

**República Dominicana  
Secretaría de Estado de  
Salud Pública y  
Asistencia Social**

**República Dominicana  
Proyecto para Fortalecimiento de la  
Atención Primaria de Salud en la  
Provincia de Samaná**

**Informe Final del Proyecto**

**Noviembre, 2009**

**Agencia de Cooperación  
Internacional del Japón  
(JICA)**

**IC Net Limited**

<b>HDD</b>
<b>JR</b>
<b>09-063</b>

República Dominicana  
Proyecto para Fortalecimiento de la Atención Primaria de  
Salud en la Provincia de Samaná  
Informe Final del Proyecto

Índice

1.	Antecedentes, generalidades y política de ejecución del Proyecto .....	1
2.	Sinopsis de los resultados del Proyecto .....	7
	Resultado 1 .....	7
	Resultado 2 .....	50
3.	Aspectos que la SESPAS, la DPS, el SRS y el SRS/GA en la Provincia de Samaná deberá abordar finalizado el Proyecto .....	72
4.	Las Actividaes Realizadas .....	81
5.	Aportación .....	82
6.	Medidas ideadas y lecciones aprendidas en la ejecución y operación del proyecto .....	87
7.	Modificación del Marco Lógico del Proyecto (PDM) .....	90
8.	Registros de la celebración de CCC .....	95

Anexo 1   Tabla de las actividades realizadas

## 1. Antecedentes, generalidades y política de ejecución del Proyecto

### (1) Antecedentes del Proyecto

En la República Dominicana, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS en lo subsiguiente), procura el fortalecimiento de los servicios de salud en base a la idea de “ofrecer los servicios de salud de forma equitativa a toda la población del país, especialmente para la población del estrato de bajos ingresos y de la zona subdesarrollada”. En el 2001, con la meta de hacer realidad en los siguientes 10 años un nuevo sistema de salud pública y de seguridad social, se estableció la Ley General de Salud (LGS en lo subsiguiente) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (LSSS). En la LGS, por un lado, el papel de la SESPAS se centra en la política y la vigilancia, y por otro, establece que el Servicio Regional de Salud (SRS en lo subsecuente), que será establecido de forma separada al SESPAS, será el responsable de los servicios de salud pública en general. Sin embargo, debido a que la calidad del servicio de la salud pública en las provincias es sumamente baja, para quien sea el que asuma ese rol de entidad administrativa, la tarea urgente a la que se enfrenta es la de mejorar la calidad de los servicios ofrecidos elevando la conciencia del personal médico acerca de los servicios de salud pública.

En este contexto, la SESPAS solicitó al gobierno de Japón el proyecto de cooperación técnica con el propósito de mejorar en especial los servicios de atención primaria entre los servicios de salud establecidos en la LGS para la Provincia de Samaná, donde la situación de los servicios de salud es sumamente deficiente. Ante dicha solicitud, en agosto de 2003, JICA realizó el estudio de evaluación previa, estudiando con la parte solicitante el plan básico del Proyecto, su sistema de ejecución y la asignación de responsabilidades de ambas partes. En octubre de 2004 se firmó la Minuta de Discusión.

### (2) Generalidades del Proyecto

El presente proyecto fue constituido y desarrollado con el propósito de mejorar y fortalecer los servicios de salud comunitaria a través de las Unidades de Atención Primaria de Salud (UNAP en lo subsiguiente) en la Provincia de Samaná, cuya proporción de la poblacional beneficiada por el sector de salud pública es extremadamente alta, siendo uno de los sitios con mayor deficiencia en el servicio de salud en la República Dominicana. La reforma al sistema de salud de la República Dominicana mencionada anteriormente, estipula el fortalecimiento de los servicios de atención primaria, pero en la realidad, todavía no hay ninguna provincia y/o región donde alguna de las actividades se estén llevando a cabo de forma sistémica como tal. Por lo tanto, el Proyecto estableció como su objetivo, hacer realidad el fortalecimiento de los servicios de atención primaria que la SESPAS establece e impulsar para su realización (aun no realizado). En la formación del Proyecto se dio mayor énfasis en el fortalecimiento de los servicios del ámbito de salud materno –

infantil. Esto es derivado de la asistencia del gobierno japonés en la vacuna pentavalente como antecedente. En el momento del inicio del Proyecto, bajo la colaboración de la JICA y otros organismos internacionales, se estableció un sistema de inmunización con el fin de que todos los niños/as de la República Dominicana pudieran ser vacunados con las vacunas donadas. Las UNAP son los establecimientos más cercanos a la comunidad que reciben la vacuna, y al inicio del Proyecto fue el único servicio que las UNAP tuvieron en funcionamiento de manera sistemática (sin embargo, esto no quiere decir que en la Provincia de Samaná, todas las UNAP estuvieran reconocidas para aplicar la vacuna). Tomando como eje al servicio de aplicación de vacuna en funcionamiento, se realizaron acercamientos con la consulta médica de los niños y de las madres cuando acudían a recibir la vacuna. Al mismo tiempo, con miras a la provisión de los servicios de atención primaria más apropiado para la comunidad, a través de la recolección y análisis de la información de la comunidad impulsada por la política de salud pública, se llevaron a cabo el ordenamiento sistémico del sistema de salud comunitaria, tales como la realización de las fichas familiares, la provisión de servicios de salud en base al diagnóstico comunitario y su resultado, la colaboración con la comunidad, el establecimiento de vínculos de colaboración con las instituciones de salud de segundo nivel (hospitales) para el funcionamiento de la Red de Servicios de Salud Comunitaria, la ejecución de la supervisión por parte de la Dirección Provincial de Salud (DPS en lo subsiguiente) para el funcionamiento continuo de las UNAP, entre otras acciones.

El Proyecto se inició como proyecto de cooperación técnica bajo la administración directa por parte de JICA con el envío de un experto de largo plazo. A partir de enero de 2005, la modalidad del proyecto se modificó a la de cooperación técnica por contratación. Con la realización de las actividades de expertos de envío individual previo al inicio de este Proyecto, más los 15 meses transcurridos a partir del inicio del mismo, ya se había establecido el cimiento para la ejecución de este Proyecto, de tal modo que después de la subcontratación privada, el Proyecto ha venido sumando las actividades sobre dicho cimiento. En el momento de la evaluación intermedia, se ordenó el aspecto lógico del Diseño de la Matriz del Proyecto (PDM en lo subsiguiente), sin encontrarse modificaciones en la orientación básica del mismo, por lo tanto se iniciaron las acciones con miras a lograr los objetivos del Proyecto mencionado en la Tabla 1.

Tabla 1 Generalidades del Proyecto

Objetivo del Proyecto	Establecer un modelo práctico de atención primaria para los usuarios (especialmente embarazadas y los niños menores de 5 años) que reciben los servicios de salud con alta calidad a través de las UNAP de la provincia de Samaná.
Indicadores	(1) El Modelo Práctico ha sido reconocido como un modelo de extensión de atención primaria por SESPAS en el momento de término del Proyecto. (2) El uso innecesario de hospitales se reducirá de 28 % a 14 %.
Zona sujeta al Proyecto	La provincia de Samaná
Beneficiario	Beneficiario directo: El personal asignado a las UNAP, parte del personal del hospital involucrado a la actividad y el personal de DPS de la provincia de Samaná. Beneficiario indirecto: La población aproximada de 92,000 habitantes de la provincia de Samaná que utiliza las UNAP.
Organismo contraparte (C/P)	Subsecretaría de Salud Colectiva de la SESPAS y la DPS de la Provincia de Samaná
Período de cooperación	6 de octubre de 2004 al 5 de octubre de 2009

### (3) Estrategia y política del Proyecto

Como estrategia y política para lograr los objetivos del Proyecto, se realizaron las siguientes actividades.

#### 1) Recolección de datos de la comunidad y el fortalecimiento de su uso

Para lograr la mejora de los servicios de salud comunitaria, es indispensable conocer la información de la comunidad. La SESPAS, dentro de la política de salud para mejorar los servicios de atención primaria, también señala la importancia de los datos básicos y estipula su recolección y uso, pero no existe ninguna comunidad que lo lleve a cabo. Conforme a la política de salud, el Proyecto abordó el llenado de las fichas familiares y su uso, así como la elaboración del croquis de la comunidad objeto.

Sobre la información recabada a través de las fichas familiares, además de ser utilizada para describir sobre el croquis el estado de distribución de la composición familiar, el entorno de la comunidad y las enfermedades crónicas, los mismos datos son ordenados por cada UNAP y son utilizados para analizar los factores de riesgo o las características de la comunidad correspondiente. La ejecución y evaluación del plan de actividades de salud comunitaria realizada y evaluada a través de compartir los resultados del mismo, fueron algunas de las acciones realizadas para favorecer el uso eficiente de la información obtenida.

2) Composición de las actividades tomando la salud materno – infantil como punto de entrada

El gobierno japonés, ha realizado la donación de la vacuna pentavalente a la República Dominicana durante 5 años a partir del 2001. Con el propósito de lograr la aplicación de la vacuna donada en forma sistemática con la colaboración de varios organismos internacionales, la SESPAS creó el sistema de inmunización<sup>1</sup>. Las UNAP constituyeron la sede para desempeñar ese papel, para la población que acude a aplicarse la vacuna, y ofrecer al mismo tiempo los servicios integrados de salud, es decir, los cuidados a las madres, control de las embarazadas y de los recién nacidos, según su necesidad. Las razones de que el punto de entrada hacia el desarrollo de las actividades haya sido la salud materno – infantil, fueron las circunstancias como la alta tasa de mortalidad materna y de menores de 1 año, la permanente necesidad del servicio de salud materno – infantil, prescindía de equipos especiales y era realista, y además se sumó la existencia del antecedente arriba mencionado.

3) Fortalecimiento de las capacidades del personal de las UNAP, en especial de las auxiliares de enfermería

En el momento del inicio del Proyecto, los médicos asignados a las UNAP eran médicos pasantes (estudiantes de medicina que todavía no cuentan con la licencia médica) con un año de período de estancia. Por ello, la transferencia de médicos asignados a las UNAP ocurría frecuentemente. Por otro lado, la mayoría de las auxiliares de enfermería asignadas a las UNAP son originarias de la comunidad y las transferencias escasas, pero la capacidad de las mismas era deficiente debido a que solamente reciben la formación profesional de 9 a 10 meses en concreto. En este estado, el funcionamiento de las UNAP era afectado por el constante traslado de los médicos, resultando difícil el establecimiento de una relación permanente de confianza con los usuarios. Por tal motivo, se enfocó en el fortalecimiento de las capacidades de las auxiliares de enfermería, quienes pocas veces eran transferidas, procurando así la estabilidad del funcionamiento de las UNAP a través de la realización de cursos de capacitación para la salud materno – infantil (Curso MI en lo subsiguiente) y una serie de capacitaciones (incluyendo el entrenamiento en la práctica realizado en las UNAP) así como la realización de seguimiento de las mismas. Además, como la DPS de Samaná tiene la responsabilidad de mantener en funcionamiento las UNAP bajo su jurisdicción, así como de educar al personal que las integra, aprovechando la oportunidad de la capacitación dirigida a las auxiliares de enfermería, se llevó a cabo en forma paralela la capacitación del personal de la DPS como instructores<sup>2</sup>. Incluso después del término del Proyecto, el fortalecimiento de las

---

<sup>1</sup> El sistema de vacunación se refiere a una serie de mecanismos que hacen posible la aplicación continua de las vacunas, que consiste en la aplicación sistemática de la vacuna desde el aseguramiento de la vacuna, creación de la cadena fría (sistema de distribución en refrigeración), la repartición de la cantidad adecuada y oportuna utilizando dicha cadena, y la formación de recursos humanos para la aplicación de la vacuna y el registro de su aplicación.

<sup>2</sup> De acuerdo con la realización gradual de la reforma del sector salud, en la víspera de la finalización del Proyecto, la educación del personal de las UNAP ha sido transferido de la DPS de Samaná al Servicio Regional de Salud III y a su vez al SRS/GA.

capacidades del personal de la DPS a través de la organización de cursos es importante para asegurar la continuidad del funcionamiento de las UNAP, para lo cual se ha procurado el fortalecimiento de las capacidades para la realización de los cursos de capacitación del personal de DPS.

4) Monitoreo y evaluación de las UNAP con base en los datos (fortalecimiento de la capacidad de vigilancia del personal de la DPS)

El establecimiento del “Modelo práctico de atención primaria de salud”<sup>3</sup> que se busca lograr en este Proyecto, en otras palabras equivale a “lograr un estado en el que las UNAP se encuentren funcionando sin interrupción”. Es posible lograr la mejora de las UNAP con una inversión de corto plazo, sin embargo para lograr que un modelo funcione como un sistema es necesario mantener un ciclo de Plan-Do-Check-Act (PDCA) que consista en la planeación, ejecución, evaluación, mejoramiento y ejecución, como la realización periódica del monitoreo, evaluación y atención. En realidad, ese tipo de acciones casi no se están llevando a cabo, y el caso de Samaná tampoco fue la excepción. Por lo mismo, además de realizar acciones dirigidas al funcionamiento de las UNAP, se ha intentado establecer un sistema en el cual se valora el funcionamiento de la UNAP a través de valores numéricos y realizar el monitoreo y la evaluación valiéndose de los mismos. Para el manejo de dicho sistema, también se llevaron a cabo los entrenamientos del personal de la DPS.

5) Fortalecimiento del Comité de salud (Participación subjetiva)

El establecimiento del Comité de salud en las UNAP, también es estipulado en la política de salud. En la provincia de Samaná, cuando se inició el proyecto ya existían varios Comités de Salud, pero el sentido y la posición de los mismos no estaban definidos claramente. El lado de las UNAP perciben al Comité de salud como un “recurso humano a nivel poblacional de confianza a quien se le solicita el apoyo en caso de ocurrir algún inconveniente”, al igual que el lado de los Comités de Salud que tenía la conciencia de actuar solamente cuando se le solicite su apoyo, por lo que no había una participación subjetiva. Para cambiar esta realidad, el Proyecto apoyó a través del acercamiento del tipo participativo para que los Comités de Salud lograran concebir una conciencia de “cuidar la salud de uno con nuestras propias manos” y que por lo tanto, “la UNAP pertenece a cada uno de nosotros”.

6) Colaboración con los voluntarios japoneses

En la zona objeto del Proyecto, están siendo enviados aproximadamente de 4 a 6 voluntarios japoneses de manera continua. Ellos son asignados a las UNAP y a los hospitales de la provincia de Samaná donde realizan sus respectivas labores. El Proyecto, cuya acción se enfoca en el

---

<sup>3</sup> El modelo de salud comunitaria ya está establecido por la SESPAS como una política de salud, pero esto es solamente sobre papel y no precisamente se ha establecido realmente el modelo en sí. Por lo tanto, el objetivo del Proyecto utiliza la expresión “creación de un modelo **práctico**”.

mejoramiento de los servicios de salud comunitaria y se empalma con el objetivo de la acción de los voluntarios japoneses, ha procurado un desarrollo efectivo de las actividades para ambas partes compartiendo la información y colaborando con los mismos.

7) Otras estrategias y su política

- Realizar las actividades del Proyecto aprovechando los recursos existentes (persona, dinero, cosa), sin invertir en los insumos específicos (a excepción del envío de expertos) dentro del Proyecto.
- Ejecutar utilizando el presupuesto de la SEPAS sin desembolsar ningún presupuesto especial por parte del Proyecto JICA, considerando el fomento de la continuidad y el derecho de propiedad.

(4) El marco del Proyecto

Tabla 2 Marco del Proyecto (extracto del PDM2)

<p><b>【Objetivo superior】</b> Ofrecer servicios preventivos de alta calidad a los usuarios, a través del mejoramiento del sistema de atención primaria, Unidades de Atención Primaria (UNAP).</p>
<p><b>【Objetivo del proyecto】</b> Establecer un modelo práctico de atención primaria para los usuarios (especialmente embarazadas y los niños menores de 5 años) que reciben los servicios de salud con alta calidad a través de las UNAP de la provincia de Samaná.</p>
<p><b>【Resultado 1】</b> 1) Las UNAP han fortalecido sus funciones, priorizando los servicios preventivos y la promoción de la Salud Materno - Infantil con la participación comunitaria.</p> <p>Actividad 1-1 Mejorar los servicios de salud materno-Infantil ofrecidos por las UNAP.</p> <p style="padding-left: 20px;">1-1-1 Implementar en las UNAP los servicios integrados de salud materno-Infantil.</p> <p style="padding-left: 20px;">1-1-2 Fortalecer el seguimiento de los usuarios.</p> <p style="padding-left: 20px;">1-1-3 Fortalecer los vínculos entre las UNAP y los hospitales.</p> <p>Actividad 1-2 Las UNAP elaboran y realizan el plan de actividades comunitarias de acuerdo a las situaciones reales.</p> <p style="padding-left: 20px;">1-2-1 Realizar el diagnóstico comunitario basándose en los datos de las fichas familiares, para formular el plan de actividades de la comunidad.</p> <p style="padding-left: 20px;">1-2-2 A través del fortalecimiento de Comité de salud, fortalecer las funciones de las UNAP e impulsar la participación comunitaria.</p>
<p><b>【Resultado 2】</b> La DPS logra mejorar sus capacidades para realizar la vigilancia de la calidad de los servicios (supervisión) y la orientación a las UNAP para asegurar su funcionalidad.</p> <p>Actividad 2-1 Realizar la vigilancia de la calidad de los servicios (supervisión) contando con la colaboración del SRS de manera continua y utilizar resultados de la vigilancia en las orientaciones hacia las UNAP.</p> <p>Actividad 2-2 Monitorear la situación de la función de las UNAP.</p> <p>Actividad 2-3 Elevar la capacidad del personal de DPS como instructor de las capacitaciones.</p>



## 2. Sinopsis de los resultados del Proyecto

<b>Objetivo del proyecto</b>	Establecer un modelo práctico de atención primaria para los usuarios (especialmente embarazadas y los niños menores de 5 años) que reciben los servicios de salud con alta calidad a través de las UNAP de la provincia de Samaná.
Indicador 1	El Modelo Práctico ha sido reconocido como un modelo extensión de la atención primaria por SESPAS en el momento del término del Proyecto
Alcance del indicador 1	La SESPAS aprecia altamente los resultados del Proyecto y ha declarado oficialmente que es un buen ejemplo de implantación del nuevo modelo de atención primaria. (del informe de evaluación final)
Indicador 2	El uso innecesario de hospitales <sup>4</sup> se reducirá de 28 % a 14 %.
Alcance del indicador 2	2003 : 28%, Mayo de 2007 : 21.2%, Noviembre de 2008 : 10%
<b>Resultado Esperado 1</b>	Las UNAP han fortalecido sus funciones, priorizando los servicios preventivos y la promoción de la Salud Materno-Infantil con participación comunitaria.
Indicador (1) del resultado 1	Llegan al 80% de las UNAP funcionando al término del proyecto. En la supervisión logran más de 70 puntos y posteriormente lo mantiene
Alcance del indicador (1)	2006: 6%, 2007 : 69%, 2008: 81%, 2009 : 81%
Indicador (2) del resultado 1	El 80 % de las UNAP funcionando, mantienen sus funciones al término del Proyecto
Alcance del indicador (2)	2007: 1 UNAP (6.3%) , 2008: 8 UNAP (50%) , 2009: 11 UNAP (62%) , 14 UNAP (88%) al final, en el mes de septiembre

Actividad 1-1	Mejorar los servicios de salud materno-Infantil ofrecidos por las UNAP.
---------------	---

### 1-1-1 Implementar los servicios integrados de salud materno-Infantil

(1) Donación de equipos básicos para el servicio de la salud materno – Infantil a las UNAP

1) Estudio de las necesidades y donación de equipos

Las UNAP, previo al inicio del Proyecto, no estaban equipadas adecuadamente y no contaban con las condiciones necesarias para ofrecer un servicio suficiente como el esperado. Se encontraban en condiciones tales que por ejemplo, las básculas averiadas estaban abandonadas, solamente alguna de las UNAP contaban con medidores de presión arterial y ningún establecimiento contaba con termómetros. Por lo tanto, tras realizarse el análisis de las necesidades y durante los meses de febrero y mayo se llevó a cabo la donación del mínimo necesario de equipos para poder ofrecer los servicios de salud materno – infantil, tales como medidor de presión arterial, básculas para adultos y niños, así como de equipos de alta frecuencia de uso en las UNAP, tales como equipos de tratamiento quirúrgico, esterilizadores y archiveros para las fichas familiares. (Véase el inciso “(3). Equipos donados” de los resultados de la inversión para la consulta de los detalles). Además, en el Curso MI realizado durante los meses de junio y agosto de 2006, se elaboró y se distribuyó el medidor de talla

<sup>4</sup> El "uso innecesario del hospital" se refiere al hecho en el cual las personas que pueden ser atendidas en las UNAP acuden directamente al hospital, aun teniendo la facilidad de acceso a las UNAP.

para niños, así como se introdujo un termómetro digital que no se avería tan fácilmente.

A través de la introducción de estos equipos, ha sido posible el control de las embarazadas, puérperas y del niño sano. También se hizo posible el tratamiento de esterilización de heridas y el ordenamiento de las fichas familiares o los formularios para los registros de consulta.

## 2) Equipos donados y su estado de mantenimiento

Desde el momento de la donación de los equipos han pasado aproximadamente 5 años y los equipos de tratamiento quirúrgico están herrumbrados al mar o algunos termómetros se encuentran descompuestos, pero la mayoría de las básculas y medidores de presión arterial se encuentran todavía en condiciones de seguir siendo usados. Estos equipos eran administrados por la DPS a través de la elaboración de los inventarios de los mismos, pero a partir de 2007, el SRS de Samaná se encargó de administrar los equipos de las UNAP<sup>5</sup>. Actualmente, el control y mantenimiento de los equipos de donación así como su reparación y la complementación es realizada por la Gerencia de Área del SRS de Samaná (“SRS/GA” en lo subsiguiente) y todas las UNAP se encuentran en condiciones de ofrecer los servicios de salud materno – infantil. La condiciones de los equipos de las UNAP son verificados en la supervisión mensual. La misma información es compartida entre la DPS y el SRS/GE y en caso de ocurrir algún problema se atienden con rapidez en la medida de lo posible.

### (2) Mejoramiento del servicio de atención integral de salud materno – infantil y su seguimiento

#### 1) Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud de las UNAP

La llave para lograr el mejoramiento de los servicios de salud comunitaria está en fortalecer las capacidades del personal de salud de las UNAP. Entre ellos, especialmente, el fortalecimiento de las auxiliares de enfermería quienes viven en la comunidad y han trabajado en la UNAP por largos períodos serán la clave para ello. Es por esto que periódicamente, se realizaron los cursos básicos de capacitación dirigidos a todas las auxiliares de enfermería que laboran en las UNAP.

Durante 6 semanas de los meses de junio a agosto de 2006, se llevó a cabo el primer Curso MI. En este curso se procuró realizar una capacitación integral incorporando los elementos indispensables para que “todas las UNAP logran ofrecer el servicio integral tales como la aplicación de vacunas de buena calidad, el control de niño sano y control de embarazadas, y que dichos servicios pudieran ser utilizados” los cuales constituyen el componente central de la PDM. Se han hecho esfuerzos para que las auxiliares de enfermería logren asimilar en forma efectiva los conocimientos y las técnicas, como por ejemplo, aumentar los efectos del curso y elevar su reproducibilidad

---

<sup>5</sup> Como parte de la reforma del sector salud, La mayor parte de las funciones desempeñadas por la DPS fueron transferidas bajo el control del SRS. La DPS se encontraba bajo el control de la SESPAS y era la instancia encargada de las políticas de salud a nivel provincial, pero conforme el avance la reforma del sector salud será la entidad que ofrecerá los servicios de salud pública comunitaria de forma separada de la SESPAS. Establecerá la Gerencia de Área (GA en lo subsiguiente) a nivel provincial siendo la entidad encargada de realizar los trabajos referentes a la provisión de servicios de salud que hasta ahora la DPS ha venido desarrollando. La SRS/GA de la provincial de Samaná se estableció en mayo de 2006.

desarrollando los manuales y materiales audiovisuales, así como realizar durante 2 meses los seguimientos posteriores al curso por parte del instructor. El curso no solo consistió de la parte teórica impartida dentro del aula, sino que también se realizaron asesorías individuales con la asistencia de 2 instructores para cada enfermera, para que las auxiliares de enfermería pudieran poner en práctica las técnicas aprendidas de acuerdo a la situación y el entorno de cada UNAP. Puesto que a través de este entrenamiento en el escenario del trabajo, se hicieron evidentes las capacidades y las debilidades de cada una de las auxiliares de enfermería, se les pudo asesorar de manera adecuada y el nivel de conocimiento de las mismas ha mejorado significativamente (Véase inciso 1) de la Tabla 2). En la actividad de seguimiento, realizando la asesoría en campo de las auxiliares de enfermería de cada UNAP junto con las C/P de la DPS para elevar las técnicas de las auxiliares de enfermería, se ha procurado al mismo tiempo de fortalecer la capacidad de asesoría y vigilancia de las auxiliares de enfermería de las C/P de la DPS. Después de realizar la actividad de seguimiento intensivo, se integraron en la hoja de chequeo las evaluaciones de las auxiliares de enfermería para mantener el nivel de conocimiento técnico a través de una supervisión periódica. Respecto a los materiales para la capacitación, se han corregido y modificado conforme a la retroalimentación recibida por la SEPAS y las instancias involucradas.

En agosto de 2007, se realizó el segundo curso de capacitación dirigido a las auxiliares de enfermería. Este curso se impartió sobre los temas del manejo integral de enfermedades infecciosas y pediátricas consideradas necesarias en la supervisión mensual de las UNAP, formando dos grupos; uno integrado por aquellas personas de nuevo ingreso que no habían recibido el primer curso, cuya asignación fue hecha después del mismo y otro por aquellas que habían recibido el primer curso. El contenido de este curso fue prácticamente el mismo, pero se enfatizó más sobre los puntos relevantes ampliando la parte del control materno - infantil y manejo de enfermedades infantiles. El nivel de conocimiento que, previo a la capacitación, era bastante bajo se había elevado significativamente después del curso, lo que indica que la re-capacitación es efectiva. (Véase el inciso 2) y 3) de la Tabla 2). Este curso resultó ser sumamente provechoso para ambos grupos; para las auxiliares de enfermería de nuevo ingreso fue una capacitación básica sobre las actividades de salud materno – infantil y para las que habían recibido el curso anterior les permitió mantener y elevar su conocimiento técnico.

En agosto de 2008, se realizó el tercer curso de capacitación dirigida a las auxiliares de enfermería. Se integraron al curso los temas considerados necesarios para el fortalecimiento de las capacidades (prevención de enfermedades infecciosas, ordenamiento de medicamentos y equipos médicos, manejo integral de enfermedades infecciosas, entre otros) en el monitoreo realizado de forma periódica. El curso se llevó a cabo separándolo en dos grupos; uno integrado por auxiliares de enfermería de nuevo ingreso que no habían tomado el curso y otro por personas que ya habían tomado el curso anteriormente. Después del curso, el nivel de conocimiento había mejorado significativamente, y esto constituyó nuevamente una oportunidad para que las C/P de la DPS reconocieran la necesidad de mantener las capacidades a través de la re-capacitación periódica. La

calidad del desenvolvimiento en general de las auxiliares de enfermería de las UNAP se había estabilizado, pero ahora se observaron las diferencias entre las auxiliares de enfermería. Para solucionar esta diferencia, en el tercer curso de capacitación, se realizó la evaluación de las capacidades basadas en la calificación de la prueba individual realizada por cada auxiliar de enfermería. Los resultados de esta se compartieron con la DPS para realizar el seguimiento individual en la supervisión (Véase el inciso 4) y 5) de la Tabla 2).

En noviembre de 2008, las 4 auxiliares de enfermería y un personal de la DPS que recibieron el curso de capacitación en el tercer país realizado en México, llevaron a cabo el desarrollo del primer curso de sobre las actividades de promoción de salud comunitaria dirigida a las auxiliares de enfermería. Actualmente, la mayoría de las UNAP cuentan con una plantilla de 2 personas, y si las auxiliares de enfermería logran asesorar y apoyar a sus compañeras, se podrá asegurar el mantenimiento de la calidad de los servicios de las UNAP. En este sentido y como un primer paso, este curso tuvo su importancia por ser uno en donde las auxiliares de enfermería asesoraron a sus colegas como instructores del curso.

En febrero de 2009, se realizó la re-capacitación de las auxiliares de enfermería que no pudieron participar en el tercer curso y de aquellas que no habían logrado obtener los 70 puntos en la calificación de la prueba. A través de este curso, se pudo cubrir la atención de las auxiliares de enfermería que se ausentaron o no habían logrado alcanzar un nivel determinado (véase el inciso 6 de la Tabla 2).

Las auxiliares de enfermería requieren la capacidad de realizar actividades tanto en las UNAP como en las comunidades. En la capacitación realizada hasta ese momento se enfocó principalmente en el fortalecimiento de las capacidades requeridas en las actividades dentro de las UNAP, pero en vista de que la calidad del desenvolvimiento de las auxiliares de enfermería se había estabilizado, además de que el fortalecimiento de las actividades de las mismas en la comunidad era un tema pendiente, en mayo de 2009 y durante 6 días, se realizó el segundo curso de capacitación para la promoción de las actividades de salud comunitaria. Para la promoción de las actividades de salud comunitaria es indispensable el fortalecimiento de las capacidades y la colaboración de los promotores de salud y de los supervisores quienes realmente se encuentran realizando las actividades. Por lo tanto, además de las auxiliares de enfermería, también los supervisores y promotoras de salud estuvieron sujetos al curso de capacitación. Integrando en el contenido del curso las técnicas necesarias para las actividades de salud comunitaria del personal de las UNAP, para las actividades de salud comunitaria realizadas por la comunidad y para la promoción de la actividad de salud comunitaria. A través de la discusión realizada, se definieron la responsabilidad y el rol del personal de las UNAP en las actividades de salud comunitaria. Reservando suficiente tiempo en la parte práctica, se procuró el mejoramiento de las técnicas que constituyen la base de las actividades de salud comunitaria organizando las discusiones en cada UNAP. Este curso fue oportuno debido a que las actividades del Comité de salud se habían vuelto más activas a partir del año fiscal anterior. Por lo que, en adelante se espera un gran progreso en las actividades de salud en la comunidad conforme

las auxiliares de enfermería pongan en práctica lo aprendido en las capacitaciones recibidas y logren establecer un régimen de cooperación con los Comités de Salud (Véase el inciso 7 de la Tabla 2).

**【Resultados obtenidos】**

En la capacitación del mes de febrero de 2009, que resultó ser el último Curso MI, a excepción de las 4 auxiliares de enfermería, todos alcanzaron el nivel de aprobación. De hecho estas 4 personas obtuvieron 68 puntos, casi alcanzando el nivel de aprobación que es de 70 puntos, y podría decirse que en cuanto a su desempeño como auxiliares de enfermería prácticamente han logrado estabilizarse. Realizada también la capacitación de actividades de salud comunitaria, podríamos decir que se han establecido las bases para la realización de dichas actividades por parte de las auxiliares de enfermería, que era la parte más rezagada.

Tabla 3: Curso MI y Curso para la Promoción de las Actividades de Salud Comunitaria  
(se omite el curso referente a la Libreta MI)

Curso	Período	Nº de participantes	Objeto del curso	Resultado de la prueba antes y después del curso	Nivel de satisfacción del curso
1) Primer Curso MI	Junio a agosto de 2006	19 personas	Auxiliares de enfermería de las UNAP	Antes : 45 puntos Después : 73 puntos	8.6 /10
2) Segundo Curso MI (Dirigido al personal de nuevo ingreso)	Agosto de 2007	10 personas	Auxiliares de enfermería de las UNAP asignados después de agosto de 2006	Antes : 54 puntos Después : 83 puntos	9.7/10
3) Segundo Curso MI (Dirigido al personal previamente capacitado)	Agosto de 2007	13 personas	Auxiliares de enfermería de las UNAP que recibieron el Primer Curso MI	Antes : 59 puntos Después : 82 puntos	
4) Tercer Curso MI (Dirigido al personal de nuevo ingreso)	Agosto de 2008	12 personas	Auxiliares de enfermería de las UNAP asignados después de agosto de 2006	Antes : 46 puntos Después : 67 puntos	8.7/10
5) Tercer Curso MI (Dirigido al personal previamente capacitado)	Agosto de 2008	16 personas	Auxiliares de enfermería de las UNAP que recibieron el Primer Curso MI	Antes : 52 puntos Después : 77 puntos	
6) Primer Curso de Capacitación para la promoción de salud comunitaria	Noviembre de 2008	21 personas	4 auxiliares de enfermería y 1 personal de la DPS que tomaron el curso de capacitación en México. Todas las auxiliares de enfermería de las UNAP	No se realizó por ser un curso centrado a la práctica y a la discusión.	No se realizó
7) Cuarto Curso MI (Re-capacitación)	Febrero de 2009	11 personas	Auxiliares de enfermería de las UNAP ausentes al Tercer Curso MI y aquellas no lograron el nivel de aprobación	Antes : 59 puntos Después : 74 puntos	8.9/10
8) Segundo curso de Capacitación para la promoción de salud comunitaria	Mayo de 2009	50 personas	Auxiliares de enfermería de las UNAP Supervisores y promotoras de salud pertenecientes a las UNAP	No se realizó por ser un curso centrado a la práctica y a la discusión.	9.7/10

2) Mejoramiento de la conciencia de los padres

Para lograr la mejora del indicador de salud es imprescindible realizar el fortalecimiento del conocimiento de los padres, y al mismo tiempo llevar a cabo el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud. Considerando que para lograr el fortalecimiento de las capacidades de los

padres de manera más eficiente, es necesario implementar la Libreta MI (Libreta MI en lo subsiguiente), el Proyecto desarrolló la Libreta MI y la distribuyó a los hospitales públicos y a las UNAP de la provincia de Samaná. Los hospitales son instituciones que se encuentran fuera del marco del Proyecto. Sin embargo, para hacer posible la implementación de la Libreta MI, el dejar a un lado los hospitales resultaba imposible debido a que la tasa de alumbramiento en los mismos superaba el 90%. Por consiguiente, y en paralelo al entrenamiento dirigido a las UNAP, se realizaron 13 entrenamientos a un total de 152 personas pertenecientes al personal de salud de los hospitales. La evolución de las actividades realizadas a partir del desarrollo de la Libreta MI hasta su implementación se menciona a continuación.

① Explicación referente a la implementación de la Libreta MI a las instancias involucradas (Primera etapa)

En la primera etapa, para lograr la aprobación y el consentimiento de los hospitales públicos y de todas las UNAP de la provincia de Samaná, se formuló el plan de implementación de la Libreta MI (propuesta) y en noviembre de 2006 se llevó a cabo la explicación a todos los hospitales y las UNAP de Samaná a través de la DPS. Con miras a la prueba piloto de la implementación de la Libreta MI, se realizó la explicación del plan de implementación y se estudió la efectividad de la implementación de la Libreta a los sitios piloto que fueron el Hospital Samaná y las 8 UNAP. Respecto al nivel de conocimiento de los padres, que serían los usuarios de esta Libreta MI, se realizó el Estudio de Línea Base en febrero de 2007.

② Elaboración de la Libreta MI (Segunda etapa)

En la elaboración de la Libreta MI, se prestó mayor atención para que fuera una libreta fácil de entender por los padres y cómoda de llenar para el personal médico. Se incluyeron partes relacionadas a los servicios de salud materno – infantil de las tarjetas previamente existentes, se mejoró el formato para facilitar su llenado y se enriqueció adicionando la parte educativa dirigida a los padres. La parte del registro de la historia clínica, se utilizó manteniendo los detalles del formulario original de registro existente para evitar en la medida de lo posible la confusión en el lugar de trabajo. Respecto a la parte educativa para los padres, se consideró que su contenido fuera realista y de nivel apropiado para los padres. Después de concluir la elaboración del borrador de la Libreta MI, se realizaron reuniones de consulta y análisis con la SESPAS, la Dirección General de Promoción y Educación de Salud (DIGPRES en lo subsiguiente) y el personal médico, involucrando a la SESPAS desde la etapa inicial de la elaboración de la Libreta MI para elevar la conciencia sobre la misma, así como fomentar el sentido de posesión del lado dominicano. La tarea de elaboración y modificación de la Libreta se realizó a manera de sustituir el curso de capacitación a partir de octubre de 2006 hasta septiembre de 2007. Como resultado del estudio piloto realizado a

los padres solicitando el uso experimental de la Libreta MI, se hizo evidente una alta tasa de analfabetismo de estos, y tras las numerosas modificaciones a través de realizar las reuniones de consulta y análisis con el personal médico de las UNAP aumentando las partes ilustradas solicitando la colaboración de la DIGPRES, se terminó de elaborar la primera versión de la libreta para ser distribuida con la aprobación de las SESPAS. Para evitar el riesgo de no lograr el avance programado de las actividades previstas para el 2008 a consecuencia de los efectos de la elección presidencial a llevarse a cabo ese año, las actividades mencionadas se realizaron con varios meses de antelación a lo programado.

③ Presentación de la Libreta MI al personal médico (Tercera etapa)

Se presentó la primera versión de la Libreta MI al director del hospital y al personal de las UNAP, donde se les motivó explicando los beneficios de la implementación de la misma. Posteriormente, se solicitó su colaboración para realizar las actividades subsecuentes.

④ Implementación piloto y Capacitación (Cuarta etapa)

Se realizó la capacitación para la implementación de la Libreta MI dirigida a las instancias objeto. El curso de capacitación dirigido a los médicos y auxiliares de enfermería pertenecientes a un hospital y 9 UNAP y se llevó a cabo en junio de 2007. En este curso de capacitación se explicó el sentido, la importancia de la implementación de la Libreta MI y su modo de llenado y, se aclararon las partes asignadas para su llenado y las responsabilidades de cada uno. En las UNAP se intercambiaron activamente las opiniones y se observó una postura positiva hacia la implementación de la Libreta MI. En cambio, en el hospital, por la problemática de una deficiente función de vigilancia y dirección, así como la baja moral existente, la tasa de participación a la capacitación también resultó baja. Por lo tanto, se hicieron esfuerzos para aumentar las oportunidades de capacitación a realizarse hasta el mes de octubre y asesorar al mayor número posible de personal. En agosto se realizó el estudio para la implementación piloto y se verificó el estado de la implementación y del llenado de las libretas. Con base en los resultados del estudio realizado, se organizó nuevamente la reunión de consulta con las respectivas entidades y se realizó la modificación de la primera versión de la Libreta MI para finales de octubre.

⑤ Organización del Concurso de “La Madre y su Bebé Saludable” (Quinta etapa)

Durante los meses de agosto a octubre de 2007, como actividad dirigida a los padres se organizó el Concurso de “La Madre y su Bebé Saludable”, para presentar la Libreta MI a los habitantes y elegir la fotografía de la madre y su bebé saludable como portada de la Libreta MI, motivando así el interés de los habitantes.

⑥ Realización del curso de capacitación para la implementación de la Libreta MI (Sexta etapa)

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2007, se realizaron en total 8 cursos de capacitación (4 veces tanto en los hospitales públicos como en las UNAP) para la implementación de la Libreta MI dirigidos a los médicos, las auxiliares de enfermería, enfermeras, encargadas del área de archivo de registros de historia clínica y de vacunación de los 4 hospitales públicos y 16 UNAP. En el estudio de la implementación piloto ya se había detectado una extrema deficiencia en el estado del llenado de las libretas debido a la falta de cooperación de los médicos, por lo que además de este curso de capacitación, se procuró mejorar la situación realizando constantes asesorías en el sitio de trabajo así como organizando frecuentes reuniones en los hospitales.

⑦ Elaboración del Manual para el llenado de la Libreta MI

Para estandarizar el contenido de la Libreta MI y mantener la calidad de su llenado, en noviembre de 2007, se elaboró el Manual para el llenado de la Libreta MI dirigido al personal médico y se distribuyó a todos los hospitales y las UNAP.

⑧ Distribución de la libreta MI y la celebración de la ceremonia por su implementación

En diciembre de 2007, se inició con la distribución de la Libreta MI. Se organizó la ceremonia con motivo de la implementación de la misma, invitando a la SESPAS, la DIGPRES, los involucrados de los hospitales y de las UNAP, así como a las ganadoras del concurso “La Madre y su Bebé Saludable” de cada UNAP y se dio a conocer ampliamente a la población la implementación de la Libreta MI.

⑨ Seguimiento posterior a la implementación de la Libreta MI.

Las actividades para la divulgación y asimilación son la llave para lograr el éxito de la implementación de la Libreta MI. En el Proyecto, la proporción de las actividades realizadas fue de 40% destinadas a las tareas de desarrollo e implementación de la Libreta MI y 60% destinadas a las actividades de divulgación y asimilación posterior a la implementación de la Libreta MI. Posterior a la implementación de la Libreta MI, se realizó la vigilancia y la asesoría periódica así como el seguimiento continuo a los hospitales y a las UNAP para impulsar la asimilación y el uso de la Libreta MI. También se realizaron modificaciones de manera flexible de acuerdo a su necesidad considerando la coherencia con las Normas de Salud MI y con los formularios referentes a la salud materno – infantil. A continuación, se describen las actividades de seguimiento posteriores a la implementación de la Libreta MI.

(a) Estudio de la situación de llenado: Posterior a la implementación de la Libreta MI, durante el período de 7 meses entre diciembre de 2007 a julio de 2008, se realizó de manera continua el estudio de la situación del llenado de las libretas, que también sirvió como monitoreo en los 4



hospitales y las 16 UNAP. Sobre la situación de las 286 muestras de Libreta MI traídas por las madres a los establecimientos de salud, se evaluaron cada uno de los temas de la parte del registro de la Libreta MI dividiendo en 4 escalas. En los hospitales obtuvieron el promedio de 2.5 puntos dentro de la puntuación máxima de 5 puntos y en las UNAP obtuvieron 2.7 puntos. Debido a que la situación del llenado de los hospitales continuaba siendo deficiente, se identificó el área y el médico que presentaban deficiencia en la situación de llenado para realizar la asesoría individual. Con respecto a los hospitales que presentaban una extrema deficiencia en su llenado, sumado a la asesoría individual, se determinó llevar a cabo la capacitación intensiva a todo el hospital.

- (b)Curso de Re – capacitación sobre la Libreta MI en las UNAP: Durante los meses de julio y agosto de 2008, se realizó la re-capacitación sobre la Libreta MI dirigida a los médicos y auxiliares de enfermería de las UNAP. En este curso, se capacitó no solo sobre el llenado, sino que también se hizo énfasis en el modo de su uso. En la parte teórica, se retroalimentó a cada una de las UNAP los resultados que obtuvieron en el estudio de la situación del llenado y del uso, de manera que formulen el plan de actividades para la promoción del uso de la Libreta, y en las UNAP que presentaban una situación deficiente, se llevó a cabo la práctica en la asesoría de los padres utilizando la libreta. Además, se recabaron las opiniones de los médicos y de las auxiliares de enfermería con respecto a las partes que requerían modificación. Además, utilizando la parte educativa de la Libreta MI, los médicos y auxiliares de enfermería llevaron a cabo la interpretación de papeles planteando la situación de dar la explicación sobre aspectos relacionados a la salud a los padres, y discutieron con los participantes de otras UNAP sobre lo apropiado o no en cuanto a los métodos utilizados entre los mismos.
- (c)Realización del curso de capacitación de la Libreta MI en los hospitales: Se realizaron un total de 6 cursos de re-capacitación en octubre de 2008 dirigidos a todos los médicos y enfermeras encargadas de la vacunación y planificación familiar, así como las encargadas de la recepción en los 4 hospitales de Samaná. La participación fue buena a excepción de los médicos, contando con la participación de menos de la mitad de los mismos, siendo notoria la participación de los médicos especialistas que más la requerían. Se hizo la retroalimentación comparando el resultado de la situación del llenado de cada hospital. En los lugares donde se había detectado una situación sumamente deficiente en el llenado, se identificaron los responsables de la causa y se analizaron las mejoras específicas. Después de la capacitación, se llevaron a cabo las reuniones con los directores de los hospitales, el Gerente de Área en Samaná y el encargado de la DPS, para compartir los resultados y analizar las actividades de seguimiento subsecuentes. Como resultado de lo anterior, se acordó realizar la reunión bimestral para verificar la situación de las actividades realizadas y formular periódicamente el plan de actividades para el seguimiento correspondiente a los siguientes dos meses.
- (d)Modificación de la Libreta MI y del Manual de esta: A raíz de la modificación a gran escala de

las Normas de Salud MI y de la tarjeta de control del niño sano, y para lograr la coherencia con estos se modificó la Libreta MI y el Manual de la Libreta MI en colaboración con la SESPAS y la DIGPRES. Las partes modificadas fueron, la vacunación, la curva de crecimiento y las etapas de control médico. Las 4,000 ejemplares de Libreta MI y el Manual para su llenado que se modificaron en marzo de 2009, ya se terminaron de imprimir y se ha iniciado la distribución de las mismas. Las Libretas MI, previo a la modificación de marzo, ya se encuentran distribuidas a todas las UNAP y los hospitales, y las que todavía se encuentran en los establecimientos serán aprovechadas en adelante para la educación de salud de los habitantes.

- (e) Realización del curso de capacitación sobre la versión modificada de la Libreta MI: Se realizó la capacitación al personal médico debido a la modificación a gran escala realizada en la Libreta MI. En marzo de 2009 se realizó el curso de capacitación sobre el llenado de la Libreta MI dirigido a todos los médicos y las auxiliares de enfermería de todas las UNAP y en julio de 2009 se realizó el mismo dirigido a los hospitales.
- (f) Elaboración del manual de uso de la Libreta MI para las Promotoras y Supervisoras: Para fomentar el uso de la Libreta MI a nivel comunitario, se elaboró el Manual de uso de la Libreta MI para las Promotoras y Supervisoras. Es un manual donde se resumen los puntos importantes de la parte educativa para los padres, separados por temas para que las Promotoras y las Supervisoras puedan asesorar adecuadamente a la población de su comunidad. Se imprimieron 320 ejemplares y en mayo de 2005 se distribuyeron a las Promotoras, Supervisoras y Comités de Salud.
- (g) Elaboración de mensajes radiales y folletos: Se grabaron algunos mensajes que se consideraron necesarios a nivel poblacional como por ejemplo, la promoción del examen de Papanicolaou, portación de la Libreta MI en el momento de acudir a los establecimientos médicos y portación de la hoja de R/CR, y a partir de mayo de 2009 comenzó su transmisión. El examen de Papanicolaou y la R/CR fueron las partes con mayor deficiencia en el llenado de la Libreta por no progresar la realización de los mismos, por lo que se elaboró el folleto dirigido a la población y se distribuyeron 1,000 ejemplares a los hospitales.
- (h) Monitoreo de la situación de llenado y uso de la Libreta MI: Como ya se había identificado la situación de las UNAP, adicional a que se estuviera realizando la asesoría sobre la Libreta MI desde una etapa temprana, el monitoreo se llevó a cabo de forma periódica a través de la supervisión. Como resultado de esta, se determinó analizar entre los directores de los hospitales, la DPS y el SRS en las reuniones bimestrales e ir mejorando la situación.

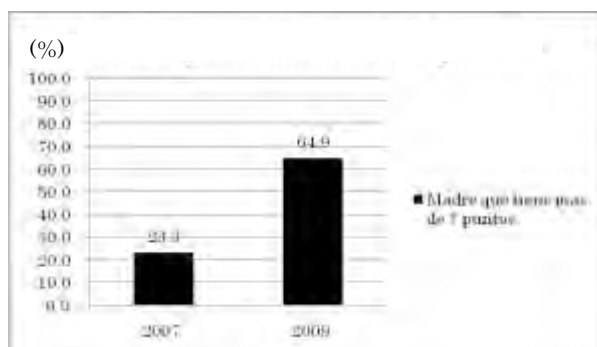
#### **【Resultados obtenidos】**

Cuando se compararon los niveles de conocimiento de los padres en referencia a la salud antes y después de la distribución de la Libreta MI, los 5.5 puntos promedio obtenidos de un máximo de 10

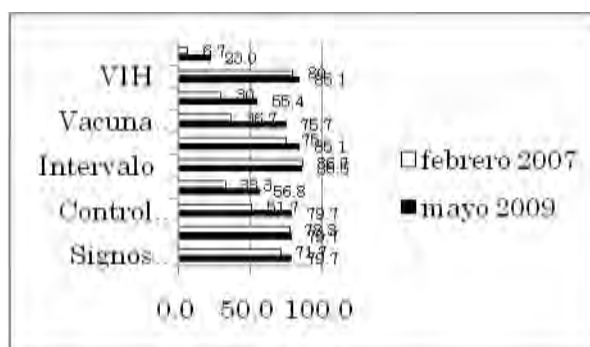
puntos en la prueba realizada en el estudio del mes de febrero de 2007, previo a la distribución de la Libreta MI, se había elevado a 7.1 puntos en mayo de 2009. En 2007, la proporción de 23.3% de las madres que obtuvieron más de 7 puntos, en 2009 había aumentado a 64.9%. Este resultado podría estar favorecido por los efectos de las otras actividades desarrolladas, sin embargo, debido a la evidente mejora en el nivel de conocimiento de los padres en referencia a la salud, comparando antes y después de la distribución de la Libreta MI, podría decirse que gracias a la implementación de la Libreta MI se está fortaleciendo la capacidad de los padres de comprender los conocimientos sobre la salud (Véase la gráfica 1 y 2). Además, la Libreta MI se está distribuyendo de manera continua en los hospitales públicos y en las UNAP de la provincia de Samaná.

Tabla 4: Curso de capacitación sobre el llenado de la Libreta MI dirigido al personal médico

Curso	Período del curso	Número	Número de participante	Dirigido a
1) Curso de capacitación para la implementación piloto de la Libreta MI	Junio de 2007	6 veces	60 personas	Médicos, auxiliares de enfermería, área de archivo de registro de historia clínica y encargadas del área de vacunación de 1 hospital y 9 UNAP que será objeto de la implementación del modelo de registros de historia clínica
2) Curso de capacitación para la implementación de la Libreta MI (UNAP)	Octubre / Noviembre de 2007	3 veces	43 personas	Médicos y auxiliares de enfermería de las UNAP que no serán objeto de la implementación del modelo
3) Curso de capacitación para la implementación de la Libreta MI (hospitales)	Noviembre de 2007	6 veces	74 personas	Médicos, auxiliares de enfermería, enfermeras, área de archivo de registro de historia clínica y encargadas del área de vacunación de todos los hospitales y las UNAP
4) Curso de re - capacitación sobre la Libreta MI (UNAP)	Julio / Agosto de 2008	4 veces	49 personas (teoría) 45 personas (práctica)	Médicos y auxiliares de enfermería de todas las UNAP
5) Curso de re – capacitación sobre la Libreta MI (hospitales)	Octubre de 2008	6 veces	48 personas	Médicos, auxiliares de enfermería, enfermeras, área de archivo de registro de historia clínica y encargadas del área de vacunación de todos los hospitales
6) Curso de capacitación sobre la Libreta MI (UNAP)	Marzo de 2009	2 veces	52 personas	Médicos y auxiliares de enfermería de todas las UNAP
7) Curso de capacitación sobre la versión modificada de la Libreta MI (hospitales)	Julio de 2009	7 veces	72 personas	Médicos, auxiliares de enfermería, enfermeras, área de archivo de registro de historia clínica y encargadas del área de vacunación de todos los hospitales



Gráfica 1: Porcentaje de las madres que han obtenido 7 puntos en la prueba (23.3% en 2007, 64.9% en 2009)



Gráfica 2: Comparación del nivel de conocimiento de las madres antes y después de la distribución de la Libreta MI (por temas)

**Transferencia técnica a la SRS/GA de Samaná**

Terminado el Proyecto, será necesario seguir realizando el curso de capacitación de la Salud MI de manera conjunta entre el personal de la SRS/GA y la DPS a través de la inversión de recursos del SRS. El personal de la DPS realizó la transferencia técnica al personal de la SRS/GA de Samaná a través de las discusiones y los preparativos de los cursos de capacitación. La SRS/GA ha realizado las solicitudes necesarias al SRS, y éste no solo ha asegurado los recursos económicos (costo de la reunión y de la elaboración de documentos) necesarios para el curso de capacitación sobre la Libreta MI realizado al personal del hospital en julio de 2009, sino también ha participado junto con el personal de la DPS como instructor en los cursos de capacitación. De este modo, en el lugar de trabajo, se ha impulsado la colaboración de forma concreta.

1-1-2 Fortalecer el seguimiento al usuario

(1) Implementación y uso del Libro de Registros de Seguimiento

1) Libro de Registros de Seguimiento y su finalidad

Las UNAP son establecimientos de salud de atención primaria que cuentan con usuarios relacionados a la salud materno – infantil entre otros con un número promedio de 380 personas mensuales. Dependiendo del estado de los usuarios, hay casos que terminan con una sola consulta médica, pero también hay numerosos usuarios que necesitan continuar acudiendo a la consulta o estar en observación, así como los que necesitan el tratamiento. Estos usuarios necesitan recibir un seguimiento adecuado. Para impulsar la realización de este seguimiento, a partir de 2005, se ha implementado el Libro de Registros de Seguimiento. Este libro está compuesto por hojas fechadas (una página por día), donde se anotan los datos como el nombre del usuario, la edad, el nombre de la comunidad donde vive y el nombre de la instalación o tienda más cercana que son edificaciones que sirvan de referencia para ubicar la vivienda, el propósito de la consulta y la columna de chequeo para anotar si acudió o no a la consulta. Las hojas de llenado de enero a diciembre son archivadas en una carpeta y se usan como Libro de Registros de Seguimiento. El médico coloca ambos libros sobre el escritorio. En caso de que decida que el usuario necesita el seguimiento posterior a la consulta, indica al usuario la fecha de la siguiente cita y registra los detalles del usuario en la página que corresponde a la fecha de la siguiente cita en este libro de reservación. De esta forma, el día de la cita programada podrá verificar si acudió o no a su consulta programada. En caso de que no acuda, vuelve a reservar una nueva cita en el Libro de Registros de Seguimiento y se busca a la persona saliendo de la UNAP para que acuda a su cita. De esta manera se procura realizar un seguimiento sustancioso del usuario.

2) Método de implementación y el monitoreo del uso

① Implementación de la Historia clínica y Libro de Registros de Seguimiento y la asesoría a los médicos de las UNAP

Los médicos<sup>6</sup> de las UNAP tenían poca consciencia de la necesidad del seguimiento y tampoco habían recibido entrenamiento sobre “llevar un registro” de cualquier índole. Por lo tanto, se implementó la Historia Clínica para realizar de manera sistematizada la consulta médica de los usuarios y se les asesoró sobre el uso del Libro de Registros de Seguimiento cuando consideraran la necesidad dependiendo del estado de salud del usuario. Antes de iniciar el Proyecto, las UNAP contaban solamente con la historia clínica para el control de embarazadas y de niños menores de cinco años. En cuanto a los otros usuarios solamente se anotaba su nombre y el diagnóstico, y no se contaba con ningún registro personal del usuario.

②Curso de capacitación para el médico pasante en el momento de asumir el cargo

Debido a que el período de asignación del médico pasante en las UNAP es de un año, en el caso de ser un médico pasante es necesario realizar la asesoría cada vez que realice su reemplazo. Por lo tanto, a los médicos de las UNAP de Samaná se determinó llevar a cabo la asesoría sobre el uso de Historia Clínica y el Libro de Registros de Seguimiento a los médicos que son asignados a trabajar en las UNAP.

③Monitoreo del uso a través de la supervisión y la asesoría en el lugar de trabajo

A partir de diciembre de 2006, se está verificando la situación del uso del libro mencionado a través de la supervisión mensual y procurando realizar la asesoría en el momento. El grado de aprovechamiento de este libro depende de la conciencia de los médicos de la UNAP. Actualmente, entre las 16 UNAP, aquellas en donde se usa de forma periódica son 10 y en el resto de las UNAP el grado de uso es bajo. Por lo que en estas UNAP se está realizando la asesoría de forma constante.

**【Resultados obtenidos】**

Debido a que las actividades del Proyecto están enfocadas a la salud materno – infantil, el grado de uso en las consultas relacionadas con el control de salud materno – infantil es alto y se aprovechan especialmente en el seguimiento del control de puérperas. Según el diagnóstico comunitario, en materia de control de puérperas; favorecido también por los efectos de la implementación de contrarreferencia de las puérperas por parte de los hospitales que se menciona más adelante, la proporción de 46% registrado en el momento de la realización del Estudio de línea base en el 2003 ha aumentado a 84% en el 2008. 2008, lo cual es un resultado del aprovechamiento de este libro. Sin embargo, en cuanto a su uso en las enfermedades crónicas todavía se requiere mejorar en gran medida.

(2) Implementación del Sistema de Tarjeta de vacunación y control de niño sano / de embarazada

---

<sup>6</sup> Aproximadamente el 90% de los médicos que laboran en las UNAP son médicos pasantes que apenas han egresado de la Universidad.

1) Sistema de Tarjeta de vacunación y su finalidad

Las tarjetas de vacunación y de control de niño sano / embarazada, se ha implementado con la finalidad de que las auxiliares de enfermería de las UNAP, quienes llevan a cabo la vacunación de las embarazadas y de los niños, realicen el seguimiento de los usuarios de forma concreta y se mejore la tasa de cobertura de la vacunación y el control médico. El método específico es el siguiente. Las auxiliares de enfermería elaboran las tarjetas personales por cada embarazada y por cada niño, donde se anota el nombre, la comunidad donde vive, la edad, la vacuna aplicada y la siguiente fecha de vacunación o de control médico. En el caso de los niños utilizan la tarjeta de color amarillo y para las embarazadas la de color rosa para facilitar su distinción. Estas tarjetas se administran colocando en un tarjetero de madera con 3 filas y 12 columnas. Las filas están clasificadas en niños, embarazadas y puérperas respectivamente. Las columnas están separadas por los meses del año y las tarjetas personales se colocan en el próximo mes que debe vacunarse o realizar el control médico. Cuando el niño o la embarazada acudan a recibir los servicios de control médico o de vacunación en el mes programado, las tarjetas de las mismas son colocadas nuevamente en el siguiente mes que corresponde vacunarse o acudir al control médico. De esta forma, el auxiliar de enfermería puede identificar visualmente quienes son las personas que no acudieron. Cuando haya pacientes que no acudieron a la cita programada, a través del mecanismo que consiste en que ella misma o con la ayuda de las promotoras y los miembros del Comité de salud, localizan a las personas para sugerir que acudan a vacunarse o a realizar su control médico.

2) Método de Implementación y monitoreo del uso

① Ordenamiento de equipos necesarios

Se colocaron los tarjeteros en cada UNAP y además se elaboraron las tarjetas.

② Capacitación dirigida a las auxiliares de enfermería

En el 2005, se asesoró sobre el modo de uso del sistema de tarjetas a las auxiliares de enfermería de todas las UNAP, asimismo en el 2006, la asesoría se integró como parte del curso de capacitación de la salud materno – infantil.

③ Monitoreo y asesoría a través de la supervisión

La DPS está verificando la situación su uso y de acuerdo a su necesidad realiza la asesoría en el lugar de trabajo.

3) Situación de uso del sistema de tarjetas

El actual estado de uso se encuentra de tal manera que se están utilizando prácticamente sin problema en todas las UNAP en cuanto a la vacunación y está contribuyendo a elevar la tasa de

cobertura de la vacunación. Sin embargo, el uso de la tarjeta del control de embarazadas todavía se ha quedado en las 10 UNAP. Esto podría deberse al hecho de que el control de embarazadas es realizado por los médicos que no logran establecer una buena comunicación con las auxiliares de enfermería. Según la capacitación de la salud materno – infantil, después del control de salud realizado por el médico, las auxiliares de enfermería tienen la oportunidad de tratar con las púerperas para asesorar sobre la vida durante el embarazo o sobre los cuidados del recién nacido después del control médico, luego la información de la siguiente consulta es definida y las auxiliares de enfermería elaboran y administran las tarjetas con base en lo anterior. A pesar de ello, debido a que la mayoría de los médicos de la UNAP son médicos pasantes con un año de estancia, no resulta tan fácil lograr la asimilación de un sistema que involucre a los médicos. Por esta razón, se determinó que las tarjetas para el control de las embarazadas no estaban siendo utilizadas como se debe, y a partir de mayo de 2009, se estableció que los médicos también serían los responsables del seguimiento de las embarazadas. Desde entonces, los médicos preparan un cuadro sinóptico (con nombre, edad, fecha probable de nacimiento, fecha de control médico, fecha de alumbramiento, fecha de control postparto) y las auxiliares de enfermería observan el cuadro para elaborar y administrar las tarjetas.

#### **【Resultados obtenidos】**

A partir de la implementación de este sistema de tarjetas de vacunación, las UNAP están pudiendo recomendar que reciban adecuadamente las vacunas a los padres, y en cuanto a los niños menores de un año, el porcentaje de niños que han recibido la vacuna en sus respectivas edades mensuales fueron, de 35% en el 2003, pasando a 82% en el 2007 hasta mejorar a 96% en el 2008. El control de las embarazadas ha podido mantenerse un nivel más alto en comparación a los anteriores con 96% quizá por los resultados de la implementación del libro de registros de seguimiento así como del sistema de contrarreferencia de las púerperas por parte de los hospitales, registrándose una significativa mejora que fue de 46% en 2003 a 84% en 2008. Sumado a lo anterior, también se hizo realidad en el control de los recién nacidos.

#### **1-1-3 Fortalecer los vínculos entre las UNAP y los hospitales**

Para el lograr el funcionamiento del Sistema de Atención Primaria de Salud, es importante crear vínculos eficientes entre las UNAP y los hospitales. Por eso dentro del modelo de la SESPAS se está procurando el enriquecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia (R/CR en lo subsiguiente) entre las UNAP y los hospitales. Antes del inicio de este Proyecto, este sistema prácticamente no estaba en funcionamiento, por lo que en el Proyecto se ha venido construyendo gradualmente dicho sistema. Abajo se mencionan sobre los mismos.

(1) Implementación del sistema de R/CR de las embarazadas y recién nacidos (2005)

1) Antecedentes y propósito

Antes del iniciarse el Proyecto, la situación era de tal modo que las embarazadas acudían a los hospitales para el parto y después del parto solo acudían a los hospitales para recibir la consulta médica solo cuando tenían problemas de salud y no precisamente para realizar un control médico. En el estudio realizado en 2002, se obtuvo un resultado donde el 82% de las puérperas que recibieron la consulta médica en las UNAP y en los hospitales antes de cumplirse un mes después del parto habían sido por problemas de salud. A pesar de que la tasa de control de embarazadas es alta (96% en 2002) no existía ningún control continuo durante el embarazo hasta el parto así como de las puérperas y de los recién nacidos. En el Proyecto, como parte del mejoramiento del servicio de salud materno – infantil y con el fin de proveer una atención integral y continua, se implementó el sistema de R/CR de las puérperas y recién nacidos del hospital a las UNAP<sup>7</sup>. Este sistema tiene el objetivo de hacer llegar la información de las embarazadas y de los recién nacidos a las UNAP y éstas a su vez, llevar a cabo el control de los mismos.

2) Generalidades del sistema

Dicho sistema funciona en base a lo establecido dentro de las normas de la SEPAS en el cual se establece que todos los recién nacidos deben recibir todas las vacunas correspondientes antes de ser dados de alta. Las auxiliares de enfermería encargadas del puesto de vacunación, cada vez que aplica la vacuna a los recién nacidos anota el nombre de la vacuna en la tarjeta de vacunación o en la Libreta MI y al mismo tiempo investiga a qué UNAP corresponde la madre y llena un determinado formulario con la información que incluye la siguiente fecha programada para el control postparto y deposita en el buzón de comunicación de las UNAP colocado en el puesto de vacunación. Para prevenir que la información de la puérpera no se transmita en caso de que el bebé no requiere vacunarse por su bajo peso o por su muerte, las auxiliares de enfermería confirman que no haya estos casos cuando acude al pabellón del hospital. Inicialmente, estas informaciones eran recogidas semanalmente por la DPS y distribuidas a las UNAP, pero con el fin de que sea un sistema de comunicación más rápido y para que la información no tenga que ser transmitida a través de la DPS, a partir de 2007, junto con el sistema de análisis clínico que se menciona más adelante, cuando cada UNAP lleva las muestras al laboratorio del hospital para su análisis pasa al puesto de vacunación y recoge las hojas de contrarreferencia de las puérperas y recién nacidos. Actualmente, la relación entre las UNAP los hospitales son favorables, comprenden muy bien el sistema y trabajan de forma autónoma, y la probabilidad de que se siga manteniendo después del término del Proyecto es alta. Por otro lado, esto hace posible que en las UNAP puedan conocer la información del parto y la fecha

---

<sup>7</sup> En cuanto a parte de la referencia, las mismas puérperas tenían conocimiento del parto hospitalario, pero el problema fue la falta de la parte de la contrarreferencia.



programada para el control postparto e identificar muy bien quién deberá venir en qué fecha para su control postparto. Cuando la puérpera no acude en la fecha programada para su control médico, se lleva a cabo la consulta domiciliaria para sugerir el control en la UNAP. No obstante, en el control postparto se realizan también el control del recién nacido para asesorar referente a la nutrición de leche la materna y la higiene.

### 3) Método de implementación del sistema y monitoreo

#### ① Elaboración de la hoja de contrarreferencia a la UNAP del hospital

Se elaboró la hoja de comunicación del hospital dirigido a la UNAP y la hoja de orientación para ser entregada a las madres. Estos formularios se han mejorado a través de su uso. Después de 2008 se está utilizando la Libreta MI que sustituyó a la hoja de orientación.

#### ② Asesoría al personal de salud

A partir de 2005, se repitieron las asesorías realizadas al personal de salud (especialmente a las auxiliares de enfermería encargadas del puesto de vacunación y a las auxiliares de enfermería y a las supervisoras) de los hospitales y de las UNAP. Además se continuó realizando la asesoría de la capacitación de salud materno – infantil a partir de 2006.

#### ③ Monitoreo periódico a través de la supervisión

A partir de diciembre de 2006, se está realizando el monitoreo del funcionamiento verificando el estado del flujo de comunicación y la realización del control postparto a través de la supervisión mensual realizada por parte de la DPS.

#### ④ Evaluación del funcionamiento del sistema de a través de la reunión de la Red de Servicios de Salud y solución de problemas

A partir de junio de 2007, en la reunión trimestral (En Samaná existen 4 Redes de Servicios de Salud) de Redes de Servicios de Salud<sup>8</sup> realizada entre los hospitales y las UNAP se aportaron los datos de la supervisión para identificar de qué manera se está trabajando el sistema y discutir sobre la solución de los problemas. Algunas medidas específicas fueron, por ejemplo la mejora de la hoja de contrarreferencia que se llena en los hospitales que se hizo a raíz de la opinión de la UNAP de anotar los sobrenombres de las embarazos y alguna referencia para buscar la vivienda facilitaría más la tarea de buscar a las embarazadas, o la medida de respetar el horario de atención del área de vacunación que se estableció debido a que el personal no podía recoger las hojas correspondientes cuando acude al puesto si se encuentra cerrada.

---

<sup>8</sup> La Red de Servicios de Salud es una red compuesta por un hospital y sus UNAP pertenecientes que constituye la unidad mínima del sistema de R/CR. Por ejemplo, al Hospital Samaná pertenecen las 9 UNAP y conforman una Red de Servicios de salud.

### **【Resultados obtenidos】**

De acuerdo con el diagnóstico comunitario<sup>9</sup>, el porcentaje de embarazadas que reciben el control postparto en el 2002 era de 46% y en el 2008 fue 84%, lo cual indica que está aumentando considerablemente. Por otro lado, en el resultado de la supervisión de las UNAP del mes de junio de 2009 se incrementaron hasta 96%. Por lo tanto, se piensa que este efecto se debe al resultado de haber venido fortaleciendo el sistema de seguimiento de los usuarios, además de estar favorecido por los resultados de la contrarreferencia de las puérperas y de los recién nacidos.

Asimismo, como en el control postparto también se realizan el control de los recién nacidos se piensa que ha contribuido en la prevención de las enfermedades infantiles. De acuerdo al diagnóstico comunitario mencionado, en comparación al 74% de las causas de la muerte infantil en 2002 que fueron la diarrea y las enfermedades de las vías respiratorias los cuales son enfermedades prevenibles, en el mismo estudio realizado en el 2008, las muertes a causa de dichas enfermedades resultaron apenas el 4%. Aún cuando se incluyen las muertes por causas desconocidas (23%), las muertes por enfermedades prevenibles (diarrea y enfermedades de las vías respiratorias) se han disminuido significativamente.

Por otro lado, durante los años 2007 y 2008, a nivel provincial, ocurrieron muertes consecutivas de embarazadas en los hospitales públicos de la ciudad de Samaná resultando uno de los peores casos para la República Dominicana. Sin embargo, todas estas fueron muertes durante el parto o inmediatamente después del parto ocurridas en el interior del hospital y no existe ningún caso de muerte que se haya registrado después de la contrarreferencia realizada a la UNAP. Esto sugiere la necesidad de mejorar la atención durante el parto dentro de los hospitales.

#### **(2) Implementación del sistema de R/CR del análisis clínico (2006)**

##### **1) Antecedentes y finalidad**

De acuerdo a la política de la SESPAS, las UNAP deben ofrecer los servicios de análisis clínico y el Seguro de Salud Familiar del Sistema de Seguridad Social también cubren los análisis clínicos básicos. Para ello, se establece que el SRS debe establecer los laboratorios en algunas UNAP. Sin embargo, en la provincia de Samaná todavía no se cuenta con las instalaciones de esta naturaleza y tampoco existe un plan para que se lleve a cabo en un futuro cercano. Por lo tanto, en el Proyecto, a partir de mayo de 2006 se ha venido ofreciendo los servicios de análisis clínico en las UNAP en colaboración con los hospitales que constituyen el eje central de las Redes de Servicios de Salud. En su sentido estricto, es diferente al sistema de referencia donde la responsabilidad de la consulta

---

<sup>9</sup> El diagnóstico comunitario de 2002 es un estudio realizado a través de la contratación del consultor local suponiendo el inicio del Proyecto en el momento del envío del experto japonés, lo cual es considerado como el estudio básico. El estudio realizado en 2008 es el estudio del momento de la conclusión del Proyecto realizado por la subcontratación dentro del Proyecto. También en 2007 se realizó el mismo estudio a través de la subcontratación.

médica se transfiere, pero considerando el propósito de esta actividad de ofrecer un servicio eficiente en colaboración con los hospitales, se incluyó dentro de las actividades de Referencia.

## 2) Generalidades del sistema

En las UNAP, en determinados días de la semana bajo el acuerdo con los hospitales (la mayoría de las UNAP lo realizan una vez a la semana y en lugares con mayor número de pacientes lo llevan a cabo 2 veces a la semana), se recogen las muestras temprano en la mañana y las mismas son transportadas a los hospitales junto con la solicitud del análisis clínico. La función de transportar la muestra está siendo cubierta de manera flexible (mayormente es cubierto por las auxiliares de enfermería, por las promotoras que aprovechan la oportunidad para pasar a recoger las vacunas). En el laboratorio de los hospitales, al recibir las muestras se registran la recepción y el resultado en el libro de registros que corresponde a la UNAP. Las auxiliares o las promotoras que llevan las muestras recogen los resultados del análisis anterior y regresan con el mismo a la UNAP para que el médico reciba los resultados del análisis. El médico avisa de antemano la siguiente fecha de consulta al paciente y realiza la atención necesaria en base a los resultados cuando el paciente regresa a la consulta. No obstante, las auxiliares de enfermería y las promotoras que llevan las muestras al hospital, al mismo tiempo pasan al puesto de vacunación para recoger la hoja de contrarreferencia de las púerperas y recién nacidos del buzón que corresponde a su UNAP. Para hacer funcionar este sistema, se necesita cubrir los gastos del viaje redondo entre las UNAP y el hospital. Por lo tanto, se cobra el importe aproximado de 30 a 90 yen (depende de la distancia que hay hasta el hospital correspondiente), a los usuarios que requieren el análisis clínico. Para el usuario resulta más económico y cómodo en comparación a que él mismo acuda al hospital. Para las UNAP y la DPS, no solo se genera el importe para el viático útil para ofrecer el servicio de análisis clínico de las UNAP sino incluso para que la DPS pueda recoger las vacunas o para acudir a los hospitales para realizar otros servicios. De esta forma, este sistema funciona independiente sin la intervención de la DPS por ser un sistema que conviene y favorece a ambas partes. Sin embargo, este sistema depende del funcionamiento del laboratorio del hospital así como del tipo y calidad de las muestras. Especialmente el primero constituye un problema relevante. Hubo un tiempo donde frecuentemente resultaban imposibles de realizar los análisis por falta de los reactivos, pero últimamente, con el cobro temporal del costo del análisis por parte el hospital o con la mejora de la relación entre el laboratorio clínico y la administración se han logrado asegurar los reactivos, por lo que la situación se está mejorando gradualmente

## 3) Implementación del sistema y monitoreo

### ① Preparación de los documentos necesarios

Se utilizan las mismas hojas existentes que se manejaba en los hospitales sin elaborar ningún

formulario nuevo para el análisis clínico, pero se han repartido los libros para el análisis clínico a todas las UNAP, así como se ha preparado el libro de análisis clínico correspondiente a las UNAP en los hospitales.

②Asesoría al personal involucrado en la salud pública

- Se realizó la reunión explicativa del sistema al personal del laboratorio de análisis clínico de los hospitales y al personal de las UNAP en el momento de la implementación (2006).
- El responsable del análisis clínico de la DPS realizó la capacitación sobre el modo de extracción de la muestra dirigido a los médicos y a las auxiliares de enfermería de la UNAP (2007 y 2008).

③Monitoreo periódico a través de la supervisión

En la supervisión mensual se revisa el libro de registros de extracción y resultados de la muestra de cada UNAP.

④Evaluación del funcionamiento del sistema a través de la reunión trimestral de las Redes de Servicios de Salud y solución de problemas

A partir de 2007, se están reuniendo trimestralmente los resultados de la supervisión y se están analizando la situación del avance y las problemáticas en la reunión de los involucrados de los hospitales y de las UNAP para discutir sobre las medidas de solución.

**【Resultados obtenidos】**

Observando el indicador simple del número de muestras enviados y de resultados recibidos, después de haber iniciado la provisión del servicio de análisis clínico en el 2006, se han recibido de forma constante el 85% de los resultados del análisis dentro de 1 semana. No llegan a alcanzar el 100% debido a que la existencia o no de los reactivos que cuentan los hospitales, o se debe a la mala calidad de las muestras que invalidan el análisis. Por lo tanto, mientras el funcionamiento del laboratorio de análisis de los hospitales sea favorable, este sistema cuenta con altas probabilidades de continuar funcionando.

(3) Mejoramiento del funcionamiento del sistema de R/CR de los pacientes en general (2007)

1) Antecedentes y finalidad

El sistema de salud de la República Dominicana procura la realización eficiente y efectiva de la atención médica de cada uno de los niveles a través de la implementación del sistema de R/CR desde el primer nivel de atención de salud al segundo y al tercer nivel de atención de salud. A excepción de los casos de emergencia, todos los usuarios deben pasar primero por los establecimientos de salud de primer nivel, por consiguiente, el sector público tiene la necesidad de recibir la consulta de la UNAP. Sin embargo, en el estudio del aprovechamiento de los hospitales realizado en 2003 los resultados

revelan que tan solo el 2% de los usuarios acudieron al hospital por recomendación de los médicos de las UNAP, además, el mismo estudio revela que el 80% de la razón de la consulta hospitalaria fueron posibles de atenderse en las UNAP. Es decir, esto indica que el primer nivel de atención de salud no estaba funcionando. En el Proyecto, a través del fortalecimiento de las UNAP, con el propósito de reducir el uso innecesario de los hospitales al menos de los usuarios que pertenecen a la zona de cobertura de las UNAP, a partir de 2007 inició el mejoramiento del sistema de R/CR entre las UNAP y los hospitales. No obstante, los casos que el usuario es referido a los hospitales pueden ser diversos, para recibir el tratamiento del médico especialista, por urgencias, entre otros, pero en el Proyecto, se ha venido realizando las actividades priorizando el mejoramiento del sistema de R/CR de los pacientes en general incluyendo el tratamiento de médicos especialistas.

## 2) Actividades referentes a la implementación del sistema

### ① Taller de análisis de problemas

En febrero de 2007, se realizó la reunión para el análisis de problemas referente a la R/CR de los pacientes reuniendo a los directores, médicos, auxiliares de enfermería, al personal de recepción de los 4 hospitales así como a un médico y a una auxiliar de enfermería de cada UNAP. Como resultado del mismo, se hicieron evidentes la deficiencia en el ordenamiento de los procedimientos y herramientas relacionados a la R/CR así como la baja consciencia de los médicos y de los usuarios (pacientes). Con base a lo anterior, se formuló el plan general de mejoramiento de este sistema.

### ② Elaboración de la herramienta necesaria

- Hoja de R/CR: Se imprimieron las hojas de R/CR elaboradas por la SESPAS con los recursos económicos del Proyecto y se ha distribuido a cada una de las UNAP. Cuando el médico de las UNAP considera que el paciente necesita el tratamiento de un médico especialista, llena el formulario con la información específica para la referir al usuario y se envía al hospital. El usuario acude a la consulta médica del hospital portando dicha hoja y el médico del hospital registra los resultados y el tratamiento de la consulta en la hoja de contrarreferencia y entrega al usuario. Éste regresa a la UNAP portando el mismo. No obstante, esta hoja consta de un formato de 3 copias para que el hospital y la UNAP puedan conservar los registros.
- Tabla sinóptica de los servicios médicos que ofrece el hospital: Las consultas de los médicos especialistas que pueden ser recibidos en el hospital varían todos los días. La distribución de la tabla sinóptica de los servicios del hospital a cada una de las UNAP, permite a los médicos de las UNAP a realizar una adecuada referencia de los usuarios al hospital.
- Libro de registros de R/CR: A través de la implementación del libro de registros en cada una de las UNAP y en los hospitales se verificó el funcionamiento del sistema.

③Elaboración del Manual (procedimiento)

A pesar de la asesoría por parte de la SESPAS, una de las causas del deficiente funcionamiento del sistema radica en que el procedimiento de la atención al momento en que los pacientes acuden a los hospitales referidos por las UNAP no estaba consolidado y no estaba claro en dónde recaía la responsabilidad de la misma. En el Proyecto, se ha establecido dicho procedimiento a través de las discusiones realizadas con los involucrados de los hospitales y se elaboró un manual (febrero de 2008), No obstante, a raíz de la solicitud de implementación del sistema de R/CR establecido por el Proyecto en las 4 provincias bajo la cobertura del SRS, este manual entró en procesa de modificación a partir de julio de 2009. La versión última de este manual fue impreso por dicho SRS y la presentación de la misma dirigido al Departamento de Fortalecimiento y Desarrollo de los SRS de las SESPAS se llevó a cabo en el mes de septiembre.

④Asesoría dirigida al personal de salud

En agosto de 2008 se llevó a cabo el entrenamiento dirigido al personal de salud acerca del propósito de la R/CR y su procedimiento utilizando el manual arriba mencionando.

⑤Educación del usuario

Cuando las UNAP y los hospitales, así como el mismo usuario, comprenden plenamente el sistema de R/CR y cada una de las partes cumple con sus respectivas responsabilidades, el sistema comienza a funcionar. Debido a que hasta ahora el sistema no estuvo en funcionamiento en Samaná, la mayoría de los usuarios incluso desconocen sobre su existencia, por lo que es importante realizar también la educación de los usuarios. De modo que en el Proyecto, se ha realizado la actividad de promoción elaborando y distribuyendo los folletos dirigidos a la población en las reuniones celebradas dentro de la comunidad así como se han transmitido los mensajes radiales.

⑥Monitoreo

Para monitorear el funcionamiento del sistema, se implementó el siguiente mecanismo:

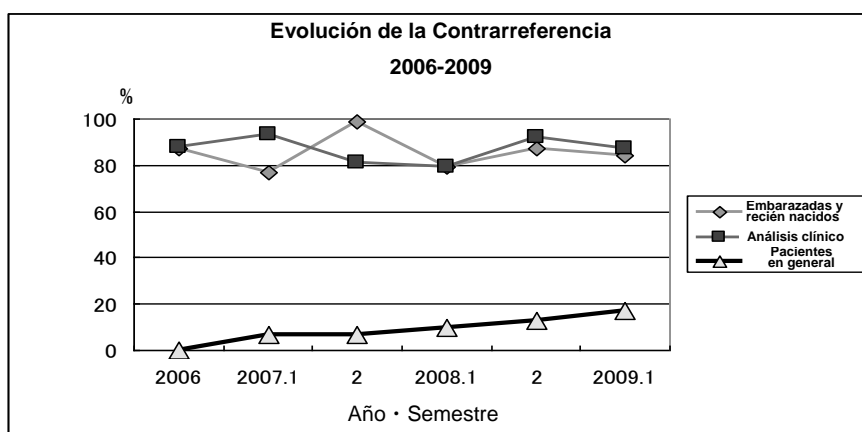
- (a)Implementación del libro de R/CR en las UNAP.
- (b)Revisión del libro en la supervisión mensual.
- (c)Aportación de la información y discusión con miras a lograr la mejora en las reuniones trimestral de las Redes de Servicios de Salud.

No obstante, en estas reuniones se discutieron sobre los 3 subsistemas de R/CR en materia de control de embarazadas, recién nacidos así como en el análisis clínico y participaron la DPS, SRS/GA en Samaná, directores de los hospitales, médicos, auxiliares de enfermería, técnicos del laboratorio, auxiliar de enfermería encargadas del puesto de vacunación, así como médicos y

auxiliares de enfermería de las UNAP.

### 【Resultados obtenidos】

Observando los datos (número de referencia y la proporción de la contrarreferencia recibida por las UNAP) recolectados en la supervisión mensual de las UNAP, en 2007, en el momento del inicio de la actividad de mejoramiento del sistema, la proporción era de 0% y ha ido mejorando paulatinamente y en mayo de 2009 el promedio de las 4 redes de servicios de salud llegó a 19%. En comparación a cuando el sistema no estuvo en funcionamiento, se puede decir que hubo una gran mejora del sistema, pero esto no es suficiente para afirmar que realmente está en funcionamiento. Es necesario sumar esfuerzos para continuar mejorando, y en especial, es necesario seguir con la orientación a los médicos de los hospitales y educar a los usuarios.



Gráfica 3: Evolución de la Contrarreferencia

#### Transferencia técnica al personal del SRS/GA en Samaná :

Conforme a la repartición de las funciones de la DPS y el SRS, el seguimiento a las actividades después de concluir el Proyecto se llevará a cabo bajo la responsabilidad de la SRS/GA en Samaná. Por ello, en el Proyecto se inició la transferencia técnica al personal de dicha SRS/GA a partir de mayo de 2009. Primero se asignó al encargado para definir la ubicación de la responsabilidad y se asesoró al funcionario asignado cómo irá realizando el seguimiento a las actividades. Se enfocó principalmente en la recolección y análisis de los datos de la supervisión, preparativos y la realización de la reunión trimestral de redes de servicios de salud, así como en la elaboración del informe. Respecto a la preparación de la reunión se elaboró un formato específico para que pueda identificar los preparativos necesarios conforme se van llenando. En junio, esta persona preparó los documentos para compartir los datos con el apoyo del personal del Proyecto y organizó la reunión. De esta manera, se ha realizado gradualmente la transferencia técnica hasta la conclusión del Proyecto para que la SRS/GA de Samaná pudiera estar a cargo del monitoreo del funcionamiento del sistema de R/CR, asesorar al personal de salud, así como educar a los usuarios después de haber concluido el Proyecto.

<sup>10</sup>En el Proyecto se utilizaron el porcentaje de la contrarreferencia como guía del estado de funcionamiento del sistema. La recolección periódica de los datos se inició en septiembre de 2006.

Actividad 1-2	Las UNAP elaboran y realizan el plan de actividades comunitarias de acuerdo a las situaciones reales.
---------------	---

1-2-1 Realizar el diagnóstico comunitario basándose en los datos de las fichas familiares, para formular el plan de actividades comunitaria.

(1) Realización del llenado de la ficha familiar y el apoyo en la actualización

1) Generalidades y finalidad de la ficha familiar

El llenado de las fichas familiares es una estrategia que constituye la base de la salud comunitaria de la SESPAS, el cual consiste en utilizar el formulario para la ficha familiar elaborado por la SESPAS para realizar estudios a cerca de todas las familias que viven en la comunidad bajo la cobertura de las UNAP en cuanto a su composición poblacional, estado de la vivienda e higiene, estructura familiar y su situación socio-económico de los integrantes, contratación de seguros y estados de salud, entre otros, y basarse en esta información para identificar las necesidades de los servicios de salud de toda la zona de cobertura de las UNAP. Debido a que en la República Dominicana no se cuenta con los datos que describan la población de la comunidad, a excepción del censo de población que se realiza cada 5 años a la población registrada (mayor a 18 años) en relación a las elecciones, además de que estos datos tienen poca credibilidad y no cuentan con datos a nivel municipio, las cuales son del interés de las UNAP. Para las UNAP, la ficha familiar es la única alternativa para identificar a la población o la situación de su entorno, el cual se debe actualizarse cada año. A través de la tarea del llenado de las fichas familiares se debe elaborar el croquis de la comunidad, además de que los datos obtenidos serán aplicados para la planeación y evaluación de las actividades de salud comunitaria. Asimismo, desde el punto de vista de la implementación del nuevo Seguro de Salud Familiar que es parte del Sistema de Seguridad Social, las mismas serán aprovechadas para la estimación cuantitativa de los servicios y asignación de presupuestos a las UNAP (por ejemplo, para estimar la cantidad de la vacuna requerida en cada UNAP, es necesario conocer el número de población de niños menores de 1 año). Sin embargo, para realizarlo, además de que se necesita hacer la visita a cada familia, se cuenta con pocas alternativas de acceso así como se exige mucho tiempo y bastante mano de obra. Es una tarea que realmente exige un gran sacrificio para quienes impulsan la tarea del llenado de la ficha familiar como a aquellos que lleven a cabo la actividad del llenado propiamente dicha. En los lineamientos de la SESPAS se establece que cada UNAP tendrá bajo su cobertura a 500 familias o a 3,000 personas, pero en realidad, muchas de ellas cubren el doble de la población señalada. Por lo tanto, realizar los trabajos de llenado de las fichas familiares cada año no es una tarea fácil.



## 2) Realización del llenado de la ficha familiar

El Proyecto es la verificación del modelo de salud comunitaria lanzado por la política de la SESPAS. Por consiguiente, se ha venido probando acerca de la mejor manera de realizar el trabajo del llenado de la ficha familiar de acuerdo a la situación real de cada comunidad de la provincia de Samaná. Dichas estrategias básicas para la ejecución del llenado de las fichas familiares en la provincia de Samaná son las siguientes:

- ① Aprovechamiento de los recursos locales (servicio de estudiantes voluntarios, apoyo de los comités de salud, entre otros)
- ② Formulación del plan de ejecución por las UNAP y los comités de salud
- ③ Entrenamiento, apoyo y vigilancia del personal de las UNAP por parte de la DPS

A través del aprovechamiento de los recursos locales así como de la recaudación de fondos con la organización de proyección de película por parte del comité de salud, es posible solventar en gran medida los gastos para realizar el llenado de las fichas familiares. Además, a través de la capacitación al personal de la UNAP y cuando ellos sean capaces de entrenar a los voluntarios locales como encuestadores se recolectarán los datos de buena calidad. La DPS continúa vigilando la situación del desarrollo conforme al plan de las UNAP y revisa la calidad de los datos.

Debido a que es la primera vez que se realiza, el primer llenado de las fichas familiares se inició con la UNAP donde se encontraba asignado el voluntario japonés, para que sea un caso demostrativo para las otras UNAP, así como se hicieron esfuerzos para facilitar la ejecución en la medida de lo posible sin descuidar la calidad de los datos y la cobertura total de la comunidad objeto. Uno de ellos fue la elaboración de la lista de las familias que han sido elaboradas por el personal de la UNAP y la actividad del llenado propiamente dicha de las fichas familiares fueron llevados a cabo por los voluntarios locales. El personal de la UNAP pudo conocer la situación de la comunidad al recorrer la misma para la elaboración de la lista y gracias a ésta se pudo repartir la zona de trabajo de los voluntarios locales, además éste permitió al personal de la DPS comprobar si el personal había recorrido todas las familias de la comunidad. El primer llenado fue realizado a través de pruebas y errores. Esta tarea se llevó a cabo de forma paralela a las consultas médicas cotidianas de las UNAP y se llevó un año para que todas las UNAP pudieran elaborar el croquis de la comunidad, concluir con el llenado de las fichas familiares y acumular los datos (durante 2005 y 2006, las que se tardaron menos fueron de en 3 meses y las que se tardaron más fueron en 9 meses). No obstante, en la provincia de Samaná, con la asesoría del Proyecto, se aprovecharon las visitas domiciliarias a cada familia en el llenado de las fichas familiares para identificar y conocer la tasa de cobertura de la vacunación, así como la tasa de utilización de las UNAP referente a los servicios de control materno – infantil.

### 3) Orientación en el trabajo de la actualización

En el Proyecto, después de 2006 se siguieron asesorando en los trabajos de actualización en las UNAP. Se realizaron cada año las capacitaciones relacionadas a las tareas de actualización para que se lleve a cabo la actualización del mismo modo en todas las UNAP, como por ejemplo, en la forma de asignar la numeración a las familias nuevas o aquellas que ya no se encuentran en la comunidad, así como estableciendo los criterios para el manejo del Libro de Registros. Sin embargo, la memoria del personal de las UNAP sobre la difícil experiencia en la primera tarea llevó a que pasara mucho tiempo hasta el inicio del trabajo de actualización, de tal forma que se tardaron 8 meses hasta concluir la actualización en todas las UNAP (se necesitó de 2 a 6 meses dependiendo de la UNAP). A pesar de esto, después del acuerdo con la SRS/GA en Samaná en el 2007, en el cual se ubicó formalmente la tarea del llenado de las fichas familiares como tarea del médico pasante a quien le sería indispensable la realización del mismo para que se le otorgue el certificado de conclusión de la estancia como médico pasante, y junto con la capacitación del diagnóstico comunitario que se menciona más adelante, la percepción sobre esta tarea ha venido cambiando, no solo para el médico pasante sino incluso para el personal de las UNAP, considerándose como “una tarea que se tiene que realizar”. En el 2008, la actualización en todas las UNAP se concluyó aproximadamente en 5 meses. En la misma tarea, en el 2009, en las 12 UNAP se concluyeron en aproximadamente 3 meses hasta la parte de la tarea de acumulación de datos. Se llevaron aproximadamente 5 meses en las 3 UNAP que fueron las de mayor envergadura o fueron aquellos lugares donde el comité de salud no se encontraba en funcionamiento. Actualmente, han concluido con las tareas de actualización en las 15 UNAP.

### 4) Acumulación de datos y su análisis

Los datos de las fichas familiares son informaciones importantes para identificar y conocer a la comunidad y sus habitantes, además, se utiliza como base de datos para el diagnóstico comunitario, en la planeación de las actividades de salud comunitaria así como en la evaluación de las actividades realizadas. Se mencionan sobre dichas actividades en el inciso 1-2-2.

#### **【Resultados obtenidos】**

##### ① Realización de la actualización anual de las fichas familiares

Después del 2006, en todas las 16 UNAP de la provincia de Samaná se han actualizado anualmente las fichas familiares y cada UNAP cuenta con el croquis de la comunidad, la lista de familias así como la ficha familiar y se pueden encontrar los datos nuevos acerca de la población y de la tasa de cobertura, entre otros. Además, estos datos no solo están allí, sino que son aprovechados para la formulación del plan de actividades de salud comunitaria y para la evaluación

de la misma<sup>11</sup>.

## ②Elaboración del Manual

Con base en las experiencias adquiridas en las UNAP de Samaná, se elaboró el Manual referente al método de realización del llenado de la ficha familiar.

En este Manual se han incluido los temas como el modo de aprovechamiento de los recursos locales, la importancia de realizar la formulación de manera conjunta con el comité de salud, el método de elaboración del croquis, así como los recursos necesarios para el llenado de las fichas familiares, y se ha resumido de manera específica. No obstante, dicho Manual también fue utilizado en las 3 provincias del SRS III.

### (2) Fortalecimiento de la capacidad de aprovechamiento de la información de la ficha familiar y la formulación del plan de actividades de salud comunitaria

#### 1) Acumulación de datos de la ficha familiar :

En el Proyecto, después del primer trabajo del llenado de la ficha familiar, se ha venido realizando la asesoría acerca de la acumulación de datos al personal de las UNAP (médicos y auxiliares de enfermería). No obstante, debido a la deficiente condición del suministro de energía eléctrica en las UNAP, la acumulación de datos es realizada a mano prescindiendo del uso de computadoras. Considerando esta realidad, a pesar de que el formulario elaborado por la SESPAS reúne diversos datos (por ejemplo los detalles sobre la notificación del nacimiento) para la ficha familiar a través del uso del libro de registros, en el Proyecto, con el propósito de realizar efectivamente la acumulación de los datos mínimos necesarios, se realizó la asesoría para que se lleve a cabo la compilación y análisis de cada comunidad solamente en los rubros como la población, la situación de higiene (agua potable y baño), capacidad de leer y escribir así como el estado de salud. En todas las UNAP se distribuyeron los formularios elaborados en el Proyecto y se acumularon los datos de todas las UNAP por cada comunidad. Para esta recopilación, el personal del Proyecto, recorrió periódicamente las UNAP para revisar el llenado de las fichas familiares y los formularios de captura para identificar la calidad del trabajo realizado y en caso de detectarse algún problema se realizó nuevamente las visitas a las familias para procurar el pleno desarrollo de la asesoría en el lugar de trabajo. De este modo, se ha procurado elevar la percepción de los datos del personal de la UNAP. No obstante, los datos recopilados y acumulados de cada UNAP son almacenaron en las computadoras de la DPS.

---

<sup>11</sup> Este es un caso resiente después del caso similar realizado en el proyecto en las dos provincias occidentales llevados a cabo con la asistencia del Banco Mundial y el BID, además es el único caso donde se desarrolló aprovechando los recursos locales es el de Samaná. El FONAP mencionado anteriormente, se realizó a través de la contratación de recursos con fondos externos de la SEPAS y luego de su conclusión en 2005, todos los trabajos de actualización se encuentran detenidos.

## 2) Análisis de datos y su aprovechamiento

Subsecuente a la captura de datos, se llevaron a cabo las capacitaciones que se mencionan a continuación para que puedan realizar el trabajo estadístico y logren analizar las razones observando la comparación y la variación cronológica existente entre las comunidades. Además, se fomentó el aprovechamiento de los datos como base del plan de actividades de salud comunitaria, así como se asesoró acerca del aprovechamiento de los datos de la ficha familiar en las consultas médicas cotidianas.

### ① Capacitación acerca de la Estadística básica (2006)

El personal sujeto a esta capacitación fueron los médicos y auxiliares de enfermería de las UNAP, puesto que el hecho de ser un médico o una auxiliar de enfermería no garantiza que son también capaces de hacer las cuatro operaciones fundamentales de aritmética. Por lo que en la capacitación se realizaron las asesorías utilizando los ejercicios de solución de problemas (promedio, proporción, entre otros) y al final calcularon con datos reales que se habían obtenido. Además, se asesoró para que puedan comparar visualmente estos resultados a través de representaciones gráficas.

### ② Curso de capacitación para el diagnóstico comunitario (posterior a 2007)

A partir de 2007, se realizaron los cursos de capacitación para el diagnóstico comunitario, en los cuales se realizó la asesoría acerca del análisis de datos como parte importante del proceso que consiste en compartir los datos recabados por las UNAP con la población de la comunidad y el comité de salud, formular y realizar el plan de actividades comunitarias basada en los datos y realizar su evaluación, de este modo se logró elevar aún la percepción del personal de las UNAP acerca de las fichas familiares y sus datos, así como también se ha ido mejorando gradualmente la capacidad de realizar los cálculos. En este curso de capacitación, el personal de las UNAP ha aprendido la forma de transmitir a los habitantes de la comunidad quienes no conocen sobre la estadística de datos que surgen como números, y a través de éstas, se prepararon para compartir la información por medio de dibujos y escenificaciones organizando las reuniones de los habitantes de la comunidad. En estas reuniones de la población, además de la información proporcionada por los habitantes de la comunidad se discutieron acerca de los asuntos preocupantes que perciben los habitantes de la comunidad y se seleccionaron temas específicos como actividad comunitaria para ser desarrollados durante los siguientes 6 meses conforme a algunos criterios preestablecidos (magnitud de las necesidades, existencia o no del tiempo y de los recursos locales necesarios para la resolución, capacidad de solución en las UNAP, entre otros). Después de la reunión de los habitantes, el personal de las UNAP y el comité de salud participaron juntos en el curso y formularon el plan para solucionar los problemas de salud comunitaria que se han seleccionado. Dicha capacitación se ha realizado semestralmente para repetir el proceso de monitoreo, evaluación y planteamiento de un

nuevo plan, y en julio de 2009, se realizó el cuarto curso de capacitación para el diagnóstico comunitario (Véase la Tabla 5).

No obstante, este curso de capacitación para el diagnóstico comunitario fue producto del curso de salud comunitaria recibido en México en el mes de enero de 2007 y se llevó a cabo por parte de las 2 personas del personal del Proyecto que participaron en el curso de capacitación asistido por el experto japonés. Además, en el último curso realizado el personal del SRS también participó como facilitador.

Tabla 5 Evaluación de las actividades de salud comunitaria de los pasados 8 meses de cada UNAP y las actividades pendientes para los siguientes 6 meses (Elaborado en julio de 2009)

UNAP/Comité de salud	Problemas prioritarios elegido por la comunidad	Autoevaluación de las actividades	Problemática seleccionada en la última reunión de los habitantes
El Catey	Disminución de la transmisión de enfermedades sexuales	Se repitió la educación sobre la salud. Según los registros de la historia clínica, el número de pacientes con enfermedades sexuales se ha disminuido a la mitad. La actividad se detuvo a causa del traslado del médico.	Limpieza de los alrededores de las viviendas del municipio de Catey
La Lometa	Seguimiento de la instalación de 10 baños sencillos y prevención del embarazo de jóvenes	A través de la colaboración de los médicos, auxiliares de enfermería y el comité de salud, se instalaron los 14 baños superando el objetivo propuesto.	Impulsar de alfabetización para los adultos en el municipio de La Lometa (Existe en la comunidad la persona que desea colaborar)
La Majagua	Prevención de hipertensión arterial y fortalecimiento del seguimiento de pacientes con hipertensión	Se realizó un seminario sobre la prevención. Dinamización de las actividades por el cambio del médico. Se estableció el club de hipertensión.	Solucionar el problema del agua potable en la comunidad de Aguabuena
Garitas	Promoción del examen de Papanicolaou	Debido a que el comité de salud no se encuentra funcionando, no se pudo avanzar las actividades como se esperaba. Además, por el cambio del médico las actividades se han interrumpido.	Mejora del suministro del agua potable en la comunidad de Santacaputa
Arrollo Barril	Basura	Debido a que la UNAP y el comité de salud actuaron de forma independiente, no se pudo lograr suficiente resultado. En el municipio de Arrollo Barril se disminuyó la cantidad de basura acumulada.	Problema de basura de la comunidad de Guriguri
Pascuala	Limpieza de la fuente de agua potable y de la comunidad	Se organizó la campaña de limpieza de la fuente de agua con la colaboración de la UNAP, comité de salud y los pobladores. Se obtuvieron los materiales necesarios bajo la negociación con el ayuntamiento.	Prevención de hipertensión en la comunidad de Pascuala
Honduras	Promoción del examen de Papanicolaou en la UNAP	Con la actividad de promoción del examen médico durante los 8 meses, el número de mujeres que se han examinado aumentaron de 0 a 57 personas. Se contó con la colaboración del comité de salud.	Mejora del suministro de agua potable
Juana Vicenta	Promoción de la sanidad bucal	Entre el personal de UNAP y el comité de salud se prepararon la promoción de la higiene bucal, además se realizó la revisión dental de los alumnos de primaria invitando al médico odontólogo. El 70% de los alumnos recibió el examen médico.	Promoción del examen de Papanicolaou.
Rancho Español	Elevar el conocimiento de la población sobre la tuberculosis (Recomendación de la consulta temprana)	Se realizó las visitas domiciliarias para el estudio y promoción y en el segundo estudio, el número de personas con un correcto conocimiento sobre la tuberculosis aumentó de 1 a 63 personas.	Problema de la comunidad de Rancho
Batey Hormiga	Reparar el baño de la escuela	Se repararon todos los baños (2) uniendo los esfuerzos de la UNAP y del comité de salud y se encuentra en buen funcionamiento.	Reparación del camino de la comunidad de Loma
Los Puentes	Basura	Bajo el liderazgo del comité de salud los lugares de depósito de basura han disminuido a 1 de los 5 lugares.	Suministro de agua potable del mun. Puentes
Daniel Wilmore	Promoción del examen del cáncer de próstata	Se realizó la actividad de promoción con la colaboración de la UNAP y el comité de salud y 13 personas recibieron el examen médico en la UNAP.	Promoción del examen de Papanicolaou en la comunidad de Velita
El Cacao	Promoción de la vacunación contra tétanos para los adultos	Se realizó la promoción en la comunidad y se aplicaron la segunda dosis a 70% de la población objeto. En septiembre está programada la tercera dosis.	Promoción del examen de Papanicolaou en la comunidad de Naranjo
El Rincón	Promoción del examen de Papanicolaou y el aumento de su tasa de exanimación (30%)	La actividad estuvo detenida debido a que no se contó con la colaboración del comité de salud.	Continuar con la promoción del examen de Papanicolaou (solo en la comunidad de Loma atravesada)
El Valle	Desparasitación y prevención	Se interrumpió la actividad por el cambio del médico.	Problema de la comunidad de Loma de Cruce
Las Galeras	Promoción de la aplicación de la vacuna para niños menores de 5	Fomentar la aplicación de la vacuna a los niños menores de 5 años aprovechando la actualización del llenado de las fichas familiares. Aumentó a 61% de 40%.	Instalación de la comunidad de Llenada al Medio

Según la autoevaluación de las actividades de cada UNAP realizada en el momento del curso de capacitación de julio de 2009, en 10 UNAP se lograron los objetivos propuestos, en 3 UNAP se realizó algo pero fueron insuficiente y en las 3 UNAP solamente quedaron en planes y no se llevaron a cabo las actividades propuestas. Como factores que favorecieron a alcanzar los objetivos fueron la colaboración de los comités de salud y de los líderes de la comunidad, así como el cumplimiento del plan y como factores que interfirieron fueron el hecho de que las actividades no fueron del interés de la población cuya reflexión fue haber propuesto un objetivo no realista. Una de las UNAP donde no se había realizado ninguna actividad, determinó realizar la misma actividad de salud y el resto de las UNAP formularon el plan de actividades conforme a los respectivos problemas de salud que se han elegido en esta reunión de los habitantes. En adelante, el personal de la DPS y de la SRS/GA realizará el seguimiento mensual de las actividades de cada UNAP.

③ Asesoría acerca del aprovechamiento de los datos de las fichas familiares en las consultas médicas

Los datos de las fichas familiares no solo se acumulan para ser aprovechados en el diagnóstico comunitario. Son aprovechables también en las consultas médicas realizadas cotidianamente. Es decir, utilizar los datos de la situación personal, condición familiar o social para orientar a los usuarios acerca de la salud pública. Por ejemplo, cuando un niño con diarrea acude a la consulta, se puede verificar las condiciones del suministro de agua potable así como del baño para ofrecer una mejor orientación acorde a las condiciones del hogar. Además, el hecho de archivar la historia clínica del individuo en la ficha familiar, permite identificar la situación de las enfermedades que padecen dentro de la familia, así como el estado de los diversos exámenes médicos y permite asesorar acerca del fomento de la salud de toda la familia. En el Proyecto, se ha fomentado de esta forma el aprovechamiento de las fichas familiares para las consultas médicas realizadas de forma cotidiana.

**【Resultados obtenidos】**

① Existencia de los datos en las UNAP y su uso

- En las UNAP se cuenta con datos nuevos sobre la población, vivienda y condiciones de salud.
- La recolección de datos sobre la vacunación y el control materno – infantil junto con el llenado de la ficha familiar permitió que las UNAP se autoevalúen acerca de las actividades realizadas.
- En las 10 UNAP, se está aprovechando las fichas familiares de forma continua para la consulta médica cotidiana.

② Percepción del personal de las UANP sobre la importancia de los datos

En el proyecto, no solo se llenaron las fichas familiares, también se ha asesorado para que realmente fueran aprovechadas. En los cursos de capacitación para el diagnóstico comunitario y en las otras actividades del Proyecto (supervisión, monitoreo del sistema de R/CR) también se ha

enfaticado sobre la importancia a los datos, por lo que, se piensa que se ha elevado la percepción del personal de las UNAP acerca del mismo.

③ Fortalecimiento de los vínculos entre las UNAP y los comités de salud

En el curso de capacitación para el diagnóstico comunitario, las UNAP junto con los comités de salud, han formulado las actividades de salud comunitaria de 6 meses y han llevado a cabo las mismas. A través de la repetición de esta tarea, se piensa que los vínculos entre las UNAP y los Comités de Salud se han fortalecido. La muestra de lo anterior se manifiesta en que más de la mitad de los planes de actividades de la salud comunitaria se ha realizado gracias al apoyo recibido por la comunidad.

④ Mejoramiento de la percepción del personal de la DPS acerca de las actividades comunitarias

Varios del personal de la DPS están involucrados con la ejecución del curso de diagnóstico comunitario y en el apoyo de la ejecución del plan de salud comunitaria que se ha elaborado como producto del mismo. Ellos se encuentran a cargo de las UNAP que monitorean las actividades y a través de las visitas están vigilando de forma periódica si las UNAP y el comité de salud están llevando a cabo el plan. Después de medio año, el personal de las UNAP y los miembros del comité de salud participaron en el curso de capacitación, y junto con el personal de la DPS evaluaron el avance del plan, para modificar el plan y/o para establecer nuevo plan y dentro de este flujo la percepción de la DPS acerca del diagnóstico comunitario y de las actividades de salud ha sido elevado. Además de esto, se piensa que han aprendido la secuencia del flujo de planeación, ejecución y seguimiento.

**Transferencia técnica al personal de la SRS/GA en Samaná**

Conforme a la repartición de funciones de la DPS y el SRS, el seguimiento a las actividades posteriores a la conclusión del Proyecto se llevará a cabo bajo la responsabilidad de la SRS/GA en Samaná. Por ello, primero se asignó al encargado para definir la ubicación de la responsabilidad, y se inició con la transferencia técnica de la serie de actividades para el llenado de la ficha familiar, desde el curso de capacitación para el diagnóstico comunitario de julio de 2009 a dicho funcionario y a los 4 funcionarios. Afortunadamente, esta persona cuenta con la experiencia de ser médico de la UNAP, es una persona que ha participado en el curso de capacitación de la salud comunitaria en México a través del Proyecto, y por lo mismo, no solo conoce la importancia de las fichas familiares sino que comprende como propia la dificultad que representa, además de contar con la experiencia de las actividades del curso de capacitación del diagnóstico comunitario así como de la salud comunitaria. Sin embargo, como no cuenta con las experiencias sobre la planeación del curso, su ejecución, además del seguimiento posterior del curso, se avanzó en la transferencia técnica en los puntos mencionados. Como resultado, en el curso del mes de julio, a pesar de que contó con la asistencia del personal del Proyecto, ella misma ha preparado una considerable parte y en el curso fungió como facilitadora. Finalizado el curso, se asesoró sobre la forma de llevar a cabo el seguimiento del mismo. Debido a que esta actividad constituye la base del llenado de la ficha familiar, el apoyo de la SRS/GA es indispensable. Por esto, el Proyecto realizó los ajustes con la SRS/GA acerca de los apoyos específicos como la inversión de recursos y otros asuntos.



1-2-2 A través del fortalecimiento del comité de salud, fortalecer las funciones de las UNAP e impulsar la participación comunitaria

(1) Política de salud de la República Dominicana y la ubicación del comité de salud

De acuerdo al modelo de salud comunitaria impulsado por las SESPAS, el comité de salud, como representante de los habitantes de la comunidad, junto con el personal de la UNAP tiene un papel muy importante en el fomento de la salud de la comunidad y en el mejoramiento de la situación de la salud pública. En este modelo, se estipula que se establezca un comité de salud en cada UNAP, cuya función serán una serie de acciones como la vigilancia epidemiológica de la comunidad, actividad de promoción de la salud pública, mejoramiento de la salud comunitaria, apoyo en las actividades de la UNAP, prevención de desastres, entre otras.

Sin embargo, en cuanto a los detalles de cómo se debe llevar a cabo el apoyo a las actividades del comité de salud no se especifica dentro del Manual relacionado a la salud comunitaria de la SESPAS. Además, la posición del comité de salud es estrictamente un “Apoyo” para la UNAP, es decir, se inclina mayormente a un sentido de relación vertical de reunión de las personas y de trabajo voluntario cuando el personal de la UNAP requiere de su ayuda.

En el presente Proyecto, se han venido realizando esfuerzos para que el comité de salud sea la voz de la población comunitaria como representante de los usuarios de los servicios de salud pública, es decir, para que el comité de salud consolide una posición equivalente a la del proveedor de los servicios.

1) Situación del momento de inicio del Proyecto

En el momento del inicio del Proyecto, en Samaná existían 16 UNAP y en cada una de ellas había un comité de salud. Sin embargo, sus funciones específicas y las actividades fueron diversas, incluso hubieron comités que su existencia solamente tenía el nombre de comité. Por lo tanto, en el Proyecto, en mayo de 2005 se realizó el estudio sobre la situación real y la actividad realizada por el comité de salud y con base a los resultados obtenidos se han venido realizando las diversas actividades como se mencionan a continuación.

① Taller para análisis de problema del comité de salud

En cada uno de los 16 comités de salud se ha llevado a cabo el taller para la resolución de problemas a través del método de PCM y se identificó el nivel de percepción de los problemas de salud a los miembros participantes del comité de salud<sup>12</sup>. Los problemas citados libremente por los participantes dentro del taller se clasificaron en 3 grupos tales como problemas sociales, ambientales

---

<sup>12</sup>Se consideró como uno de los elementos para determinar el nivel de percepción a través de analizar si se establece o no la relación causa-efecto dentro del alcance de las tarjetas presentadas por los mismos participantes, es decir, de las tarjetas de problema presentadas por los mismos participantes.

y de la UNAP, y los resultados se describieron en el árbol de problemas por cada comité de salud. Los respectivos problemas representativos fueron, en el problema social, el consumo de drogas representado por los de la marihuana, en cuanto al problema ambiental los de la basura, y como problema relacionado a las UNAP se señaló la falta de un médico residente. En los talleres realizados en los 16 comités de salud, dentro de 7 de ellos se pudieron citar hasta las causas de los problemas. Especialmente el comité de salud de la comunidad de Los Cacaos clasificó en 3 las causas del problema de la basura que se relacionan con los ríos, playas y caminos citando las causas del problema de la basura de forma más específica que en los otros 7 comités de salud, dejando entrever su alto nivel de conciencia respecto a los problemas del medio ambiente.

②Curso de capacitación de liderazgo dirigido a todos los comités de salud.

El curso de liderazgo, contemplando las actividades de fortalecimiento del comité de salud, se realizó teniendo como contenido del curso de capacitación las técnicas que se exigen al miembro que será la figura líder del comité considerando también la motivación a las actividades a través del curso. En el curso de capacitación participaron 2 representantes de cada comité de salud y el contenido específico del curso consistió en el concepto básico del fortalecimiento organizacional a través de la formulación del plan de actividades del comité centrado en el análisis organizacional utilizando el análisis SWOT y análisis de problemas. Entre los participantes al curso de cada comité, al menos una persona experimentó la demostración sencilla que incita la participación de otros participantes utilizando el contenido real del curso y de esta forma, se elevó los efectos del curso de capacitación.

③Realización de la revisión de apertura y cierre de la UNAP

A partir del año fiscal 2006, se inició la revisión de apertura y cierre de las UNAP por parte del comité de salud. Ésto tuvo su antecedente en la preocupación del deterioro de los servicios de las UNAP debido a la tendencia de que el personal de éstas no respetaban los horarios de trabajo establecidos por la SEPAS, y en el cambio institucional donde el SRS determina el pago de incentivos de forma periódica a todo el personal de la UNAP<sup>13</sup>. Ante dicha situación, se determinó realizar la revisión de la apertura y cierre de las UNAP para reflejar los resultados del mismo en los pagos de incentivos y procurar el mejoramiento del servicio. Además, a través de encargar al comité de salud la revisión de apertura y cierre de las UNAP, los miembros del comité lograron tener la

---

<sup>13</sup>El 10% de los recursos pagados de la SENASA al SRS es posible destinarlos al pago de incentivos al hospital y a la UNAP. Desde que se inició en abril de 2007, el pago trimestral supuesto resultó hasta ahora, en realidad fue de manera irregular y como resultado, hasta el momento, solamente se ha pagado alrededor de 2 veces. El importe a pagar anteriormente era una suma determinada (alrededor de un sueldo mensual) según la clase de ocupación. El Proyecto había realizado acciones al SRS para que se calculara de acuerdo al estado laboral puesto que el pago de un importe determinado no tendría el sentido de ser un incentivo. Como el criterio de determinación del estado laboral aprovecha los resultados de la supervisión y de la revisión de la apertura y cierre de las UNAP.

percepción de que fuera “Nuestra UNAP”, por lo que también tuvo la finalidad de dar la oportunidad de reconocimiento a los miembros que el comité no solamente es una organización que depende de la UNAP sino que están en la posición de “administrar los servicios de la misma en representación de la población de la comunidad”. Inicialmente comenzó la revisión de forma experimental en las 6 UNAP donde se encuentran los comités con una alta conciencia sobre lo referido y posteriormente se fueron aumentando gradualmente hasta realizarse la revisión de todas las UNAP en 2007.

En el Proyecto, se elaboró el formulario necesario para la revisión mencionada, y se realizó la asesoría a los comités de salud, además de monitorear la situación de la revisión visitando a cada comité de forma periódica por parte del personal del Proyecto. Sin embargo, a pesar de que las actividades de revisión habían iniciado en cada comité, debido a que la compilación y el uso de los resultados por parte de la DPS fueron insuficientes, sumado a la posible percepción de que ésta revisión no contribuía a la mejora de los servicios ofrecidos por las UNAP, hubo comités que incluso habían detenido la actividad de revisión. Para mejorar esta situación, se hizo la revisión de los resultados y se compiló la situación del monitoreo de cada comité para informar esta situación tanto al SRS como a la SRS/GA. Asimismo, contemplando la situación posterior a la conclusión del Proyecto, en febrero de 2009 se discutió con la SRS/GA, que sería el responsable directo para la asignación de recursos a la DPS y las UNAP, y a su vez este punto fue discutido también en el SRS.

Como resultado de la discusión, se pudo lograr el acuerdo con el SRS en materia del sentido y el aprovechamiento de su resultado y actualmente la SRS/GA dirige el la revisión de apertura y cierre de las UNAP. La SRS/GA recibe las hojas de revisión llenadas por parte del comité de salud en el momento de la reunión conjunta realizada con los comités de salud y al mismo tiempo distribuye hojas de revisión nuevas. En junio de 2009, la SRS/GA utilizó por primera vez los resultados de la revisión de la apertura y cierre de las UNAP en el pago de incentivos de las UNAP y los pagos fueron de diferente importe conforme a la situación del cumplimiento. Debido a que hasta ahora se había pagado un determinado importe de manera uniforme, más que un incentivo era considerado como un derecho, pero al ver las diferencias en los pagos de incentivos incluso hubo personas insatisfechas entre el personal de las UNAP. Ante estas personas, la SRS/GA les explicó las diferencias del importe y hasta el momento no ha habido influencia alguna hacia el comité de salud.

#### ④ Actividad de fortalecimiento del comité de salud (Apoyo a la formación de la asociación)

En cuanto al comité de salud, se ha venido apoyando la forma de dinamizar las actividades acorde a la situación de los respectivos comités. Entre ellas podríamos citar el apoyo a la conformación de la asociación del comité de salud que surgió espontáneamente por parte de los miembros del comité de salud, así como la asistencia en los intercambios de experiencias entre los comités y la creación de fondos para las actividades comunitarias.

(a) Apoyo a la formación de la asociación

En el diagnóstico comunitario realizado en noviembre de 2007, por parte del presidente del comité de salud de La Pascuala, quien participó en el mismo, surgió la opinión de querer establecer una asociación para el fortalecimiento del comité de salud. Inmediatamente, en la reunión conjunta del comité de salud que se mencionará más adelante, se discutió este tema y se pudo lograr el acuerdo unánime de los representantes para la conformación de la asociación integrada por los 18 comités de salud. Asimismo, en esta reunión conjunta, se eligieron en total 5 personas de cada uno de los 5 comités de salud como personal directivo encargado de la administración de la asociación y se determinó realizar las actividades centradas al mismo. El Proyecto, para apoyar dicha actividad, ordenó la finalidad y el contenido de las actividades de la asociación y formuló las medidas graduales para el fortalecimiento de la misma. En este momento se está apoyando especialmente a los comités de salud donde las actividades se encuentran estancadas y para que cada comité pueda continuar con sus actividades se formuló el plan anual de actividades, y junto con el personal directivo, con el apoyo del experto y de los voluntarios japoneses, se está llevando a cabo el desarrollo del mismo. Para dicha actividad la SRS/GA apoya con la provisión de transportes de acuerdo a la solicitud de la asociación y cubre parcialmente los costos de transporte y de realización de las reuniones conjuntas.

Además, dentro del proyecto, como fortalecimiento de las capacidades de los directivos de la asociación y con el fin de que ésta se desarrolle como una organización, se realizaron las asesorías acerca de análisis de problemas, planeación de programas, manejo y dirección de reuniones, así como de la administración de recursos económicos.

(b) Reunión para el intercambio de experiencias de los comités de salud

En las actividades desarrolladas por los comités de salud se difiere enormemente dependiendo del comité, algunos son sumamente activos y otros son solamente nombres. Algunos cuentan con entusiasmo para realizarlas pero no saben cómo hacerlo, otros no encuentran la oportunidad de iniciar su actividad. Por ello, para procurar dinamizar las acciones de los comités inactivos a través de la convivencia con los otros, se ha venido realizando el intercambio de experiencias entre los comités a partir del 2005. Inicialmente, fue un intercambio realizado involucrando solamente a los comités de salud, pero considerando que la relación de colaboración entre las UNAP y los comités de salud es sumamente importante en las actividades comunitarias, posteriormente, se ha asesorado a que también el personal de las UNAP participe en estos intercambios de experiencias. Después del curso para el diagnóstico comunitario de 2007, se realizaron principalmente los intercambios de experiencias de las actividades de salud comunitaria programados para dicho curso y dentro de estos se procuró la participación tanto de los comités de salud como del personal de las UNAP. Además, la planeación y la ejecución de dichas reuniones de intercambio de experiencias fueron realizados por

las C/P encargadas del seguimiento de las actividades comunitarias de cada UNAP con la cooperación de los directivos de la asociación.

(c) Visitas a los comités de salud donde las actividades se encuentran estancadas

Junto a las reuniones de intercambio de experiencias, los directivos de la asociación realizaron visitas a los comités de salud donde las actividades estaban estancadas para motivar a los miembros de los mismos. Primero se elaboró el cronograma anual y acorde a éste se llevaron a cabo las visitas con una frecuencia de 1 o 2 veces al mes. A través de estas visitas, se apoyaron en la restablecimiento de los comités, se realizaron las discusiones para la solución de los problemas como la falta de equipos y materiales de las UNAP, así como el llevar a cabo las acciones de enlace entre el SRS para que estos problemas fueran resueltos. Debido a que los mismos directivos de la asociación habían tenido experiencias similares con los comités visitados, estos fueron motivados al oír las conversaciones basadas en las experiencias reales. Como resultado del mismo, el sentimiento de hacer algo por ellos mismos para la comunidad, contribuyó al cambio de postura y seguir gradualmente con las actividades llevando al restablecimiento de los comités o a recabar los fondos para las actividades.

(d) Creación de fondos para las actividades comunitarias

Los comités de salud requieren un determinado fondo para realizar las actividades en las comunidades o para resolver los pequeños problemas cotidianos (por ejemplo, para conseguir el agua potable que se necesita para preparar el suero oral en el tratamiento de la diarrea o para adquirir un foco nuevo para el cambio de uno fundido). Para ello, el Proyecto fomenta el aprovechamiento de los recursos locales y ha venido apoyando para que puedan recabar los fondos por cuenta propia. Específicamente, fueron el apoyo en las actividades de proyección de películas o como la organización de sorteo de rifas y kermesse o bazar. De acuerdo a las experiencias, las actividades que requieren de grandes preparativos como la proyección de películas no son perdurables. Además, para las actividades de las UNAP que necesitan realizarse de manera periódica como el llenado de las fichas familiares, se requiere una asistencia económica concreta por parte del SRS, por lo que se está avanzando en los ajustes de los mismos a través del Proyecto. Por otro lado, la necesidad del aseguramiento de fondos para las actividades del comité de salud es considerada de suma importancia para los miembros de los comités de salud, y es por esto que se ha llevado a la propuesta de obtener la personalidad jurídica como una asociación formal. Actualmente, de acuerdo a la necesidad de cada comité de salud los fondos se están obteniendo a través de la organización de rifas.

#### ⑤ Organización de las reuniones conjuntas del comité de salud

A partir de 2005 se han venido realizando periódicamente las reuniones conjuntas del comité de salud con el propósito de realizar intercambio de ideas y opiniones entre los comités, así como para realizar discusiones con el lado administrativo de la salud pública como la DPS y la SRS/GA. Actualmente se están llevando a cabo con una frecuencia de 1 vez cada 2 a 3 meses.

Desde el establecimiento de la SRS/GA en 2006, seguido por el establecimiento del SRS, también el representante de la SRS/GA ha participado en las reuniones y en mayo de 2008 incluso el Gerente de Área de SRS/GA2008 participó en la reunión conjunta. Desde entonces, recibe la participación del representante del Gerente de Área en los mismos. De este modo, la reunión conjunta del comité de salud se ha ido transformando de un espacio de intercambio de opiniones entre los comités de salud, a un espacio de discusión incluso con la DPS y la SRS/GA que son las entidades administrativas de la salud pública, es decir un espacio donde los proveedores de los servicios de salud pública y los usuarios discuten para el mejoramiento del servicio.

Inicialmente, la reunión conjunta era preparada y realizada por iniciativa de los expertos del Proyecto y de las C/P de la DPS, y los comités de salud tenían la percepción de ser solamente los participantes de los mismos. Sin embargo, conforme se fueron repitiendo las reuniones, se ha procurado crear la conciencia a los miembros de los comités de salud de que las reuniones son para los mismos comités de salud, y después de la creación de la asociación del comité de salud, se ha procurado que los mismos directivos de la asociación lleven a cabo la planeación, preparación y desarrollo de las mismas. De igual forma, como parte del fortalecimiento de las capacidades del personal directivo, se asesoró para que los mismos puedan llevar a cabo la planeación y realización de las reuniones. Como resultado de esto, en la reunión conjunta realizada en mayo de 2009, el personal directivo de la asociación pudo desempeñar un papel importante estableciendo el contenido de la reunión y solicitando los gastos necesarios, entre otros asuntos. Además, a través de la presente reunión, incluso se han creado los vínculos entre los comités de salud, y se piensa que se está desarrollando una conciencia de solidaridad de no ser sólo miembros del comité de salud “de cada UNAP”, sino miembros “de la asociación de comité de salud de la provincia de Samaná”.

#### **El caso de Los Puentes**

El comité de esta comunidad, solicitó en diciembre de 2007 a la DPS el mejoramiento de los baños de las UNAP que no estaban en funcionamiento. Sin embargo, después de haber pasado medio año desde la solicitud sin ser atendido, en junio de 2008, el comité de salud cerró de forma independiente la UNAP como parte de su acción de protesta. En la reunión conjunta organizada inmediatamente después de esto, se discutió sobre consultar a la DPS, que es la entidad involucrada a través de la asociación de comité de salud antes de tomar acciones directas de uso de fuerzas como ésta de forma independiente, así como realizar la solicitud a través de la extensión de documentos a la DPS que es la entidad de vigilancia directa de las UNAP. Esta propuesta fue acordada por decisión unánime de los participantes. Después de esto, el presidente del comité de salud de Los Puentes y los miembros de la asociación del comité de salud visitaron la oficina de DPS para discutir el tema. De este modo se está logrado que las actividades se lleven a cabo de forma organizada a través de la intervención de la asociación de los comités de salud.

⑥ Fortalecimiento de los vínculos entre los médicos de las UNAP y los comités de salud

Para la realización efectiva de las actividades de salud comunitaria, es indispensable la cooperación entre las UNAP y los comités de salud. Para ello, tanto en el 2007 como en el 2008 se organizó la reunión conjunta invitando a todos los médicos de las UNAP y todos los miembros de los comités de salud para verificar los papeles a ser desempeñados por las respectivas partes.

Además, en el curso de capacitación para el diagnóstico comunitario basado en el aprovechamiento de los datos de la ficha familiar iniciado desde el mes de noviembre de 2007, y estando sujetos al curso tanto el personal de las UNAP (médicos, auxiliares de enfermería, supervisores o las promotoras) como los representantes de los comités de salud, se determinó que deben formular el plan de actividades de la salud discutiendo mutuamente entre las partes acerca de la situación real. Y se ha apoyado para que conforme a lo anterior, el personal de la UNAP y los miembros del comité de salud pudieran formar un equipo para llevar a cabo la selección de las actividades así como formular y ejecutar el plan de actividades. Desde entonces, este curso de capacitación se ha realizado semestralmente y se está monitoreando y evaluando el plan de actividades de manera conjunta entre el personal de las UNAP y los comités de salud.

De igual manera, se asignó un encargado del personal de la DPS en cada UNAP para que cada personal asignado fuera el responsable del seguimiento de las actividades de la UNAP, además de ir dentro de las mismas fortaleciendo a los comités de salud. Se realizó la verificación de las actividades de forma periódica entre el encargado del seguimiento y el experto del Proyecto, así como se analizaron y se atendieron las medidas de resolución de los problemas en caso de que los hubiere. A través de estas experiencias, se procuró el fortalecimiento de la capacidad de resolución de problemas de la contraparte, así como se ha apoyado en las actividades de los comités de salud y de las UNAP.

Todavía quedan comités que tienen rezagos en sus actividades, pero a través de las actividades planeadas en la capacitación del diagnóstico comunitario han surgido comités de salud que realizan actividades con el personal de la UNAP de forma independiente, así como médicos que iniciaron activamente los trabajos con los comités de salud. A través de las convivencias entre los comités y las UNAP, surgieron otros comités y UNAP que tomaron en cuenta las experiencias de éxito para procurar el desarrollo pleno de las actividades, por lo que en general, las actividades han sido más dinámicas que hace un año.

⑦ Elaboración de la Guía de Fortalecimiento del Comité de Salud

Se elaboró la guía de fortalecimiento del comité de salud. En su elaboración se tomó en cuenta que ésta fuera una guía que estuviera acorde con la capacidad de organización de cada comité de salud en su situación real sin rellenar con demasiados contenidos. En esta guía se resumió de forma práctica los procesos de fortalecimiento organizacional además de integrar las herramientas de la

evaluación que incluye la técnica de análisis de problemas sencillos, formulación de plan, fortalecimiento organizacional e indicadores, considerando que fuera una guía fácil de entender para los miembros del comité de salud.

Con motivo de la conclusión del Proyecto, se ha solicitado hacer un examen retrospectivo por parte de la C/P encargada de las actividades de la población de la comunidad. Las tareas surgidas a partir de esta retrospectiva se han documentado y establecido como guía tanto para la DPS como para el SRS en materia de realización de las actividades de salud comunitaria.

### 【Resultados obtenidos】

#### ① Dinamización de las actividades de los comités de salud

De acuerdo con los resultados del estudio de la situación de los comités de salud realizado en marzo de 2009, actualmente, en cada UNAP se encuentran de 1 a 2 comités de salud y en toda la provincia de Samaná existen 18 comités en total, y según la Tabla 6, 13 de ellos están realizando alguna actividad. Esto en comparación con el momento del inicio del Proyecto es un incremento significativo.

Tabla 6 Comparación del estado de la actividad del comité de salud

		En el momento del inicio del Proyecto (2005)	Marzo de 2008	Marzo de 2009
Comités donde se realizan las actividades	Realiza las actividades de forma espontánea	(3 Comités) • La Pascuala • Arrollo Barril • Rancho Español	(8 Comités) • La Pascuala • Arrollo Barril • Rancho Español • Las Galeras • La Majagua • Los Puentes	(13 Comités) • La Pascuala • Arrollo Barril • La Lometa • Rancho Español • Las Galeras • Los Puentes • Batey Hormiga
	No es espontáneo pero realiza las actividades	• La Majagua	• La Lometa • La Laguna	• La Laguna • La Bastida • Los Cacaos • Honduras • Daniel Wilmore • Juana Vicenta
Comités donde casi no se realizan las actividades		(9 Comités) • Batey Hormiga • Juana Vicenta • La Bastida • Los Cacaos • Honduras • El Catey • Daniel Wilmore • Las Garitas • El Rincón	(10 Comités) • La Palmilla • Batey Hormiga • Juana Vicenta • La Bastida • Los Cacaos • Honduras • El Catey • Daniel Wilmore • Las Garitas • El Rincón	(5 Comités) • La Majagua • La Palmilla • El Catey • Las Garitas • El Rincón

Sin embargo, el nivel de estas actividades difiere en gran medida dependiendo del comité. Por lo



que en algunos, donde están conscientes que la UNAP es de todos los habitantes de la comunidad y logran solicitar apoyos por ellos mismo, pero también existen otros en los que solamente 2 o 3 personas realizan constantemente las actividades y cuando estas personas no se encuentran no logran hacer nada. Sin embargo, el haber aumentado el número de comités que realiza alguna actividad es un enorme primer paso. Las razones de este aumento podrían ser las que se mencionan a continuación.

② Concretización de las actividades de salud a través de la realización del curso de capacitación del diagnóstico comunitario e involucramiento del personal de las UNAP (Juana Vicenta, Los Cacaos, entre otros)

A través de que los miembros del comité, los médicos y el personal de la UNAP formulan juntos el plan de actividades para la resolución de problemas de salud presentes en la comunidad, en primer lugar se pudo establecer un objetivo específico en común para realizar una actividad hacia el logro de un resultado. A través de realizar esta actividad en conjunto con los médicos y el personal de la UNAP se pudo fortalecer el sistema de ejecución y lograr la motivación.

③ Motivación a través de la visita de los directivos de la asociación del comité (El Catey, El Rincón, Honduras, entre otros)

A través de transmitir las experiencias con sus propias palabras por parte de los directivos, quienes son representantes de otros comités de salud, en las comunidades donde los habitantes que no tenían interés en las actividades de los comités de salud, se pudo motivar a que los habitantes sintieran que podían lograrlo además de experimentar el entusiasmo a realizar sus propias actividades de salud en sus comunidades.

④ Realización del intercambio de opiniones entre el comité y la UNAP (Batey Hormiga, La Bastida, entre otros)

Una de las razones del estancamiento de las actividades del comité de salud fue el hecho de no saber qué hacer; “no sabemos qué es lo que tenemos que hacer”. Se establecieron espacios para realizar el intercambio de experiencias entre las UNAP y los comités activos en sus actividades y otros que no lo son, o entre algunos que realizan actividades similares para que aquellos comités que no eran activos pudieran conocer y aprender de otros comités sobre qué se hizo y de qué manera lo lograron. Asimismo, los comités que realizaban activamente el trabajo en sus actividades pudieron motivarse al transmitir sus experiencias a otros comités.

(a) Conformación de la asociación del comité de salud

Uno de los resultados más significativos dentro del apoyo a los comités de salud fue el haber

logrado la conformación espontánea de la asociación de comité. La voz de cada uno de los comités fue baja y en ocasiones no fueron escuchadas por los proveedores del servicio que son el SRS y la DPS, pero al movilizarse de manera conjunta y al unir las voces se pudo asegurar la posición de lograr transmitir las voces de los habitantes de la comunidad a los proveedores del servicio. Además, lograron coordinar la explicación a los usuarios a través de la comunicación con los proveedores del servicio de salud cumpliendo el papel de mejorar el servicio de salud pública como representante de los usuarios del servicio. La asociación, a través de la realización de las reuniones con la frecuencia de una vez cada 2 o 3 semanas, así como de la reunión conjunta donde también se reúnen la SRS/GA y la DPS que se realiza bimestral o trimestralmente, a pesar de ser gradual, se encuentra en su etapa de progreso.

(b) Posicionamiento del comité de salud

A través del apoyo en la constitución del comité de salud y sus actividades realizadas, en la repetición de diversas actividades como el apoyo en la reunión conjunta de intercambio, en el diagnóstico comunitario, o en la revisión de la apertura y cierre de las UNAP, entre otros, la posición del comité de salud de ser una organización dependiente de la UNAP que se tenía antes del inicio del Proyecto, está cambiando y se ubica en la de una posición de organización como representante de los usuarios que desempeña un papel importante en materia del mejoramiento de la salud pública de la comunidad y de los servicios de las UNAP. Especialmente, la conformación de la asociación fue uno de los pasos significativos para consolidar el posicionamiento del comité de salud siendo más objetiva la consciencia de los miembros de cada comité, por lo que se piensa que comienzan a tener el sentimiento de pertenencia a una organización. Además, la SRS/GA, que es el proveedor del servicio, también comenzó a reconocer las actividades del comité de salud utilizando los resultados de la revisión de apertura y cierre de las UNAP en la evaluación de los incentivos al personal de las UNAP.

(c) Fortalecimiento del cambio de la percepción hacia el comité de salud y fortalecimiento de la capacidad de apoyo del personal de la DPS

El seguimiento del plan de actividades de salud comunitaria de las UNAP elaborado en el curso de capacitación del diagnóstico comunitario, se ha venido realizando por parte de los respectivos encargados del personal de la DPS. Al estar repitiendo durante 20 meses dicha tarea, el personal de la DPS ha logrado comprender mejor las acciones y los límites de los comités de salud, y por ello su percepción ha estado cambiando, de tal forma que ya no solo identifica los problemas de la UNAP a su cargo, sino que ha logrado incluso discutir sobre dichos problemas para lograr su solución. Además, ha propuesto realizar el intercambio de experiencias entre las UNAP con objetivos similares en sus actividades, así como hacer negociaciones para cubrir los gastos de combustible de

los transportes necesarios para el seguimiento, entre otros. De este modo, ha logrado realizar acciones concretas y objetivas, por lo que esto demuestra que, junto al cambio de percepción del personal de la DPS hacia las actividades del comité de salud, ellos mismos se han fortalecido en su capacidad de solución de problemas.

(d)Elaboración del la guía de fortalecimiento del comité de salud y el manual de operación de la DPS.

En el Proyecto, se ha elaborado la guía de fortalecimiento del comité de salud donde se conjuntaron las herramientas para el apoyo del análisis de problemas, la formulación del plan de actividades del comité de salud y la documentación de la retrospcción realizada por la DPS sobre la asistencia realizada hasta ahora al comité de salud, los cuales han sido entregados tanto a la DPS como a la SRS/GA.

**Ordenamiento del sistema de comunicación y apoyo entre la SRS/GA y la asociación del comité de salud**

Posterior a la conclusión del Proyecto, la mayor parte de las actividades del comité de salud estarán bajo la cobertura de la SRS/GA. El SRS ha reconocido la importancia del comité de salud a través de las actividades realizadas en el Proyecto y promete realizar los apoyos subsiguientes, pero no es posible asignar al encargado del comité de salud debido a la falta del personal en su plantilla.

Bajo estas circunstancias, el Gerente de Área de Samaná piensa apoyar las actividades del comité de salud a través de la asociación del comité de salud. Hasta ahora, dicho SRS/GA ha venido apoyando con recursos económicos así como coordinando principalmente la parte de logística proporcionando los medios de transporte para el traslado. La asociación ha elaborado el plan anual y ha realizado las actividades basándose en el mismo. La asociación, a través de este proceso, ha comprendido la importancia de elaborar el plan anual de actividades y realizarlo, así como seguir teniendo el vínculo de colaboración con la SRS/GA de Samaná. De este modo, la asociación será cada vez más independiente y seguirá coordinando sus actividades con la SRS/GA.

La DPS junto con el personal de la SRS/GA continuará con el seguimiento de las actividades de la comunidad y a través la supervisión continuará monitoreando la situación de dichas actividades. No obstante, la oficina de JICA en la República Dominicana, a partir de noviembre de 2009 prevé asignar a los voluntarios japoneses a la SRS/GA de Samaná (hasta ahora sólo había sido asignado a la DPS) para continuar apoyando y que las actividades de salud sean más dinámicas.

Resultado 2	La DPS logra mejorar sus capacidades para realizar la vigilancia de la calidad de los servicios (supervisión) y la orientación a las UNAP para asegurar su funcionalidad.
Indicador (1) del resultado 2	La realización de la vigilancia de calidad de los servicios (supervisión) por DPS llega al 80% al término del proyecto.
Alcance del indicador (1)	2007 : 100%, 2008 : 100%
Indicador (2) del resultado 2	La cantidad de problemas detectados que no han sido solucionados se reducen en menos de 5 (tentativo) al término del Proyecto.
Alcance del indicador (2)	Mayo de 2007 : 5.6, Enero de 2008: 4.8, 6 月 4.1, Enero de 2009: 3.9, En septiembre, en el momento del término del Proyecto: 3.7
Indicador (3) del resultado 2	1) La evaluación por parte de las UNAP sobre la orientación de la vigilancia (supervisión) de la DPS será mayor de 70 puntos (tentativo) 2) El personal de la DPS conoce la serie de proceso relacionado a la capacitación y supervisión, además será capaz de realizar la tarea en sus respectivos procesos.
Alcance del indicador(3)	La evaluación de orientación de la supervisión por parte del personal de la UNAP es de 88 puntos. Todo el personal de la DPS ha podido comprender el proceso de la supervisión y de la capacitación. Todo el personal puede realizar el trabajo bajo la vigilancia y el apoyo, pero en cuanto a la elaboración de material didáctico y el manejo de datos solamente un personal llegó al nivel de lograrlo solo. Por otro lado, las dos personas contratadas como personal del Proyecto (Coordinador local del Proyecto y el supervisor de las UNAP) han comprendido todo el proceso y pueden realizar los trabajos correspondientes.

Actividad 2-1	Realizar la vigilancia de la calidad de los servicios (supervisión) contando con la colaboración del SRS de manera continua y utilizar los resultados de la vigilancia en las orientaciones hacia las UNAP.
---------------	---

#### (1) Antecedentes y finalidad de la implementación de la supervisión

Para el fortalecimiento de las funciones de las UNAP, es necesario que la DPS, que es el responsable de las mismas, realice la orientación en el lugar de trabajo y mejorar los puntos problemáticos a través de la supervisión periódica. Antes de este Proyecto, no se estaba realizando la supervisión de las UNAP por parte de la DPS y de manera esporádica, conforme se realizaban los programas de vacunación y medidas contra la tuberculosis, el personal de la SESPAS visitaba las UNAP<sup>14</sup>. Además, dependiendo del programa la existencia de la lista de chequeo variaba, no solo carecía de una metodología estándar del trabajo de vigilancia, pues en la República Dominicana no existía un sistema de vigilancia general para las tareas realizadas en la UNAP como la realización de varios programas, control médico general, así como del diagnóstico comunitario. Por ello, en el Proyecto, se han definido las funciones de las UNAP como modelo de salud comunitaria que la

<sup>14</sup>Venían raras veces. El programa de vacunación es una vez al año y el de la salud materno – infantil una vez en cinco años. Se visitó por primera vez en abril del 2008 y luego cuando sucedieron los fallecimientos de embarazadas en el hospital. En el programa contra la tuberculosis se ha visitado 2 veces este año, y en años anteriores fueron alrededor de 1 visita al año; en el programa de planificación familiar se ha visitado por primera vez y en el programa de medidas contra el Sida ha visitado una vez. Depende en gran medida del presupuesto (jornal y alojamiento) de la SESPAS y de los apoyos de los donantes.

SESPAS establece, y ha creado un sistema que vigile de forma general determinando los temas necesarios como mínimo para desempeñar esa función. Actualmente, éste sistema de vigilancia se está asimilando, como la supervisión de las UNAP realizada mensualmente por la DPS.

(2) Proceso de implementación

La supervisión realizada por la DPS fue un intento nuevo como se ha mencionado, se involucró al Jefe del Departamento de Fortalecimiento y Desarrollo de las DPS desde la etapa de planeación para llevar a cabo la serie de programas y su ejecución.

1) Definición de la función de las UNAP y la selección de temas a revisión para verificar el estado de su función.

En septiembre de 2006 se llevó a cabo la discusión entre el Jefe del Departamento de Fortalecimiento y Desarrollo de las DPS de la SESPAS, el personal de la SRS/GA y el personal de la DPS y como resultado, se seleccionaron los temas de vigilancia descritos en la Tabla 7. Entre los 15 criterios, a excepción de la situación epidemiológica, los otros 14 temas se dividen a su vez en subtemas con un total de 50 temas. Para facilitar la apreciación de los resultados se indican los resultados a través de valores numéricos con un punto máximo de 100 puntos.

Tabla 7 Criterios de la supervisión de las UNAP (Tema)

1. Estado de la edificación, organización y orden, estado de higiene	9. Actividad de la salud comunitaria
2. Asignación del personal de salud y su estado de cumplimiento laboral	10. Registro de consulta general
3. Condiciones de la energía eléctrica, suministro de agua y drenaje	11. Referencia y contrarreferencia
4. Existencia de medicamentos e insumos y su administración	12. Seguimientos al usuario
5. Mantenimiento de los equipos	13. Estadística de las UNAP
6. Formularios diversos	14. Programas de salud pública
7. Estado de la actualización de las fichas familiares y de acumulación (captura) de datos	15. Situación epidemiológica (enfermedades de notificación obligatoria, fallecimientos, entre otros)
8. Grado de satisfacción del servicio por parte del usuario	

2) Elaboración del formulario para la supervisión y su guía

En octubre de 2006, se elaboró la lista de chequeo para la supervisión que incluye todos los temas anteriores y el resumen de su uso así como la guía referente a la realización de la supervisión.

3) Cursos de capacitación al personal de la DPS

En noviembre de 2006, se llevó a cabo en las UNAP, el entrenamiento del modo de realización de la supervisión y el modo de llenado del formulario para todo el personal técnico de la DPS (12

personas), incluyendo la participación del Coordinador del Departamento del Fortalecimiento y Desarrollo de la DPS de las SESPAS.

### (3) Realización de la supervisión

En diciembre de 2006, se realizó la primera supervisión. Después de 2007, se continuó realizando la supervisión teniendo como objetivo realista la ejecución de 10 supervisiones y se llevó a cabo también durante la ausencia del experto japonés. En el 2007 se realizaron 10 veces, en el 2008 se llevó a cabo 11 veces e incluso en el 2009 a excepción del mes de abril con bastante carga de trabajo en la DPS por la campaña de vacunación se han venido realizado la supervisión. A través de estas supervisiones realizadas también han ido mejorando gradualmente la lista de chequeo. Además, se elaboró la base de datos para la captura (ingreso) de datos y se ha utilizado desde febrero de 2007.

### (4) Característica de la supervisión de las UNAP por parte de la DPS en Samaná

Las características de la supervisión llevada a cabo por la DPS en la provincia de Samaná fue haber realizado de manera sistemática la serie de flujo desde la preparación de la supervisión hasta llegar a compartir los resultados del mismo sin estancarse solamente en la visita a las UNAP y el llenado de la hoja de supervisión, y haber participado todo el personal técnico de la DPS. Para la supervisión se tomó una semana para llevarla a cabo como se muestra a continuación.

Tabla 8 Ejecución de la supervisión

Primer día (Lunes)	Además de la lista de chequeo para la supervisión, se llevó la tabla de tareas pendientes detectadas en la supervisión anterior, las copias de las referencias y contrarreferencias de embarazadas y recién nacidos que el hospital ha enviado a las UNAP y otros, se dejó ordenada la lista de avisos y artículos para distribuir, así como se dejó preparado el automóvil.
Segundo a cuarto día (Martes a Jueves)	La visita propiamente dicha a las UNAP (El personal de la DPS se dividió en grupos integrados por 2 a 3 personas para recorrer las 5 o 6 UNAP durante este período).
Quinto día (Viernes)	Captura (ingreso) de datos y elaboración de la tabla de tareas pendientes.
Lunes de la siguiente semana	Conclusión del resultado y el análisis.
Martes	Se compartió la información en la reunión del monitoreo del Proyecto.

### (5) Mantenimiento de la calidad de la supervisión

#### 1) Orientación continua

Se revisaron las listas de chequeo llenadas en la supervisión para verificar los errores de llenado en el ingreso de los datos por parte del encargado, errores en la colocación de puntos de calificación así como incoherencia en la información, y cuando hubo alguna deficiencia o falla, se notificó al encargado para orientar a que no se repita el mismo error.

#### 2) Re-entrenamiento (2008 y 2009)

Debido a la situación en el que el personal de la DPS comenzó a encargar la colocación de puntos

al personal del Proyecto, se realizó la re-capacitación sobre la colocación de puntos tanto en noviembre de 2008 como en enero de 2009, para que ellos mismos fueran los responsables de realizar hasta la parte de la calificación. En esta capacitación se definió sobre los criterios de la colocación de puntos y se realizaron las prácticas. Al mismo tiempo se realizó la modificación de la guía para la supervisión eliminando los temas innecesarios en la situación real y se adicionaron temas que se consideraron necesarios.

- 4) El segundo re-entrenamiento del personal de la DPS y el entrenamiento del personal de la SRS/GA (Agosto y septiembre de 2009)

En la víspera de la conclusión del Proyecto, para que el personal de SRS/GA logre participar aún más de forma activa en la supervisión subsiguiente, se realizó el entrenamiento acerca del llenado del formulario para la supervisión y el modo de colocación de puntos a las 4 personas del personal de la DPS y a otras 4 personas del personal de la SRS/GA en Samaná.

- (6) Utilización de los resultados de la supervisión

- 1) Retroalimentación y orientación en el lugar de trabajo del personal de la UNAP

Como el propósito de la supervisión es el fortalecimiento de las funciones de las UNAP, se ha tomado la supervisión como la oportunidad de realizar la orientación en el lugar de trabajo. Por ello, cada vez que se realizó la supervisión, el personal de la DPS retroalimentó al personal de los resultados del mismo y según su necesidad se realizó la orientación en ese momento o el encargado de programas realizó la visita posterior. Además, cuando se observaron situaciones comunes en algunas de las UNAP, por ejemplo a través de observar el formulario de registros AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) se determinó que existe un exceso en el uso de antibióticos así como cuando se utilizaron medicamentos para el tratamiento de la diarrea sin llevarse a cabo un análisis clínico, entre otros, se planeó la capacitación del personal de las UNAP,

- 2) Solución de los problemas de la UNAP

Los problemas señalados de las UNAP, en muchos de los casos no son problemas del personal de las UNAP y muchas veces son aquellos que deben ser solucionados tanto por la DPS como la SRS/GA. Por ello, se definió qué entidad hará respecto a los problemas de las UNAP ordenando y clasificando los problemas según la entidad responsable. Se aclarará la ubicación de la responsabilidad, como por ejemplo, la falta de medicamentos, la avería de equipos y los problemas referentes a la infraestructura y recursos humanos corresponden a la SRS, los asuntos relacionados a medicamentos y normas como la vacunación y programas de higiene corresponden a los respectivos encargados de la DPS, así como los asuntos de la ficha familiar, los registros de tratamiento de los pacientes y la realización de los seguimientos son responsabilidades de las UNAP. Estos fueron

resumidos mensualmente como la tabla de tareas pendientes. Esta información fue compartida también con la SRS/GA de Samaná. Asimismo, los insumos como los recursos humanos, equipos y medicamentos para el mantenimiento de las UNAP son responsabilidades de la SRS, a partir de que comenzó a realizar la supervisión de manera periódica, se orientaron a que el personal de la SRS/GA participe junto en la supervisión. Inicialmente, se dificultó la realización debido a que dicha SRS/GA solamente contaba con 2 personas, pero a partir de agosto de 2008, debido a que el personal aumentó a 8 personas, las oportunidades de que participaran a la supervisión se fueron aumentando. A pesar de que la participación física resultó complicada, en la reunión del monitoreo el representante de la SRS/GA estuvo siempre presente y se compartieron los resultados de la supervisión. A través de estos esfuerzos se fueron mejorando la cooperación entre la DPS y la SRS/GA. Además, de la solución de problemas, incluso hubo situaciones como la contratación y despido de recursos humanos, reparación de las instalaciones que son posibles de resolverse a nivel provincial pero a través de elaborar y compartir la lista de tareas pendientes, en la reunión de monitoreo mensual, la SRS/GA ha logrado reportar sobre el papel que se ha realizado ante los problemas señalados en la supervisión. De este modo, ya están logrando llevar a cabo el seguimiento a los problemas hasta lograr su solución, y el promedio del número de tareas pendientes para la DPS acerca de las UNAP que fue de 5.6 en mayo de 2007, (etapa del inicio de la elaboración de la tabla de tareas pendientes por cada entidad) en el momento del término del Proyecto, en septiembre de 2009 fueron de 3.7. Aproximadamente el 80% de estas tareas son aquellas que requieren de la atención de la SESPAS.

### 3) Fortalecimiento de la capacidad de manejo y análisis de datos del personal de la DPS

Así como se ha venido mencionando, el valor de la supervisión se aprecia por primera vez cuando se utilizan los datos obtenidos a través de ella. Por eso el personal de la DPS no solo debe realizar la supervisión propiamente dicha, sino que debe realizar la verificación de la calidad de la información e ingresar la misma a la base de datos, así como identificar la variación de las funciones de las UNAP comparando los datos mensuales y analizar sobre las razones de su variación. Sin embargo, hasta ahora se ha concentrado en la parte de habitar supervisión, en cuanto la parte de procesamiento y análisis de datos ha sido realizado por el personal del Proyecto. En la víspera de la conclusión del Proyecto, se inició con la capacitación de manejo de computadora para el personal de la DPS a partir de junio de 2009, puesto que en adelante, este trabajo también debe ser realizado por parte del personal de la DPS. Se ha entrenado en la supervisión mensual y antes del mes de octubre se procurará lograr que ellos lo manejen por sí solos.

#### **【Resultados obtenidos】**

##### ①Mejoramiento de la percepción del personal de la DPS acerca de la vigilancia de la UNAP

A partir de la realización periódica de la supervisión, el personal de la DPS ha logrado identificar



mejor la situación de la UNAP además de que se estableció un espacio para compartir la información. Por ello, han logrado orientar a la UNAP y fomentar la atención de los asuntos que son factibles de solucionar dentro del marco de la autoridad de la DPS y la SRS/GA, los cuales han contribuido a mantener y elevar la función de la UNAP. Además, incluso han logrado que el personal que normalmente no venía a la oficina asista en estas oportunidades.

② La supervisión de la DPS de Samaná pasa a constituir la norma de la SESPAS

El método sistemático de la supervisión de la provincia de Samaná ha sido aprobado por la SESPAS en el 2008 y su guía ha sido distribuida como norma por la SESPAS a todas las DPS de Samaná y a la Dirección de Área de Salud (DAS)<sup>15</sup> y al mismo tiempo, se celebró una reunión a nivel nacional para ser presentada la supervisión de Samaná. Además, visitaron la supervisión de la DPS de Samaná las 31 DPS/DAS. La SESPAS tenía previsto realizar el fortalecimiento de la supervisión de las UNAP a través de la DPS a nivel nacional, pero el cambio de puesto del Coordinador del Departamento de Fortalecimiento y Desarrollo ha ocasionado la pérdida de su fuerza.

Actividad 2-2	Monitorear la situación de la función de las UNAP.
---------------	--

La función general de las UNAP está siendo monitoreada principalmente a través de la supervisión de la DPS. Aparte de ésta, también están siendo monitoreadas a través de la orientación de los trabajos de llenado de las fichas familiares así como el seguimiento a las actividades de salud comunitaria, entre otros.

(1) Esfuerzos en el uso de los resultados

1) Representación en puntos

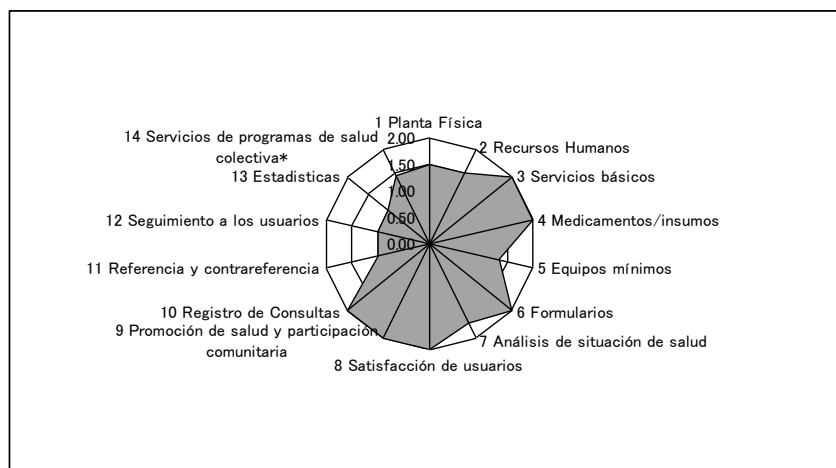
En el Proyecto, se tomó como parámetro del funcionamiento de las UNAP cuando el total de puntos del criterio que se describe en la Tabla 7 equivale a más de 70 puntos. Este criterio se ha determinado de forma sensitiva en el momento de la elaboración de la tabla de puntos a través de los puntos asignados de acuerdo a la percepción del personal de la DPS de sobre el funcionamiento de la UNAP y no tuvo ningún fundamento científico. Es un valor propuesto práctico de tal manera que cuando todas las UNAP logran superar este nivel se podrá elevar el punto objetivo.

---

<sup>15</sup> La ciudad de Santo Domingo está dividida en 8 áreas y se encuentra la Dirección de Área de Salud (DAS) que tiene la misma función que la de la DPS.

## 2) Representación gráfica

Los puntos de la supervisión mencionados son acordes a los resultados a los respectivos criterios y se requiere conocer en dónde está el problema. Por eso, los resultados de cada UNAP son representados en una gráfica y esto permite darse cuenta visualmente en qué parte se tienen menos los puntos. Por ejemplo, la Gráfica 4 es la representación del resultado de la supervisión en una gráfica, los lugares coloreados indican las partes de buen estado mientras que las partes blancas indican las partes en deficiente estado. A través de observar qué temas indican menos puntos, es posible conocer la ubicación del problema y el responsable de su atención. Tomando como ejemplo la gráfica de abajo, mientras que se cuenta con las instalaciones y los medicamentos, se indica las deficiencias en los temas como en el análisis de la ficha familiar, seguimiento a los usuarios, la R/CR y la ejecución de los programas de salud colectiva y reportes estadísticos, y es posible apreciar la necesidad de orientación al personal de la UNAP. Por otro lado, es posible apreciar la deficiencia en los rubros que se encuentran bajo la responsabilidad del SRS como son los de recursos humanos y equipos, por lo que se podría pensar que esté relacionado con la deficiencia en las tareas desempeñadas por el personal de las UNAP. Estos problemas específicos serán representados también en la tabla de tareas pendientes que es resumido por cada UNAP. En caso de que se requiere la orientación del personal de la UNAP, los respectivos encargados de la UNAP visitan y realizan la orientación.



Gráfica 4 Situación de la deficiencia en el funcionamiento de las UNAP  
(Caso Arrollo Barril)

## 3) Compartir la información

En la reunión del monitoreo donde se reportan los resultados de la supervisión, se discute enfocando principalmente acerca de las UNAP que bajaron sus puntos en comparación a la supervisión anterior, así como las que tienen menos de 70 puntos para identificar en cuál entidad

(UNAP, DPS o SRS) reside la responsabilidad de su mejora y se realiza la asesoría del personal de las UNAP si es necesario, así como las que su solución recae en manos de la DPS y el SRS, se solicitan los esfuerzos a las respectivas entidades. Cuando se continúa indicando el mismo problema, significa que las respectivas entidades no han cumplido con sus responsabilidades, lo cual constituye una presión a los mismos. El modo de llenado de la historia clínica, orientación al paciente y la realización de seguimientos son posibles de mejorar a través de la asesoría al personal de la UNAP, pero también muchas veces son responsabilidades de la SESPAS o del SRS como la asignación de los recursos humanos y provisión de medicamentos. El Proyecto, ha procurado la mejora centrado en los asuntos que son posibles de solucionarse a través de la orientación al personal de las UNAP así como en aquellos asunto que se encuentran dentro del alcance de la autoridad de la DPS, para mantener y elevar la función de la UNAP.

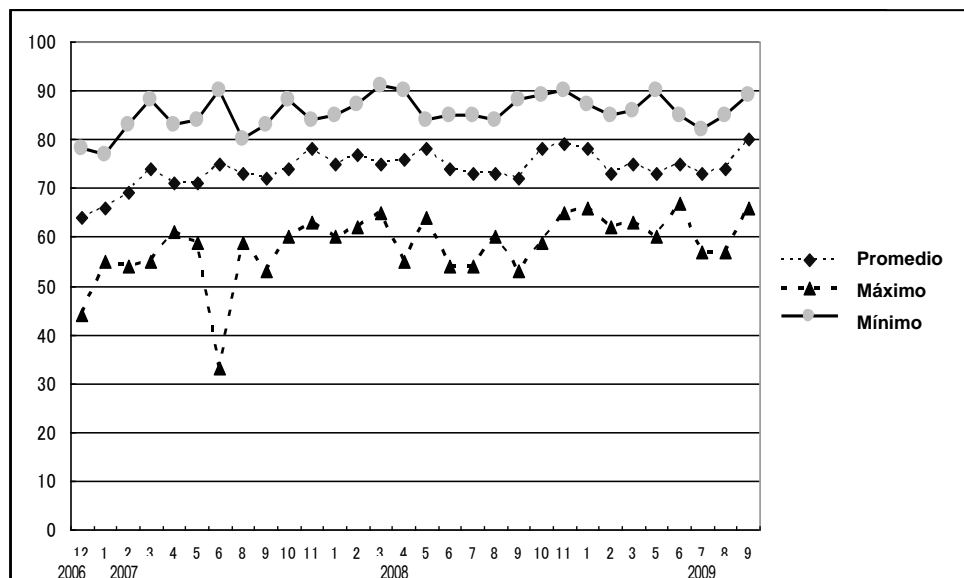
(2) Factores del mantenimiento de la función de las UNAP

1) Reemplazo de los médicos

Debido a que los médicos son los responsables de las UNAP, la actitud laboral del personal de la UNAP así como el funcionamiento de toda las UNAP dependen enormemente de la actitud de los médicos. Por ello, cada vez que se sustituye un médico existe la tendencia de que el funcionamiento de las UNAP disminuye. La sustitución de los médicos pasantes<sup>16</sup> se concentran en los meses de abril y agosto, como se muestra en la Gráfica 5, la evolución de los puntos de la supervisión no indica un cambio lineal de crecimiento ascendente hacia la derecha y describe un cambio periódico, lo cual podría estar afectado por los reemplazos de los médicos. En el momento de la asignación de un médico pasante recibe la orientación acerca de los trabajos en la UNAP a través del personal del Proyecto pero ellos aprenden los trabajos de la UNAP recibiendo las repetidas orientaciones en el lugar del trabajo a través de la supervisión mensual. Cuando los médicos ya han aprendido las orientaciones los mismos son reemplazados. De esta forma, para evitar el descenso del funcionamiento a través del reemplazo de los médicos, se está intentando la asignación del médico residente y actualmente se encuentran en 4 UNAP. Sin embargo, si el médico es una persona consciente es favorable, de lo contrario podría haber el riesgo de que el funcionamiento deficiente sea crónico, esto indica que la vigilancia de la tarea del médico es importante y será una tarea pendiente complicada. Además, como medida preventiva de la disminución de la función a través del reemplazo de los médicos, se han hecho esfuerzos en materia de la capacitación de las auxiliares de enfermería. Sin embargo, no se han obtenido suficientes resultados debido a la posición persistente de los médicos.

---

<sup>16</sup> Casi la mayoría de los médicos de las UNAP son médicos pasantes y su periodo de asignación es de 1 año.



Gráfica 5 Evolución de los resultados de la supervisión,  
Diciembre de 2006 a septiembre de 2009

2) Desequilibrio en la asignación de recursos humanos de la Salud Pública y el deterioro del servicio

Mientras escasean de forma general los recursos que prometa la SESPAS para la UNAP, existe un desequilibrio en su asignación. Específicamente, mientras que el personal de intendencia (de limpieza) y las promotoras de salud que realizan las actividades comunitarias están escaseando, el número de médicos y auxiliares de enfermería ha aumentado al doble. Sin embargo, a pesar del aumento se observa la tendencia de que 2 personas están realizando el trabajo de uno y la ubicación de la responsabilidad no está bien definida. La causa de que los puntos de supervisión no han aumentado como se esperó podría estar relacionada con estas razones.

3) Equipo, medicamento e instalación de las UNAP

A través de la implementación del seguro de salud familiar y el establecimiento de la SRS/SRS/GA, la provisión de equipos médicos e insumos y la administración de la instalación de las UNAP son responsabilidades de dichas entidades. Sin embargo, las mismas se encuentran todavía preparadas plenamente para desempeñar sus funciones y ocurren las carencias en materia de equipos y medicamentos en el sitio de trabajo. La SESPAS tiene la responsabilidad de proveer dichos equipos y medicamentos respecto a las personas que no están afiliados al programa de salud

colectiva y al seguro de salud familiar, sin embargo continua la situación de insuficiencia<sup>17</sup>.

**【Resultados obtenidos】**

① Elevación del nivel de función de las UNAP

Así como se ha mencionado, a pesar de que todavía quedan problemas a que se enfrenta, se puede afirmar que en general las UNAP han elevado su nivel de funcionamiento. El nivel de satisfacción de los usuarios se han elevado en comparación a lo que era antes, donde la situación de “las UNAP se encontraban cerradas” que era de 30% en el 2002, se ha reducido significativamente siendo en el 2008 de 9%. En principio, lo fundamental es que se encuentren abiertas en el horario de atención de 8:30 a 17:00 horas (de los cuales de 13:00 a 14:30 es horario de comida), lo cual es una mejora significativa.

En el momento de la conclusión del Proyecto 14 establecimientos llegaron a 70 puntos. Sin embargo, la función de las UNAP es afectada no solo por el personal de la UNAP sino que es relevante el factor externo como el de los medicamentos, por eso en la misma UNAP se observan pequeñas variaciones mensuales, vista en el orden cronológico, después de que 11 de las 16 UNAP lograron alcanzar los 70 puntos, dicho estado se ha podido mantenerse. En las otras 5 restantes, la diferencia entre los momentos favorables y desfavorables y no se han podido mantener en los 70 puntos propuestos. Una de ellas es un establecimiento donde se encuentra un médico residente desde el año 2007 y se ha observado una ligera muestra de mejora temporal pero luego su situación sigue entre los puntos desfavorables, en cuanto a los otros 2 lugares son UNAP donde han sido asignados los médicos residentes<sup>18</sup>.

Actividad 2-3	Elevar la capacidad del personal de DPS como instructor de las capacitaciones.
---------------	--

(1) Finalidad y método de ejecución del fortalecimiento de las capacidades del personal de la DPS

El fortalecimiento de las capacidades referente a la planeación y ejecución de la capacitación es una estrategia importante desde el punto de vista de la realización de las actividades del Proyecto y de mantener estas actividades después de haber finalizado el Proyecto. Por consiguiente, a pesar de que no se encontraba especificado en la PDM en el momento del inicio, se hizo la revisión del

<sup>17</sup>El SRS provee básicamente los medicamentos a las personas afiliadas al seguro de salud familiar. La población de la cobertura de las UNAP todas están supuestamente afiliadas pero su cobertura todavía es de 20% (según el estudio en el momento de la conclusión del Proyecto en 2009). Por lo tanto, en las UNAP hay depósito de medicamentos de la SRS que es relativamente abundante y el de la SESPAS que está prácticamente vacía, de tal manera que se observan diferencias en la atención de los usuarios.

<sup>18</sup>La selección del médico residente también se realiza muchas veces por razones políticas, la asignación de recursos humanos adecuados es difícil. Se ha llevado a cabo acciones a la SRS/GA para que los médicos pasantes con actitud laboral favorable que deseen continuar trabajando en la UNAP sea incorporada de forma activa, pero como la situación de la contratación de los recursos humanos se encuentra fuera del alcance del Proyecto existen limitaciones.

mismo en la evaluación intermedia y se adicionó dentro de las actividades.

El fortalecimiento de las capacidades se refiere a la ejecución de todos los cursos de capacitación, talleres y reuniones que cada experto ha realizado, y esto se ha logrado a través de llevar a cabo una serie de actividades junto con las C/P desde la planeación, pasando por su ejecución y seguimiento, hasta llegar a la evaluación de los mismos. A pesar de haber diferencia en el número de ejecución de los cursos de capacitación dependiendo del campo de actividad, todas las C/P han tenido la oportunidad de realizar junto con los expertos japoneses la planeación de varios cursos de capacitación, talleres y reuniones durante aproximadamente 5 años a través del Proyecto, y podemos decir que han experimentado en repetidas ocasiones el proceso, desde la planeación hasta su seguimiento.

(2) Evaluación de la capacidad del personal de la DPS de planear y orientar la capacitación

En mayo de 2009, se realizó el estudio para evaluar la capacidad de planear y orientar la capacitación de las C/P y del personal del Proyecto. Se aplicaron a un total de 8 personas, de los cuales 6 personas fueron del personal de la DPS y 2 personas fueron del personal del Proyecto quienes han constituido el eje del Proyecto durante el período del desarrollo del mismo. Se realizó de acuerdo al criterio preestablecido acerca la autoevaluación y la evaluación por terceros (Director de la DPS) en referencia a sus capacidades actuales y antes del inicio del Proyecto. No obstante, las capacidades fueron evaluadas en forma retrospectiva y no han sido evaluados precisamente en el momento del inicio.

1) Planeación de la capacitación y criterios para la evaluación de la capacidad de orientación

La Tabla 9 indica los criterios de evaluación. Cada persona ha sido evaluada en 4 escalas de, nivel 0 (No conozco qué debo hacer), nivel 1 (Puedo hacer con el apoyo de otros), nivel 2 (Puedo hacer prácticamente por mi cuenta bajo la vigilancia de otros) y nivel 3 (Puedo hacer solo) en cada uno de los subtemas. No obstante, la elaboración de esta tabla de evaluación y la selección de criterios ha sido discutida entre el personal de la DPS, del Proyecto y los expertos japoneses y la tabla de evaluación también se ha concluido luego de realizar 3 pruebas hasta llegar a su versión final.

**Tabla 9 Planeación de la capacitación y temas de evaluación de la capacidad de orientación**

Temas de criterio	Temas intermedios	Detalles de los subtemas
Identificación de las necesidades de la capacitación	Identificación de la diferencia entre la regla y la práctica	Conoce el reglamento de trabajo del personal de las UNAP. Es capaz de observar las prácticas del personal de las UNAP. Es capaz de identificar la diferencia entre la regla y la práctica.
Formulación del plan de capacitación	Identificación del nivel de prioridad	Es capaz de determinar a los prospectos para la capacitación y de determinar el nivel de prioridad de la capacitación basada en las necesidades. Determina un método de capacitación apropiado.
Preparación de la capacitación	Logística Cronograma de la capacitación y formulación del programa  Elaboración del material para la capacitación	Es capaz de asegurar los recursos económicos, decidir el lugar y la fecha, y dar aviso. Define el propósito de la capacitación y determinar el contenido. Define un programa apropiado, un método de enseñanza apropiado, una selección de instructores adecuados y define la responsabilidad de cada uno. Es capaz de preparar el material didáctico por cuenta propia utilizando la computadora. También es capaz de preparar los otros materiales para la capacitación (examen y hoja de evaluación).
Ejecución de la capacitación	Preparación de la sede Identificación del contenido de la capacitación Evaluación de la capacitación Tareas administrativas	Es capaz de llegar al lugar antes de la hora de inicio y preparar. Es capaz de comprender el contenido de la capacitación y orientar. Realiza la evaluación posterior a la capacitación entre los instructores, se realiza el examen antes y después de la capacitación y analiza los resultados de la evaluación de la capacitación. Hace el pago del costo de la sede y del transporte.
Seguimiento de la capacitación	Formulación del plan de Seguimiento Ejecución y Evaluación del Seguimiento	Determina el propósito y el método para elaborar la herramienta. Realiza el seguimiento, evalúa el resultado y planea un nuevo plan de capacitación según la necesidad.

## 2) Tendencia general

Como se observa en la Tabla 10, la capacidad de planear y orientar una capacitación de las principales C/P del personal de la DPS y del personal del Proyecto se han mejorando en comparación a antes del inicio del Proyecto en todos los temas. En el promedio de la evaluación de terceros, donde se ha elevado más es en el tema de seguimientos de la capacitación y ha progresado desde casi nada hasta poder hacer bajo vigilancia. Esto refleja la realidad de que no se ha mantenido los efectos de la capacitación antes del Proyecto y que no se había realizado ninguna evaluación en el lugar de trabajo, por lo tanto se puede decir que la C/P ha aprendido a través de este Proyecto. El segundo tema de alto grado de elevación de nivel es el de preparación de la capacitación. En este incluye los recursos referentes a la ejecución de la capacitación, aseguramiento de la sede y los avisos oportunos dirigidos a las personas sujetas a la capacitación, además de la elaboración así como la preparación del material de capacitación que es muy importante.

**Tabla 10 Comparación del nivel antes del inicio del Proyecto (Octubre de 2004) y el actual**

Tema principal de criterio	Tema	Nivel promedio de los subtemas (promedio de la evaluación de las 3 partes)		
		Octubre de 2004	Mayo de 2009	Variación
Identificación de la necesidades de capacitación	Identificación de la diferencia entre la regla y la práctica	1.6	2.7	+1.1
Formulación del plan de capacitación	Identificación del nivel de prioridad	1.5	2.7	+1.2
Preparación de la capacitación	Logística	1.3	2.7	+1.4
	Cronograma de la capacitación y formulación del programa	1.1	2.7	+1.6
	Elaboración del material para la capacitación	0.8	2.4	+1.6
Ejecución de la capacitación	Preparación de la sede	1.3	2.2	+0.9
	Identificación del contenido de la capacitación	2.2	2.9	+0.7
	Evaluación de la capacitación	1.3	2.6	+1.3
	Tareas administrativas	1.1	2.8	+1.7
Seguimiento de la capacitación	Formulación del plan de Seguimiento	0.6	2.5	+1.9
	Ejecución y Evaluación de Seguimiento	0.6	2.6	+2.0
Promedio		1.1	2.5	+1.4

Este también refleja la situación de que antes se estaba llevando a cabo la capacitación sin tomar suficiente tiempo para su preparación, y podría ser el producto de que en el Proyecto se ha tomado bastante tiempo para la preparación, realizando en repetidas ocasiones a las C/P y al personal del Proyecto “la preparación de la capacitación” como la parte indispensable del fortalecimiento de la planeación y orientación de la capacitación. En la formulación del plan de capacitación también se ha mejorado. Es una gran mejora comparada en lo que fue anteriormente, ahora ya son capaces de planear la capacitación y su seguimiento a escala de medio año o hasta de un año. En cuanto a la realización de la capacitación, debido a la falta de costumbre de no respetar el tiempo establecido, todavía existe la posibilidad de mejorar en la parte de la preparación para la capacitación y la capacidad de orientación que ha tenido un alto nivel desde antes ha elevado ligeramente en su nivel. En cuanto a la identificación de las necesidades de la capacitación también ha elevado el nivel y ha alcanzado un alto nivel.

3) Evaluación de actual nivel a través de la autoevaluación y la evaluación por parte de los expertos japoneses

Se ha elevado la capacidad general de las C/P y del personal del Proyecto, pero en la comparación de la autoevaluación y la evaluación del experto japonés, es evidente que en todos la autoevaluación de las C/P son más altas. Especialmente se observan grandes diferencias en la formulación del plan de seguimiento (incluyendo el plan de ejecución y la elaboración de las herramientas), seguido por la elaboración del material referente a la capacitación, evaluación de la capacitación y continúan



sucesivamente la realización del seguimiento y la evaluación. Especialmente en la parte de la elaboración del material y evaluación, mientras el experto piensa que ellos todavía necesitan mayormente del apoyo externo las C/P piensan que lo pueden hacer muy bien. Esta diferencia también puede estar reflejando la diferencia de las perspectivas entre las C/P y el experto japonés. Las C/P tienen la percepción de “a pesar de la ausencia de los expertos japoneses sabemos qué hacer y lo podemos hacer”, debido a que hasta ahora se han realizado juntos la capacitación en varias ocasiones y conocen el procedimiento. Mientras que el experto, en especial en la evaluación de la parte de la elaboración del material, la deficiencia en la capacidad de manejo de la computadora de las C/P del personal de la DPS y como continúa la inversión en gran medida por parte del experto japonés, piensa que hay un cierto límite mientras no se mejore la capacidad de manejo de la computadora.

Básicamente no tienen ningún problema en utilizar el manual para la capacitación o la hoja de evaluación, pero todavía no han llegado a elaborar por sí solos desde el comienzo. Sin embargo, en comparación a la situación anterior donde prácticamente sin ninguna preparación, donde no se realizaba de forma planeada la capacitación y tampoco se llevaba a cabo el seguimiento; el hecho de que sean conscientes de al menos qué se debe de hacer, es una gran mejora en cuanto a la percepción.

Tabla 11 Autoevaluación por parte de las C/P y el personal del Proyecto y la diferencia con la evaluación de los expertos japoneses

Tema principal del criterio	Tema	Nivel promedio de los subtemas, Mayo de 2009		
		Autoevaluación	Evaluación del experto	Diferencia
Identificación de las necesidades para la capacitación		3.0	2.6	- 0.4
Formulación del plan de capacitación		2.8	2.4	- 0.4
Preparación de la capacitación	Logística	2.8	2.4	- 0.4
	Cronograma de capacitación y formulación del plan	2.8	2.4	- 0.4
	Elaboración del material para la capacitación	2.6	1.9	- 0.7
Ejecución de la capacitación	Preparación de la sede	2.4	2.2	- 0.2
	Identificación del contenido de la capacitación	3.0	2.7	- 0.3
	Evaluación de la capacitación	2.8	2.1	- 0.7
	Tarea administrativa	2.9	2.4	- 0.5
Seguimiento de la capacitación	Formulación del plan de Seguimiento	2.8	1.7	- 1.1
	Ejecución y Evaluación del Seguimiento	2.8	2.2	- 0.7
	Promedio	2.6	2.1	- 0.5

4) Diferencia entre el nivel antes de iniciar el Proyecto y el actual a través de la autoevaluación

A pesar de haberse elevado en general, existe una gran variación en cada uno de los niveles y su

grado de elevación de cada uno de las C/P y del personal del Proyecto. Se ha observado una enorme mejora en las 2 personas del personal del Proyecto (N° 7 y 8 de la Tabla 12) y en una C/P de la DPS (N°6 de la Tabla 10) y sus niveles de alcance también son altos. Especialmente las dos personas del personal del Proyecto ha participado en este Proyecto después de concluir la estancia como médico pasante y considerando que no había utilizado la computadoras antes ni contaba con la experiencia de planear la capacitación, lo que han aprendido a través del Proyecto y el fortalecimiento ellos mismos es algo notable. Esto podría deberse a que esto se debe a que los mismos han participado en el Proyecto de manera consciente y que tuvieron un gran entusiasmo en aprender por ser más jóvenes en comparación a las otras C/P.

Entre el personal de la DPS, una de las C/P de salud materno – infantil (N°2 de la Tabla 12) contaba con un nivel relativamente alto y mantuvo un nivel alto sin un cambio relevante, la otra persona (N° 1 de la Tabla 10) tenía un nivel bajo tanto en la autoevaluación como en el de terceros, ha mejorado enormemente en las respectivas evaluaciones de terceros. La C/P que inició su labor en la DPS después de 3 años de haber iniciado el Proyecto (N°5 de la Tabla 12) en comparación a las otras C/P tiene poco contacto con el experto. A pesar de que su autoevaluación indica que se ha elevado su capacidad, la evaluación de su capacidad al momento del inicio del Proyecto por parte del experto no fue tan baja como su autoevaluación se ha calificado que no ha habido un gran cambio como lo percibe la misma C/P. Aun así, ha alcanzado un buen nivel. En cuanto a las 2 personas restantes (N° 3 y 4 de la Tabla 12), indica que se ha elevado ligeramente en todas las evaluaciones, la diferencia notoria comparado con las otras C/P es que a pesar de que el nivel de alcance en el promedio de la evaluación de terceros es relativamente baja, la autoevaluación de las mismas de antes y ahora son altas y la diferencia del nivel de evaluación del experto es sumamente significativa. Esto refleja que ellos no comprenden bien qué es lo que se debe de hacer y se puede considerar que está reflejando el hecho de que el nivel que ellos mismos esperan es sumamente bajo.

**Tabla 12 Evaluación del las C/P y del personal del Proyecto**

Tema principal del criterio	Diferencia de nivel promedio de los subtemas (Promedio de la evaluación de 3 partes)								
Personal	1	2	3	4	5	6	7	8	Promedio
Promedio (Mayo de 2009)	2.4	2.5	2.3	2.0	2.4	2.6	2.8	2.8	2.5
Promedio (Antes del inicio)	1.0	2.0	1.4	1.0	1.1	0.7	0.7	1.2	1.1
Variación	+1.4	+0.5	+0.9	+1.0	+1.2	+1.9	+2.1	+1.6	+1.4
	Diferencia de nivel promedio de los subtemas (autoevaluación)								
Promedio (Mayo de 2009)	2.4	2.9	2.9	2.9	2.4	2.5	2.9	2.9	2.6
Promedio (Antes del inicio)	1.3	2.2	2.8	2.3	1.0	0.7	0.8	1.7	1.5
Variación	+1.1	+0.7	+0.1	+0.6	+1.4	+1.8	+2.1	+1.2	+1.4
	Diferencia del nivel promedio de los subtemas (evaluación del experto)								
Promedio (Mayo de 2009)	2.2	2.1	1.7	1.2	2.3	2.6	2.9	2.9	2.1
Promedio (Antes del inicio)	1.0	1.9	0.9	0.4	1.7	0.7	0.7	1.1	1.0
Variación	+1.2	+0.2	+0.8	+0.8	+0.6	+1.9	+2.2	+1.7	+1.1

Observación: 1-6 es el personal de la DPS, 7-8 es el personal del Proyecto

Por último, la capacidad de planeación y orientación de una capacitación se ha elevado mucho más que antes en general pero al ir observando con detenimiento los detalles de los datos de la evaluación, se ha reconocido por ambas partes la situación de la insuficiencia en la habilidad del manejo de la computadora como se había esperado. También, respecto a la realización del plan de seguimiento de la capacitación ya son conscientes en su conocimiento pero todavía la mitad del personal es insuficiente en su capacidad de ejecución. Por lo tanto, se procurará el fortalecimiento de los mismos en la medida de lo posible en el tiempo restante.

### (3) Capacitación de la habilidad de manejo de la computadora

#### 1) Finalidad y plan de la capacitación

Como parte del fortalecimiento de las capacidades de las C/P, a partir de junio se inició la capacitación del manejo de la computadora (Word, Excel y PowerPoint) a un total de 15 funcionarios del personal de la DPS y de la SRS/GA. Esto se debió a que se consideró que la habilidad de manejo de computadoras podría ser un factor relevante para el mantenimiento de las actividades del Proyecto.

La capacitación se realizó separando en 2 grupos, un grupo formado solamente por principiantes (5 personas) y otro (10 personas) formado por personas con cierto conocimiento pero que casi no suelen utilizar la computadora. Se realizaron sesiones de 4 horas semanales (2 sesiones de 2 horas cada una por las tardes en la semana) contratando al instructor local para el manejo de computadoras. El grupo de principiantes tomó 20 horas de clases y el otro grupo tomó 36 horas de clases de Word, Excel y PowerPoint. Por parte del Proyecto, con el fin de verificar el situación del avance en el manejo de la computadora, aplicó la prueba antes y después del cada programa del curso y elaboró el cuaderno de registro de la capacitación para que el instructor o el experto japonés pueda revisar los temas que cada uno ha aprendido. Como evaluación del nivel alcanzado al término de cada programa se dejaron las tareas relacionadas con su trabajo (como redactar el boletín informativo en Word, elaboración de base de datos en Excel para el control en su trabajo para envío de muestras de Papanicolaou y la recepción de los resultados y en PowerPoint una presentación sencilla de su trabajo o una presentación para el curso) para que pudieran reflejar en su trabajo las habilidades aprendidas.

#### 2) Tasa de asistencia y resultado

Debido a que no se acostumbra trabajar en la tarde, al comienzo, la tasa de asistencia en las capacitaciones no fue favorable, pero cada vez fueron mejorando. Sin embargo, luego de un mes se observaron personas que ya no continuaron debido al cansancio o por empalmarse con otras actividades. Como resultado, el 80% del grupo de principiantes terminaron la capacitación pudiendo realizar de cierta forma las actividades básicas. El otro grupo finalmente se quedó con 6 personas

(60%), mismas que han sido personas bastante conscientes en aprender, lograron adquirir las bases del uso de los 3 programas y han logrado aplicar con mayor frecuencia el uso de la computadora en las tareas cotidianas. Los funcionarios que no han recibido el curso de planeación del Proyecto algunos han programado continuar con la capacitación de forma particular, de modo que la percepción acerca de mejorar de la habilidad del manejo de la computadora entre los funcionarios se ha elevado.

#### (4) Resultados del fortalecimiento de las capacidades del personal de la DPS

El personal de la DPS muchas veces son personas que se encuentran ocupando actualmente el puesto porque sus títulos o experiencias son las requeridas para ese cargo y en la mayoría de los casos ocupan el cargo a través de nombramientos de carácter político. Además, debido a que las tareas de cada funcionario no se encuentran especificadas, algunos solamente existen por sus nombres y no vienen físicamente a trabajar, o son aquellos que están trabajando en una condición al tanteo de prueba y error. Precisamente por este tipo de entorno, el fortalecimiento de las capacidades del personal de la DPS a través del Proyecto fue necesario, y no solo por la gran necesidad que demanda de forma individual sino también para que la DPS pudiera estar en funcionamiento. Por lo tanto, cada individuo ha aprendido qué es lo que debe hacer, especialmente, en cuanto a la planeación de la capacitación y su realización, y su capacidad también se ha visto fortalecida.

Actividades del estudio realizado dentro del Proyecto
---

En el Proyecto se han llevado a cabo los siguientes estudios y sus resultados se han utilizado para la evaluación de los indicadores de las actividades del Proyecto. Los estudios mencionados en los incisos (1) y (2) son realizados durante el período de estancia del experto de largo plazo, los últimos 2 estudios fueron estudios por subcontratación del consultor local. (Los informes correspondientes ya se han entregado a la oficina de JICA)

- (1) En 2002, se llevó a cabo el estudio de “Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la Salud Materno-Infantil en Madres con Hijos/as Menores de Cinco Años en la Provincia de Samaná”. Realizado como estudio básico a 262 madres en las 6 comunidades seleccionadas sin distinción (al azar).
- (2) En 2003, se realizó el “Estudio sobre Uso de los Hospitales en la Provincia de Samaná”. Un censo de una semana en los 3 hospitales.
- (3) En 2007, se realizó el estudio sobre “Conocimientos y Prácticas de la Salud Materno-Infantil en Madres con Hijos/as Menores de Cinco Años en la Provincia de Samaná” realizando paralelamente los 2 estudios anteriores. El método de ejecución y la zona objeto fue la misma que el estudio básico. Se adicionaron temas referentes a la implementación de la Libreta MI a la hoja de encuesta.

(4) En 2008, se realizó el “Estudio sobre Uso de los Hospitales y Conocimientos y Prácticas de la Salud Materno-Infantil en Madres con Hijos/as Menores de Cinco Años en la Provincia de Samaná” con el mismo método de ejecución al estudio del inciso 3) arriba mencionado.

No obstante, aparte de los resultados de dichos estudios, se utilizaron para la evaluación de la evolución de los indicadores los resultados de la ficha familiar de las UNAP así como los resultados de la supervisión recabados periódicamente.

<b>Capacitación en Japón y Capacitación en el Tercer País realizadas en el Proyecto</b>
---

Con el fin de realizar el fortalecimiento de capacidades referente a la salud comunitaria, se ha realizado la Capacitación en Japón en su segundo año del Proyecto (a un año desde la transición a la iniciativa privada), así como la Capacitación en el Tercer País en México en su tercero y cuarto año del Proyecto<sup>19</sup>.

(1) Capacitación en Japón

**Tabla 13: Reseña de la Capacitación en Japón**

Objetivo del curso	Compartir las experiencias que Japón cuenta en el sistema de salud comunitaria y fomentar los efectos de la transferencia de tecnologías en el Proyecto
Sede del curso	Hospital General de Saku (ciudad de Saku, prefectura de Nagano), Ayuntamiento de Sakuho
Generalidades del curso	Papel y función de las enfermeras de salud pública, función de los centros de salud, planeación y realización de actividades comunitarias, vínculo y colaboración con la comunidad local, apoyo a las actividades educativas, entre otros.
Participantes	1 Coordinadora de proyecto de la SESPAS 1 Encargado de la enfermería de la DPS <span style="float: right;">Total: 2 personas</span>
Criterio de selección	Personas que desempeñen cargos involucrados en la toma de decisiones a mediano y a largo plazo en materia de la creación del sistema de salud comunitaria. Una persona de la institución central y otra del organismo local.
Período del curso	Del 6 al 17 de marzo de 2006

Con el fin de compartir las experiencias que Japón cuenta en el sistema de salud comunitaria y de lograr una eficiente transferencia de tecnologías en el Proyecto, se realizó la capacitación en Japón. La institución receptora de dicho curso fue el Hospital General de la ciudad de Saku de la prefectura de Nagano y el Ayuntamiento de Sakuho, donde se lleva a cabo de forma activa en las actividades de salud comunitaria.

El objetivo del curso consistió en que los participantes de la República Dominicana logaran comprender sobre el papel de los centros de salud y el ayuntamiento en Japón, la función de las enfermeras de salud pública y su forma de colaboración con la comunidad. Los participantes a este curso fueron 2 personas, la coordinadora del proyecto de la SESPAS y el encargado de los servicios de enfermería de la Provincia de Samaná. Recibieron las conferencias impartidas por el personal

<sup>19</sup>En el primer año del Proyecto, participaron en total 5 funcionarios en la Capacitación en Japón; dos subdirectores y dos directores (Salud Materno-Infantil y Enfermería) de la SESPAS, y la directora de DPS

médico que realizan sus labores tanto en los establecimientos filiales del Hospital General de Saku (el mismo hospital Saku, su sucursal en Koumi, la Clínica de Koumi, el Centro de salud para la tercera edad de Koumi, etc.), como en el Ayuntamiento de Sakuho, e intercambiaron opiniones con el personal mencionado. Además, los participantes acompañaron en la realización de sus actividades; visita domiciliaria, examen médico de lactantes y escolares, etc. También observaron las dinámicas de las actividades de salud pública desarrolladas por los habitantes locales que no forman parte del personal médico. Tras las actividades arriba mencionadas, los participantes pudieron profundizar sus conocimientos, particularmente en: 1) el sistema de salud comunitaria de Japón y los recursos humanos involucrados en la salud comunitaria; 2) el papel que desempeñan los centros de salud pública; 3) el papel de las enfermeras de salud; 4) la coordinación y colaboración entre los hospitales, los centros de salud pública y la comunidad local; 5) la situación real de las actividades educativas de la salud; 6) el examen médico para lactantes y mayores de edad; 7) el modo de uso de la Libreta MI; y 8) la salud escolar.

Después de regresar a su país, el participante perteneciente a la DPS en la provincia de Samaná, junto con el Director de la DPS que había participado anteriormente en la Capacitación en Japón, comenzaron a ofrecer los servicios de salud escolar, asignando a las auxiliares de enfermería de tiempo completo, con el fin de impartir la educación de la higiene y la asesoría de salud en la Preparatoria Provincial de Samaná. Dos años después, se iniciaron los servicios escolares en otras preparatorias, y estos servicios continúan hasta ahora a pesar de los limitados recursos. El funcionario de la SESPAS que participó en el curso, ha profundizado los conocimientos sobre la Libreta MI en Japón y realizó el apoyo en la implementación de la Libreta MI en el Proyecto.

## (2) Capacitación en el Tercer País en México (primer curso)

Tabla 14 Reseña de la Capacitación en el Tercer País (tercer año del Proyecto)

Objetivo del curso	Salud comunitaria y promoción y educación de la salud
Participantes	1 Enfermera de la DPS, 4 auxiliares de enfermería de la UNAP. Total: 5 personas.
País sede del curso	Estados Unidos Mexicanos (Razón) 1) Uno de los países latinoamericanos de la misma lengua (español), que se asemeja más en las condiciones del desarrollo de la salud comunitaria. 2) Ha obtenido resultados en el mejoramiento del sistema de salud comunitaria y las actividades educativas de atención primaria de salud.
Institución sede del curso	Instituto Nacional de Salud Pública de México
Generalidades del curso	Nociones de salud y de salud comunitaria, diagnóstico comunitario participativo, compartir los datos con la comunidad local, método de priorización de las problemáticas de salud.
Período del envío	3 semanas (una semana para la preparación y ordenamiento en su país): del 21 de enero al 8 de febrero de 2007.
Informe del Curso	Al término del curso, los participantes elaborarán el informe en español, y presentarán un ejemplar a la Oficina de JICA en la República Dominicana y a la Oficina Central respectivamente.

En el tercer año del Proyecto, se llevó a cabo el curso de capacitación sobre los casos prácticos de la salud comunitaria y de la promoción y la educación de la salud, con sede en México, país cercano a la República Dominicana, donde cuenta con un avanzado desarrollo en el sector salud. Tras la recolección de la información por Internet y a través de las personas involucradas, y con la colaboración de la Oficina de JICA en México, fue elegido el Instituto Nacional de Salud Pública como institución receptora. Con la finalidad de aplicar y difundir los resultados del curso de capacitación, se designaron como participantes a dicho curso, a tres médicos de tiempo completo que actualmente prestan sus servicios en la UNAP (Rancho Español, Arroyo Barril y Daniel Wilmore), y a dos médicos que trabajan en el Proyecto (coordinador local y el supervisor de la UNAP).

El curso estuvo integrado de la parte teórica como de la parte práctica. Como temas específicos, en la modalidad de conferencia aprendieron sobre el concepto de salud y de la comunidad local, el empoderamiento y la participación que constituyen los conceptos importantes para la salud comunitaria participativa, la metodología de encuesta comunitaria, el método de priorización de las problemáticas de la salud comunitaria, el concepto y la metodología del diagnóstico comunitario, los problemas éticos y sus límites, el marco teórico de la ejecución de soluciones y la evaluación de las soluciones. Además, se incorporó la realización de la encuesta participativa en la comunidad local (selección de la comunidad sujeta a la tarea, solicitud de autorización para las visitas, selección de grupo de habitantes, aplicación de la encuesta participativa, ordenamiento de datos, y compartir los datos con los habitantes locales).

El resultado más importante obtenido a lo largo de este curso consistió en que los participantes comprendieron la importancia de la participación de la población en la asistencia médica comunitaria. No sólo pudieron darse cuenta de que la participación de la población es “para el bien de la población”, sino que también constituye un método para el desempeño eficaz y efectivo de los mismos médicos; además, entendieron que para conseguir la participación de los habitantes, en primer lugar, es necesario crear un “ambiente que les permita participar a los habitantes”. Ellos, al comprobar que lo que habían venido desarrollando de forma “empírica” en sus respectivos lugares de acción, estaba sostenida con bases teóricas y adquirieron seguridad en sus desempeños, lo cual los motivó favorablemente a continuar esforzándose en sus labores.

Después del regreso a su país, con el apoyo del Proyecto, a partir de noviembre de 2007, los participantes iniciaron el curso de capacitación para el diagnóstico comunitario participativo dirigido al personal a cargo de la salud pública y al Comité de Salud de todas las UNAP de la provincia de Samaná. En este curso, se realiza la práctica del método que consiste en compartir los datos de las fichas familiares y de las consultas médicas recabadas en las UNAP con los habitantes en forma entendible, así como la organización de las juntas de habitantes y la priorización de las problemáticas de la salud por la población para formular así el plan de actividad comunitaria específica (véase Actividades 1-2-1). Este curso se imparte casi cada seis meses, y esto es uno de

los grandes resultados obtenidos de la Capacitación en el Tercer País.

(3) Capacitación en el Tercer País en México (segundo curso)

Tabla 15: Reseña de la Capacitación en el Tercer País (cuarto año del Proyecto)

Objetivo del curso	Fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud por los auxiliares de enfermería en la comunidad local
Participantes	1 Enfermera de la DPS, 4 auxiliares de enfermería de la UNAP. Total: 5 personas.
País sede del curso	Estados Unidos Mexicanos (por los resultados obtenidos en el tercer año)
Institución sede del curso	Instituto Nacional de Salud Pública de México (por los resultados obtenidos en el tercer año)
Generalidades del curso	Nociones de salud y de salud comunitaria, salud comunitaria centrada en la población, actividades de promoción y educación de la salud y papel de los auxiliares de enfermería, método para realizar eficazmente la encuesta sencilla y la educación, educación participativa, observación de las actividades de promoción de la salud comunitaria enfocadas en el auto-cuidado.
Período del envío	3 semanas (una semana para la preparación y ordenamiento en su país); del 21 de enero al 8 de febrero de 2008
Informe del curso	Al término del curso, los participantes elaborarán el informe en español, y presentarán un ejemplar a la Oficina de JICA en la República Dominicana y a la Oficina Central respectivamente.

Como continuación del tercer año del Proyecto, se impartió el curso de Capacitación en el Tercer País en el cuarto año con el propósito de entrenar acerca de la teoría y la práctica de la educación de la salud comunitaria realizadas por el personal de enfermería, dirigido a un encargado de enfermería de la DPS y cuatro auxiliares de enfermería de las UNAP (Pascuala, Arroyo Barril, Rancho Español y Los Cacaos), según se muestra en la tabla inferior. El mismo Instituto Nacional de Salud Pública de México fue elegido como sede, tomando en consideración los resultados obtenidos en el tercer año del Proyecto. La razón por la cual el curso fue dirigido a los auxiliares de enfermería de las UNAP es porque teóricamente son ellos las personas que desempeñan el papel principal en la educación de la salud, tanto en las UNAP como en las comunidades locales.

Enfocándose en el papel que desempeñarían los participantes en las actividades educativas de la salud pública en sus respectivas comunidades locales, el contenido del curso de capacitación en general consistió en la modalidad de práctica, para que pueda llevarse inmediatamente a la práctica. Durante el curso, aprendieron diversos métodos de diagnóstico comunitario y de educación, y en la segunda mitad del curso realizaron prácticas en campo; visitando los pueblos que han tenido éxito en las actividades educativas de la salud pública a través del aprovechamiento de los métodos antes mencionados. El último día, eligieron un tema particular para cada UNAP a la cual pertenece cada participante, y elaboraron el plan de actividad educativa a futuro, aplicando el contenido aprendido durante el curso.

Al regresar a su país, realizaron las actividades en sus respectivas UNAP, conforme al plan de actividad. Sin embargo, su nivel de acción se encuentra bajo y esto podría estar demostrando la falta de reconocimiento de las auxiliares de enfermería que las actividades educativas de la



comunidad es una de las tareas que les corresponde. Por otro lado, a través del apoyo del Proyecto, se realizaron talleres para difundir lo aprendido en el curso de capacitación en el tercer país a los auxiliares de enfermería que no participaron en dicho curso, así también, los mismos participantes al curso fungieron como facilitadores en la impartición de las conferencias sobre la promoción de la educación de salud como parte del curso de capacitación de salud materno-infantil, verificándose de esta forma los resultados de dicha capacitación en el tercer país. No obstante, como se ha mencionado anteriormente, debido a que no se ha definido claramente la posición de los auxiliares de enfermería en las actividades comunitarias, para reforzar el desarrollo de sus actividades en las comunidades locales será necesario que ellas mismas adquieran confianza en sí mismas sobre sus conocimientos y las actividades realizadas. Para ello, en lo subsiguiente, se recomienda seguir creando más oportunidades para que funjan como facilitadores de los cursos de capacitación sobre la educación de la salud.

3. Aspectos que la SESPAS, la DPS, el SRS y el SRS/GA en la Provincia de Samaná deberá abordar finalizado el Proyecto.

En el Proyecto, teniendo en cuenta la transición de las tareas competentes al SRS/GA en Samaná derivado de la reforma del sector salud, se ha venido desarrollando la transferencia de tecnologías al personal de dicha SRS/GA como se ha mencionado en el inciso “2.”. En esta parte, a continuación se resume las acciones que deberán realizar tanto el SRS, la SESPAS así como la DPS para seguir manteniendo las actividades realizadas hasta ahora.

**(1) Referente al mantenimiento de los materiales y equipos**

Después de finalizar el Proyecto, el SRS/GA en Samaná en colaboración con la DPS deberá realizar los **trabajos de control y mantenimiento de los materiales y equipos** para mantener un ambiente propicio para ofrecer los servicios de salud esperados en las UNAP. Sin embargo, el SRS/GA en la provincia de Samaná es una dependencia y no cuenta con la autoridad competente ni con el presupuesto económico correspondiente, por lo que es necesario que el SRS/GA en Samaná logre una comunicación armoniosa para dar seguimiento a las acciones del SRS.

**(2) Referente a la Libreta MI**

Actualmente, el costo de la impresión de la Libreta MI está siendo cubierta por parte del Proyecto y el costo unitario es de 26 pesos. Para evitar la interrupción del uso de la Libreta MI que apenas está comenzando a asimilarse su uso, **es necesario que la SESPAS asegure un presupuesto destinado a la impresión de la Libreta MI** y continuar su distribución. Además, sin lograr la mejora en la situación de llenado de la Libreta MI en los hospitales, ésta no podrá ser utilizada de manera efectiva en las UNAP por la misma falta de información del momento del parto y del nacimiento del recién nacido en los hospitales. Por lo tanto, es necesario que bajo una relación de colaboración entre la DPS y el SRS, ambas instancias de vigilancia de los hospitales, refuercen aún más el sistema de monitoreo y supervisión de los hospitales.

**(3) Referente a la capacitación de las auxiliares de enfermería**

Para el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades de las auxiliares de enfermería, los cursos de re-capacitación y de capacitación para el personal de nuevo ingreso son indispensables. Por ello, en lo subsecuente, existe la necesidad de **que la SESPAS continúe organizando los cursos de capacitación en forma periódica**. Además, para dicho efecto, **la SESPAS tendrá que asegurar y asignar los recursos para cubrir los gastos** de dichos cursos. Más adelante, requerirán estandarizar el programa de capacitación para las auxiliares de enfermería a nivel nacional para lograr la realización de capacitaciones para el fortalecimiento de las capacidades de las

auxiliares de enfermería de manera sistemática. Para fomentar las actividades de salud comunitaria, se requiere establecer una estructura integrada por 2 auxiliares de enfermería para que al menos una persona pueda realizar las actividades de salud fuera de las UNAP.

**(4) Referente a la implementación y uso del libro de registro de seguimiento para la consulta médica**

Para continuar manteniendo el uso del libro de registro de seguimiento para la consulta médica, es necesario que el SRS/GA en Samaná distribuya a las UNAP un nuevo libro cada año. Además, es necesario monitorear la situación de su uso a través de la supervisión dando instrucciones a los nuevos médicos pasantes en el momento que sean transferidos y realizando asesorías según su necesidad. El uso de este libro no solo es aplicable en materia de la salud materno-infantil, por lo que se recomienda ampliar su uso en el seguimiento de otras enfermedades.

**(5) Referente a la implementación y uso del sistema de tarjeta de vacunación y control de niño sano / de embarazada**

El SRS/GA en Samaná, deberá continuar orientando a través de los cursos de capacitación de salud materno-infantil y de la supervisión, a que los médicos y las auxiliares de enfermería de las UNAP utilicen este sistema.

**(6) Referente al sistema de R/CR**

**1) Embarazadas y recién nacidos**

- ① **Continuación del monitoreo:** Para que la contrarreferencia de las embarazadas y recién nacidos se lleve a cabo en adelante, es necesario que el SRS/GA en Samaná, con la colaboración de la DPS, continúe realizando la supervisión para recolectar los datos y compartir los mismos en la reunión trimestral de red de servicios de salud e identificar la problemática para procurar su solución.
- ② **Asesoría continua hacia el personal de salud:** Como parte de la capacitación en materia de la salud materno-infantil, realizar el re-capacitación al personal de salud de los hospitales y las UNAP, en especial de las auxiliares de enfermería.
- ③ **Mejoramiento de la atención del parto dentro del hospital:** Para el mejoramiento de la situación de la salud materno-infantil de la provincia de Samaná, no solo es suficiente mantener el sistema de referencia, es necesario mejorar la atención del parto dentro del hospital.

**2) Análisis clínico**

Para ofrecer un servicio óptimo en materia de análisis clínico en las UNAP depende mayormente del funcionamiento del laboratorio clínico del hospital, así como de la calidad de las muestras

obtenidas en las UNAP. Por lo tanto, el SRS/GA en Samaná requiere realizar las siguientes acciones.

- ① **Continuación del monitoreo:** A través de la supervisión y la colaboración entre la DPS y los hospitales, es necesario recolectar los datos referentes a este servicio y compartir los mismos en la reunión trimestral de la red de servicios de salud para identificar las problemáticas y procurar su solución.
- ② **Asistencia en el mantenimiento del funcionamiento del laboratorio del hospital:** El mantenimiento del buen funcionamiento del laboratorio del hospital constituye también la clave del mantenimiento de este sistema, por lo que, es necesario apoyar en el mantenimiento del funcionamiento de dicho laboratorio realizando discusiones periódicas con el director del hospital.
- ③ Continuación de la asesoría para el personal de salud: Es necesario realizar oportunamente la capacitación relacionada a la extracción de muestras dirigida al personal de salud de las UNAP.
- ④ **Ampliación de la capacidad de análisis clínico en el hospital destinado a las UNAP:** Actualmente, se destina un día a la semana para el análisis clínico en las UNAP. Lo cual sería ideal que fuera de 2 días dependiendo de la capacidad del análisis del hospital. Por ello, las redes de servicio de salud que son integradas por numerosas UNAP requieren de la asignación de analistas especializados y exclusivamente dedicados a los análisis clínicos de las UNAP o de la instalación equipos de análisis clínicos en alguna de las UNAP.

### **3) Paciente en general**

- ① **Asesoría de la contrarreferencia a los médicos del hospital:** Para mejorar el sistema de R/CR, es de suma importancia dar la asesoría al personal de salud y en especial a los médicos del hospital. Es necesario pensar la forma de atender esta parte, por ejemplo, enlazando el pago de incentivos al personal del hospital que depende del SRS con el estado de realización de la contrarreferencia de los médicos.
- ② **Impresión y distribución de la versión final del manual y la asesoría del procedimiento al personal de salud utilizando el mismo:** Debido a que el manual elaborado en el Proyecto será utilizado como material didáctico para la implementación del sistema de R/CR en las 4 provincias del SRS III, el Proyecto realizó la revisión final de forma conjunta. Dicho manual se terminó de elaborar en el mes de septiembre y el SRS realizó su presentación al Departamento de Fortalecimiento y Desarrollo de SRS y el Departamento de Administración de Hospitales de la SESPAS y obtuvo la aprobación de su implementación. El SRS/GA en Samaná realizó la reunión con la participación de los representantes del SRS/GA de las 4 provincias a finales de septiembre, y derivado del mismo, en el mes de octubre, se tiene previsto realizar una serie de cursos de capacitación al personal de salud en base a lo

mencionado, por lo que es necesario que se concrete su realización.

- ③ **Distribución de recursos necesarios:** Distribuir sin contratiempos a los hospitales y a las UNAP las herramientas (formularios y libros) necesarias para continuar con el mantenimiento del sistema.
- ④ **Monitoreo continuo:** A través de la supervisión y de las reuniones periódicas de las redes de servicios de salud, deberá continuar con el monitoreo del sistema y procurar la solución de los problemas en caso de que hubiere.
- ⑤ **Educación de los usuarios y la instalación de las UNAP en las zonas urbanas:** Es necesario continuar con la educación de los usuarios. Además, el SRS/GA en Samaná junto con los SRS III, necesita establecer las UNAP en las zonas urbanas. Mientras persista la situación en el cual, la población de la zona urbana recurra directamente a los hospitales por la falta de acceso a las UNAP; desde el punto de vista de la población bajo la cobertura de las UNAP, la incoherencia del sistema es evidente y será muy difícil tratar de cambiar la conciencia de los usuarios.

#### **(6) Referente a la ficha familiar**

##### **1) Realización del llenado de las fichas familiares y su actualización**

- ① **Insumos para la realización del llenado de fichas familiares:** La realización del llenado de fichas familiares es una actividad que requiere de mucho trabajo, por lo que, prescindiendo de los apoyos como los realizados en el actual Proyecto, como por ejemplo, la asistencia en la supervisión de la actividad del llenado de fichas familiares, en los gastos de viáticos y medios de transporte, al igual que en los artículos de papelería y útiles necesarios, sería imposible de llevarse a cabo. El motivo por el cual la realización del llenado de las fichas familiares no ha tenido los avances deseados en otras provincias está en este aspecto. Sin embargo, en este estado actual, hasta el momento, junio de 2009, la SESPAS continúa ubicando la realización del llenado de fichas familiares como una estrategia de mayor relevancia, y el Departamento de Fortalecimiento y Desarrollo de las SRS de la SESPAS exhorta la administración de los datos mediante la instalación de computadoras y software desarrollado para el ingreso de las fichas familiares en todas las UNAP. El Problema radica en que el SRS no contempla la asignación de insumos en el sitio de trabajo en campo, donde realmente se realizan las tareas de las fichas familiares. De acuerdo a las experiencias adquiridas en la provincia de Samaná, el cambio en el número de la población varía enormemente cada año, y sin la actualización de al menos una vez al año, los datos de las fichas familiares perderían su sentido. Además, para realizar un trabajo regular como esta tarea de actualización de datos, se requiere de la asignación de algún tipo de insumos procedente de la parte que ofrece los servicios de salud para que este tipo de tareas puedan llevarse a cabo sin depender de la población local. Como en el caso de la

provincia de Samaná, valiendo del aprovechamiento de los recursos locales, económicamente, se estima que será necesario un promedio de 5,000 pesos por cada UNAP. La justificación del Departamento de Fortalecimiento y Desarrollo de los SRS consiste en que no se requiere de una asignación adicional puesto que son aspectos que compete a los funcionarios de las UNAP. Sin embargo, lo anterior no es coherente, ya que la realidad de la insuficiencia de insumos asignados a las UNAP que promete la SESPAS y la necesidad de los medios de transporte demuestran lo contrario. En concreto, para lograr la realización, es necesario optar por alguna de las alternativas que podría ser la colocación de recursos humanos que resulta de alto costo o la asignación del apoyo económico para las tareas de las fichas familiares. En lo subsiguiente, el SRS, responsable de la provisión de los servicios de salud de las UNAP, considerando las intenciones del Departamento de Fortalecimiento y Desarrollo de los SRS de la SESPAS, deberá pensar en algún mecanismo para la asignación de insumos, a través de la discusión con el personal local para definir sobre la forma de llevar a cabo dicha actualización. En este punto, en la reunión llevada a cabo en agosto de 2009, al cual participaron el Departamento de Fortalecimiento y Desarrollo de los SRS de la SESPAS, el SRS y el SRS/GA en la provincia de Samaná y el Proyecto, se ha determinado que la toma de decisiones sobre este tema será realizado por parte del SRS y el SRS instruyó al SRS/GA en la provincia de Samaná asignar los gastos destinados a la tarea de actualización en el presupuesto de siguiente plan anual de actividad. Después de terminar el Proyecto, existe la necesidad de integrar e insertar los recursos necesarios de forma planeada por iniciativa del SRS.

- ② Seguimiento y supervisión de la tarea de actualización por parte del SRS de la provincia de Samaná: La tarea de actualización se realiza en forma paralela en todas las UNAP durante varios meses. Por lo tanto, existe el riesgo de que se convierta en un trabajo sobre papel si alguien no realiza el seguimiento y vigila esta tarea, ocasionando pérdida de la calidad en los datos, disminución de la cobertura o incluso existe el riesgo de interrumpirse la actividad misma. Derivado de la reforma del sector salud, los trabajos relacionados a las fichas familiares han sido transferidos de la DPS al SRS por lo tanto, en adelante, esta tarea será realizada por el SRS/GA en la provincia de Samaná. Este, ya ha asignado a un personal como responsable de esta tarea y se ha contratado a un nuevo personal asignado específicamente para este trabajo. Sin embargo, originalmente, el SRS/GA en Samaná cuenta con un reducido número de personal, por lo que todavía existe la preocupación de que las asignaciones anteriores sean suficientes para cubrir la tarea mencionada. Por parte del Proyecto, se ha llevado a cabo la transferencia técnica sobre el proceso de la realización del llenado de fichas familiares, el seguimiento y la importancia de la supervisión del mismo al encargado y al personal de nuevo ingreso mencionado anteriormente. En adelante, será necesario que el personal nuevo asignado, lleve a cabo realmente el seguimiento y vigilancia de las tareas de

actualización del llenado de las fichas familiares.

## **2) Fortalecimiento de la capacidad de uso de la información de las fichas familiares y formulación del plan de actividades de salud comunitaria**

La recolección de datos para las fichas familiares y la formulación del plan de actividades para la salud comunitaria, su ejecución y su evaluación es la parte ideal del modelo de salud comunitaria de la SESPAS de la República Dominicana. En el Proyecto, no solo se ha logrado comprobar que lo anterior es posible sino también ha demostrado que para continuar su operación, no solo se requiere la realización de las fichas familiares, es necesario repetir constantemente la capacitación como el caso de la **capacitación para el diagnóstico comunitario**. Naturalmente, para hacer realidad esta capacitación, se requiere de los insumos<sup>20</sup>, además, lo más importante es que el SRS/GA en Samaná deberá continuar dando seguimiento en campo y será el responsable de vigilar la realización del llenado de fichas familiares para mantener el entusiasmo de las UNAP y de los Comités de Salud. Para fortalecer las capacidades del personal del SRS/GA en Samaná, en la parte de la capacitación para el diagnóstico comunitario realizado en julio de 2009, se llevó a cabo la capacitación para los instructores dirigidos a ellos mismos para que pudieran capacitarse como instructores. Incluso después de dicha capacitación, se ha venido instruyendo y asesorando sobre la forma de dar el seguimiento de las actividades comunitarias hasta la finalización del proyecto. En lo sucesivo, será necesario continuar realizando la actividad de forma constante.

## **(7) Referente al fortalecimiento del Comité de Salud y de la participación de la población en las actividades comunitarias**

### **1) Consolidación del sistema de apoyo a la asociación de los comités de salud**

Una vez que los directivos de la asociación de los comités de salud logren llevar el timón, existe la posibilidad de que también las actividades del comité de salud podrían continuar realizando su actividad. Sin embargo, en el estado actual, a pesar de que las conciencias individuales de los directivos son altas, todavía no ha logrado realizar acciones como una organización. Por ejemplo, incluso para efectos de una sencilla contabilidad requieren del apoyo externo. Por ende, todavía será necesario que una persona ajena al mismo participe en las reuniones para facilitar detalladamente la cooperación y coordinación con las instancias externas (DPS, SRS, ayuntamiento, entre otros). Hasta ahora, este papel de facilitador ha sido desempeñado por los expertos del Proyecto y los voluntarios japoneses. Debido a que en la DPS donde predomina “los personales de salud (médicos, enfermeras entre otros)” no se han desarrollado los C/P que puedan realizar tales tareas. Por lo tanto, por un determinado tiempo, tendrá que ser asistido técnicamente por los

---

<sup>20</sup> Los gastos de la reunión que fue necesario para el entrenamiento realizado en Julio de 2009 fue cubierto por el SRS.

voluntarios japoneses y en el aspecto económico apoyado por el SRS.

## **2) Distribución de roles y de colaboración en materia de asistencia al comité de salud entre la DPS y el SRS/GA en Samaná**

A pesar de que el comité de salud constituye un factor importante en el modelo de salud comunitaria de la SESPAS, a raíz de la asignación de roles al nuevo SRS y a la SESPAS derivada de la reforma del sector salud, no está muy claro cuál entidad es el ejecutor de la asistencia al comité de salud a nivel local. Es necesario que la DPS se vincule con los comités de salud para la promoción de la salud junto con las personas de la población local y que el SRS a su vez, realice la asistencia continuando con las actividades de los comités de salud como miembro integrante de las UNAP bajo la responsabilidad de la misma. El Proyecto, para efectos de su finalización, a través de la discusión realizada tanto con el SRS como con la DPS, estableció que debido a la limitación de recursos humanos de la SRS/GA en Samaná, la asignación de recursos económicos correspondería al SRS y la asistencia para la formulación de un plan general y su seguimiento correspondería a la DPS. En la DPS se asignó 2 personas como encargado los cuales se han involucrado hasta ahora en las actividades comunitarias, y en el SRS/GA en Samaná donde no se cuenta con un personal adecuado debido al reducido número de personal, el mismo Gerente de Área ha sido la ventanilla de enlace con el comité de salud.

## **3) Aclaración de la posición del comité de salud**

El modelo de salud comunitaria de la SESPAS focaliza su importancia en el comité de salud. Las funciones contempladas para el desempeño del comité de salud son bastante grandes y establece que ésta, junto con el personal de las UNAP, se esforzará en el mejoramiento de la situación de salud comunitaria.

Sin embargo, por un lado, para el personal perteneciente a la SESPAS, al SRS y al SRS/GA, el comité de salud pertenece al lado de los servicios médicos y son reconocidos como voluntarios útiles y temen que el comité de salud se convierta en un grupo de intereses específicos. En cambio, el Proyecto piensa que el comité de salud debería tener su posición individual como representante de los usuarios de los servicios de salud y se ha venido realizando las actividades comunitarias junto con las UNAP. Así también, se ha apoyado para que estos comités pudieran manifestar la voz de la población sobre los servicios de salud, así también se ha apoyado al personal de las UNAP. Esto es porque, cuando la población logre ubicar a “las UNAP como algo propio” se piensa que no solo señalará las demandas de mejora, sino que hará un uso adecuado de las mismas, lo cual contribuirá a su vez, al mejoramiento de los servicios y para finalmente, lograr establecer una relación de confianza entre los habitantes y las UNAP. La SESPAS, el SRS y el SRS/GA en Samaná deberían considerar al comité de salud como un socio importante para ir mejorando los servicios de salud,



realizando intercambio de opiniones de forma periódica con los mismos y asignando los recursos necesarios para dicha actividad. La incorporación de la revisión de apertura y cierre de las UNAP como un mecanismo de evaluación del personal de las UNAP podría ser una de las alternativas para ir definiendo la posición del comité de salud.

## **(8) Referente a la realización de la supervisión**

### **1) Despliegue hacia las otras DPS**

El Departamento de Fortalecimiento y Desarrollo de las DPS de la SESPAS deberá reconsiderar la aplicación del método de ejecución de la supervisión de la DPS en la provincia de Samaná en las otras DPS y será necesario que instruyan los métodos de ejecución específicos para cada DPS. Algunas DPS consideran que la vigilancia de las UNAP es responsabilidad del SRS y la supervisión de las UNAP es innecesaria. Sin embargo, de acuerdo al marco legal establecida tanto en la SESPAS como en la asignación de roles de los SRS, es necesario que las DPS vigile la calidad de los servicios médicos de salud y las UNAP sean las bases para la provisión de dichos servicios. La intención del Proyecto fue reconocido por la SESPAS precisamente por dicho antecedente.

### **2) Colaboración con los SRS y SRS/GA**

Para el mantenimiento y mejoramiento de las funciones de las UNAP, es indispensable la intervención adecuada del SRS. Por lo tanto, así como la DPS en la provincia de Samaná lo lleva a cabo, es recomendable que la supervisión de las UNAP sea realizado de forma conjunta con la DPS de cada provincia y el SRS/GA. La SESPAS debería de asesorar también sobre este tipo de colaboración específica entre las DPS y los SRS.

### **3) Insumos para SRS y SRS/GA**

Para mantener el funcionamiento de las UNAP, es necesario la colocación y capacitación de recursos humanos así como la asignación de recursos económicos para los insumos, equipos e infraestructura que son la responsabilidad del SRS, asimismo será necesario la asignación de recursos económicos destinados a las acciones para que las UNAP pudieran llevar a cabo el llenado de fichas familiares y las actividades de salud comunitaria a su cargo. Sin contar con estos insumos, el modelo de la salud comunitaria podría terminar siendo un plan inútil.

### **4) Realización plena de la tarea de vigilancia del personal de las UNAP, en especial de los médicos y de las auxiliares de enfermería**

Procurar una favorable colocación de recursos humanos y realizar la tarea de vigilancia de los médicos y de las auxiliares de enfermería de las UNAP son indispensables. Es necesario tomar

medidas específicas como reflejar en los incentivos<sup>21</sup> que serán pagados al personal por parte del SRS en lo sucesivo, los resultados de la revisión de apertura y cierre de las UNAP realizados por parte de los comités de salud que se llevaron a cabo dentro del Proyecto.

#### **5) Continuación de la supervisión por parte de la DPS**

Será conveniente que la DPS ubique la supervisión de las UNAP como parte de su labor de vigilancia, y para procurar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud de las UNAP, deberá realizar la supervisión periódica y el análisis adecuando de los datos obtenidos. Así mismo es necesario que la DPS, comparta la información con SRS/GA para que ambas instancias puedan cumplir las partes bajo su responsabilidad con miras a la resolución de los problemas señalados.

#### **(9) Referente al fortalecimiento de las capacidades del personal de la DPS**

Una de las tareas pendientes de las acciones a ser realizadas por el personal de la DPS, es lograr mantener las actividades desarrolladas dentro del Proyecto, aplicando lo aprendido después de término del Proyecto. Esto no solamente involucra la capacidad sino se relaciona con la conciencia o actitud de cada individuo de “querer mejorar la situación de salud” o de “querer hacer un buen trabajo”. Y es allí, donde mayormente intervienen los factores externos como el aspecto del ambiente laboral, recursos y los insumos. Así mismo, dentro del Proyecto se han elaborado diversos manuales, pero mientras la utilización de los mismos depende del “entusiasmo de cada individuo”, el fortalecimiento de las capacidades no será asimilado. Se requerirá de un abordaje a nivel organizacional e institucional, por lo que la SESPAS deberá tomar acciones concretas para el fortalecimiento institucional de la DPS. En esta parte, será importante implementar las alternativas que enlacen el resultado de la evaluación del personal con el mejoramiento de las actividades realizadas por los mismos.

---

<sup>21</sup> Por primera vez, en junio de 2009, el SRS/GA en la provincial de Samaná utilizó los resultados de la revisión de apertura y cierre en la evaluación de incentivos.

#### 4. Las Actividaes Realizadas

Véase Anexo 1 “Tabla de las actividades realizadas”

## 5. Aportación

### (1) Asignación de los expertos japoneses

(Nombre, Área de Asesoría, Periodo de Asignación, Afiliación antes de Asignación)

Experto	Área de Asesoría	Periodo de Asignación	Pertenencia
Sr. Yasushi Wada	Administración de Salud	1año (0.9M/M en Japón 0.2M/M) 2año (2.6M/M en Japón 0.17M/M) 3año (2.8M/M en Japón 0.2M/M) 4año (2.83M/M en Japón 0.33M/M) 5año (3.5M/M en Japón 1.5M/M)	IC Net Limited
Sra. Shoko Saito	Salud Comunitaria	1año (2.03M/M en Japón 0.2M/M) 2año (7.67M/M en Japón 0.37M/M) 3año (6.6M/M) 4año (1.0M/M) 5año (4.97M/M en Japón 0.8M/M)	IC Net Limited
Sra. Satoko Ishiga	Materno Infantil	1año (1.37 M/M en Japón0.2M/M) 2año (4.0M/M) 3año (4.07M/M) 4año (5.5M/M) 5año (1.0M/M)	IC Net Limited
Sr. Akiya Seko	Organización Comunitaria	2año (2.0M/M) 3año (2.07M/M) 4año (2.0M/M)	IC Net Limited
Sr. Noriaki Suzuki	IEC	2año (2.0M/M) 3año (2.03M/M) 4año (1.0M/M)	IC Net Limited
Srta. Tomoko Watanabe	Organización Comunitaria	3año (3.0M/M) 4año (3.0M/M) 5año (1.7M/M)	IC Net Limited
Srta. Tomoko Watanabe	Coordinación administrativa	2año (2.0M/M)	IC Net Limited
Srta. Yuko Shimazaki	Coordinación administrativa	3año (1.0M/M)	IC Net Limited
Srta. Yuko Wakasugi	Coordinación administrativa	3año (1.0M/M) 4año (2.0M/M) 5año (1.0M/M)	IC Net Limited
Srta. Megumi Toda	Coordinación administrativa	5año (1.0M/M)	IC Net Limited

## (2) Capacitación de Contraparte

### Capacitación en Japón

Nombre	Cargo	Especialidad	Área de Capacitación	Periodo de Capacitación
SESPAS (SESPAS)				
Rafael Schifino	Subsecretario de Salud Colectiva	Pediatría	Salud Comunitaria	Mar. 2005 ~ 2 semanas
Guillermo Serra	Subsecretario de Planificación y Desarrollo	Cardiólogo	Salud Comunitaria	Mar. 2005 ~ 2 semanas
Ilda Natera	Coordinadora de Proyectos, Salud Colectiva	Salubrista	Salud Comunitaria	Feb. 2006 ~ 3 semanas
Hector Eusebio	Director de Materno Infantil	Obstetricia	Salud Comunitaria	Feb. 2006 ~ 3 semanas
Ercilia Cruz de Tamayo	Directora de Enfermería	Enfermería	Salud Comunitaria	Feb. 2006 ~ 3 semanas
Dirección Provincial de Salud en la Provincia de Samaná (DPS)				
Rosa Dominga Maleno	Directora de DPS	Medico General	Salud Comunitaria	Feb. 2006 ~ 3 semanas
Eladio Berroa	Encargada de Enfermería	Enfermería	Salud Comunitaria	Feb. 2006 ~ 3 semanas

### Capacitación en México

Nombre	Cargo	Especialidad	Área de Capacitación	Periodo de Capacitación
Oficina de Proyecto				
Daniel Oleo	Coordinador Local	Medico General	Diagnostico Comunitario	Ene. 2007 ~ 3 semanas
Flor Deliz Garcia	Supervisora de las UNAPs	Medica General	Diagnostico Comunitario	Ene. 2007 ~ 3 semanas
Unidad de Atención Primaria de Salud (UNAP)				
Cecilia Mercedes Sirett	Medico de UNAP	Medico General	Diagnostico Comunitario	Ene. 2007 ~ 3 semanas
Helen Aurora Jimenez	Medico de UNAP	Medico General	Diagnostico Comunitario	Ene. 2007 ~ 3 semanas
Yrasmin Adolfo Munoz	Medico de UNAP	Medico General	Diagnostico Comunitario	Ene. 2007 ~ 3 semanas
Malendy King Azor	Encargada de Enfermería	Enfermería	Promoción de Salud Comunitaria	Feb. 2008 ~ 3 semanas
Victoria Jimenez Gonzalez	Enfermera Auxiliar de UNAP	Enfermería	Promoción de Salud Comunitaria	Feb. 2008 ~ 3 semanas
Paula Mercedes	Enfermera Auxiliar de UNAP	Enfermería	Promoción de Salud Comunitaria	Feb. 2008 ~ 3 semanas
Romena Garabito	Enfermera Auxiliar de UNAP	Enfermería	Promoción de Salud Comunitaria	Feb. 2008 ~ 3 semanas
Leoncia Fermin Garcia	Enfermera Auxiliar de UNAP	Enfermería	Promoción de Salud Comunitaria	Feb. 2008 ~ 3 semanas

### Capacitación en México (fuera de proyecto pero con el fondo de JICA)

Nombre	Cargo	Especialidad	Área de Capacitación	Periodo de Capacitación
Dirección Provincial de Salud en la Provincia de Samaná (DPS)				
Carmen De Pena	Coordinadora de programa	Medico General	Materno Infantil	Paraguay, Dic.2005 ~ 3 semanas
Sara Torres	Empleado de UNAP	Enfermería	Materno Infantil	Paraguay, Dic.2005 ~ 3 semanas
Rosario Olivares	Empleado de UNAP	Enfermería	Materno Infantil	Paraguay, Dic.2005 ~ 3 semanas
María Estela Enriques	Empleado de UNAP	Enfermería	Materno Infantil	Paraguay, Dic.2005 ~ 3 semanas
Castula Green	Encargada de PAI	Enfermería	Enfermería Comunitaria	El Salvador, 2006 ~ 8 semanas
Martha Clari Wilmore	Medica de Hospital Leopoldo Pou	Medico General	Cuidado materno	Bolivia, Sep. 2005 ~ 1 semana

(3) Lista de Equipos traspasados de JICA

No.	Equipo	Detalle	Costo (RD\$)	Costo (MXN)	Costo (Yen)	Canti-dad	Condi-ción
1	Computadora	Dell Optiplex GX-520	100,597.93			1	Buena
2	Copiadora	Cannon IR-1310	42,800.00			1	Buena
3	UPS	APC de 500 VA	6,484.40			1	Buena
4	Impresora	Epson CX1500	4,566.00			1	Danado
5	Móvil	LG 6100	6,258.00			1	Buena
6	Móvil	LG 6100	6,258.00			1	Buena
7	Teléfono	Cordless W/CID 43-3577	1,812.00			1	Buena
8	Teléfono	Cordless W/CID 43-3577	1,812.00			1	Buena
9	Computadora	Toshiba Teca A5-SP559	86,000.00			1	Buena
10	Cámara Digital	Sony Cybershot DSC-S40	13,135.00			1	Buena
11	Trípode	Vanguard MK-4	3,900.00			1	Buena
12	Trípode	Vanguard MK-4	3,900.00			1	Buena
13	Software	Microsoft Office Profesional/2003		12,166.32		1	Buena
14	Credenza	16x48 con 2 ptas. Corrediza	5,326.72			1	Buena
15	Sillón	Técnico Firenze, con brazo	2,090.74			1	Buena
16	Gabinete	2 puertas, corredizas 32x16x33	3,852.36			1	Buena
17	Escritorio	S-1502, con c/ 2 gavetas 28x60x29	6,525.23			1	Buena
18	Mesa Conferencia	Platinum, semi ovalada 36x72	9,312.25			1	Buena
19	Sillón	Técnico Firenze, con brazo	2,090.74			1	Buena
20	Sillón	Técnico Firenze, con brazo	2,090.74			1	Buena
21	Sillón	Técnico Firenze, con brazo	2,090.74			1	Buena
22	Sillón	Técnico Firenze, con brazo	2,090.74			1	Buena
23	Credenza	16x71 con 2 puertas corredizas	7,799.84			1	Buena
24	Credenza	16x71 con 2 puertas corredizas	7,799.84			1	Buena
25	Escritorio	S-1502, con c/ 2 gavetas 28x60x29	6,525.23			1	Buena
26	Escritorio	S-1502, con c/ 2 gavetas 28x60x29	6,525.23			1	Buena
27	Escritorio	S-1502, con c/ 2 gavetas 28x60x29	6,525.23			1	Buena
28	Escritorio	S-1502, con c/ 2 gavetas 28x60x29	6,525.23			1	Buena
29	Silla	p/visita c/brz. Ital., en tela negro	1,392.00			1	Buena
30	Silla	p/visita c/brz. Ital., en tela negro	1,392.00			1	Buena
31	Silla	p/visita c/brz. Ital., en tela negro	1,392.00			1	Buena
32	Silla	p/visita c/brz. Ital., en tela negro	1,392.00			1	Buena
33	Silla	p/visita c/brz. Ital., en tela negro	1,392.00			1	Buena
34	Silla	p/visita c/brz. Ital., en tela negro	1,392.00			1	Buena
35	Cámara de video	SONY DCR-HC96			223,810	1	Buena
36	Adobe Acrobat 7.0 pro			6,171.06		1	Buena
37	Adobe Premier 2.0			12,166.32		1	Buena
38	Móvil	LG	4,002.00			4	Buena
39	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
40	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
41	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
42	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
43	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
44	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
45	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
46	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
47	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
48	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
49	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
50	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
51	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
52	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
53	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
54	Tallimetro	Original de Proyecto	700.00			1	Buena
55	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
56	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
57	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena

58	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
59	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
60	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
61	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
62	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
63	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
64	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
65	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
66	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
67	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
68	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
69	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
70	Termómetro	Omron	556.80			1	Buena
71	Impresora	HP4660	13,340.00			2	Buena

(4) Fondo Local por la JICA (Cantidad ejecutada por años fiscal japonés y gestión contractada)

Concepto		2005	2006	2007	2008	2009	Total
Gasto general	Personal		192,920	44,409	17,007	72,062	326,398
	Material gastable	174,237	508,758	571,354	848,157	710,678	2,813,184
	Transporte		95,032	192,743	221,772	214,017	723,564
	Comunicación		411,730	477,288	288,061	127,890	1,304,969
	Material		209,323	1,252,526	902,283	861,086	3,225,218
	Salón				480,418	2,676,874	3,157,292
	Capacitación	14,576	352,943	463,886	43,218		874,623
Etc.	16,792					16,792	
Total de gasto general		205,605	1,770,706	3,002,206	2,800,916	4,662,607	12,442,040
Equipos		1,208,000					1,208,000
Equipo de oficina		227,000	249,000				476,000
Total		1,640,605	2,019,706	3,002,206	2,800,916	4,662,607	14,126,040

Gasto en Capacitación (Japón, México)

Concepto	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Japón 6 de Mar. 2006~17 de Mar.	2,397,000					2,397,000
México 14 de Ene. 2007~2 de Feb. 20 de Ene. 2008~9 de Feb.		2,866,541	2,411,000			5,277,541
Total	2,397,000	2,866,541	2,411,000	0	0	7,674,541

Fondos contrapartida dominicana

(RD\$ )

Concepto		2005	2006	2007	2008	Total
Personal	Sueldo	433,622.70	1,230,683.02	1,120,213.55	1,029,008.80	3,813,528.07
	Viático	106,180.00	203,665.00	454,700.00	131,008.00	895,553.00
	Bono	26,516.66	83,208.15	112,516.02	92,680.00	314,920.83
	Total de personal	566,319.36	1,517,556.17	1,687,429.57	1,252,696.80	5,024,001.90
Servicio	Comunicación	120,450.79	196,344.34	103,786.25	113,665.32	534,246.70
	Seguro de vehículo	34,200.00	34,200.00	44,448.82	47,135.38	159,984.20
	Mantenimiento	103,868.67	118,972.89	166,858.48	139,378.35	529,078.39
	Capacitación	395,895.13	272,827.33	111,790.87	56,363.88	836,877.21
	Total de servicio	654,414.59	622,344.56	426,884.42	356,542.93	2,060,186.50
Material Gastable	Comida	58,305.00	28,763.00	98,860.76	80,215.96	266,144.72
	Papel	26,700.00	24,100.00	129,407.50	39,237.14	219,444.64
	Combustible	42,843.79	275,076.37	476,498.73	298,013.75	1,092,432.64
	Goma de vehículo	7,600.00	37,319.81	44,720.00		89,639.81
	Otro	10,642.00	15,368.40	39,632.43	39,155.32	104,798.15
	Total de material gastable	146,090.79	380,627.58	789,119.42	456,622.17	1,772,459.96
Equipo		234,043.00			242,544.56	
Total			2,754,571.31	2,903,433.41	2,065,861.90	9,099,192.92



## 6. Medidas ideadas y lecciones aprendidas en la ejecución y operación del proyecto

### (1) Creación de un sistema que opere bajo las difíciles condiciones ambientales

La Provincia de Samaná es uno de los lugares dentro de la República Dominicana que se encuentra dentro de un entorno adverso, con niveles muy altos de temperatura y humedad relativa, abundante polvo y constantes polvaredas, frecuentes cortes de luz (incluso es menor el tiempo que se cuenta con corriente eléctrica), malas condiciones de comunicación tanto de telefonía celular como la fija, deficiente medio de transporte en la zona, que son algunas de las condiciones a las cuales se enfrentan el personal de salud para realizar su labor en este lugar. Refiriéndose solamente al período de ejecución del Proyecto, los aparatos electrónicos como computadoras, impresoras, copadoras, cámaras digitales y proyectores, entre otros, sufrieron constantes averías en menos de un año de uso.

El Proyecto tuvo la necesidad de crear un sistema que pudiera operar a pesar de estas condiciones adversas. Para ello, procuró la creación de un sistema que no se viera afectado por las condiciones arriba mencionadas. Por lo tanto, el modo de ordenar y utilizar los datos de las fichas familiares, así como su análisis y aprovechamiento de los mismos a nivel de las UNAP, se encuentran totalmente elaborados a base de papel y son datos analógicos. Cuando se logra el manejo de los datos analógicos, el siguiente paso es su digitalización, es decir, la transición hacia un trabajo en computadora es fácil relativamente, pero hacer lo contrario resulta prácticamente imposible. De modo que el Proyecto se ha aferrado en realizar trabajos manuales para efectos de fortalecer a las UNAP, y ha hecho realidad la creación de dicho sistema que pueda operar a pesar de las difíciles condiciones ambientales. En la República Dominicana, la reparación de un aparato electrónico averiado es casi imposible. Por lo tanto, es necesario estar sumamente consciente de que una vez hecha la digitalización no se podrá dar marcha atrás. Esto significa también que existe el riesgo de que incluso se destruyan las bases del sistema de salud comunitaria.

### (2) Asignación del experto japonés clave por un largo período

El presente Proyecto ha formulado un plan de asignación hasta máximo plazo posible al experto japonés en cargo de sub-líder / salud regional, , quien ya conocía bien la zona, asimismo, ya tenía establecida una relación personal previa en la zona. Esto es una medida lógica considerando lograr un eficiente labor en el sitio del Proyecto, pero cabe mencionar que ha contribuido significativamente en el logro del objetivo del Proyecto. Normalmente, durante su primer año, el plan establecido es modificado con la identificación de la situación real a través de diversas pruebas y errores realizados, y generalmente, es en el segundo año del Proyecto donde se inicia la acción propiamente dicha. Sin embargo, en este caso, el Proyecto no tuvo el mencionado período exploratorio y se pudo abordar de lleno la realización de las actividades desde el primer año del Proyecto. De esta forma se pudo lograr la estructura del modelo de la salud comunitaria realizando

todos los componentes del Proyecto desde el primer año (segundo año fiscal japonés del proyecto) del mismo, y así darle forma a este modelo a partir de su segundo año, y finalmente entrar en la etapa de depuración sistematizando el mismo. En el tercer año, se produjo la separación de la función de la DPS al SRS y el Proyecto ha sufrido sus efectos significativamente. Sin embargo, de no haber podido abordar de lleno las actividades desde el primer año, se corría el riesgo de desbalancear las bases más importantes cuando apenas se encontraba en el proceso de estructuración del modelo. Por consiguiente, esta forma de abordar el Proyecto contribuyó en gran medida en el logro del objetivo del mismo.

(3) Fomento del compañerismo con las C/P

En el presente Proyecto, especialmente los miembros del Proyecto (y los voluntarios japoneses) y el SRS/GA de Samaná formaron un equipo de trabajo para lograr los objetivos propuestos. La relación experto - C/P, normalmente tiende a ser conscientemente una relación vertical, considerando la posición de instructor de los expertos, y de aprendiz de las C/P. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, con la conformación de un equipo de trabajo entre las C/P, los expertos y los voluntarios, surgió el compañerismo entre ellos. Siendo que en la República Dominicana es difícil lograr establecer una relación transversal de este tipo, el haber logrado formar un grupo de compañeros ha contribuido en la manifestación de los resultados del Proyecto.

(4) Selección y contratación adecuada del personal del Proyecto

En la República Dominicana, sin limitarse a la SESPAS, el nivel del personal administrativo medio es sumamente bajo en su capacidad de desempeño de su cargo. En el caso de la SESPAS, correspondería a un nivel administrativo como el de la DPS o del SRS. En la mayoría de los casos en los proyectos de la JICA, los C/P son de este nivel. Por lo tanto, lógicamente se lleva mucho tiempo para realizar el fortalecimiento de dichas capacidades. Por otro lado, el Proyecto tiene establecido su período de ejecución. Para lograr los resultados del presente Proyecto en un determinado tiempo, se basó en la estrategia de “buscar los recursos humanos adecuados e integrarlos en la plantilla del personal del Proyecto”. Este personal del proyecto complementó la insuficiencia de la capacidad del personal C/P y fue la clave para la operación del Proyecto. Por otro lado, debido a que estas personas realizaron más activamente el trabajo que el mismo personal de las DPS, también es un hecho que se creó la dependencia del personal de las DPS hacia ellos. Por lo tanto, además de definir claramente las responsabilidades de cada personal, en caso de realizar una contratación especial para el Proyecto, es necesario tener en cuenta desde un principio que, los recursos humanos contratados realizarán la transferencia técnica a las C/P propiamente dichas sobre los trabajos que los mismos realicen dentro del Proyecto para que ésta se lleve a cabo de forma planeada.

(5) Atribución de la importancia a la “repetición y seguimiento”

En el presente Proyecto, se repitió la realización de las mismas actividades o cursos de capacitación. La asimilación de los conocimientos o las técnicas no se logra sólo con recibir una sesión de capacitación como lo indican los datos del entrenamiento realizado. Por lo que es necesario realizarlo en repetidas ocasiones además de continuar con el seguimiento de forma constante. No obstante, la repetición de las actividades ha llevado al personal de las DPS a entrenarse incluso como instructores

(6) Énfasis en la importancia de los datos

Para mejorar una situación, el primer paso es el reconocimiento del estado actual. En la República Dominicana, frecuentemente se oye decir “Esta bien” a todo. Pero en la mayoría de los casos no es claro qué está bien o qué está mal, con qué criterio lo dice o no queda claro hasta qué punto ha captado la situación. En el Proyecto, se ha impulsado el cambio de conciencia de las C/P para que tomen decisiones con base en los datos y que analicen los cambios de la situación. Se piensa que las C/P han mejorado en su capacidad de planear las cosas para llevarlas a cabo a través de las experiencias de la repetición del flujo del procedimiento del trabajo, que consiste en la planeación basada en los datos, su ejecución, evaluación y acción.

(7) Realizar tempranamente el fortalecimiento de las capacidades básicas de las C/P

En este Proyecto, debido a la insuficiencia de capacidad de las C/P, se realizó la capacitación de las mismas casi en la víspera de la finalización del Proyecto. Como se ha mencionado en el inciso (4), en realidad, no hubo problema en el manejo de los datos gracias a la contratación del personal sobresaliente, pero la capacitación fue realizada a raíz de la preocupación surgida sobre el impacto que podría causar en el mantenimiento de las actividades después de finalizado el Proyecto. A partir de esta experiencia, es conveniente que la adquisición de las habilidades básicas que serán requeridas en las futuras actividades como el manejo de computadoras de las C/P se lleve a cabo en el momento del inicio del proyecto y sean aprovechadas durante las actividades realizadas.

(8) Integración del equipo por los miembros capaces de realizar las actividades en español

De esta manera, las relaciones interpersonales intervienen profundamente en el desarrollo de un Proyecto. Cuando algún obstáculo interfiere en la comunicación, el establecimiento de la relación de confianza que une a las personas se torna complicada. La comunicación verbal constituye el primer paso para el vínculo entre las personas. Por lo tanto, el hecho de haber conformado un equipo del Proyecto capaz de comunicarse en español ha constituido la base del desarrollo eficiente creando relaciones interpersonales dentro de un tiempo determinado.

## 7. Modificación del Marco Lógico del Proyecto (PDM)

Se realizó la modificación del PDM en el momento de la evaluación intermedia. No obstante, la modificación fue el ordenamiento de relaciones lógicas para facilitar el entendimiento únicamente, y no hubo modificación en las actividades planteadas. En lo adelante se describen las razones de la modificación y el resultado de la misma.

### (1) Ordenamiento de la relación lógica

#### 1) Relación lógica en el nivel de los resultados

##### Resultados en el PDM0

- 2) Serán integrados con calidad los servicios de Salud Materno-Infantil en todas las UNAP (Control Pre/post natal y control de niños sanos, PAI) y utilizados por los habitantes.
- 3) Será reforzada la integración de la UNAP con su comunidad.
- 4) Será mejorada la gestión de cada UNAP
- 5) Funcionará el sistema de referencia y contrarreferencia de las UNAP y los hospitales (con énfasis referente a partos y recién nacidos)
- 6) Las informaciones sobre las actividades del proyecto serán compartidas entre el personal de salud en Samaná y la SESPAS

El resultado 1: “Serán integrados con calidad los servicios de Salud Materno-Infantil en todas las UNAP y utilizados por los habitantes” se relaciona con todos los demás resultados. El mejoramiento de la gestión de las UNAP y del sistema de R/CR serán considerados como los medios para el resultado 1. La integración de las comunidades debe considerarse como un medio para el resultado 3 “mejoramiento de la gestión de las UNAP”. Compartir las informaciones del proyecto es mejor considerarlo como un medio para el fortalecimiento de las funciones de la DPS, más que la de las UNAP. En el marco lógico, los resultados se ordenan como los factores o áreas de actividad independiente lógicamente, sin embargo, se reconoce una clara relación de causa - efecto entre los resultados, por lo que se necesitaba el reordenamiento de relaciones lógicas del PDM.

#### 2) Relación lógica entre el objetivo del proyecto y los resultados

El objetivo del proyecto en el PDM original es “Los habitantes de la provincia de Samaná podrán recibir los servicios apropiados de la atención primaria a través de la UNAP; con énfasis en servicios preventivos y promoción de la salud”. En cambio, el resultado 1 es “Serán integrados con calidad los servicios de Salud Materno-Infantil en todas las UNAP (Control Pre/post natal y control de niños sanos, PAI) y utilizados por los habitantes”. La utilización de los servicios integrados ofrecidos por las UNAP no se considera como un medio para que los habitantes recibieran los servicios apropiados

de atención primaria por las UNAP. Es decir, ofrecimiento y utilización del servicio con calidad significa recibir los servicios apropiados, por lo tanto, se considera que el objetivo de proyecto y el resultado 1 se perciben como sinónimo. La razón de modificación está en este punto.

3) El camino del objetivo del proyecto hacia el objetivo superior

El objetivo del proyecto impacta positivamente al objetivo superior. El objetivo superior es “a través del mejoramiento del sistema público de atención primaria, las UNAP ofrecerán servicios preventivos de alta calidad a los usuarios”. En el objetivo superior, no menciona la cobertura geográfica, así que se entiende que la cobertura es el nivel nacional. Es decir, se supone que los resultados del proyecto impacten, de alguna manera, al mejoramiento de los servicios ofrecidos por las UNAP en el nivel nacional. Si el proyecto produce los resultados positivos, sin duda éstos influirán positivamente, no obstante, es obvio que el mejoramiento de las UNAP en el nivel nacional no se llevarán a cabo por el impacto de un solo proyecto. Considerando como tal lo arriba mencionado, es necesario contar con algunas condiciones o medios, además de los resultados generados por el proyecto en Samaná, los cuales se ubicarán como las condiciones externas del nivel de objetivo de proyecto en el PDM. En el área de las condiciones externas del PDM0, solo está escrito “La reforma de seguridad social será realizada en la forma como ha sido planificada” y “Aún luego de la reforma, la SESPAS mantendrá las funciones de elaboración de programas de Salud Comunitaria”, y no menciona los medios concretos (el camino para llegar al objetivo superior) los cuales explican cómo se utiliza o vinculan los resultados del proyecto en Samaná con el mejoramiento de funciones de las UNAP en el nivel nacional. Es necesario explicar claramente el camino o medio para llegar al objetivo superior utilizando las experiencias del proyecto en Samaná.

4) Aclaración del papel de la DPS

La DPS desempeña un papel muy importante en el mejoramiento de funciones de las UNAP. De hecho, gran parte de las actividades en el sitio del proyecto se relacionan en el mejoramiento de las funciones de la DPS. Sin embargo, no aparecen las actividades en relación con la DPS de manera coherente. Eso depende de la forma de ordenamiento, por lo tanto, no hay problema en el sentido de la relación lógica aunque no aparezca la DPS en el nivel de resultados estando en el nivel de actividad detallada. En realidad, sin embargo, se siente inconformidad por gran parte de los trabajos realizados en el proyecto para el mejoramiento de las funciones de la DPS. En este sentido, se esperaba describir las actividades hacia el mejoramiento de DPS en el PDM de la manera clara.

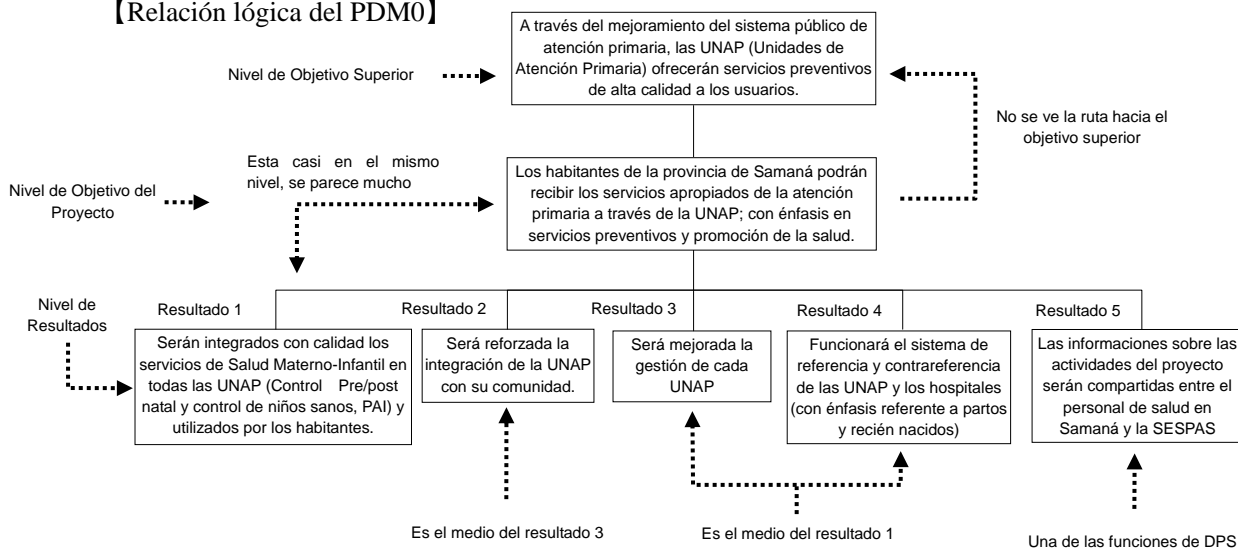
(2) Propuesta de la modificación del PDM

1) Ordenamiento de la relación lógica

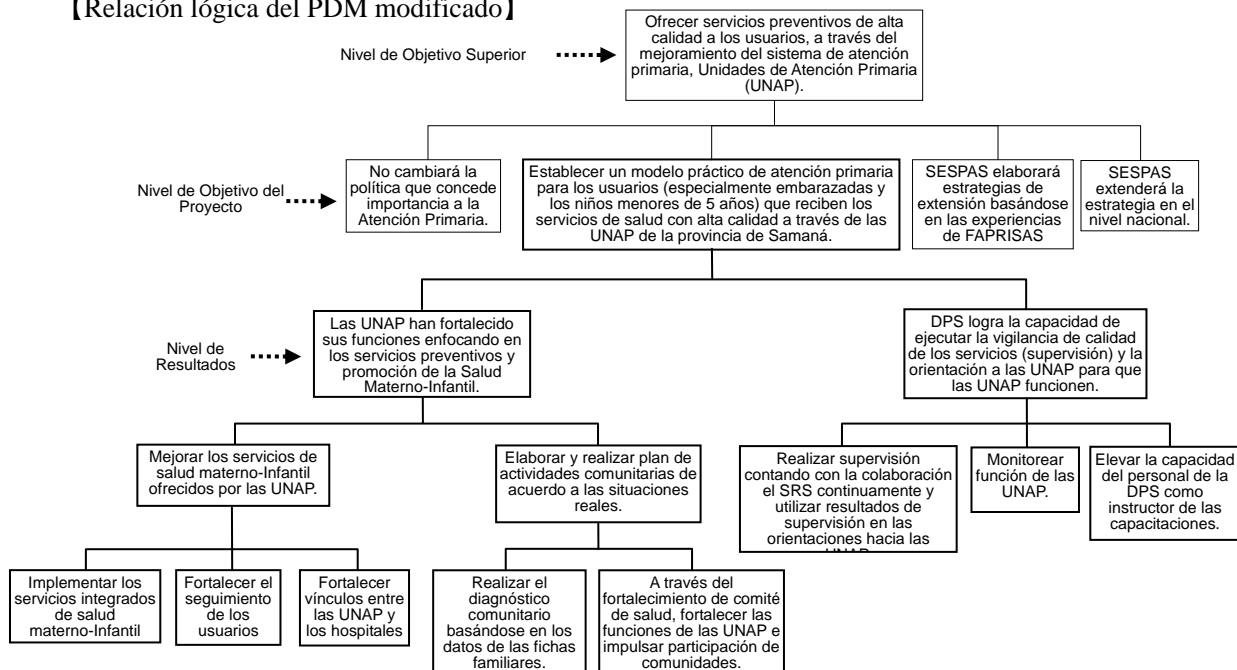
Como se ha mencionado al principio, existe la necesidad de reordenar la relación lógica por lo que

no se ha establecido dicha relación en el PDM0. A continuación se muestra el árbol de objetivos basado en el PDM0 y luego el árbol de problemas modificado.

**【Relación lógica del PDM0】**



**【Relación lógica del PDM modificado】**



## 2) Puntos de modificación en el nivel de objetivo del proyecto

### **【PDM0】**

“Los habitantes de la provincia de Samaná podrán recibir los servicios apropiados de la atención primaria a través de la UNAP; con énfasis en servicios preventivos y promoción de la salud.”

### **【PDM1 (PDM actual)】**

“Establecer un modelo práctico de atención primaria para los usuarios (especialmente embarazadas y los niños menores de 5 años) que reciben los servicios de salud con alta calidad a través de las UNAP de la provincia de Samaná.”

#### a. Establecimiento del modelo de atención primaria como el objetivo del proyecto

Razón de la modificación: Para que las experiencias del proyecto en Samaná sean utilizadas para fortalecimiento de la atención primaria de salud en el nivel nacional, es necesario analizar por qué ha logrado resultados positivos en Samaná y mostrar mecanismo de éxito, además de ofrecer los servicios en calidad en Samaná. Por dicha razón, se modificó el objetivo del proyecto en el establecimiento del modelo.

#### b. Restablecimiento de las condiciones externas

Razón de modificación: Las condiciones externas de nivel de objetivo de proyecto eran (1) La reforma de seguridad social será realizada en la forma como ha sido planificada, y (2) Aún luego de la reforma, la SESPAS mantendrá las funciones de elaboración de programas de Salud Comunitaria. En cuanto a la primera condición externa, el proyecto está basado en la política nacional de salud e impulsa la reforma del sector de salud, por lo que no sería una condición externa. Las condiciones externas del nivel del objetivo de proyecto tienen que ser algunas condiciones que sean un medio para llegar al objetivo superior excepto el objetivo del proyecto. En concreto, las condiciones externas serán los medios en los cuales se utilizan los resultados del proyecto en Samaná para realizar el objetivo superior. Por lo tanto, se establecieron tres condiciones externas las cuales son: (1) SESPAS elaborará la estrategia de extensión basándose en las experiencias de FAPRISAS, (2) SESPAS extenderá la estrategia a nivel nacional, y (3) SESPAS mantendrá la política que concede importancia a la Atención Primaria. Se eliminó la segunda condición externa del PDM2 por no ser adecuada.

## 3) Puntos de modificación en el nivel de resultados

### a. Se establecieron dos resultados: “Fortalecimiento de las UNAP” y “Fortalecimiento de la DPS”

Como se ha mencionado anteriormente, existen discrepancias de la relación lógica en el PDM0. Por tal razón, trasladó algunos ex-resultados que corresponden al nivel de las actividades en lugares más

coherentes. Por otro lado, se ordenó en los dos resultados considerando los tipos de las actividades reales en las cuales se pueden clasificar en el fortalecimiento de las UNAP y de la DPS.

b. Se indicó “la participación comunitaria” claramente

La República Dominicana es uno de los países que recibe mayor influencia del movimiento político dentro de América Latina. En el momento del cambio del gobierno, se cambia el personal hasta el operativo. Pensando en el caso del proyecto, cambia no solamente el personal de la DPS sino hasta el nivel de las UNAP. Para mantener los logros del proyecto aun después del cambio del gobierno, es indispensable involucrar el nivel de las comunidades el cual tiene menos impacto del cambio. Por tal razón, se incluyó la participación comunitaria en el PDM señalando la importancia de la misma.

c. Restablecimiento de las condiciones exteriores del nivel de resultados

Las condiciones exteriores del PDM0 eran (1) más de 80% de las personas capacitadas permanecerán en la DPS, (2) El reclutamiento de voluntarios y expertos japoneses será implementado sin interrupción, y (3) La SESPAS asignará los médicos asistentes a todas las UNAP. Se restableció dicha condición en (1) Las personas capacitadas que recibieron las transferencias técnicas no serán removidas de sus cargos por influencia de movimientos políticos, (2) SESPAS mantendrá la política que concede importancia a la Atención Primaria, y (3) El Servicio Regional de Salud (SRS) funcionará según el Modelo de Red de Servicios de Salud. La primera condición de ambas son casi lo mismo, solo especificando la expresión. La segunda condición externa del PDM0 fue eliminada por lo que la posibilidad de ausencia de experto se bajó por cambiar el tipo de contrato de expertos japoneses. Al igual que lo anterior, se eliminó la tercera condición del PDM0 por lo que ya están asignados los médicos por la SESPAS. En cuanto a la segunda condición externa del PDM actual, la agregó ya que el cambio de la política impacta grandemente en el alcance del objetivo del proyecto y no se puede controlar por el lado del proyecto. Con respecto a la tercera condición externa del PDM actual fue agregada. Por la consecuencia de la “separación de funciones” de la DPS al SRS, varias funciones que realizaba la DPS pasarán a la mano del SRS tales como: asignación del personal, distribución de los insumos, etc., por lo que la función del SRS influye fuertemente en la función de las UNAP. Sin embargo, el SRS no es la instancia contraparte y, por ende, es difícil de controlar desde el lado del proyecto.



## 8. Registros de la celebración de CCC

- (1) Celebración de la Primera Reunión del C C C (23 de febrero de 2006)
  - Palabras con motivo del inicio del Proyecto por parte de la JICA en la República Dominicana (Director de JICA)
  - Explicación de la política de la ejecución del Proyecto
  - Informe del resultado del estudio de la situación real
  - Explicación del plan de actividades del siguiente año fiscal
  
- (2) Celebración de la Segunda Reunión de CCC (1 de marzo de 2007)
  - Informe de avance del Proyecto
  - Análisis y tareas pendientes del resultado de las actividades
  - Análisis y explicación referente al marco del Proyecto
  - Explicación del plan de actividades del siguiente año fiscal
  
- (3) Celebración de la Tercera Reunión de CCC (7 de febrero de 2008)
  - Informe de avance del Proyecto (presentaciones de los encargados de cada campo)
  - Análisis de las tareas pendientes de la ejecución de las actividades del Proyecto
  - Explicación de las actividades del siguiente año fiscal
  
- (4) Celebración de la Cuarta Reunión de CCC (13 de noviembre de 2008)
  - Informe de avance del Proyecto (presentación de los encargados de cada campo)
  - Explicación de las actividades del siguiente año fiscal
  
- (5) Celebración de la Quinta Reunión de CCC (23 de septiembre de 2009)
  - Celebración conjunta de la Reunión de CCC y el Seminario de la Conclusión
  - Sumario del Proyecto, Explicación y reporte de los resultado de las actividades
  - Palabras por parte del Subsecretario sobre la orientación de las acciones subsiguientes

Tabla de las Actividades Realizadas

Plan de operación		Ejecución					Responsable	situación actual de proyecto		Objetivo final	Avance (%)	Nota
Actividades		1er año 2004.10-2005.9	2do año 2005.10-2006.9	3er año 2006.10-2007.9	4to año 2007.10-2008.9	5to año 2008.10-2009.9		Actividades Realizadas	Resultados			
1-1 Mejorar los servicios de salud materno-Infantil ofrecidos por las UNAP	<p>1-1-1 Implementar los servicios integrados de salud materno-Infantil</p> <p>•Curso para el personal involucrado</p> <p>•Implementación del uso de la libreta materno infantil ( ver. Piloto 5. 2007, 1ra versión, 12. 2007)</p> <p>•Seguimiento</p> <p>•Curso de capacitación en tercer país ( México)</p>						<p>Satoko Ishiga Shoko Saito (Sub, 1er ano)</p> <p>CP Dra. De Peña Dra. Dickson</p>	<p>•Se facilitaron los equipos basicos a todos las UNAPs(Ref. lista de inventario ) (2004)</p> <p>•Se impartieron los siguientes cursos: Atencion Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a 12 medicos de UNAP y 16 enfermeras auxiliares (2005), Refuerzo de AIEPI a los medicos y enfermeras incluyendo personal nuevo (2006), Elaboracion de material de promocion a 16 enfermeras (2005), Vacuna a 16 enfermeras (2005), Refuerzo del curso de vacuna (2006), Materno infantil a 19 enfermeras (2006), Refuerzo de materno infantil (2007,2008,2009), Seguimiento del curso de materno infantil, (2 veces) y sigue dando cada mes en supervision desde 2007</p> <p>•Realización de estudio para evaluar las necesidades relacionadas a la libreta materno infantil (2007)</p> <p>•Orientación del llenado de consulta y chequeo a todas las UNAPs (2005)</p> <p>•Relización de un evento de promoción (Concurso Madre y Bebé mas Saludable) para el lanzamiento de la libreta (2007)</p> <p>•Se impartió el curso para la implementación de la libreta piloto en un hospital y 8 UNAPs (2007)</p> <p>•Evaluación del resultado de la implementacion de la libreta piloto y elaboraci3n de la version final, la cual fue distribuida a 3,000 madres</p> <p>•Se impartió el curso sobre el uso de la libreta en 4 hospitales y 16 UNAPs (2007)</p> <p>•Realización de la investigacion sobre el uso de la libreta (2008,2009)</p> <p>•Revisión de la libreta según los cambios del Reglamento de Materno Infantil de la SESPAS (2009)</p> <p>•Se impartió el curso de la libreta revisada en 4 hospitales y 16 UNAPs (2009)</p> <p>•Se impartió el curso de promocion de salud comunitaria en México a 1 enfermera de DPS y 4 enfermeras auxiliares de UNAPs (2008)</p> <p>•Las participantes del curso en México realizaron el curso de promocion de salud comunitaria (2008)</p> <p>•Se impartió el curso de promoción utilizando la parte educativa de la libreta a 5 UNAPs (2007)</p> <p>•El curso de la libreta materno infantil</p>	<p>•Todas UNAPs tienen equipos y condiciones necesarios para el servicio basico de materno infantil (Actualmente el mantenimiento de los equipos es responsabilidad de SRS)</p> <p>•Todas UNAPs tienen capacidades para ofrecer el servicio de vacuna y 13 UNAPs fueron calificadas por SESPAS para dar vacunas (2005)</p> <p>•Todos los medicos y enfermeras auxiliares estan capacitados para dar los servicios del chequeo de embarazadas y bebes</p> <p>•Todas UNAPs tienen capacidades para dar servicios integrados de materno infantil</p> <p>•Todas UNAPs usan los formularios de llenado de consulta y chequeo segun los reglamentos</p> <p>•Las 3000 madres tienen las libretas materno infantil y las usan para chequeos regulares. El llenado de la libreta por los medicos de hospitales esta debil mientras lo de UNAPs esta bien</p> <p>•Los medicos y enfermeras aprendieron rapidamente el nuevo reglamento de materno infantil de SESPAS por el medio de la libreta (Generalmente tarda mucho en llegar este tipo de cambio asi que puede asumir que eso fue el resultado del uso de la nueva libreta que refleja el nuevo reglamento )</p> <p>•Las participantes del curso en mexico organizo y realizo un curso para las enfermeras auxiliares que no fueron a mexico</p> <p>•Realizaron las actividades planeados en el curso de la promocion de salud comunitaria por cada UNAP</p> <p><u>Materiales elaborados por proyecto</u></p> <p>•El manual y materiales de materno infantil para las enfermeras auxiliares</p> <p>•El material para la evaluacion de capacidad de enfermeras auxiliares</p> <p>•El manual de la libreta materno infantil para el personal del centro de salud</p> <p>•El formulario de consulta y chequeo de materno infantil</p> <p>•La libreta materno infantil</p> <p>•El manual de la libreta materno infantil para los promotores</p>	<p>1)Todas las clínicas de vacuna serían calificadas como puesto de vacuna por SESPAS.</p> <p>2)El 90% de los bebés menores de 1 año serían vacunados</p> <p>3)El 95% de las embarazadas irían a los chequeos regulares</p> <p>4)El 85% de las paridas irían para el chequeo</p> <p>5)Todas las UNAPs implementarían los servicios integrados</p> <p>6)Aumentaría el uso de las UNAPs</p> <p>•El 40% de las embarazadas usarían las UNAPs para los chequeos regulares</p> <p>•El 40% de las puésperas usarían las UNAPs para los chequeos regulares</p> <p>•El 70% de los bebés irían a la UNAPs para vacunas</p> <p>7)Mejoraría el llenado de chequeo y consulta</p>	<p>1) 85%</p> <p>2) 96%</p> <p>3) 95.7%</p> <p>4) 84.3%</p> <p>5) 100%</p> <p>6) 41.8%</p> <p>•65.1%</p> <p>•88.5%</p> <p>7) •Todas UNAPs registra las consulta y chequeo. •Aun hay puntos para mejorar en el registro</p>	<p>1)Desde el 2006, SESPAS ha parado el proceso de calificaci3n de puestos de vacuna</p>
	1-1-2 Fortalecer el seguimiento de los usuarios						<p>Shoko Saito CP Dr. Oleo</p>	<p>•Elaboraci3n del libro de consulta y se enseño el método de su uso a los médicos de UNAPs</p> <p>•Se implementó el sistema de tarjeta de vacuna, consulta de bebé y embarazada y se dio orientaci3n del uso del sistema a las enfermeras auxiliares de UNAPs</p> <p>•Investigaci3n del uso del sistema de tarjeta cada mes durante la supervisi3n</p>	<p>•Todas UNAPs utilizan el libro de consulta</p> <p>•Todas UNAPs utilizan el sistema de tarjeta</p> <p>•Ha monitoreado y capacitado durante la supervisi3n mensual desde el fin de 2006</p> <p><u>Materiales elaborados por proyecto</u></p> <p>•El libro de consulta</p> <p>•La tarjeta</p>	<p>1)Todas las UNAPs utilizarían correctamente el libro y darían seguimiento</p> <p>2)Todas las UNAPs utilizarían el sistema de tarjeta correctamente y darían seguimiento de vacuna, chequeo de bebé y embarazada</p>	<p>1)Libro de consulta 80%</p> <p>2)Sistema de tarjeta 90% (la tarjeta de embarazada 20%)</p>	<p>•Cada vez que hay cambio de medico, el uso disminuye y tarda para comenzar a usarlo correctamente</p> <p>•Las enfermeras no reciben datos para llenar la tarjeta del medico que realiza el chequeo</p>
	1-1-3 Fortalecer vínculos entre las UNAP y los hospitales						<p>Shoko Saito Satoko Ishiga (2008)</p> <p>CP Dra. García</p>	<p>•Elaboraci3n y distribuci3n de folletos para orientar a las embarazadas y sobre el uso de referencia y contrarreferencia en los hospitales y UNAPs (2005)</p> <p>•Se impartió el curso de referencia y contrarreferencia en 4 hospitales y todas UNAPs (2005)</p> <p>•Se facilitaron los equipos para análisis en 4 hospitales de JICA (2005)</p> <p>•Orientaci3n del sistema de referencia de analisis a 4 hospitales y todas UNAPs (2006)</p> <p>•Reunion de análisis de problema sobre referencia y contrarreferencia en 4 hospitales y todas UNAPs (2007)</p> <p>•Revisión y distribuci3n del formulario de referencia y contrarreferencia de SESPAS (2007)</p> <p>•Elaboraci3n y distribuci3n de la guía de referencia y contrarreferencia a directores, medicos y enfermeras de hospitales y UNAPs (2008)</p> <p>•Se ha investigado el numero de casos de referencia y contrarreferencia durante la supervisi3n desde 2007</p> <p>•Convocatoria a reuniones de redes de servicios de salud 3 veces al año para analizar el resultado de la suvervisi3n para resolver los problemas de servicio de salud (2007-2009 )</p> <p>•Apoyó a SRS que tome la iniciativa en la reunion de rede de servicio (2009)</p>	<p>•El sistema de referencia y contrarreferencia funciona en los 4 redes de servicio (Hosp. Samaná+8UNAP, Hosp. Sánchez+5UNAP, Hosp. Las Terrenas+1UNAP, Hosp. El Lim3n+2UNAP)</p> <p>•Los equipos de 4 hospitales funcionan aunque había momentos que el problema de corriente inestable los dañaba. SRS ha mantenido los equipos últimamente. Hay veces el laboratorio no tiene materiales insumos</p> <p>•Todas UNAPs ofrecen el servicio de toma de muestra de análisis cobrando los pacientes el costo de transporte de muestra mientras la realizaci3n del análisis depende al lab. de hospitales</p> <p>•El procedimiento de referencia y contrarreferencia esta claro y ha aumentado los casos de referencia pero aun faltan la cooperaci3n de hospitales y promoci3n a la comunidad.</p>	<p>1)Los datos de parto llegarían a las UNAPs y las paridas y bebés acudirían a las UNAPs (90% 5to ano)</p> <p>2)El resultado de análisis llegaría a la UNAP en una semana (90% 5to ano)</p> <p>3)Aumentaría el numero de referencia y contrarreferencia (50% 5to ano)</p>	<p>1)80% en Feb, 2009</p> <p>2)84% en 2008</p> <p>3)8.1% en 2008</p>	<p>3) En la ciudad, no hay UNAP y la gente acude al hospital. También hay resistencia de parte de los médicos al sistema de referencia y contrarreferencia. Aun así, el numero ha aumentado 4 veces desde el 2003</p>
1-2 Elaborar y realizar plan de actividades comunitarias de acuerdo a las situaciones reales.	<p>1-2-1 Realizar el diagnóstico comunitario basándose en los datos de las fichas familiares</p> <p>•Entrenamientos</p> <p>•Ficha familiar</p> <p>•Seguimiento de actividades comunitarias</p> <p>•Curso de entrenamiento en tercer país ( México)</p>						<p>Shoko Saito Satoko Ishiga(2008)</p> <p>CP Dr. Oleo Dra. García</p>	<p>•Se impartieron las capacitaciones de fichas familiares a 15 UNAPs (60 per) (2005)</p> <p>•Apoyo a las UNAPs en la realizacion de coleccion de datos para ficha familiar y elaboracion de mapa de comunidad (2005-06)</p> <p>•Se impartió curso de estadística basica a los medicos y enfermeras de UNAPs (2006)</p> <p>•Elaboraci3n de la guía de ficha familiar junto con 2 medicos del proyecto y 3 medicos de UNAPs (2006)</p> <p>•Se impartió un curso de recoleccion de datos para ficha familiar a los medicos y enfermeras de UNAPs (2007,2008,2009)</p> <p>•Apoyo para la recoleccion de datos de la ficha familiar anualmente (2007,2008,2009)</p> <p>•Envío de 5 personas a México para un curso de diagnóstico comunitario (2007)</p> <p>•Se impartió el curso de diagnóstico comunitario organizado por los participantes del curso de México (2007)</p> <p>•Se ha dado seguimiento del curso cada 6 meses (2008,2009)</p> <p>•Recoleccion de datos de ficha familiar y el análisis de datos (2009)</p> <p>•Planificaci3n de actividades comunitarias segun el resultado del análisis (2009)</p>	<p>•Los medicos, enfermeras y comite de salud de UNAPs recibieron el curso de ficha familiar</p> <p>•Todos UNAPs realizaron la coleccion de datos y elaboraron el mapa comunitario</p> <p>•Impartió el curso de estadística basica a los medicos y enfermeras de UNAPs</p> <p>•Elaboro el guia de ficha familiar junto con 2 medicos de proyecto y 3 medicos de UNAPs</p> <p>•Impartió el curso de recoleccion de datos para ficha familiar a los medicos y enfermeras de UNAPs</p> <p>•Ha apoyado la recoleccion de dato de ficha familiar anualmente</p> <p>•Mando 5 personas a Mexico para un curso de diagnostico comunitario</p> <p>•Impartió el curso de diagnostico comunitario organizado por los participantes del curso de Mexico</p> <p>•Ha dado el seguimiento del curso cada 6 meses</p> <p><u>Materiales elaborados por proyecto</u></p> <p>•El manual, formularios y materiales didacticas de ficha familiar</p> <p>•El manual de estadístico basico</p> <p>•El manual de diagnóstico comunitario</p>	<p>1)Todas las UNAPs realizarían la recolecci3n de datos todos los años</p> <p>2)El 80% de UNAPs planificarían las actividades de salud comunitarias y se las realizarían</p>	<p>1) 100% hasta el 2008</p> <p>2) 75%</p>	<p>1) en proceso</p> <p>2) en proceso</p>

	1-2-2 A través del fortalecimiento de comité de salud, fortalecer las funciones de las UNAP e impulsar participación comunitaria						Akiya Seko Tomoko Watanabe Shoko Saito(1er ano)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asesoría para formar los comités de salud de UNAPs</li> <li>Realización de la reunión de comité de salud cada 3 meses (2005- )</li> <li>Se impartió el curso de análisis de problema del comité de salud (2006)</li> <li>Realización de curso de liderazgo para los miembros de los comités de salud (2007)</li> <li>Seguimiento a las actividades de comité de salud</li> <li>Realización de actividades para fortalecimiento de comité de salud (2008)</li> <li>Asesoría para la evaluación de UNAP (2007-08)</li> <li>Realización de chequeo de apertura de UNAP por el comité de salud (2007-)</li> <li>Reunión de intercambio de comité de salud (2005 , 2008-)</li> <li>Evaluación de la situación de cada comité de salud (2008)</li> <li>Reunión del comité de salud y los médicos de las UNAPs (2007,2008)</li> <li>Reunión de comité de salud</li> <li>Conferencia de comité de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De los 18 comité de salud, los 13 funcionan (tienen actividades planificadas y las realizan)</li> <li>Todos los líderes de comité de salud recibieron el curso de diagnóstico comunitario y de liderazgo</li> <li>El comité conjunto fue fundado por la iniciativa de comité de salud</li> <li>Ha mejorado la relación entre UNAP y comité de salud por realización de las actividades comunitarias</li> <li>Algunas de comité de salud están tomando la experiencia de otros en la reunión para aplicar a su comunidad</li> <li>Perdieron la motivación de realizar el chequeo de apertura porque SRS no utiliza el resultado del chequeo. Hubo cambio en personal de SRS y decidieron a comenzar el chequeo de nuevo desde marzo de 2009</li> </ul> <p><u>Materiales elaborados por proyecto</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El manual de comité de salud</li> <li>El manual de chequeo de apertura de UNAP y varios formularios</li> </ul>	<p>1)El 80% de los comités de salud funcionarían</p> <p>2)El 70% de los comités de salud establecerían los objetivos fijos</p> <p>3)El 50% de los comités de salud tendrían las actividades relacionadas a salud</p>	<p>1) 72% feb. 2009</p> <p>3) 75%</p>	
Prospectiva de auto-gestión	<p>1-1-1 : Aún hay falta de iniciativa entre el personal de las UNAPs. Es necesario dar seguimientos y capacitación regularmente</p> <p>1-1-2 : Es necesario dar orientación cada vez que cambien los médicos, también es necesario dar seguimiento durante la supervisión</p> <p>1-1-3 : Continuar la supervisión regularmente para saber la situación de la UNAP y los hospitales para dar seguimiento</p> <p>1-2-1 : El SRS debe apoyar para realizar la recolección de datos, seguimiento y planificación de actividades</p> <p>1-2-2 : Falta sistema de DPS para apoyar las actividades de comité de salud y también la capacidad del comité conjunto para negociar con SRS y DPS. Ahora las actividades del comité conjunto dependen solamente del líder y falta que involucren los miembros más activamente</p> <p>La mayoría de las condiciones mencionadas arriba serían responsabilidades del SRS, y necesita capacitar al personal del SRS. El SRS tiene pocos recursos humanos así que es importante la cooperación entre la DPS y el SRS</p>											
2-1 Realizar la vigilancia de la calidad de los servicios (supervisión) contando con la colaboración del SRS de manera continua y utilizar resultados de la vigilancia en las orientaciones hacia las UNAP.							Shoko Saito Satoko Ishiga(2008)  CP Dr. Oleo  Director de DPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición de las funciones de las UNAPs y se establecieron los puntos para la supervisión junto con la DPS</li> <li>Elaboración del formulario de supervisión en base a los puntos establecidos (2006)</li> <li>Se impartió el curso de método de supervisión a DPS (2006)</li> <li>Elaboración del manual de supervisión junto con DPS (2006)</li> <li>Creación de la base de datos para el resultado de la supervisión (2007)</li> <li>Se han dado asesorías en supervisión mensual (2006-)</li> <li>Revisión del manual de supervisión (2008)</li> <li>Asesoría a la DPS y el SRS en la realización de supervisión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los personales de DPS recibieron el curso y participan a supervisión mensualmente</li> <li>Con el apoyo de proyecto, DPS realiza la preparación, realización y análisis de resultado de supervisión cada mes</li> <li>Todas UNAP reciben la retroalimentación de supervisión</li> <li>SESPAS utilizó la supervisión de Samaná para capacitar a otras DPSs y también el manual de supervisión. El manual está en revisión actualmente</li> </ul> <p><u>Materiales elaborados por proyecto</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El manual de supervisión</li> <li>El formulario de supervisión</li> <li>El base de datos del resultado de supervisión</li> </ul>	<p>1) Al terminar el proyecto, DPS realizaría la supervisión más de 10 veces al año (80%)</p>	<p>1) 100%</p>	
2-2 Monitorear función de las UNAP							Shoko Saito Satoko Ishiga(2008)  CP Dr. Oleo  Director de DPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estabilización de criterios de evaluación de la UNAP y su utilización para la supervisión (2006-)</li> <li>Utilización por parte de la DPS del resultado de la supervisión para monitorear la situación de las UNAPs (2007-)</li> <li>Orientación sobre cómo clasificar los problemas por responsables (SRS,DPS,UNAP ) (2007-)</li> <li>Informar el resultado de la supervisión al SRS y aclarar las responsabilidades de SRS (2007-)</li> <li>Se impartió el curso de análisis de resultado de supervisión a los personales de DPS (2008)</li> <li>Apoyó a DPS y SRS en organización y análisis del resultado de monitoreo (2009)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saca los puntos del resultado de supervisión. cuando es más de 70% lo considera que está funcionando y monitorea las UNAPs según los puntos</li> <li>Analiza las UNAPs que bajaron de puntos</li> <li>Define los puntos de mejora y responsables por UNAP y comparte esa información entre DPS, SRS y las UNAPs en la reunión de monitoreo</li> <li>Las UNAPs y DPS hacen esfuerzo para mejorar según sus responsabilidades</li> </ul> <p><u>Materiales elaborados por proyecto</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El formulario de los problemas de UNAP y del resultado de supervisión</li> </ul>	<p>1) Al terminar el proyecto, los problemas no resueltos serían menos de 5 excepto los problemas de SRS</p>	<p>1) 3.9 problemas por UNAP (ene. 2009)</p>	<p>5.6 (promedio) may. 2007</p> <p>4.6 (promedio) ene. 2008</p>
2-3 Elevar la capacidad del personal de DPS como instructor de las capacitaciones							Shoko Saito Satoko Ishiga Akiya Seko Tomoko Watanabe Noriaki Suzuki	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se han impartido los cursos para capacitar al personal de la DPS y del proyecto(2006-)</li> <li>Elaboración del formulario para evaluar la capacidad del personal de la DPS (2009)</li> <li>Elaboración del formulario de evaluación de DPS (2009)</li> <li>Curso de computadora y análisis de datos (2009)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por el medio de los cursos impartidos durante el proyecto, DPS aprendió el proceso de las actividades pero les falta la capacidad del manejo de computadora.</li> <li>La evaluación de DPS será ejecutada en el 2009</li> </ul>	<p>1) Al terminar el proyecto, el resultado de evaluación de DPS sería más de 70%</p> <p>2) Las personales de DPS estarían capacitadas todos los procesos para realizar cursos y supervisión</p>	<p>2009</p>	
Prospectiva de auto-gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por el momento, la directora actual de la DPS le da importancia a la supervisión y lo más probable es que continúe la supervisión, pero por el largo plazo es necesario el apoyo de la SESPAS junto con el SRS. Impartiremos un curso de computadora para el análisis de resultado de supervisión porque hasta ahora solo el personal del proyecto tiene capacidad para hacerlo.</li> <li>Por la misma razón mencionada, no pueden elaborar o modificar los materiales nuevos en la computadora mientras son capaces de impartir los cursos utilizando los materiales existentes</li> </ul>											