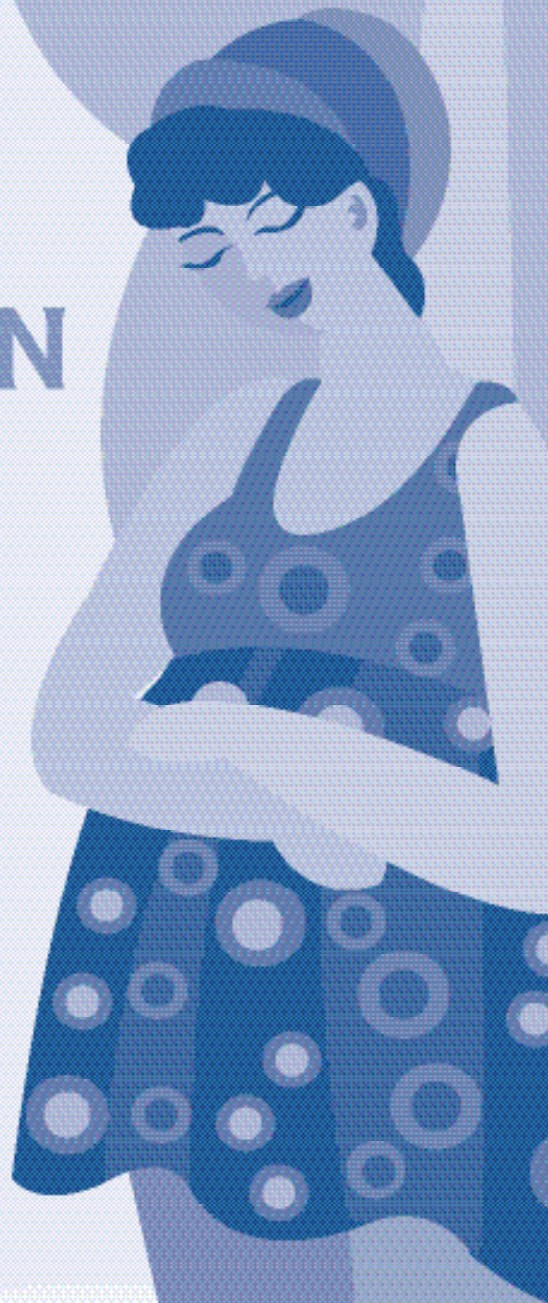




PRESENTACIÓN

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y su reglamento, establece que las municipalidades son responsables de ejecutar actividades de promoción de la salud sexual, reproductiva e infantil y de implementar mecanismos para el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, actividad que deben coordinar con unidades de salud y ciudadanía.

En este contexto, la presente guía metodológica, preparada por la Asociación de Municipalidades Ecuatorianas, se constituye en una herramienta para los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud que les permitirá establecer estrategias y acciones aplicables a cada realidad local para proporcionar con oportunidad el traslado gratuito a las mujeres, niñas y niños que se encuentran en situación de emergencia, e indirectamente aporta al funcionamiento y fortalecimiento de los Comités de Gestión como organismos de cogestión que promueven el desarrollo local integral y la garantía de los derechos humanos.



Eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud es una tarea prioritaria para reducir la mortalidad materna e infantil en nuestro país, que por razones culturales, falta de vías y de medios transporte, cobro de los servicios de atención médica, falta de medicinas, profesionales, entre otros, dificultan una atención oportuna y de calidad.

La muerte materna, neonatal e infantil es consecuencia de una complicación que amenaza la vida de la madre, niñas y niños, en muchos casos causada por una emergencia obstétrica o pediátrica atendida tardíamente, mal atendida o no atendida. Las complicaciones presentadas durante el proceso de la maternidad y en niños menores de cinco años, demandan una adecuada atención, pues se han identificado aspectos que impiden una atención de calidad y oportuna, lo que indica la complejidad de un problema que no es posible resolver únicamente mediante el desarrollo de mecanismos que faciliten el acceso a los servicios sino de un conjunto de acciones que solucionen las barreras existentes.

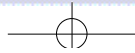
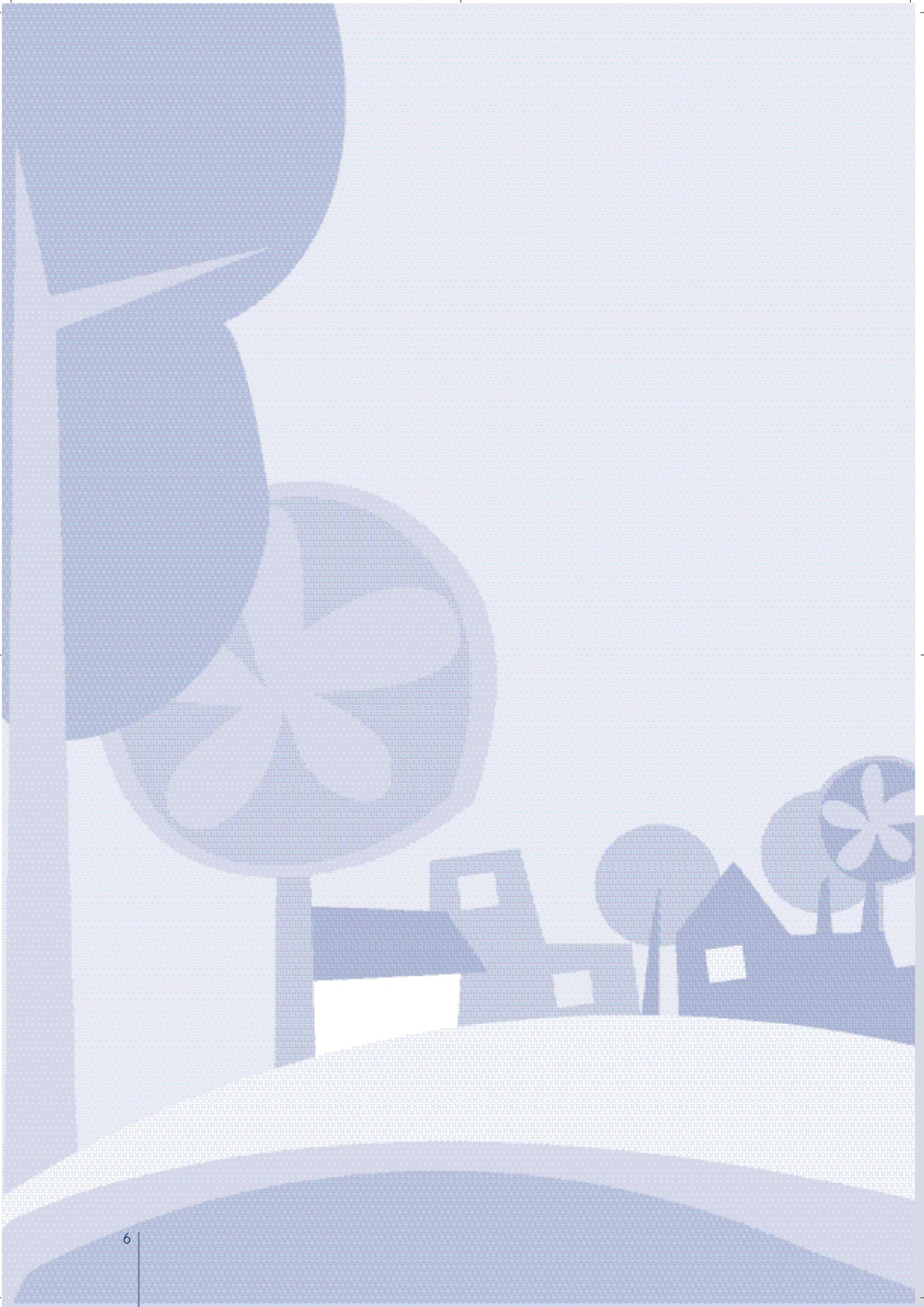
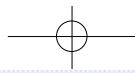
En lo que a transporte se refiere, la existencia de “una ambulancia” no resuelve el problema de acceso a los servicios de salud. Es necesario activar mecanismos que potencien todo un proceso de movilización, comunicación y atención oportuna y de calidad, para que muchas de las complicaciones que se presentan en la etapa materna sean evitadas y no se constituyan en amenazas potenciales para la vida de mujeres, niñas y niños.

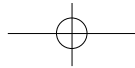
Implementar un SISTEMA LOCAL DE TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y PEDIÁTRICAS, es uno de los mecanismos que contribuyen al acceso oportuno de las/os ciudadanas/os hacia las unidades operativas y apoya la consolidación de una red de servicios de salud que garantice una adecuada referencia. Esto complementado con una eficiente información y comunicación, para que usuarias y otros actores ciudadanos hagan buen uso del mismo y sepan cuando y como utilizar este servicio, aportará para que se involucren en este proceso de mejoramiento del acceso a los servicios y de disminución de muertes evitables de madres, niños y niñas.

Muchos de los mecanismos establecidos, no han tenido el impacto deseado por la falta de continuidad y de integración. Es fundamental que todos los actores locales asuman la responsabilidad y el compromiso para una acción conjunta entre la municipalidad, los servicios de salud y la comunidad orientada a crear una ciudadanía consciente por la garantía del derecho a la salud y con el desarrollo de un SISTEMA SOLIDARIO Y SEGURO de salud.



Lorens Olsen Pons
Presidente AME





LA SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL EN EL ECUADOR

La muerte de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y post parto (mortalidad materna), las muertes de niños y niñas menores de un año de edad (mortalidad infantil) y la de uno a cinco años, en nuestro país y en todo el mundo, se constituyen en un problema de Salud Pública y son indicadores indirectos del estado de desarrollo de una nación. Por tanto, su presencia es el efecto de la inequidad social que afecta mayoritariamente a mujeres, niñas y niños en condiciones de pobreza y en situaciones de desventaja.

En el Ecuador, cada día mueren niños y niñas menores de un año y mujeres por causas relacionadas al embarazo, parto y post parto, a pesar de que la mayor parte de las causas de muerte son prevenibles.

NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO MUEREN POR:

- Desnutrición.
- Problemas respiratorios
- Trastornos en el crecimiento durante el embarazo o duración de la gestación
- 25 niños y niñas mueren de cada 1.000 que nacen, antes de cumplir un año de vida¹.



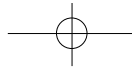
MUJERES EN ETAPA MATERNA MUEREN POR:

- Infecciones en el embarazo.
- Presión alta (toxemias).
- Hemorragias en el embarazo y parto.
- Aborto.
- Complicaciones en el post parto.
- 97 mujeres mueren por causas maternas de cada 100.000 nacidos vivos².
 - Menores de 15 años tienen 5 veces más riesgo de morir por causas maternas que las mujeres mayores de 20 años, constituyéndose en la principal causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años³.
 - El 30% de los partos no reciben atención profesional, mientras que en el área rural sube al 44%⁴.

1. SIISE, versión 3.5, 2001.
2. INEC. Anuario de estadísticas vitales. 2001.

3. ENDEMAIN, 1994.
4. Retrato de Mujeres. 1998.





MANEJO DEL TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y PEDIÁTRICAS EN EL NIVEL LOCAL

Muchas son las causas que provocan la muerte materna e infantil y se relacionan a aspectos sociales, económicos, culturales, de prestación de servicios de salud, donde las mujeres, niñas y niños se constituyen en grupos especialmente afectados.

En este contexto Ecuador ha firmado acuerdos internacionales que impulsan y promueven el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la salud infantil y, la disminución de la mortalidad materna y de la niñez. Así mismo, en el país se ha creado un importante marco jurídico que protege los derechos a la salud de mujeres, niñas y niños. Algunas de las leyes vigentes son: la Constitución Política, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, el Código de la Niñez y la Adolescencia, las cuales establecen la responsabilidad de los gobiernos seccionales, del Ministerio de Salud Pública en el ámbito local y de los actores de la sociedad civil.

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

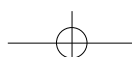
La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) se promulgó el 9 de septiembre de 1994 (Registro Oficial No. 523) con el propósito de que el Ministerio de Salud Pública y sus unidades operativas brinden un paquete de atención de salud gratuito a mujeres, niñas y niños menores de cinco años.

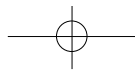
Con la aplicación de varias reformas publicadas en los Registros Oficiales: 667 del 3 de abril de 1995, 98 del 30 de diciembre de 1996, 120 del 31 de julio de 1997, 381 del 10 de agosto de 1998 y en la denominada Ley Trole II del 18 de agosto del 2000, la Ley da un giro importante en su cobertura y enfoque, en respuesta a las necesidades de la población de contar con servicios que proporcionen calidad, calidez y oportunidad en la atención. Incrementa el paquete de prestaciones a mujeres, niñas y niños menores de cinco años, incorpora y asegura fuentes de financiamiento, permite el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional e intersectorial, otorgando un importante rol a las municipalidades, a instituciones de salud y a la población promoviendo la participación ciudadana con un enfoque de derechos.

La Ley establece: "En coordinación con el Ministerio de Salud Pública, los municipios podrán desarrollar programas de educación, promoción, información y comunicación que favorezca la aplicación de esta Ley y generar e implementar en zonas rurales dispersas, mecanismos que garanticen el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, todo ello según normas establecidas por el Ministerio de Salud"⁵

El Reglamento a la Ley, en su Art. 3 establece.- **De los Municipios y Comités de Gestión.**- a cada Municipio le corresponde, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención

5. Artículo innumerado de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, publicada en Registro Oficial N° 381 del 10 de agosto de 1998.



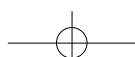


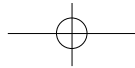
a la Infancia, la implementación dentro de su jurisdicción y con sus recursos, de mecanismos para el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. Esta actividad la desarrollarán en coordinación con las unidades operativas locales de salud y la ciudadanía.

Por tanto, existen suficientes fundamentos legales que sustentan la importancia de

trabajar por la reducción de la mortalidad materna e infantil, la atención de calidad de los niños y las niñas, de la mujer embarazada y la satisfacción de su proceso sexual y reproductivo como parte de un enfoque integral de salud y que sustenta la responsabilidad del Estado y Sociedad Civil de promover cambios en el provisiónamiento y disponibilidad de los servicios, pero sobre todo para apoyar el desarrollo efectivo del ejercicio y respeto de los derechos humanos.

La garantía del derecho a la salud de las personas es una responsabilidad del Estado Ecuatoriano.





FACTORES QUE RETRASAN LA OPORTUNA ATENCIÓN DE SALUD EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Es una injusticia social que una mujer muera a causa del embarazo o el parto, o que un niño o niña muera por causas prevenibles. Existen diferentes factores que se constituyen en demoras o barreras para la atención oportuna de salud, que provocan situaciones de emergencia obstétrica, neonatal o pediátrica, ocasionando en muchos casos discapacidad o la muerte de mujeres, niñas y niños.

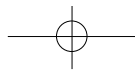
El problema de accesibilidad, ya sea por razones geográficas, económicas, culturales, o por las características de los servicios disponibles, tiene gran impacto en la salud materna e infantil. Los servicios deficientes, la falta de recursos para acceder

a servicios de salud, el personal desmotivado, la ausencia de un sistema eficaz de referencia de casos, la falta de sensibilidad de los prestadores de servicios, la no aceptabilidad de los servicios por parte de la población, el desconocimiento de la población para reconocer complicaciones en el embarazo, parto y post parto, son algunas de las principales dificultades que enfrenta la población y que pueden causar la muerte de mujeres, niños y niñas.

Los factores antes mencionados, se agrupan, por su naturaleza, en 4 tipos de demoras que inciden directamente en la salud y la vida de mujeres, niñas y niños.

MODELO DE LAS CUATRO DEMORAS





LA PRIMERA DEMORA (FASE I) se refiere a situaciones en las que las personas no reconocen las señales de peligro de una emergencia obstétrica, neonatal o pediátrica y por lo tanto, no perciben la necesidad de recibir atención por profesionales de la salud. Signos como dolor, sangrado, hinchazón, dolor de cabeza intenso, etc, se constituyen en señales que pueden poner en riesgo la salud y vida de la mujer embarazada y su hijo, existiendo mayor probabilidad de que suceda una emergencia obstétrica. La insuficiente información puede ocasionar que las mujeres, las parejas y sus familias generalmente consideren que el embarazo no requiere cuidado especial.

LA SEGUNDA DEMORA (FASE II) se relaciona al retraso en tomar la decisión y buscar ayuda inmediata. Esto puede obedecer a que las personas por su condición social, cultural y de género no conocen que tienen el derecho a ser asistidas y además en forma gratuita; las mujeres no saben que hacer, a donde ir, cómo enfrentar el problema. En muchos casos, deciden permanecer en su casa porque no hay con quién dejar a los hijos, no tienen dinero para pagar el transporte, no hay una persona que las acompañe hasta el servicio de salud, por lo cual la familia y la comunidad deciden donde dará a luz la mujer o será tratado el niño o la niña.

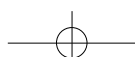
LA TERCERA DEMORA (FASE III) tiene que ver con dificultades de accesibilidad a un establecimiento de salud, debido a la ausencia de carreteras, vías en mal estado, distancia, falta de transporte, desconfianza en el servicio de salud, por lo cual acuden a personas poco capacitadas para brindar atención de emergencia.

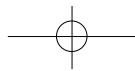
LA CUARTA DEMORA (FASE IV) obedece a problemas en la atención de salud. Las mujeres solas o con sus hijos e hijas acuden al establecimiento de salud pero no son atendidas oportunamente o reciben una atención de mala calidad. Esto está relacionado con la limitada capacidad técnica y operativa de los servicios de salud, que de acuerdo a su nivel de complejidad deben garantizar una adecuada y oportuna atención, la ausencia de personal capacitado, equipo insuficiente, falta de medicamentos o insumos de emergencia, trato inadecuado, no respeto a la privacidad, se impone tratamientos que contradicen sus costumbres, etc.

Para comprender mejor, en el camino de la sobrevivencia materna e infantil, hay que considerar los siguientes criterios durante el embarazo, parto, postparto, así como durante los primeros cinco años de vida de niños y niñas:

CRITERIOS A TOMAR EN CUENTA

- Todos los embarazos tienen el riesgo de presentar complicaciones.
- La gran mayoría de las muertes de mujeres, niñas y niños, son consecuencia directa de complicaciones durante el embarazo, parto, post parto y durante los primeros cinco años de vida de niños y niñas.
- La mayoría de las complicaciones no pueden ser pronosticadas, es decir se pueden presentar en cualquier momento.





CRITERIOS A TOMAR EN CUENTA

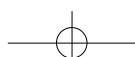
- ▶ En presencia de complicaciones obstétricas, neonatales y pediátricas es necesario la atención inmediata en servicios de salud preparados para ello.
- ▶ Casi todas las complicaciones obstétricas, neonatales y pediátricas son susceptibles de tratamiento y pueden ser resueltas si son atendidas a tiempo.

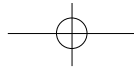
Se ha comprobado que el modelo de “las cuatro demoras” es útil en el momento de diseñar programas y desarrollar acciones para reducir la mortalidad materna, neonatal y pediátrica, pues permite dar prioridad a la disponibilidad, accesibilidad y calidad de atención de salud.

Para garantizar los derechos a la vida y a la salud de mujeres, niños y niñas se

requiere de acciones articuladas y secuenciales, que tengan como objetivo común ampliar el acceso de las mujeres a la atención de salud, con personal capacitado durante el embarazo, parto y post parto; mejorar los establecimientos de atención de emergencia; y, asegurar que se disponga de sistemas de referencia a establecimientos de mayor capacidad y de un sistema de transporte.

Según los Objetivos de Desarrollo del Milenio, trabajar por la reducción de la mortalidad o discapacidad de mujeres, niñas y niños menores de cinco años es un imperativo moral y de derechos humanos, así como una prioridad de importancia crucial para el desarrollo.





EL SISTEMA DE TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y PEDIÁTRICAS EN EL NIVEL LOCAL: UN PROCESO EN CONSTRUCCIÓN

Reconocer como una grave violación de derechos humanos a las defunciones y la discapacidad de mujeres, niñas y niños derivadas de la maternidad y por causas prevenibles, motiva a impulsar acciones sistemáticas que: involucren a agentes capacitados para la atención del parto, aseguren la atención obstétrica de emergencia para tratamiento de las complicaciones, efectivicen un sistema de traslado a establecimientos de mayor capacidad que con transporte asegure el acceso oportuno a los servicios de salud requeridos.

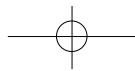
En este sentido, los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, como parte de sus responsabilidades, deben generar mecanismos para el transporte de emergencias, pero si éste no está acompañado de la participación de las familias, comunidades y del mejoramiento de la calidad de atención, no será efectivo. Es necesario, como se mencionó en líneas anteriores, establecer un SISTEMA LOCAL DE TRANSPORTE DE EMERGENCIA que potencie todo un proceso de movilización, comunicación y mejoramiento de la atención con la participación de actores institucionales y ciudadanos como un aporte a la consolidación de una red de servicios de salud preparada para la atención oportuna e inmediata a mujeres, niñas y niños.

Las Municipalidades, los actores institucionales y ciudadanos deben reconocer los beneficios sociales y económicos del ejercicio pleno del derecho a la salud y participar para asegurar que se desarrollen políticas públicas a nivel local.

Cumpliendo con su rol, el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud debe propiciar la cogestión, esto es la acción conjunta entre la municipalidad, los servicios de salud y la comunidad para desarrollar un Sistema Solidario y Seguro, que debe complementarse con una eficiente información y comunicación para lograr un adecuado uso del Sistema de Transporte y un verdadero compromiso de los actores con el respeto y exigibilidad de su derecho a la salud.

Las Municipalidades, los actores institucionales y ciudadanos deben reconocer los beneficios sociales y económicos del ejercicio pleno del derecho a la salud y participar para asegurar que se incluya el derecho a la salud materna e infantil en las políticas y planes locales.





ACTORES DEL SISTEMA DE TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y PEDIÁTRICAS EN EL NIVEL LOCAL

Se reconocen como actores fundamentales del Sistema a: la Municipalidad, la Jefatura del Área de Salud, la sociedad civil. Para que el Sistema funcione, se recomienda que asuman, entre otras, las siguientes responsabilidades:

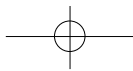
Municipalidad:

1. Apoyo de las autoridades municipales (Alcalde/sa, Concejala/es).
2. Coordinación de las diferentes instancias municipales: Desarrollo Comunitario, Planificación, Unidad de Movilización, Patronato, Salud, Catastros, Financiero, etc.
3. Asignación de partida presupuestaria para transporte de emergencia.
4. Dotación y/o mantenimiento adecuado de vehículos (combustible, repuestos).
5. Asegurar recurso humano para el manejo del vehículo y la coordinación del Sistema.
6. Búsqueda de recursos de cooperación nacional e internacional para mantener el sistema.

Jefatura de área de salud:

1. Acompañamiento en el traslado de emergencias.
2. Dotación de equipo básico para la atención de las emergencias.
3. Realizar el registro y hacer seguimiento a todas las situaciones de emergencia atendidas o no atendidas, tanto de mujeres como de niñas y niños.
4. Desarrollar un protocolo que permita identificar cuáles son las situaciones de emergencia y cómo tratarlas.
5. Mantener disponibles y preparadas a las unidades de salud para la atención de emergencia.
6. Mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.
7. Fortalecer redes de referencia y contra-referencia entre los servicios de salud y la comunidad.





Sociedad civil:

1. Establecer un sistema básico de comunicación con las Unidades Operativas y la Municipalidad.
2. Capacitación e involucramiento en el sistema de atención de salud materno infantil y el sistema de transporte de emergencias obstétricas y neonatales.
3. Creación y fortalecimiento de comités de usuarias para el seguimiento y vigilancia del Sistema de atención de salud materno infantil y el sistema de transporte de emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas
4. Conocimiento sobre señales de peligro que pueden ocasionar una emergencia en mujeres, niños y niñas.

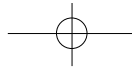
Otros actores:

Podría involucrarse a nivel cantonal a un sinnúmero de actores que se convertirían en aliados estratégicos a la hora de implementar mecanismos que garanticen el transporte oportuno de las emergencias

obstétricas, pediátricas y neonatales. A continuación citaremos a algunos de ellos:

- Policía, Bomberos, Defensa Civil, entre otros, los mismos que podrían dotar de transporte en el caso de no contar con el mismo.
- Organismos de cooperación internacional puede apoyar con financiamiento para adquirir un vehículo.
- El Consejo Provincial o el Ministerio de Obras Públicas a fin de que construyan o reparen carreteras donde sea necesario.
- Las Juntas Parroquiales para que incluyan en sus planes de acción propuestas para mejorar servicios de salud y vías de acceso a las comunidades.
- Las fundaciones, organizaciones comunitarias, comités de usuarias para facilitar la información necesaria para construir el mapa parlante comunitario para la detección de casos emergentes, identificación de mujeres embarazadas, etc.

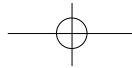




SEÑALES DE PELIGRO QUE AMERITAN TRANSPORTE DE EMERGENCIA

DURANTE EL EMBARAZO	
1.	Sangrado vaginal
2.	Pérdida de líquido por vagina
3.	Ausencia de movimientos fetales
4.	Vómitos exagerados
5.	Dolor de cabeza y fiebre
6.	Hinchazón exagerada.
DURANTE EL PARTO	
1.	Sangrado vaginal abundante
2.	El niño viene de nalgas o atravesado
3.	Son gemelos
4.	Salida del cordón umbilical por la vagina
5.	Salida de la mano o pie del bebé por la vagina
6.	Retención de la placenta
DURANTE EL POST PARTO	
En la mujer	
1.	Hemorragia vaginal continua
2.	Secreción vaginal de mal olor
3.	Fiebre
4.	Hinchazón exagerada y dolor de mamas
En el niño	
1.	Niño que no quiere tomar el seno
2.	Niño nació flácido, morado





ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA LOCAL DE TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y PEDIÁTRICAS

El objetivo principal de este Sistema es proporcionar el traslado oportuno y gratuito a las mujeres, niñas y niños que se encuentran en situación de emergencia. Para lo cual es necesario desarrollar algunas estrategias y líneas de acción que sean aplicables a cada realidad local.

ciales usuarias del Sistema y con qué contamos para la atención a la mujer, niñas y niños. Esta línea de acción implica:

ESTRATEGIA 1: Conocimiento de la realidad e identificación de recursos disponibles

Primera línea de acción: Elaboración del diagnóstico

Se trata de conocer los actores claves para que el Sistema funcione, las poten-

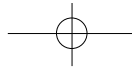
1. Reconocimiento de actores claves

Se debe considerar que el Sistema Local de Transporte de emergencias no se puede construir aislado de la participación ciudadana. Es necesario identificar actores claves como líderes comunitarios, promotores, comités de usuarias y voluntarias de salud, comadronas, etc., que apoyen y se involucren activamente.

Para ello se debe elaborar un MAPEO DE ACTORES, en la que podrían utilizar la siguiente matriz.

N°	Nombre y Apellido	Lugar donde vive	Actividad que realiza	Dirección	Teléfono de referencia





MANEJO DEL TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y PEDIÁTRICAS EN EL NIVEL LOCAL



2. Identificación de mujeres, niñas y niños como grupo potencial para el sistema

Se considera grupo potencial para el Sistema a las mujeres en edad fértil, embarazadas o que se encuentran en etapa de post parto y a las niñas y niños que por cualquier circunstancia

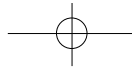
se encuentren en situación de emergencia y requieran traslado inmediato a una unidad de salud.

Para ello, es necesario conocer cuanta población existe en la comunidad por grupos de edad, mujeres embarazadas y la fecha probable del parto. Se puede utilizar las siguientes matrices para que los actores claves la apliquen.

¿CUÁNTOS SOMOS EN NUESTRA COMUNIDAD ESTE AÑO?			
Edad	Hombres	Mujeres	Total
Menores de 1 mes			
De 1 mes a 6 meses			
De 6 meses a 1 año			
De 1 año a 2 años			
De 2 años a 5 años			
Mujeres de 15 a 49 años			
Resto de la población			

¿CUÁNTAS MUJERES EMBARAZADAS EXISTEN Y CUANDO LES TOCA DAR A LUZ?							
Embarazadas	Meses probables del parto						
	Enero Febrero	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Agosto	Septiembre Octubre	Noviembre Diciembre	
Con atención 							
Sin atención 							





3. Realización del mapa parlante

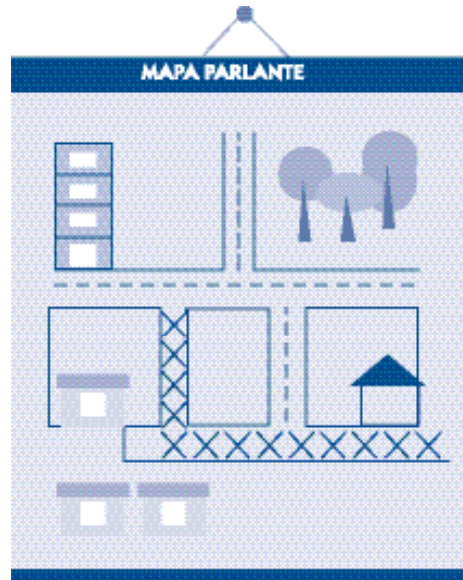
El MAPA PARLANTE es una representación gráfica de la comunidad y de los recursos con los que se cuenta para facilitar la organización y el manejo del Sistema de Transporte de emergencias. Se utilizará dibujos, figuras u objetos naturales que representen todos los aspectos necesarios para el uso del Sistema.

PRIMER PASO:

Convocatoria y socialización, con los actores claves de la comunidad identificados, sobre la importancia de disponer de un mapa parlante, enfatizando al mismo tiempo lo indispensable de su participación organizada y la utilidad para la construcción del Sistema.

SEGUNDO PASO:

Dibujo del mapa, tomando como referencia los planos catastrales de la comunidad, que se encuentran disponibles en la Municipalidad. Deberá

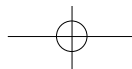


contener la ubicación de sectores o áreas de población de acuerdo a su accesibilidad a las unidades de salud, linderos comunales, vías de acceso y los recursos con los que se cuenta para el Sistema.

Es necesario tomar en cuenta:

SÍMBOLOS PARA ELABORAR MAPA PARLANTE	
a) Identificación de unidades de salud según nivel de complejidad.	<p>Ejemplos: graficaciones de unidades de salud.</p>
b) Ubicación de distancias en kilómetros o tiempo en horas-minutos que se demora desde los diferentes poblaciones hasta las unidades de salud.	
c) Establecimiento de tipo de vías que faciliten el acceso a los servicios de salud.	





MANEJO DEL TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y PEDIÁTRICAS EN EL NIVEL LOCAL

<p>e) Identificación de mecanismos de comunicación.</p>	<p>Inventario, categorización y ubicación gráfica de unidades de transporte disponibles y en buenas condiciones para casos de emergencia (Anexo 1). Se deberá ubicar gráficamente en el mapa parlante.</p>
<p>f) Ubicación gráfica de los lugares donde viven las mujeres embarazadas, niños y niñas como grupos potenciales para el Sistema.</p>	<p>Inventario y ubicación gráfica de tipo y lugares donde se encuentran mecanismos de comunicación (teléfonos: números y lugares donde se dispone; radiocomunicadores, etc).</p>
<p>d) Identificación de medios de transporte, tanto públicos, privados y comunitarios que podrían estar disponibles para conformar el Sistema.</p>	<p>Se utilizará banderines de varios colores de acuerdo a los grupos de edad. Ejemplo:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Banderín rojo</p>  <p>mujeres embarazadas</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Banderín amarillo</p>  <p>niños menores de 1 año</p> </div> </div>

ESTRATEGIA 2: Coordinación interinstitucional, para lograr alianzas estratégicas y aportes de instituciones y prestadores de servicios que permitan la movilización de recursos

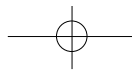
Segunda línea de acción: Establecimiento de una red solidaria de movilización y comunicación

Esta segunda línea de acción implica:

1. Generación de alianzas estratégicas locales

Es importante considerar que el SISTEMA LOCAL DE TRANSPORTE DE EMERGENCIAS debe activar mecanismos que promuevan la participación ciudadana para la construcción o consolidación de la gestión conjunta entre la





municipalidad, servicios de salud y la comunidad, para lo cual generar alianzas estratégicas locales se convierte en uno de los mecanismos más efectivos para lograr el compromiso de todos.

Una vez identificados los actores claves, el grupo potencial para el Sistema, medios de transporte, tanto públicos, privados y comunitarios, es necesario que el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, de acuerdo al marco legal, establezca convenios de gestión (Anexo 2), con prestadores ocasionales de servicios, que facilitarán los medios de transporte u otros insumos para el funcionamiento del Sistema.

2. Fortalecimiento de capacidades locales

Es necesario fortalecer la capacidad local para hacer efectivo el funcionamiento del Sistema de Transporte de Emergencias obstétricas, pediátricas y neonatales, con participación activa de los actores institucionales y comunitarios. Para ello, es necesario impulsar acciones de capacitación e información sobre aspectos como:

- Maternidad saludable.
- Identificación de señales de peligro que ocasionen riesgos para la vida de mujeres en etapa materna y de niñas y niños.
- Medidas preventivas en el ámbito comunitario, para apoyar a la reducción de la incidencia de las emergencias obstétricas, pediátricas y neonatales.
- Prevención y vigilancia de la muerte

materna, infantil y pediátrica.

- Funcionamiento del Sistema Local de Transporte de Emergencias obstétricas, pediátricas y neonatales construido por los actores.
- Señales de peligro.

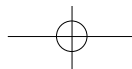
El Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, a través del Área de Salud deberá establecer espacios de capacitación e información a voluntarios, promotores de salud y actores con quienes estableció convenios de gestión, a fin de socializar contenidos respecto del Sistema Local de Transporte de Emergencias. El propósito es crear multiplicadores que aporten con acciones para el funcionamiento efectivo del Sistema.

ESTRATEGIA 3: Prevención y vigilancia de la muerte materna, neonatal y pediátrica

Tercera línea de acción: Planificación y desarrollo de acciones concertadas

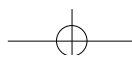
El Sistema Local de Transporte de emergencias obstétricas, pediátricas y neonatales funcionará siempre y cuando se desarrolle acciones de manera organizada y planificada. Por tanto, es necesario elaborar un plan de acción (Anexo 3) que identifique acciones prioritarias, responsables y recursos, considerando como posibles estrategias las siguientes:

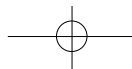




MANEJO DEL TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y PEDIÁTRICAS EN EL NIVEL LOCAL

ESTRATEGIAS	RESULTADOS
<p>Difusión e información sobre la existencia y el buen uso del Sistema para asegurar que la población esté alerta el momento que sea necesario poner en funcionamiento el Sistema de Emergencia.</p>	<p>Medios de comunicación informados sobre el Sistema Local de emergencias para lograr su apoyo en la difusión del mismo.</p> <p>Mensajes y material comunicacional como volantes, afiches elaborados, para colocarlos en pancartas o distribuidos en eventos y lugares públicos como las Iglesias, Estadios Barriales, etc.</p> <p>Difusión sobre el Sistema en reuniones barriales, comunitarias, parroquiales, con actores locales.</p> <p>Intercambio de experiencias realizadas entre Comités de Gestión de los Fondos Solidarios de Salud Y comunidades.</p>
<p>Prevención de la mortalidad materna, infantil y pediátrica, identificando señales de peligro que pueden ocasionar complicaciones.</p>	<p>Comités de usuarias o grupos comunitarios de apoyo conformados y capacitados en detección de señales de peligro e identificación de casos de alto riesgo</p> <p>Apoyo comunitario en la identificación de mujeres y niños que se encuentran en riesgo o emergencia. Además para la vigilancia de la muerte materna en coordinación con el programa establecido por el Ministerio de Salud Pública.</p> <p>Establecidos mecanismos de referencia comunitaria conjuntamente con municipalidad y área de salud.</p> <p>Planes comunitarios de vigilancia activa realizados y monitoreo de mujeres embarazadas y niños en riesgo, que incluya entre otras acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identificación del grupo potencial del sistema (mujeres durante embarazo, parto, post parto y niños menores de cinco años). b) Identificación de la historia del embarazo, controles prenatales y complicaciones. c) Seguimiento a estos grupos. d) Planificación del parto y puerperio con anticipación.





Las mujeres dejarían de morir por el embarazo y el parto, cuando puedan planear el momento de tener hijos, dar a luz con asistencia de personal capacitado y tener acceso a tratamiento de alta calidad si surgen complicaciones.

La reducción de las muertes de madres , niñas y niños menores de cinco años, exige un compromiso a todo nivel: individual, familiar, comunitario, de organizaciones, prestadores de salud y gobiernos locales.

ESTRATEGIA 4: Evaluación del funcionamiento del Sistema de Transporte de Emergencias

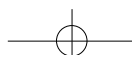
Cuarta línea de acción: Proceso de seguimiento y evaluación desarrollada

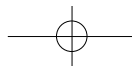
Todo sistema requiere de acciones de seguimiento y evaluación para verificar el

impacto logrado. En este caso, el propósito es evidenciar el aporte que da el Sistema de Transporte de emergencias a la movilización y traslado inmediato y oportuno de mujeres, niñas y niños a los servicios de salud, como aporte a la disminución de la mortalidad materna, neonatal y pediátrica.

Se podría considerar los siguientes aspectos:

GENERACIÓN DE ALIANZAS ESTRATÉGICAS LOCALES		
Con quién se realizó alianzas	Se firmaron convenios de gestión	Se cumplió el convenio
1.		
2.		
3.		





MANEJO DEL TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y PEDIÁTRICAS EN EL NIVEL LOCAL

FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES LOCALES		
Qué actividades de información y/o capacitación se han realizado	Quiénes participaron de los talleres	Se han establecido grupos de apoyo
1.		
2.		
3.		

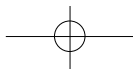
DIFUSIÓN E INFORMACIÓN		
Espacios realizados para difusión e información del sistema	Medios de comunicación involucrados	Material comunicacional elaborado
1.		
2.		
3.		

Nº DE PERSONAS ATENDIDAS EN UNIDADES DE SALUD QUE ACCEDIERON AL SERVICIO A TRAVÉS DEL SISTEMA DE TRANSPORTE DE EMERGENCIAS, DIFERENCIADAS POR SEXO Y EDAD		
Personas atendidas	Sexo	Edad
1.		
2.		
3.		

SEGUIMIENTO DEL TRASLADO DE EMERGENCIA					
Cuál fue la causa para el traslado de emergencias en mujeres					
Complicación	Trimestres de un año				Total
	Enero-Marzo	Abril-Junio	Julio-Septiembre	Octubre-Diciembre	
Sangrado o hemorragia vaginal					
Retención de la placenta					
Dolor de cabeza y fiebre					
Visión borrosa o visión nublada					
Dolor fuerte del estómago					
Le cuesta respirar					
Otras					
TOTAL					

Nota: colocar número de casos.





Mecanismo de acción que aporta al Sistema de referencia en Salud

CUAL FUE LA CAUSA PARA EL TRASLADO DE EMERGENCIAS EN NIÑOS Y NIÑAS					
Complicación	Trimestres de un año				Total
	Enero-Marzo	Abril-Junio	Julio-Septiembre	Octubre-Diciembre	
Fiebre					
Diarrea con deshidratación					
Tos y ahogo					
Otras					
TOTAL					

Nota: colocar número de casos.

VIGILANCIA DE MUERTE MATERNA, INFANTIL Y PEDIÁTRICA

De qué se murieron las mujeres

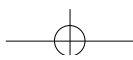
Período: _____

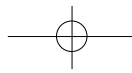
Causas	Número
1	
2	
3	
4	

De qué se murieron los niños y las niñas

Período: _____

Causas	Número
1	
2	
3	
4	





BENEFICIOS DEL SISTEMA LOCAL DE TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, NEONATALES Y PEDIÁTRICAS

El funcionamiento del Sistema, como se mencionó en líneas anteriores, apoya a la garantía de los derechos a la vida y la salud de las mujeres, niñas y niños. Es importante reconocer los beneficios que se logra cuando se fortalece la relación entre comunidades, municipalidades y servicios de salud hacia la organización e implementación de este sistema. Así podemos citar algunos beneficios:

En las comunidades

- ▶ Pueden acceder a los servicios de emergencia para la atención de salud a mujeres, niñas y niños.
- ▶ Comunidad capacitada en promoción, prevención y en el manejo del sistema local de transporte de emergencias de la zona.
- ▶ Involucramiento y participación activa de usuarias y actores locales para la organización y funcionamiento del Sistema.
- ▶ Conocimiento y aceptación de los servicios de salud.

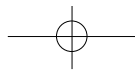
En los servicios de salud

- ▶ Organización del sistema de referencia de las unidades de menor complejidad a las de mayor complejidad
- ▶ Servicios de emergencia organizados y preparados para la atención.
- ▶ Personal de Salud involucrado y comprometido con el manejo del Sistema
- ▶ Mayor acercamiento del servicio a las necesidades y expectativas de los ciudadanos y ciudadanas.
- ▶ Aumento de coberturas de atención.

En los comités de gestión de los fondos solidarios locales de salud

- ▶ Involucramiento y participación activa de los miembros del Comité de Gestión.





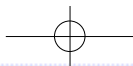
Mecanismo de acción que aporta al Sistema de referencia en Salud

- ▶ Cumplimiento de su rol de cogestión para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- ▶ Desarrollo de la capacidad de gestión del Comité en temas de promoción de la salud y prevención de la mortalidad materna e infantil.

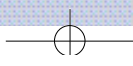
Las mujeres tienen derecho al acceso oportuno a los servicios de salud, a ser bien tratadas y a estar informadas sobre la atención que recibimos y reciben nuestros hijos.

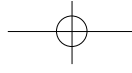
(Encuentro de Comités de Usuarias, Loja, 2003)





ANEXOS



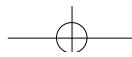


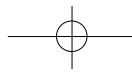
ANEXO I

**SISTESTEMA LOCAL DE TRANSPORTE DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS, NEONATALES Y PEDIATRICAS
INVENTARIO DE UNIDADES DE TRANSPORTE**

CANTÓN: _____

No.	Vehiculo	Origen	Condición previa revisión mecánica	Conductor	Lugar de ubicación	Referencias de ubicación	Teléfono
1	Camioneta	Particular	Buenas condiciones	José Chamba	Calicuchima 24-32	Junto a Escuela Teófilo Benites	253 2291
2	Ambulancia	Público (Municipio)	Regular	Luis Borja	Municipio de Tosagua	Parque Central	240 2912





ANEXO 2

LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE CONVENIOS DE GESTIÓN PARA TRANSPORTE DE EMERGENCIAS QUE DEBERÁ REALIZAR EL COMITÉ DE GESTIÓN

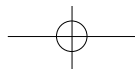
Un convenio de gestión debe considerar lo siguiente:

- 1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:** Hará mención a la normativa legal relacionada a la Ley de Maternidad referente al traslado de emergencias y la importancia en el nivel local de contar con un Sistema de Transporte de emergencias obstétricas, pediátricas y neonatales funcionando.
- 2. OBJETIVO:** Se mencionará el propósito de la realización del convenio con prestadores ocasionales de servicios, que facilitarán los medios de transporte u otros insumos para el funcionamiento del Sistema. Por ejemplo, si el convenio se realiza con una cooperativa y/o unidades de transporte, el objetivo será "Establecer mecanismos para asegurar el transporte oportuno de pacientes a las unidades de salud más cercanas".
- 3. RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES:** Se deberá indicar las responsabilidades a las que se comprometen tanto del CGFSLs como la organización o persona que firme el convenio de gestión.
- 4. VIGENCIA:** Se identificará con claridad el período de vigencia de este convenio.
- 5. COSTOS:** Si el convenio de gestión incluye recursos económicos, deberá indicarse el monto y la fuente de financiamiento.
- 6. CONTROVERSIAS:** Se hará referencia a la Ley de Arbitraje y Mediación, respecto a finalización de convenio antes del plazo.
- 7. DOCUMENTOS HABILITANTES:** Deberá adjuntarse los documentos que para el propósito del convenio sean necesarios, como copias de cédula de identidad, certificación de legalidad de la organización, nombramientos, etc.



ANEXO 3

MATRIZ PARA LA ELABORACION DEL PLAN DE ACCION					
META/OBJETIVO	ACTIVIDADES	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RECURSOS	SUPUESTOS
Se refiere a lo que queremos lograr en un tiempo determinado. Considerar las estrategias que se mencionan en la tercera línea de acción del Sistema de Transporte de Emergencias obstétricas, pediátricas y neonatales u otras que crean necesarias para el funcionamiento del Sistema.	Se detalla todas las actividades que sean necesarias para alcanzar la meta.	Medidores para verificar si se ha alcanzado la meta.	Todos los documentos o registros del cumplimiento de la actividad.	Referidos a materiales, humanos y económicos que se requieran para cumplir con la actividad.	Posibles riesgos que interferirán en el cumplimiento de la meta.
Ejemplo: Desarrollar un proceso de difusión e información de la existencia y el buen uso del Sistema de Transporte de emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas.	Ejemplo: Acercamiento a medios de comunicación para lograr su apoyo en la difusión del Sistema Elaboración de materiales comunicacionales para difundir en espacios públicos. Realización de reuniones barriales, comunitarias, parroquiales, con actores locales para analizar el funcionamiento del Sistema.	Ejemplo: Nº de medios de comunicación que apoyan la difusión del Sistema. Nº de materiales elaborados y distribuidos Nº reuniones realizadas.	Ejemplo: Materiales comunicacionales. Lista de participantes en reuniones.	Ejemplo: Materiales de papelería. Responsable ONG. Transporte: \$2.000 responsable, / municipalidad.	La no colaboración de medios de comunicación y de actores locales.



BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y su reglamento. R. O. 381 de 10 de Agosto de 1998.
- ▶ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su reglamento. R.O. 670 de 25 de septiembre de 2002.
- ▶ Ley Orgánica de Régimen Municipal. R. O. 159 de 5 de diciembre de 2005.
- ▶ Family Care International. La Maternidad sin Riesgos en América Latina y el Caribe. Aspectos socio-culturales y demográficos de la salud materna. Nueva York: FCI; 1998.
- ▶ Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y El Caribe. Pobreza e inequidad de género. Santiago de Chile: UNFPA; 1997.
- ▶ QAP/URC. Sistema Integrado de cuidado obstétrico esencial. Una estrategia operativa para reducir la mortalidad materna. Julio 2004.
- ▶ Tamayo C. Guía para la ejecución de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Documento técnico. Enero, 2003

