

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



TRABAJO DE GRADO:

**“FACTORES DETERMINANTES EN EL PARTO DOMICILIAR EN MUJERES DEL
CANTÓN LAS PALMERAS EN EL MUNICIPIO DE TACUBA, AHUACHAPÁN EN
EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2017”**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

PRESENTADO POR:

**MORALES LEMUS, DAVID EDUARDO
MORÁN EGUIZÁBAL, ADOLFO FRANCISCO
SALVIN ROMÁN, BRAYAN ALEXANDER**

DOCENTE DIRECTOR:

DRA. KATTYA ELIZABETH CIENFUEGOS IBARRA

OCTUBRE, 2018

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES CENTRALES



M. Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. MANUEL DE JESUS JOYA ABREGO

VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVARADO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

SECRETARIO GENERAL

M. Sc. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

DECANO

M. Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

VICE-DECANO

M. Sc. DAVID ALFONSO MATA ALDANA

SECRETARIO DE LA FACULTAD

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AGRADECIMIENTOS

*A **Dios Todopoderoso** por el tiempo, la Sabiduría y las Bendiciones recibidas durante toda la carrera de Doctorado en Medicina, a los **Doctores y Masters** por colaborar en nuestra formación profesional, en nuestra Alma Mater, a **Nuestra Asesora** por su guía y comprensión, a **la Universidad de El Salvador Facultad Multidisciplinaria de Occidente** por darnos la oportunidad de superación, y formarnos de la mejor manera posible, y a nuestros **Padres** por su apoyo y cariño.*

Morales Lemus, David Eduardo
Morán Eguizábal, Adolfo Francisco
Salvin Román, Brayan Alexander

INTRODUCCIÓN.

En esta investigación, se estudian los factores determinantes que influyen en las altas tasas de parto domiciliar en las mujeres del cantón las Palmeras del municipio de Tacuba, con el objetivo de concientizar a la población de los riesgos que implica el parto domiciliar y sus complicaciones. Además se pretende incentivar a las mujeres y en especial a las embarazadas a que acudan a los centros de Salud de manera oportuna y así disminuir la morbi-mortalidad materno infantil de esta región del país.

En el cantón las Palmeras del municipio de Tacuba, se registraron para el año 2017 11 partos domiciliarios, por lo que la investigación a través de la realización de entrevistas a estas mujeres que realizaron su parto domiciliar, pretende obtener información de cuáles son los factores que predisponen a obviar los servicios de salud hospitalarios, ya que siendo zonas rurales con estratos socio-económicos bajos, cultura equívoca para su salud, de difícil acceso geográfico a servicios de salud, con cobertura educacional baja, embarazo adolescente e incluso el trato dado en hospitales a embarazadas, incrementan la preferencia por el parto domiciliar y a su vez, son barreras para la atención del parto institucional.

Identificando las circunstancias que motivaron a estas mujeres llevar a cabo el parto domiciliar, permite realizar un análisis de las deficiencias institucionales y comunitarias en salud; y a su vez, brinda un enfoque de la realidad que se vive en el municipio de Tacuba. Ante esta situación se recomienda fortalecer los programas educativos enfatizados en la calidad e injerencia de los mismos, además de promover la accesibilidad en salud, insistiendo siempre en la incansable búsqueda de la justicia social equilibrada, e indiscriminada para todos los salvadoreños sin importar sus diferencias.

ÍNDICE

Introducción.....	v
Resumen.....	10
1. Justificación.....	11
2. Antecedentes.....	12
3. Planteamiento del problema.....	16
4. Objetivos.....	18
4.1 Objetivo general.....	18
4.2 Objetivos específicos.....	18
5. Capítulo i marco teórico.....	20
5.1 Marco histórico.....	20
6.2 Factores que contribuyen a la decisión por el parto domiciliario.....	24
6.2.1 Aspectos geográficos.....	24
6.2.2 Aspectos socioeconómicos.....	27
6.2.3 Aspectos culturales.....	29
6.2.4 Otros aspectos condicionantes del parto domiciliario.....	31
6.3 Complicaciones del parto domiciliario.....	32
6.4 Conceptos.....	36
7. Capítulo ii diseño metodológico.....	39
7.1 Tipo de estudio.....	39
7.2 Periodo de investigación.....	39
7.3 Universo.....	39
7.4 Población.....	40
7.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	40
7.6 Operacionalización de variables.....	41
7.7 Técnica de recolección de datos.....	42
8. Capítulo iii procesamiento y análisis de la información.....	44
8.1 Plan de análisis:.....	44
8.2 Resultados obtenidos:.....	44
9. Capítulo iv discusión de resultados.....	72

10. Conclusiones.....	80
11. Recomendaciones.....	81
12. Bibliografía:.....	83
13. Anexos.....	86
13.1 Anexo a.....	86
13.2 Anexo b.....	87
13.3 Anexo c.....	88
13.4 Anexo d.....	89
13.5 Anexo e.....	90
13.6 Anexo f.....	91
13.7 Anexo g.....	92
13.8 Anexo h.....	93
13.9 Anexo i.....	94
13.10 Anexo j.....	95
13.11 Anexo k.....	96
13.12 Anexo l.....	97
13.13 Anexo m.....	98
13.14 Anexo n.....	99
13.15 Anexo o.....	104
13.16 Anexo p.....	105
13.17 Anexo q.....	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad de la entrevistada.	45
Tabla 2: Estado civil de la entrevistada.	46
Tabla 3: Paridad de la entrevistada.	47
Tabla 4: Estado actual de la entrevistada.	48
Tabla 5: Escolaridad de la entrevistada.	49
Tabla 6: Religión de la entrevistada.	50
Tabla 7: En sus embarazos previos ¿Dónde ha verificado el parto?.....	51
Tabla 8: Si su parto fue domiciliar ¿Quién atendió su parto?.	52
Tabla 9: Si el parto fue en casa ¿Cuál fue el motivo de su parto domiciliar?.....	53
Tabla 10: Si deseara quedar embarazada ¿Cuál sería el lugar del próximo parto?.....	55
Tabla 11: Si la respuesta es domiciliar. ¿Qué la motivó a tomar esa decisión?.....	56
Tabla 12: Si la respuesta es intrahospitalaria. ¿Qué la motivó a tomar esa decisión?.....	58
Tabla 13: Ocupación de la entrevistada.	59
Tabla 14: Ocupación del cónyuge de la entrevistada.....	60
Tabla 15: ¿Cuánto es su nivel de ingreso familiar diario?.....	61
Tabla 16: Costo del transporte privado al hospital.....	62
Tabla 17: ¿Recibe algún tipo de ayuda de algún familiar?.....	63
Tabla 18: Si usted decide por un parto hospitalario ¿cuál sería su medio de transporte?.....	64
Tabla 19: ¿Conoce la casa de espera materna?.	65
Tabla 20: ¿Dentro de su plan de parto consideraría la casa de espera materna?.....	66
Tabla 21: ¿Qué motivos la llevan a no optar por la casa de espera materna?.....	67
Tabla 22: Distancia hasta el centro de salud más cercano.	68
Tabla 23: Tiempo estimado para llegar al centro de salud más cercano.	69
Tabla 24: Si ha tenido parto domiciliar ¿Ha tenido alguna complicación?.....	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1: Edad de la entrevistada.	45
Gráfico 2: Estado civil de la entrevistada.	46
Gráfico 3: Paridad de la entrevistada.	47
Gráfico 4: Estado actual de la entrevistada.	48
Gráfico 5: Escolaridad de la entrevistada.	49
Gráfico 6: Religión de la entrevistada.	50
Gráfico 7: En sus embarazos previos ¿Dónde ha verificado el parto?.....	51
Gráfico 8: Si su parto fue domiciliar ¿Quién atendió su parto?.	52
Gráfico 9: Si el parto fue en casa ¿Cuál fue el motivo de su parto domiciliar?.	54
Gráfico 10: Si deseara quedar embarazada ¿Cuál sería el lugar del próximo parto?.	55
Gráfico 11: Si la respuesta es domiciliar. ¿Qué la motivó a tomar esa decisión?.	57
Gráfico 12: Si la respuesta es intrahospitalaria. ¿Qué la motivó a tomar esa decisión?.....	58
Gráfico 13: Ocupación de la entrevistada.	59
Gráfico 14: Ocupación del cónyuge de la entrevistada.....	60
Gráfico 15: ¿Cuánto es su nivel de ingreso familiar diario?.....	61
Gráfico 16: Costo del transporte privado al hospital.....	62
Gráfico 17: ¿Recibe algún tipo de ayuda de algún familiar?.....	63
Gráfico 18: Si usted decide por un parto hospitalario ¿cuál sería su medio de transporte?...	64
Gráfico 19: ¿Conoce la casa de espera materna?.	65
Gráfico 20: ¿Dentro de su plan de parto consideraría la casa de espera materna?.....	66
Gráfico 21: ¿Qué motivos la llevan a no optar por la casa de espera materna?.	67
Gráfico 22: Distancia hasta el centro de salud más cercano.	68
Gráfico 23: Tiempo estimado para llegar al centro de salud más cercano.	69
Gráfico 24: Si ha tenido parto domiciliar ¿Ha tenido alguna complicación?.....	70

RESUMEN.

Se hizo un abordaje de los factores determinantes del parto domiciliario en el Cantón Las Palmeras del municipio de Tacuba, particularmente enfocándose en el caserío el coco donde históricamente se han presentado la mayoría de partos domiciliarios y extra hospitalarios, ya que solo en el año 2016 hubieron 14 partos domiciliarios, y en el año 2017 donde enmarcamos nuestra investigación hubo un total de 11 partos domiciliarios, donde el rango de edad más frecuente fue entre los 15 a los 25 años de edad. A pesar de las intensas actividades de promoción por parte de la UCSF Básica adscrita a dicho territorio, la mayoría de estas mujeres son multíparas a pesar de la corta edad de estas, y a pesar de las múltiples Iglesias en el territorio la mayoría no opta por casarse, sino que forman una unión libre, quizá debido a que la mayoría de la población solo presenta un nivel de estudio básico, incluso nulo en muchas ocasiones.

Cabe recalcar que un 81% del universo estudiado tuvo partos previos en sus domicilios, y otra de las particularidades más grandes es que un 55.54% de dichas mujeres tuvieron su parto sin ningún tipo de ayuda es decir solas, lo que denota la falta de una adecuada educación, el aislamiento geográfico de la zona y la falta de recursos; todo esto agravado por la falta de transporte en horas nocturnas y el costo alto de este, ya que más de un 60% refiere que el motivo principal del parto domiciliario es la falta de transporte gratuito.

El 81% de las entrevistadas refiere que desea tener su parto en el hospital, más de un 50% refiere que es por una atención más especializada, en todo hay un sesgo muy grande debido a la veracidad que pueda tener dichos datos proporcionados por las entrevistadas.

1. JUSTIFICACIÓN.

La importancia del parto en casa o más conocido como parto domiciliario radica en la salud materna y perinatal, debido a que se sabe que el parto domiciliario atendido en condiciones deficientes, acarrea riesgos obstétricos como las hemorragias, sepsis y en el peor de los casos la muerte materna, neonatal o de ambos.

En el año 2006 se realizó en El Salvador, la línea Basal de Mortalidad Materna encontrando que la razón de mortalidad materna para este periodo de estudio fue de 71.2 por 100,000 nacidos vivos (1), lo que sugiere que estas muertes suceden aún por causas prevenibles y que pueden ser evitadas si se logra un control prenatal eficaz y a tiempo, que permita reconocer los factores implicados por los cuales la atención en salud para muchas embarazadas y puérperas se limite a ellos.

En el departamento de Ahuachapán, municipio de Tacuba, se encuentra ubicado el cantón Las Palmeras, en el cual su población no solo se encuentra influenciada por las condiciones económicas en las que viven, sino que también intervienen aspectos sociales, culturales y geográficos, que hacen que el parto domiciliario sea una opción para muchas mujeres, esto no es beneficioso debido a los riesgos y complicaciones que conlleva tanto para la madre como para el recién nacido el peligro del parto domiciliario; por lo que es necesario determinar estos factores y su relación con las altas tasas de parto domiciliario, con el objetivo de reducir los partos domiciliarios y así disminuir la morbi-mortalidad materno infantil, ya que al concientizar a la población a través de la educación de madres gestantes y reiterar la importancia de acudir al servicio de salud más cercano para recibir un control médico prenatal temprano y oportuno, permite a los médicos identificar los posibles riesgos que conlleva el embarazo en etapas tempranas y además fomentar la utilización de recursos como las casas de espera materna, para aquellas embarazadas con fecha próxima de parto que viven en áreas de difícil acceso y sectores con altos niveles delincuenciales, para que sean trasladados a un lugar seguro, esperar el parto y ser transportadas en el momento oportuno al hospital.

2. ANTECEDENTES.

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en el año 2015 es de 239 por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100,000 en donde las diferencias que existen entre ricos y pobres denotan la atención que estos reciben durante el parto.

Ante esta situación, la atención calificada del parto ha sido reconocida como una estrategia clave en la disminución de la mortalidad materna y neonatal. Registros disponibles muestran que durante el parto y las primeras 24 horas subsecuentes, ocurren alrededor del 80% de las muertes maternas. Dado que en países subdesarrollados aproximadamente un 40% de los partos tienen lugar en el domicilio, cuya atención fue dada por un recurso no calificado como familiar o alguien de la comunidad y en las cuales el personal de salud tiene muy poca participación (2).

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2010 hubo un estimado de 287, 000 muertes relacionadas con el embarazo, esto equivale a casi 800 muertes relacionadas con el embarazo por día o a una tasa de mortalidad materna de 210 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, como consecuencia, ante una emergencia médica que padecen, la cual no es atendida o lo es pero de manera tardía e inapropiada. Así mismo, cada año en el mundo 1,2 millones de recién nacidos/as mueren por complicaciones durante el parto (3).

En América Latina y El Caribe aproximadamente 3, 240,000 gestantes no tienen control del embarazo y 3, 440,000 no reciben una atención institucional para el parto. De acuerdo a la OPS: existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la no atención institucional del parto (4). Por ejemplo en algunos de los países de la región como Guatemala y Honduras, más del 50% de los partos son atendidos en casa por personal no calificado y 1/3 de las gestantes mueren en casa, sin recibir atención alguna en una institución de salud. Solo el 53% de todos los partos en el

mundo es atendido por profesionales de la salud o personal calificado. El 75% de los partos en América Latina y El Caribe son atendidos por personal calificado.

En El Salvador para el año 2012 se atendieron un total de partos por personal calificado del Ministerio de Salud (Hospitalarios y Fosalud) de 82,586, cifras que para el año 2015 se mantuvieron similares con un 82,299 y para el año 2016 notando una disminución hasta 72,946 de partos atendidos; sin embargo en este mismo año existieron un total de partos comunitarios de 228.

En El Salvador según datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008(FESAL-2008), a nivel de país el 84% de partos tuvo atención intrahospitalaria y a un 98% al año 2014. Nuestro país ha realizado muchos esfuerzos y ha establecido compromisos nacionales e internacionales para mejorar la salud materna y de recién nacidos reduciendo así la morbi-mortalidad materna. Sin embargo, a pesar notar un aumento en los parto intrahospitalarios y de todos estos esfuerzos e implementación de nuevas estrategias a nivel comunitario, la atención del parto domiciliario, por personal no calificado sigue siendo un problema en las zonas rurales a nivel nacional.

Ante esta problemática El Ministerio de Salud de El Salvador, a través de la Unidad de Salud Integral e Integrada de Salud Sexual y Reproductiva tiene como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal, lo que motivó a implementar nuevas políticas de Salud: “Construyendo la Esperanza”, en la que se plantean estrategias y recomendaciones en salud dentro del Plan Nacional (5), las cuales están orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional, disminuyendo así el parto no hospitalario que con los años sigue persistiendo aún hoy en día ante todo lo antes mencionado.

En El Salvador en el periodo que comprendido entre junio de 2005 y mayo de 2006 se realizó la Línea de Base de la Mortalidad Materna, la cual permitió estimar que la tasa de mortalidad materna era de 71.2 por cada 100,000 nacidos vivos.

En el año 2000 países miembros de las Naciones Unidas, incluyendo El Salvador asumieron compromisos a lograr para el año 2015, con el objetivo de progresar hacia niveles superiores de desarrollo humano, lo cual caracteriza al Objetivo de Desarrollo del Milenio n°5 que comprende Mejorar la Salud materna en diversos aspectos como: garantizar un parto seguro, atendido por profesionales de la salud, disminuir la morbi-mortalidad materna e infantil, así como las consecuencias en estos periodos de la vida de la mujer.

- **SITUACIÓN MORBIMORTALIDAD MATERNA DE ENERO A DICIEMBRE 2014 – 2016:**

Situación Materna 2014-2016

La razón de muerte materna enero a diciembre de 2015 fue 0 por 100,000 nacidos vivos, en el mismo período para el año 2014 fue 0 por 100,000 nacidos vivos y para el año 2016 no se reportaron muertes maternas municipio de Tacuba. (Anexo A).

- **SITUACIÓN DE MORTALIDAD MATERNA 2016 EN EL MUNICIPIO DE TACUBA:**

Durante el año 2016 en el Municipio de Tacuba no se reportaron muertes maternas. Por lo que la razón de mortalidad materna se mantuvo a cero.

Sin embargo, se reportó una morbilidad obstétrica extrema que hace necesario mantener los esfuerzos por garantizar una vigilancia y seguimiento de las mujeres desde el período preconcepcional para disminuir los riesgos y garantizar un parto y recién nacido saludables.

Razón de mortalidad materna del municipio de Tacuba del 2014 a 2017.

AÑO	NV	total	RMM
2014	569	0	0
2015	620	0	0
2016	577	0	0
2017	876	0	0
fuente: SIMMOW			

Fuente: SIMMOW y Base de Mortalidad Materna, Sibasi Ahuachapán, MINSAL 2014-2017.

El Departamento de Ahuachapán disminuyó la RMM de 44 a 42 X 100 mil del 2014 al 2015 y a cero en el 2016. Cabe mencionar que este indicador es evaluado únicamente con las muertes clasificadas como directas e indirectas, excluyendo las muertes maternas tardías y las no relacionadas. En el municipio de Tacuba, no hubo ninguna muerte materna para el periodo comprendido de enero a diciembre de 2017.

Caracterización de las muertes materna 2011-2016.

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Directa	1	0	1	0	0	0
Indirecta	0	0	0	0	0	0
No Relacionada	0	0	0	0	0	0
Total	1	0	1	0	0	0

Fuente: SIMMOW y Base de Mortalidad Materna, Sibasi Ahuachapán, MINSAL 2014-2017.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El alto índice de partos domiciliarios es actualmente un problema importante de Salud Pública, ya que según datos de la Encuesta FESAL 2008 a nivel país solo el 84.5% (1), de partos tuvo atención intrahospitalaria a pesar del gran esfuerzo por parte del ministerio de salud, la promoción de la salud, las nuevas estrategias de salud, los servicios gratuitos, además de impulsar programas especiales para embarazadas dando controles prenatales, brindando consejerías acerca de los beneficios de un parto intrahospitalario, sin embargo aún no es posible lograr un 100% en la cobertura teniendo repercusiones en la salud materno-infantil, lo que nos lleva a preguntarnos cuales son los factores predisponentes para no acudir a los servicios hospitalarios, siendo lógico pensar en las zonas rurales, estrato socioeconómicos bajos, zonas con baja cobertura educacional, el difícil acceso a los servicios de salud, embarazos adolescentes, e incluso el trato dado en hospitales a las embarazadas.

Tacuba es un municipio que se encuentra a 16 kilómetros de Ahuachapán, en Tacuba hay cantones muy aislados, con riesgo social llámese pandillas o áreas de difícil acceso geográfico, además la mayor parte de la población tiene un nivel educativo bajo, con aspectos culturales y personales muy arraigados en la población, no debemos olvidar el estrato socioeconómico bajo, todos estos factores ya sea individuales y colectivos que contribuyen a la alta tasa de partos domiciliarios.

Tacuba es uno de los Municipios del país con más alto índice de partos domiciliarios y con alta tasa de mortalidad infantil, ya que solo el año pasado, es decir en el año 2017 hubo 20 muertes infantiles muchas de las cuales se dieron al momento del parto y otras por malformaciones congénitas en los días y meses posteriores a este acontecimiento.

Ya delimitándose a lo que es el cantón Las Palmeras de Tacuba, lugar donde se realizó esta investigación; solo en el 2017 hubo 11 partos domiciliarios y 3 muertes infantiles, cabe recalcar que la última muerte materna registrada fue en el año 2013 (6).

Desde el año 2010 con la implementación de la reforma de salud se crearon en Tacuba 10 unidades comunitarias de salud básicas acopladas en los diferentes cantones, además se equipó la unidad de salud ya existente, contratando especialistas en las ramas de ginecología, pediatría y medicina interna, además se crearon planes educativos para informar a la población en materia de salud, con el objetivo de disminuir la morbilidad materna e infantil, ya que muchas de estas muertes son debido a causas prevenibles.

Estas acciones disminuyeron grandemente la morbilidad de este sector del país, pero debido a aspectos culturales propios de la población, como el temor de acudir al hospital por miedo a que se les realice episiotomía, factores económicos, como la falta de transporte en horas nocturnas, la renuencia de mucha población a irse a la casa de espera materna en Atiquizaya por la lejanía de esta; todos estos factores contribuyen a que haya todavía niveles elevados de morbilidad materno infantil al momento del parto.

Quizá una de las preguntas sin respuesta es: ¿Cuándo el ministerio de salud de El Salvador creará una casa de espera materna en el municipio de Tacuba?, ya que no solo es el municipio más grande del departamento de Ahuachapán, sino el municipio con más morbilidad materno infantil al momento del parto del departamento.

4. OBJETIVOS.

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores determinantes en el parto domiciliario en mujeres del cantón Las Palmeras del municipio de Tacuba Ahuachapán en el periodo de enero a diciembre del año 2017.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Presentar las circunstancias geográficas de la zona y el tiempo que se tardan las pacientes que verificaron parto domiciliario, para llegar al centro hospitalario más cercano.

Conocer las condiciones socioeconómicas de las pacientes que verificaron parto domiciliario.

Identificar los aspectos culturales de las pacientes que verificaron parto domiciliario.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

5. CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO.

5.1 MARCO HISTÓRICO.

Al comienzo de la humanidad, probablemente 40,000 a.C., el parto era atendido por el esposo de la embarazada; sin embargo, hay estudios que indican que en el año 6,000 a.C., algunas mujeres adquieren mayor experiencia que otras para la atención del parto, y se empieza a considerar como un arte esta ayuda al nacimiento, por lo que son llamadas con más frecuencia durante el trabajo de parto en lo que se cree fue el inicio de uno de los oficios más antiguos de la humanidad, el de la partera o llamada comúnmente matrona u comadrona (7).

Hipócrates para el año 460-377 a.C., realiza la primera descripción de un parto, en su libro Naturaleza del Niño (8). El cual tenía la teoría que el feto se acomodaba con más frecuencia con la cabeza hacia abajo, debido a que el peso de la parte superior del cuerpo, desde el ombligo a la cabeza, era mayor que el peso de la parte inferior, desde el ombligo hasta los pies. También aseguraba que la placenta, se rompía porque el feto hacia movimientos de sus manos o pies para romperlas.

Fue hasta el siglo XVIII al siglo XX cuando los primeros médicos tomaron interés por la obstetricia y comenzaron a realizar estudios del parto, desarrollando herramientas para ampliar el canal del parto, entre otros métodos, donde en un principio los médicos atendían solamente los casos complicados que no podían ser atendidos por las comadronas y posteriormente se impuso el parto hospitalario, ya que con los nuevos conocimientos en anestesia y asepsia de aquel tiempo, hicieron que disminuyera el riesgo de muerte en el parto del bebé y de la madre.

En el año 1900 surgen clínicas de maternidad, en donde las mujeres embarazadas daban a luz. Muchas mujeres preferían acudir a estas clínicas de maternidad o tener parto en su domicilio ya que el parir en un hospital significaba para las mujeres separarse de sus familias y amigos, de sus madres y hermanas, que a menudo las cuidaban antes del parto, durante este y semanas después. Dar a luz en un hospital

implicaba comer cosas nuevas y extrañas. No era solo un cambio de entorno físico sino también cultural; lo cual les hacía pasar de lo familiar a lo desconocido (9).

Esto suponía que muchas mujeres tenían la antigua concepción del parto domiciliario anteponiéndolo antes que dar a luz en un hospital, lo que implicaba serias complicaciones durante el parto y posterior a este.

Según un estudio realizado en Colombia en Bogotá publicado en el año 2001 por la revista en salud pública (10), analizó los factores geográficos, culturales y socio-económicos de sus localidades, con el objetivo de encontrar explicación a la ocurrencia de partos domiciliarios en ese país y aportar al conocimiento de la problemática relacionada con la salud materna y el recién nacido.

El estudio contemplo entrevistar a 105 mujeres entre 15 y 42 años, habitantes de estratos socio-económicos bajos los cuales dividieron en grupos A, B y C de 9 localidades de Bogotá, en los años 1999 y 2000.

Los hallazgos dan cuenta de las motivaciones y circunstancias por las cuales ocurrió el parto domiciliario desde la percepción y las vivencias de las mujeres entrevistadas, las consecuencias derivadas de este, el uso de los servicios de salud durante la gestación y el posparto, la percepción de riesgo de las mujeres y el conocimiento de derechos en salud. Entre los factores condicionantes se destacaba la seguridad y bienestar que proporciona el hogar, el miedo y desconfianza hacia los médicos y los hospitales, las deficiencias de los servicios en la atención del parto y la falta de afiliación a un seguro social, dicho estudio comprendió que el 59% de las mujeres no presentaban un seguro social, el 41% si lo tenían. El 42.9% de las mujeres tenían estudios incompletos y el 50.4% de las mujeres no llegaron al bachillerato. El estudio al dividió a estas mujeres en 3 subgrupos: A, B y C; donde el Grupo A correspondía a las mujeres con parto domiciliario, el grupo B mujeres con que tenían previsto el parto en el hospital y el grupo C aquellas mujeres que no habían previsto ninguna de las dos opciones, concluyendo que el grupo A que del 100% de estas 37% los aspectos culturales influenciaron por el parto domiciliario, 45% lo hicieron por no estar de acuerdo con la calidad de los servicios y el 18% por las condiciones socio-económicas. El grupo B indicó con un 57% que los aspectos culturales, 33% la

calidad de los servicios y 10% las condiciones socioeconómicas. El grupo C con un 64% indico que las condiciones socioeconómicas tienen un peso porcentual muy importante y diferente a los grupos A y B (10).

En países industrializados es común que una comadrona cualificada, atienda el parto con la misma seguridad o incluso más, que un nacimiento convencional en el hospital, según un estudio realizado en Canadá de la edición del 15 de septiembre científica CMAJ (Canadian Medical Association Journal).

El estudio contempló 2,889 partos en casa planificados, atendidos por comadronas cualificadas en British Columbia, Canadá, y 4,752 partos en hospital planificados, atendidos por el mismo grupo de comadronas, comparados con 5,331 partos atendidos por médicos en el hospital. Las mujeres que habían planeado un parto en casa tuvieron un riesgo significativamente menor de intervenciones obstétricas y resultados adversos, como aceleración del parto, monitorización fetal electrónica, analgesia epidural, parto vaginal e instrumental, cesárea, hemorragia o infecciones.

La seguridad de los partos en casa es objeto de debate en numerosos países desarrollados donde el parto en hospital es lo más común. En estados Unidos, Australia o Nueva Zelanda, las organizaciones obstétricas y comadronas están en desacuerdo, ya que los primeros se oponen al parto en casa, mientras que las comadronas lo apoyan. En Gran Bretaña, tanto las organizaciones de obstetras como las de las comadronas (Royal College of Obstetrics and Gynecology y Royal College of Midwives) coinciden en aceptar que el parto en casa es una opción segura. Lo mismo ocurre en Canadá, donde la Society of Obstetricians and Gynecologists anima a la investigación sobre la seguridad del parto en casa, línea en la que se inserta este estudio.

El estudio no aclara qué factores del entorno, del propio domicilio, disminuyen el riesgo, pero podría guardar relación con las características de las propias mujeres que eligen esta opción. Los autores reconocen que la autoselección podría haber sesgado los resultados del estudio, ya que las mujeres que eligen parir en el propio domicilio tienden a un estilo de vida más saludable y enfocan el parto con optimismo y confianza en sí mismas; no subestimando el grado de autoselección de la

población de mujeres que eligen el parto en casa. La autoselección puede ser un componente importante para la reducción del riesgo en el parto en casa, por sus complicaciones.

En 2006, solo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de asistentes en partería cualificados. Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre 34% en África Oriental y el 93% en Sudamérica (2). En el Perú, el 87% de las embarazadas tuvieron al menos cuatro consultas prenatales, mientras que en Etiopía la cobertura fue tan solo de 12%.

En los países en los que el parto domiciliario es más habitual, 2/3 partes de los mismos son planeados lo que se conoce actualmente como PDP (parto domiciliario planificado), que implica la atención del parto por personal calificado y que en dado caso de presentar posibles complicaciones durante el parto, se decide un traslado inmediato a una institución sanitaria, siendo la mayoría de veces de manera preventiva.

En El Salvador, se promueve el parto hospitalario debido a las complicaciones que conlleva el parto domiciliario, sin embargo existen muchas causas por las cuales mujeres no reciben asistencia antes, durante y después del parto. En algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, la atención no es buena. En otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios, porque no dispone de medios de transporte o porque no puede pagar el costo del transporte o de los servicios de salud. Las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita (11).

6.2 FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA DECISIÓN POR EL PARTO DOMICILIAR

Dentro de los aspectos que se incluyen en el estudio son:

6.2.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS.

- *Situación Geográfica*

El cantón Las Palmeras, se encuentra ubicado en el municipio de Tacuba de el departamento de Ahuachapán, en la zona occidental del país; Tacuba se encuentra a 16 kms al sur poniente de la cabecera departamental, en el corazón de la cordillera costera, Sierra Apaneca o Lamatepec, a 800 metros sobre el nivel del mar con una extensión territorial de 166.1 km², con un aproximado de 29,858 habitantes (12).

El municipio consta de dos rutas de acceso: la principal que comunica con la cabecera departamental, y en parte es calle de tierra, constando también con tramos asfaltados francamente deteriorados y en mal estado que durante la época lluviosa limitan el acceso. Y otra que comunica a Tacuba con la Villa de Concepción de Ataco, por calle de tierra casi en su totalidad la cual se vuelve casi inaccesible en la época lluviosa.

Tacuba cuenta con 14 cantones: Agua Fría, El Chagüite, El Jícaro, El Níspero, El Rodeo, El Rosario, El Sincuyo, Loma Larga, La Montaña, La Pandiadura, Valle de La Puerta, Monte Hermoso, San Juan y San Rafael (13) (Anexo B).

El cantón Las Palmeras se encuentra ubicado a unos 8kms al norte del área urbana de del Municipio de Tacuba, para algunos habitantes es un área de difícil acceso, que para el año 2014 cuenta con una población actualizada de 3,685 personas de las cuales la mayoría se encuentra en un rango de edad de 10 – 19 años, existen 681 familias; 733 viviendas, además de una población masculina de 1,795 y 1,863 del sexo femenino.

Su hidrografía consta de ocho ríos de los cuales el principal lo forma el Rio Paz que forma su línea fronteriza entre El Salvador y Guatemala, contándose además los ríos: El Naranja, Guamo, Nejapa, Agua Fría, San Antonio, Guayapa y Ashuque.

En su mayoría Tacuba está conformada por gobierno y consejo municipal por el partido PCN (Partido de Conciliación Nacional).

Con la reforma de salud del año 2010, la cual incluye la incorporación de los ECOS familiares y especializados (14), al municipio de Tacuba el Ministerio de Salud de El Salvador, le asignó 10 Ecos Familiares, pertenecientes a la UCSF Especializada de Tacuba, donde al cantón Las Palmeras se le asigna uno de ellos.

El ECO familiar del cantón Las Palmeras, atiende a dicho cantón, y es el encargado de brindar atención médica además a los caseríos: Bella Vista, San Luis, La Palin y El Coco (15) (Anexo C).

La consulta médica general se realiza los días lunes, miércoles y viernes; dicho ECO no cuenta con atención especializada permanente, sin embargo cuenta con un sistema de agendamiento el cual consiste en brindar atención médica especializada mensualmente, donde el especialista acude al ECO el día programado; dicho sistema está dividido en 2 grupos de atención que consiste en:

- Grupo A: atención médica por pediatra e internista u odontólogo y psicólogo.
- Grupo B: Ginecólogo y nutricionista.

Ante cualquier emergencia atendida por el médico general, esta es referida al Hospital Nacional de Ahuachapán o a la UCSF Especializada de Tacuba.

Entre las deficiencias del ECOS Las Palmeras se encuentran:

- No cuenta con laboratorio propio, pero envía sus exámenes a la UCSF especializada de Tacuba.
- No es Especializada por lo que los pacientes que requieren ser atendidos por especialista, esperan hasta 1 mes para su consulta.

Tacuba no posee casa de espera materna; por lo que el ECO se ve obligado en algunas ocasiones a referir a sus embarazadas a la casa de espera materna de Atiquizaya.

- *Limitantes Geográficas que condicionan el parto domiciliar*

Ante la falta de transporte en sitios alejados determina en algunos casos, problemas de acceso geográfico, lo cual no permite a mujeres de sectores lejanos buscar la atención calificada del parto.

Existe una correlación negativa entre pobreza y acceso a la atención calificada del parto, no solamente porque hay menos servicios de salud disponibles en las zonas pobres rurales, en comparación con las ciudades, y porque las distancias son mayores, sino porque en las zonas alejadas el personal de salud en ejercicio tiene menos calificación y recibe poca o ninguna capacitación y supervisión.

Las áreas rurales constan de hogares que distan con los servicios de salud, así como el relieve de la zona donde se encuentra la vivienda de la embarazada, como lo puede ser una quebrada, montaña, o en ocasiones tienen que cruzar un río para llegar al centro de salud más cercano, lo que dificulta aún más que acudan a centros de salud u hospitales. (Anexo D).

Según el SIFF (Sistema de Información de Ficha Familiar), en el cantón Las Palmeras existen 8 familias con riesgo ambiental de sufrir un deslave, 2 con riesgo de inundación, 23 con riesgo de contaminación ambiental y 5 con riesgo de erupción volcánica, lo que refleja la situación de la zona y al riesgo que se expone la población. (Anexo E).

6.2.2 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS.

- *Socioeconómicos*

La barrera económica limita el acceso de las mujeres embarazadas y puérperas a los servicios de salud a pesar del bajo costo del pasaje, ya sea transporte público o privado para asistir al parto en un hospital (aunque la atención del parto en si es gratis) expresan imposibilidad de pagar. Los ingresos familiares se encuentran muy lejos de cubrir los costos del transporte y no toda la población cuenta con vehículo propio para acudir en caso de emergencia hacia el hospital más próximo. (Anexo F).

Los bajos ingresos económicos y la falta de un trabajo digno en las familias de zonas rurales, dificulta a las embarazadas a contar con una afiliación a un seguro social, lo que contribuye además al parto domiciliario. El cantón Las Palmeras cuenta con un total de 1,589 personas desempleadas, 254 de manera formal y 638 de manera informal, lo que indica que la mayoría de la población no tiene un trabajo remunerado. (Anexo G).

Según el Ministerio de Salud de El Salvador mediante un estudio realizado a través del Sistema de Información de Ficha Familiar, en el Cantón Las Palmeras para el año 2017 presento una razón de dependencia económica de 0.99 lo cual indica que el 99% de las familias depende únicamente de los ingresos generados por un integrante de esta, ya sea por el esposo u otro familiar, siendo el primero el que con más frecuencia realiza este aporte económico.

Otro estudio del Sistema de Información de la Ficha Familiar (SIFF), también aporta datos relevantes con respecto a la población del cantón Las Palmeras y la ayuda económica que reciben procedente de algún familiar ya sea del extranjero o no (Cónyuge, Madre, Padre, hermanos, tíos, etc.) ya que un total de 41 personas (mujeres y hombres), mencionan recibir ayuda económica en manera de divisas, otro grupo de 392 personas que esta ayuda lo es de manera eventual y un total de 3,548 personas no recibe ayuda económica de ningún familiar. (Anexo H).

Además son pocas las familias del cantón que se ven beneficiadas por parte del gobierno a través de diferentes programas comunitarios dado que el SIFF reporta

que de un total de 4,414 personas entrevistadas solo 375 reciben subsidio del gas, 340 subsidio de energía eléctrica, 143 personas reciben bonos de comunidades rurales, 3 personas bonos de comunidades urbano-marginales y 36 personas reciben pensiones básicas, como resultado se obtiene un total de 3,517 personas que no reciben ninguna ayuda por parte del gobierno y evidencia la inequidad y falta de recursos económicos o materiales para la mayoría de población del cantón. (Anexo I).

- *Otros aspectos sociales*

La educación es un determinante que ayuda a las personas a tener el conocimiento necesario para tomar decisiones correctas, fomentando el carácter de estas y preparándolas para la vida. Esta tiene un efecto importante en las mujeres durante el embarazo que repercute en su producto y su futuro miembro de la familia, ya que el número de niños que una mujer tendrá disminuyen a medida que el nivel de escolaridad aumenta, es decir la educación actúa mejorando la condición social y la autoimagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

El cantón Las Palmeras para el año 2017, según SIFF 1,511 mujeres no estudiaban, 475 estudiaban en un sector público y 87 estudiaban en un sector privado; además cuenta con una población de 380 mujeres que no sabe leer ni escribir, frente a 1,453 que si saben leer y escribir, pero que han recibido probablemente una educación básica, pero por circunstancias de la vida y la falta de recursos económicos tienden a abandonar sus estudios. (Anexo J) (Anexo K).

6.2.3 ASPECTOS CULTURALES.

En todas las épocas, las creencias y prácticas que giran alrededor del embarazo y del parto están influenciadas por factores culturales, con un arraigamiento tal, que se ha demostrado por la antropología médica que es más fácil lograr cambios en la práctica sanitaria que en las creencias y actitudes no solo sobre la gestación y el momento del parto, sino también sobre la etiología y el control de la enfermedad (16).

- *Mitos y creencias*

El embarazo lleva a cabo una diversidad de cuidados y prácticas con el propósito de tener un periodo de gestación saludable y lograr un parto fácil, puesto que el acto de parir suele estar rodeado de temor debido a que se le ve como un momento en el que se puede perder la vida. Las creencias y costumbres que se asocian con el embarazo y el parto se han acumulado a través del tiempo debido, entre muchas otras razones, como asienta Foster (17), la demora de tener un embarazo en la mujer recién casada puede crearle una incómoda posición dentro de la familia y su círculo social, según la cultura de que se trate. Hecho muy común es que si en un tiempo razonable la mujer casada no queda embarazada, es víctima de críticas y lástimas, de aquí la necesidad de no pasar por alto las creencias populares.

Muchas mujeres expresan haber vivido experiencias de partos en casa; ya sea por parte de familiares cercanos (abuelas, tías y mamá) o por ellas mismas. Según los comentarios escuchados provenientes de sus madres y abuelas, la percepción negativa de las mujeres en torno a los hospitales y a los médicos se ha manifestado desde tiempo atrás y se transmite de generación en generación.

Otro aspecto cultural importante implica que algunas mujeres prefieren el parto en casa con el fin de involucrar a sus esposos en el evento, argumentando que de esta manera podían establecer un vínculo afectivo tanto de pareja como a su hija/o (11).

- *Actitudes y comportamientos*

Algo muy frecuente en nuestra sociedad es la percepción negativa que se tiene de los servicios de salud, lo que implica que las mujeres vean como una opción el parto domiciliario; ya que en más de alguna ocasión acudieron a un centro de salud y se presentaron insatisfechas por la relación: usuarias – personal de salud (maltrato verbal, abuso, humillación). Además de la inconformidad en aspectos técnicos de la atención, así como el tiempo que puede durar la consulta, la escases de medicamentos e insumos médicos, días que puede permanecer ingresada en hospitales mientras espera que empiece trabajo de parto incluyendo hasta experiencias negativas durante las cesáreas.

La dificultad de comunicación por parte del personal de salud con las usuarias gestantes, limitándolas a no sentirse cómodas; lo cual afecta la relación clínica médico – paciente. El miedo y la desconfianza en los hospitales y a los médicos, genera posteriormente que muchas mujeres lleguen a tal grado de sentir pánico a lo que pueda sucederles en un hospital y se manifiesta en algunos casos como un riesgo. Estas mujeres plantean la imposibilidad de establecer diálogo con el personal de salud acerca de las decisiones a tomar sobre su cuerpo y salud.

En ocasiones suele suceder que algunas mujeres acuden al hospital y una vez examinadas son regresadas a sus hogares por considerar que todavía falta tiempo para el parto. Según relatos, los partos sucedieron transcurridas pocas horas de haber llegado de vuelta a casa. En estos casos el factor condicionante es muy claro y su explicación está relacionada con deficiente atención por parte del personal de salud, fallas en la capacidad técnica y subvaloración de las apreciaciones de las mujeres.

- *Religión y cultura*

En El Salvador estas creencias y prácticas pueden ser de carácter supersticioso, religioso o profano; cabe señalar que muchas de ellas tienen una larga tradición, llegando hasta nuestros días. Según el informe internacional de libertad de religión de El Salvador para el año 2016 el 50.6% de la población es cristiana católica, el 32.9% como cristiana evangélica y el 16.5% como otra religión o ninguna.

El cantón Las Palmeras cuenta con una población religiosa de católicos, evangélicos y algunas familias que no tienen religión, según SIFF, 354 familias son católicos y 331 familias son evangélicos. (Anexo L).

Otro aspecto cultural del Cantón Las Palmeras es su población indígena ya que debido a su ubicación geográfica aun cuenta con diferentes etnias que poseen sus propias costumbres y prácticas que al considerar el embarazo y el parto como proceso natural del ser humano, prefieren no acudir a centros hospitalarios y verificar parto en sus domicilios. (Anexo M).

6.2.4 OTROS ASPECTOS CONDICIONANTES DEL PARTO DOMICILIAR.

Otros de los factores identificados como barreras culturales y de comunicación que obstaculiza la llegada de mujeres a los servicios de salud son:

- El temor a que “Las unan o las operen” (Episiotomía o Cesárea).
- Pudor (falta de batas y cobertores).
- Temor a la camilla (demasiado alta, inclinada o angosta).
- Maltrato y discriminación.
- El lenguaje técnico (poco comprensible) empleado por el personal de salud.
- La existencia de códigos culturales diferentes entre proveedores y usuarias.
- Alta precoz luego del parto.
- La soledad durante la hospitalización (restricción por horario de visita y de la presencia de familiares).

6.3 COMPLICACIONES DEL PARTO DOMICILIAR.

Estudios señalan que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la morbilidad materna y perinatal en gestantes de bajo riesgo que optan por realizar el parto domiciliario comparado con las que optan por la atención en el hospital. Sin embargo, los estudios de referencia usualmente provienen de países desarrollados, en partos en gestantes de bajo riesgo obstétrico y planificado para ser atendidos por matronas fuera del hospital y no corresponden ni reflejan la situación de El Salvador.

Riesgos que pueden presentarse en un parto domiciliario son de diversa índole, siendo los más frecuentes los asociados con infecciones puerperales, sepsis neonatales y hemorragias post parto, los cuales requieren de atención médica especializada, así como de insumos y equipo hospitalario para asistir adecuada y oportunamente a los pacientes, a continuación se detallan las complicaciones más comunes que se presentan en el parto domiciliario.

- a. Infeción puerperal: Las infecciones posparto suelen afectar al aparato genital, y aparecen sobre todo en el útero y la vagina, aunque también pueden producirse infecciones vesicales y renales, mastitis, entre otros.

Los síntomas habituales de una paciente con infección puerperal son: fiebre durante dos días sucesivos tras las primeras veinticuatro horas posparto, sensibilidad del útero, palidez, cefalea, escalofríos, taquicardia, loquios malolientes y malestar general (18).

A continuación se desarrollan las infecciones puerperales más frecuentes:

- Endometritis: es la inflamación del endometrio, se presenta con frecuencia cuando quedan restos ovulares en el útero.
- Pielonefritis: se produce como consecuencia de una infección urinaria baja complicada la cual se presenta con malestar general, fiebre alta, dolor lumbar.

- Cistitis: infección e inflamación de la vejiga a causas de bacterias, principalmente la *Escheriachia coli*; sus síntomas habituales incluyen necesidad frecuente de orinar, asociada a disuria.
 - Tromboflebitis: trombosis posterior al parto, debido a que la coagulación de la sangre es superior a lo normal para evitar el exceso de hemorragias, esta infección puede ser de dos tipo: superficial, que afecta a venas superficiales, o puede tratarse de una trombosis venosa profunda, que afecta específicamente el sistema venoso profundo, desde los pies hasta la región iliofemoral.
- b. Sepsis neonatal: Durante el periodo neonatal la infección permanece como una causa importante de morbilidad y mortalidad, a pesar de los grandes adelantos en el cuidado intensivo neonatal y el uso de antibióticos de amplio espectro, sin embargo, cuando los partos son domiciliarios el riesgo de morbimortalidad del recién nacido aumenta considerablemente, debido a que las madres, especialmente las primerizas no pueden identificar adecuadamente los síntomas en los neonatos.

Se considera como sepsis neonatal a la infección aguda con manifestaciones tóxico-sistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos que ocurre dentro de las primeras cuatro semanas de vida y es demostrada por hemocultivo positivo.

Normalmente estos recién nacidos tienen historia de uno o más factores de riesgo obstétrico, tales como rotura prematura de membrana, parto prematuro, corioamnionitis, fiebre materna periparto, infecciones del tracto urinario; además muchos de estos niños son prematuros o de bajo peso al nacer.

Uno de los gérmenes responsables de esta infección es el *estreptococo beta-hemolítico* el cual ocasiona morbilidad grave, y con frecuencia, secuelas neurológicas de por vida.

En relación con el modo de transmisión, se deben diferenciar:

- Sepsis de transmisión vertical: Son causadas por gérmenes localizados en el canal genital materno que contaminan al feto por vía ascendente, hasta alcanzar el líquido amniótico; o por contacto directo del feto con secreciones contaminadas al pasar por el canal del parto.
- Sepsis comunitarias: Son debidas a microorganismos que contaminan al recién nacido en su domicilio y que son muy infrecuentes.

Los pilares fundamentales para evitar la mortalidad son el diagnóstico oportuno identificando los signos en el recién nacido como fiebre, ictericia, irritabilidad, dificultad respiratoria, dificultad para alimentarse; el tratamiento antimicrobiano, el monitoreo y la posibilidad de entregar apoyo multisistémico, son factores que son cubiertos cuando el neonato se encuentra bajo observación y atención médica, y difícilmente pueden ser identificados por madre o por la partera en el parto domiciliar.

- c. Hemorragias postparto: La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio (19). Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere al 5% (los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1%), si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados.

Existe una ausencia de uniformidad de criterio a la hora de definir la hemorragia postparto, aceptándose varias definiciones en cuanto a diferentes parámetros se estimen. Una de las más universalmente aceptadas es aquella que define la hemorragia postparto como la pérdida hemática superior a 500ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico, quien tiende a subestimar estas cifras. Es por ello que se hace necesario y recomendable añadir que la hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia. Otros parámetros han ido cayendo en

desuso, como es el caso de la cuantía de hemoglobina y/o hematocrito, los cuales tienen la limitación de depender del momento preciso de su determinación y de los volúmenes previos al parto.

A su vez, es necesario distinguir entre hemorragia postparto precoz y tardía. La hemorragia postparto precoz es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto. La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta la 6 semana tras el mismo.

Las causas de la hemorragia postparto incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y las alteraciones de la coagulación.

El diagnóstico suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (hemorragia postparto verdadera).

Ante una hemorragia post parto es crucial una actuación inmediata y secuencial, razón por la cual el obstetra ha de ser capaz de identificar si una determinada maniobra para la corrección de la hemorragia es exitosa o por el contrario insuficiente, de este modo se procura que la demora en la aplicación de medidas sucesivas sea la mínima posible. Así mismo debe coordinarse ayuda multidisciplinaria (enfermería, anestesia, obstetras) en caso de no poder controlar la hemorragia con medidas generales.

6.4 CONCEPTOS.

- **Embarazo:** periodo que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.
- **FESAL:** Encuesta Nacional de Salud Familiar.
- **Múltipara:** dícese de la mujer que ha tenido más de tres hijos.
- **Neonatal:** referente al menor de 28 días.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **Paridad:** número de embarazos en una mujer que ha dado a luz, un producto mayor de 20 semanas con un peso mayor de 500 gramos, mayor de 25 centímetros de talla, vivo o muerto independientemente de la salida de la placenta y de la sección del cordón umbilical.
- **Parto:** expulsión o extracción del producto de la concepción después de las 20 semanas de gestación con un peso mayor de 500 gramos, mayor de 25 centímetros de talla, independientemente de la sección del cordón y de la expulsión de la placenta.
- **Parto Domiciliar:** es aquel parto atendido por una persona partera o persona capacitada o no ajena al servicio de salud.
- **Parto Extrahospitalario:** es aquel que se presenta de forma inesperada, teniendo que ser asistido, en ocasiones, en unas condiciones no del todo adecuadas y por personal no formado para tal situación, muchas veces se atribuye a este concepto como aquel parto que no se ha planeado de manera previa y que se produce fuera del hospital.
- **Parto Hospitalario o Institucional:** es aquel parto atendido dentro del servicio de salud, por personal de salud. No incluye al parto domiciliario atendido por partera, aunque esta se encuentre capacitada por el personal de salud.

- **Periparto:** durante el parto.
- **Puerperio:** periodo que inmediatamente sigue al parto y que se extiende hasta 42 días.
- **Razón de Mortalidad Materna:** número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y parto por cada 100,000 nacidos vivos.
- **SIFF:** Sistema de Información de la Ficha Familiar del Ministerio de Salud de El Salvador.
- **SIMMOV:** Sistema de Información de Morbi Mortalidad vía web del Ministerio de Salud de El Salvador.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

7. CAPÍTULO II DISEÑO METODOLÓGICO.

7.1 TIPO DE ESTUDIO.

La investigación es transversal de tipo descriptivo, donde se efectuará la caracterización de un fenómeno en particular, con el fin de establecer su estructura y determinar su comportamiento en la población a estudiar.

7.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN.

Enero a diciembre de año 2017.

7.3 UNIVERSO.

Mujeres que llevaron controles prenatales en UCSFB Las Palmeras y que verificaron parto domiciliar en el cantón Las Palmeras, municipio de Tacuba, departamento de Ahuachapán.

- NÚMERO DE PARTOS DOMICILIARES EN EL CANTÓN LAS PALMERAS MUNICIPIO DE TACUBA DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2017

MESES	PARTOS DOMICILIARES
ENERO	2
FEBRERO	1
MARZO	1
ABRIL	1
MAYO	1
JUNIO	0
JULIO	0
AGOSTO	1
SEPTIEMBRE	1
OCTUBRE	1
NOVIEMBRE	1
DICIEMBRE	1
TOTAL	11

Fuente: libro de controles prenatales de UCSFB Las Palmeras.

El total de partos del municipio de Tacuba del cantón Las Palmeras fue de 11 en el año 2017, de los cuales el mayor porcentaje se produjo en el mes de enero, en los demás meses se presentó, uno por mes exceptuando los meses de junio y de julio.

7.4 POBLACIÓN.

Se definió que el grupo en estudio, sería el universo de mujeres que verificaron parto domiciliar en el cantón Las Palmeras durante el periodo de enero a diciembre del año 2017.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

- **Criterios de inclusión.**

1. Mujeres que verificaron parto domiciliar en cantón Las palmeras, Tacuba.
2. Toda mujer que verificó su parto domiciliar en el periodo de enero a diciembre del año 2017.
3. Mujeres que tuvieron parto domiciliar que deseen participar en el estudio.
4. Mujeres embarazadas con historia de partos domiciliarios previos, que verificaron parto en el periodo de enero a diciembre del año 2017.

- **Criterios de exclusión.**

1. Mujeres que tuvieron parto domiciliar que no deseen participar en la investigación.
2. Mujeres que tuvieron parto extrahospitalario.
3. Mujeres que tuvieron parto hospitalario.

7.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

OBJETIVO	VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Conocer los Aspectos Culturales que conllevan a las mujeres a preferir la Atención del Parto domiciliar.	Costumbres y Prácticas adoptadas por las Mujeres durante el Parto.	Todas aquellas acciones y actividades que son parte de la tradición de una Comunidad o sociedad y que están profundamente relacionadas con su identidad, carácter único y su historia (etnoprácticas y antecedentes familiares de partos domiciliarios).	Entrevista
Determinar las circunstancias geográficas de la zona y el tiempo que se tardan para llegar al hospital más cercano.	Acceso Geográfico a Centros de Salud.	Distancia y condiciones del terreno que inciden en la movilización de las personas a los centros de Salud.	Entrevista
Conocer las condiciones socioeconómicas de las pacientes que verificaron parto domiciliar.	Determinar las condiciones socioeconómicas que puedan predisponer a las mujeres a optar por el parto fuera de los hospitales.	Profesión u oficio al que se dedica una persona (Entrevistada/Pareja) a cambio de recibir un salario o paga. Ingresos familiares, empleo, remesas, beneficiarios de bonos de comunidades solidarias rurales. Porcentaje de familias que reciben subsidios. Nivel Educativo.	Entrevista

.Fuente: Guía de Atención Prenatal MINSAL, Objetivos de la Investigación.

7.7 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- **Técnica para la obtención de información:**

Se realizó mediante la técnica de la entrevista por los mismos investigadores, en casa rural del cantón Las Palmeras, mediante un acercamiento y jornada médica en donde con la ayuda del promotor de Salud de la zona, se citó a las mujeres que verificaron parto domiciliar durante los meses de enero a diciembre del año 2017.

- **Instrumento para la obtención de información:**

Se utilizó una guía de entrevista semiestructurada con respuestas cerradas, de opción múltiple acerca de los factores predisponentes al parto domiciliar, factores biológicos, sociales, económicos, culturales y demográficos (Anexo N) (Anexo O).

Se divide en 2 áreas, las cuales se detallan a continuación:

1. *Datos generales:* en los cuales se incluirá edad, religión, estado civil y paridad.
2. *Cuestionario:* en esta área se evaluarán los factores asociados al parto domiciliar, biológicos, sociales, culturales y demográficos.

CAPÍTULO III: PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

8. CAPÍTULO III PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

8.1 PLAN DE ANÁLISIS:

La información obtenida a través de las entrevistas y los datos recolectados se revisaron y digitaron utilizando el programa Microsoft Word y Microsoft Excel versión 2016, con los cuales se hicieron los análisis estadísticos para la elaboración de cuadros y gráficos representativos de las variables y objetivos de las diferentes interrogantes de la guía de entrevista de las mujeres que verificaron parto domiciliar en el año 2017.

8.2 RESULTADOS OBTENIDOS:

Al revisar los datos obtenidos de las interrogantes que comprende la guía de entrevista dirigida a las mujeres que verificaron parto domiciliar en el año 2017 en el cantón Las Palmeras del municipio de Tacuba, se hizo el conteo por cada interrogante y se han representado los resultados en tablas de frecuencia y porcentaje correspondientes.

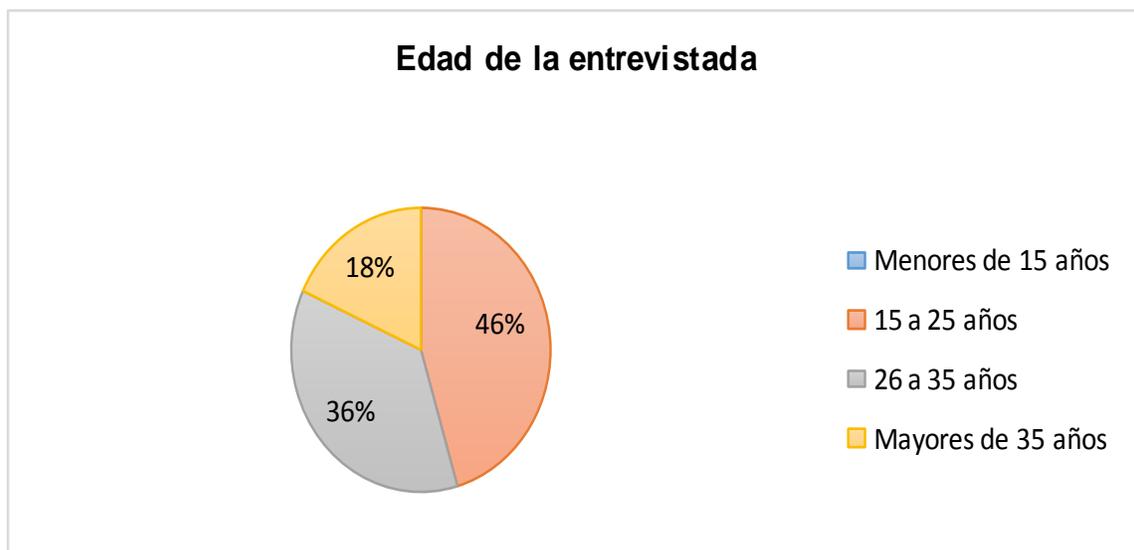
- Aspectos sociales:

Tabla 1: Edad de la entrevistada.

Fuente: Resultados de la entrevista.

Edad	Fr.	%
Menores de 15 años	0	0 %
15 a 25 años	5	46 %
26 a 35 años	4	36 %
Mayores de 35 años	2	18 %
Total	11	100 %

Gráfico 1: Edad de la entrevistada.



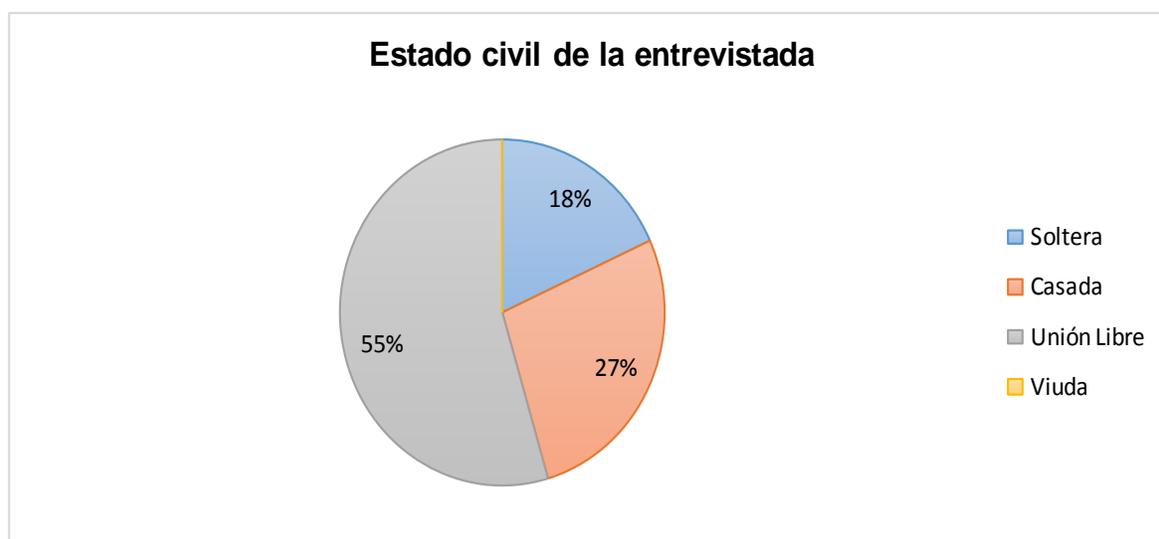
Descripción: Según el cuadro n° 1, el mayor grupo de mujeres se encuentra entre las edades de 15 a 25 años con un 46%, seguido del grupo de mujeres de 26 a 35 años con un 36%, por último con un 18% se encuentran las mujeres con edades mayores de 35 años y las menores de 15 años con 0 %.

Tabla 2: Estado civil de la entrevistada.

Estado civil	Fr.	%
Soltera	2	18.18 %
Casada	3	27.27 %
Unión Libre	6	54.54 %
Viuda	0	0 %
Total	11	100

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 2: Estado civil de la entrevistada.



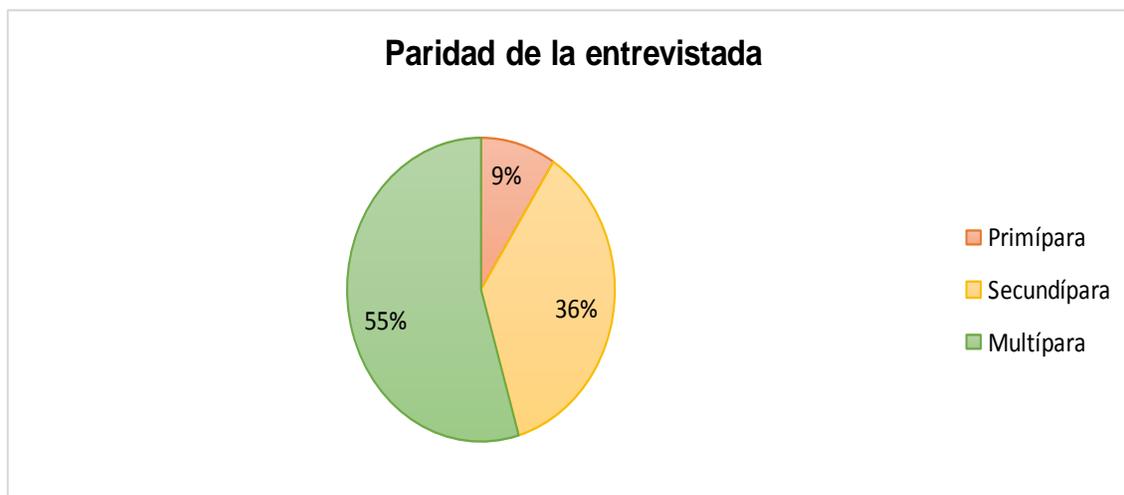
Descripción: De acuerdo al cuadro n° 2, la mayoría de mujeres entrevistadas un 55% manifestó que su estado civil es de unión libre, seguido por las casadas con un 27% y al final un 18% dice ser solteras, cabe mencionar que nadie es viuda.

Tabla 3: Paridad de la entrevistada.

Paridad	Fr.	%
Primípara	1	9.09 %
Secundípara	4	36.36 %
Múltipara	6	54.54 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 3: Paridad de la entrevistada.



Descripción: Según el cuadro n° 3, El 54.54% de las entrevistadas son múltiparas, es decir que han tenido arriba de 2 o más hijos, seguido por las secundípara con un 36.36% que solo han parido 2 hijos y solamente un 9% es primípara.

Tabla 4: Estado actual de la entrevistada.

Estado Actual	Fr.	%
Nuevo Embarazo	1	9.09 %
Puérpera	0	0 %
Ninguna	10	90.90 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 4: Estado actual de la entrevistada.



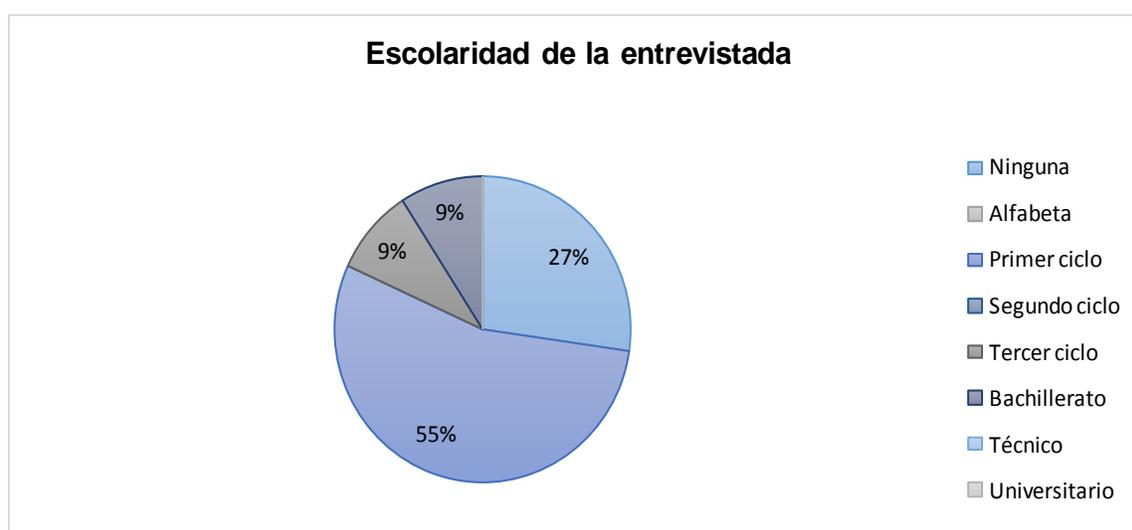
Descripción: Según el cuadro n°5, el 90.9% de las entrevistadas no se encuentra actualmente embarazada y solo un 9% presenta un nuevo embarazo.

Tabla 5: Escolaridad de la entrevistada.

Escolaridad	Fr.	%
Ninguna(no sabe leer ni escribir)	3	27.27 %
Alfabeta	0	0 %
Primer ciclo	6	54.54 %
Segundo ciclo	0	0 %
Tercer ciclo	1	9.09 %
Bachillerato	1	9.09 %
Técnico	0	0 %
Universitario	0	0 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 5: Escolaridad de la entrevistada.



Descripción: Según el cuadro n°5, el 55% de las entrevistadas presentan una educación de primer ciclo, el 27% no han estudiado y no saben leer ni escribir, otro grupo de entrevistadas cuenta con un 9% en estudios de tercer ciclo y el último grupo con un 9% con estudio de bachillerato, cabe mencionar que no existe ninguna mujer que haya realizado estudios técnicos o universitarios.

Tabla 6: Religión de la entrevistada.

Religión	Fr.	%
Católica	7	63.63 %
Evangélica	2	18.18 %
Mormón	0	0 %
Testigo de Jehová	0	0 %
Ateo	0	0 %
Otros	2	18.18 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 6: Religión de la entrevistada.



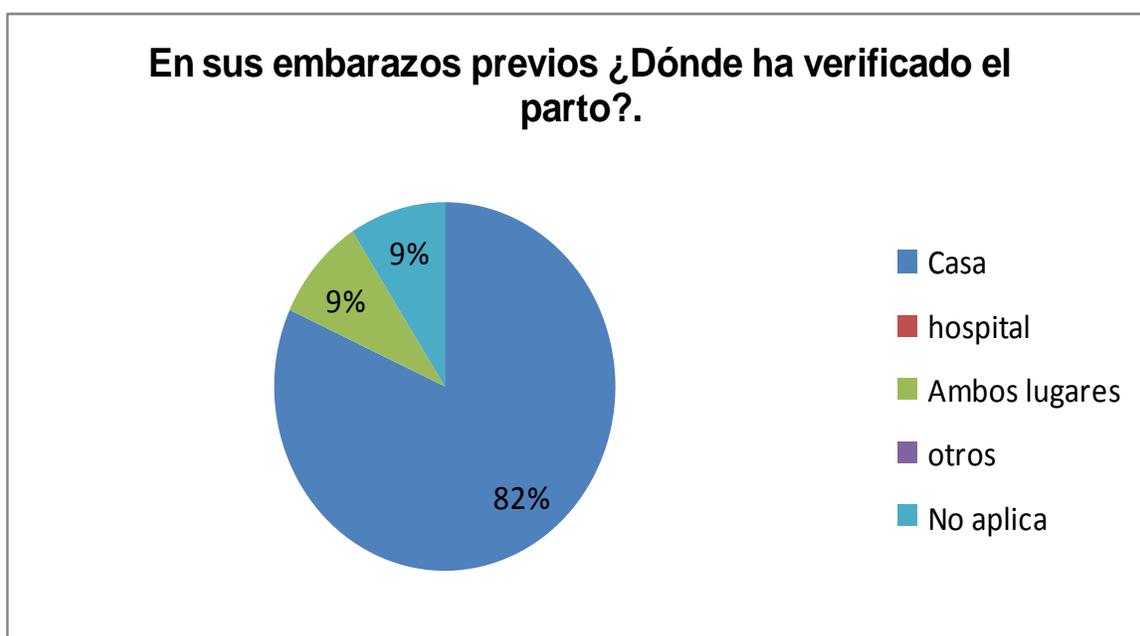
Descripción: De acuerdo al cuadro n°6, el 63.63% de las entrevistadas manifestó ser de religión cristiana católica, el 18.18% es de religión cristiana evangélica y por último con un 18.18% tiene otro tipo de creencia.

Tabla 7: En sus embarazos previos ¿Dónde ha verificado el parto?.

Lugar	Fr.	%
Casa	9	81.81 %
Hospital	0	0 %
Ambos lugares	1	9.09 %
Otros	0	0 %
No aplica	1	9.09 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 7: En sus embarazos previos ¿Dónde ha verificado el parto?.



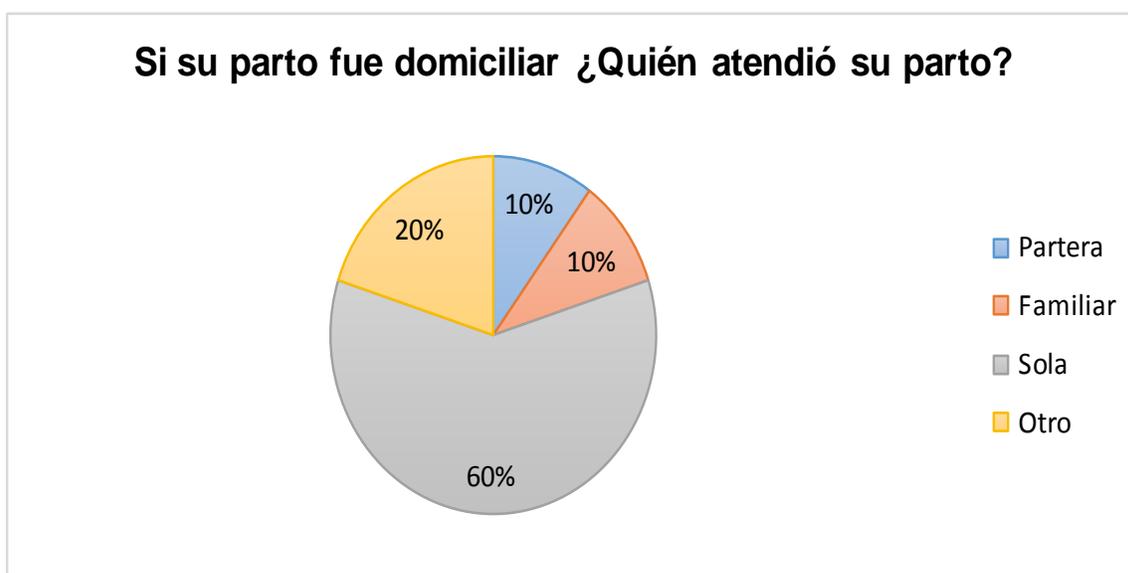
Descripción: Según el cuadro n°7, el 81.81% verificaron parto en su domicilio, el 9% verifico parto alguna vez en el domicilio y hospital y el otro 1% no aplica por ser primípara, es decir que no tuvo un parto previo a este.

Tabla 8: Si su parto fue domiciliar ¿Quién atendió su parto?.

Quien atendió su parto	Fr.	%
Partera	1	9.09 %
Familiar	1	9.09 %
Sola	6	54.54 %
Otro	2	18.18 %
No aplica	1	9.09 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista

Gráfico 8: Si su parto fue domiciliar ¿Quién atendió su parto?.



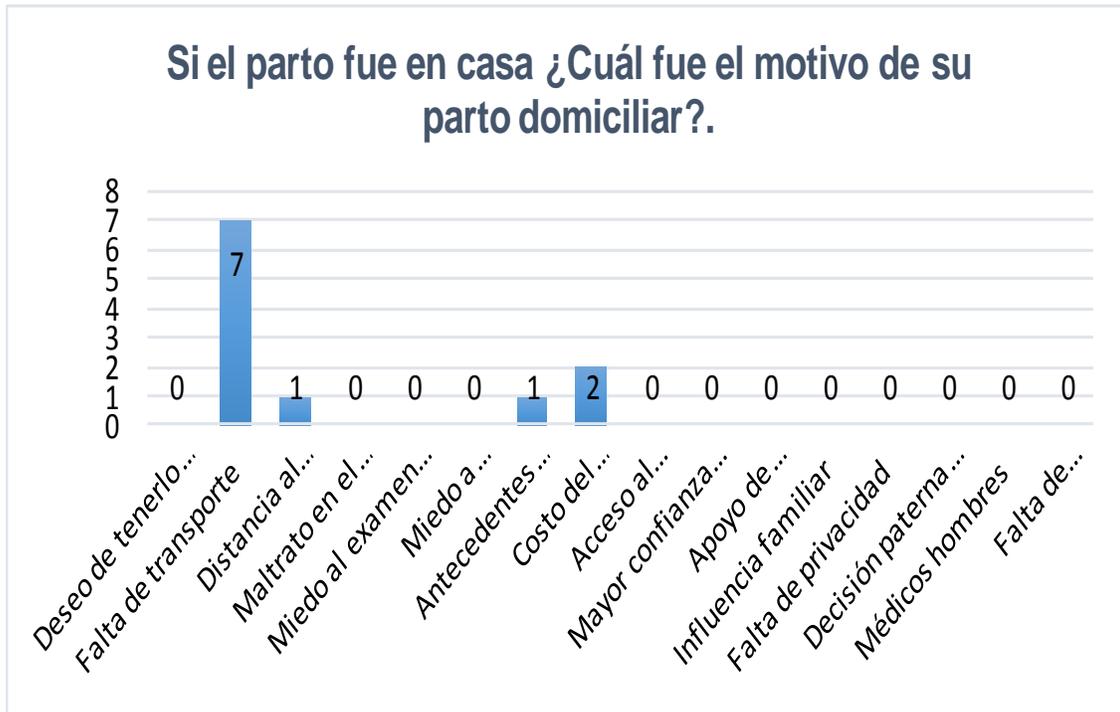
Descripción: Según cuadro n°8, el 54.54% de las entrevistadas verificaron parto sin ayuda médica familiar, el 18.18% menciona que la persona que atendió su parto fue médico, marido o vecino, el 9% representa al parto atendido por partera y el otro 9% aquel parto que fue atendido por familiar (madre o hermanas).

Tabla 9: Si el parto fue en casa ¿Cuál fue el motivo de su parto domiciliar?.

Motivo	Fr.	%
Deseo de tenerlo en casa	0	0 %
Falta de transporte	7	63.63 %
Distancia al hospital	1	9.09 %
Maltrato en el hospital	0	0 %
Miedo al examen genital	0	0 %
Miedo a intervenciones quirúrgicas	0	0 %
Antecedentes familiares de parto domiciliar	1	9.09 %
Costo del transporte	1	9.09 %
Acceso al transporte	0	0 %
Mayor confianza en partera	0	0 %
Apoyo de familiar intraparto	0	0 %
Influencia familiar	0	0 %
Falta de privacidad	0	0 %
Decisión del cónyuge del parto domiciliar	0	0 %
Médicos hombres	0	0 %
Falta de promoción de los servicios de salud	0	0 %
No aplica	1	9.09 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 9: Si el parto fue en casa ¿Cuál fue el motivo de su parto domiciliar?.



Descripción: De acuerdo al cuadro n°9, el 63.63% representa como motivo principal de parto domiciliar la falta de transporte, seguido con un 18.18% el cual refiere que el costo de transporte la llevo a tomar la decisión de optar por el parto domiciliar, el 9% menciona que fue la distancia al hospital y por último el 9% se vio influenciada por el antecedente de familiares con parto domiciliar.

Tabla 10: Si deseara quedar embarazada ¿Cuál sería el lugar del próximo parto?.

Lugar	Fr.	%
Domiciliario	2	18.18 %
Hospitalario	9	81.81 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 10: Si deseara quedar embarazada ¿Cuál sería el lugar del próximo parto?.



Descripción: Según el cuadro n°10, del total de entrevistadas, el 82% manifestó que si en dado caso quedara embarazada su próximo parto sería hospitalario y solo un 18% piensa tomar nuevamente la decisión de un parto domiciliario.

Tabla 11: Si la respuesta es domiciliar. ¿Qué la motivó a tomar esa decisión?.

Motivos	Fr.	%
Deseo de tenerlo en casa	0	0 %
Falta de transporte	1	9.09 %
Distancia al hospital	1	9.09 %
Maltrato en el Hospital	0	0 %
Miedo al examen genital	0	0 %
Miedo a intervenciones quirúrgicas (episiotomía cesáreas)	0	0 %
Influencia familiar	0	0 %
Antecedentes familiares de parto domiciliar	0	0 %
Médicos Hombres	0	0 %
Exceso de tactos vaginales	0	0 %
Falta de privacidad	0	0 %
Falta de promoción de los servicios de salud	0	0 %
Decisión paterna de parto domiciliar	0	0 %
Costo del transporte	0	0 %
Acceso al transporte	0	0 %
Mayor confianza en la partera	0	0 %
Apoyo familiar intraparto	0	0 %
Decisión hospitalaria	9	81.81 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 11: Si la respuesta es domiciliar. ¿Qué la motivó a tomar esa decisión?.



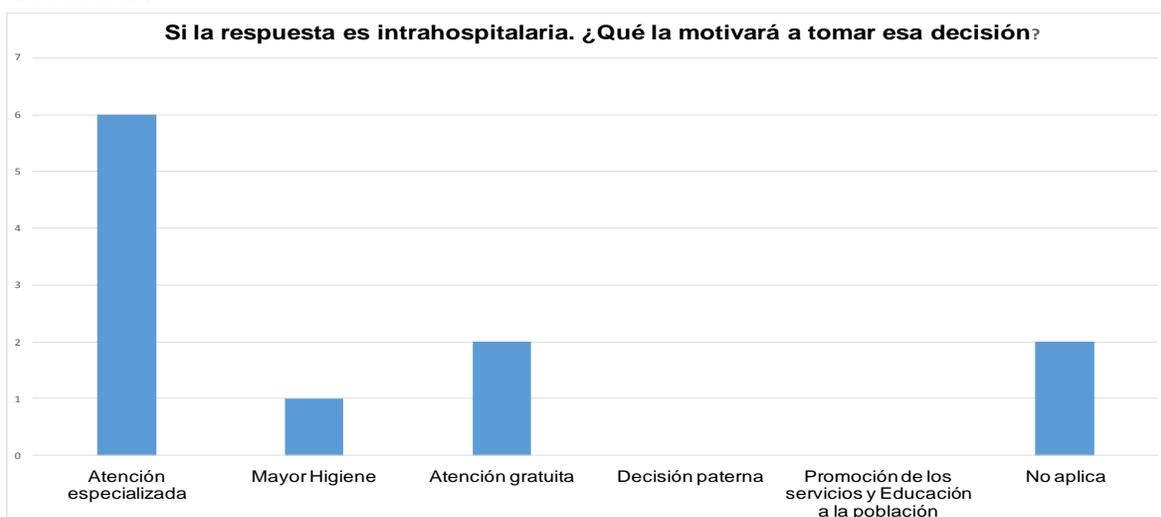
Descripción: Según el cuadro n°11, un 81.8% desearía que su próximo parto sea en el hospital, el 9% tomo la decisión que su próximo parto sea nuevamente domiciliar debido a la falta de transporte y el otro 9% influye la distancia que hay entre el hospital y su hogar por lo que tomaría también la decisión del parto domiciliar.

Tabla 12: Si la respuesta es intrahospitalaria. ¿Qué la motivó a tomar esa decisión?.

Decisión de parto hospitalario	Fr.	%
Atención especializada	6	54.54 %
Mayor higiene	1	9.09 %
Atención gratuita	2	18.18 %
Decisión paterna	0	0 %
Promoción de los servicios y educación a la población	0	0 %
No aplica	2	18.18%
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 12: Si la respuesta es intrahospitalaria. ¿Qué la motivó a tomar esa decisión?.



Descripción: De acuerdo al cuadro n°12, solo el 54.54% tomaría la decisión que su próximo parto sea atendido en Hospital debido a la atención especializada que ahí se brinda, otro grupo de mujeres con el 18.18% tomarían esta decisión porque la atención hospitalaria es gratuita en el sistema público, otro grupo de mujeres con el 18.18% eligieron el parto en el domicilio y el último grupo de mujeres con un 9% debido a que en el hospital existen mejores condiciones higiénicas tomarían la decisión que su próximo parto sea hospitalario.

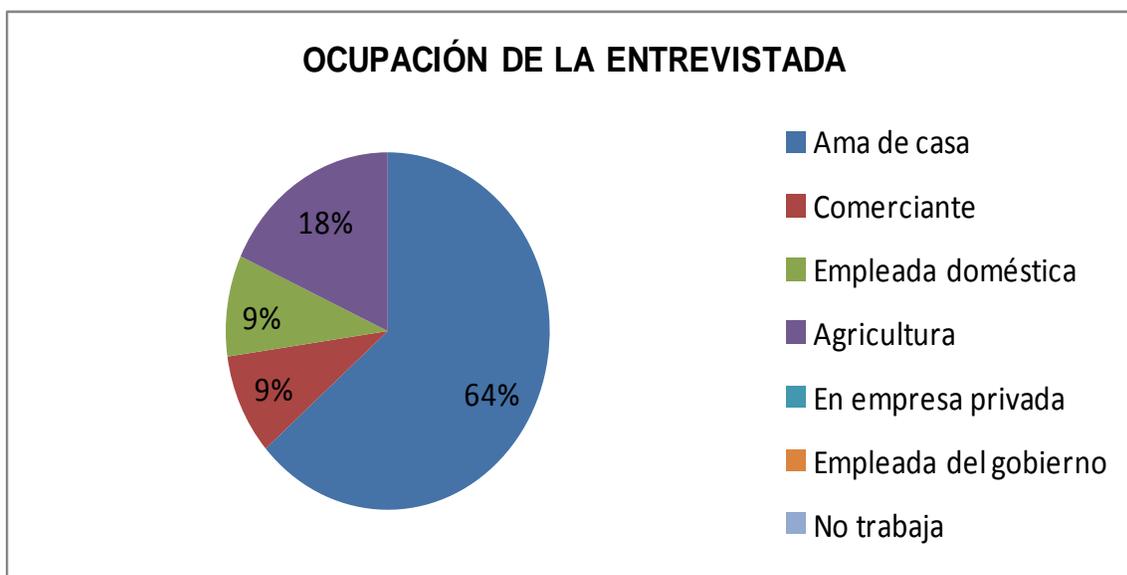
- Aspectos socioeconómicos:

Tabla 13: Ocupación de la entrevistada.

Ocupaciones	Fr.	%
Ama de casa	7	63.63 %
Comerciante	1	9.09 %
Empleada doméstica	1	9.09 %
Agricultura	2	18.18 %
En empresa privada	0	0 %
Empleada del gobierno	0	0 %
No trabaja	0	0 %
Otros	0	0 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 13: Ocupación de la entrevistada.



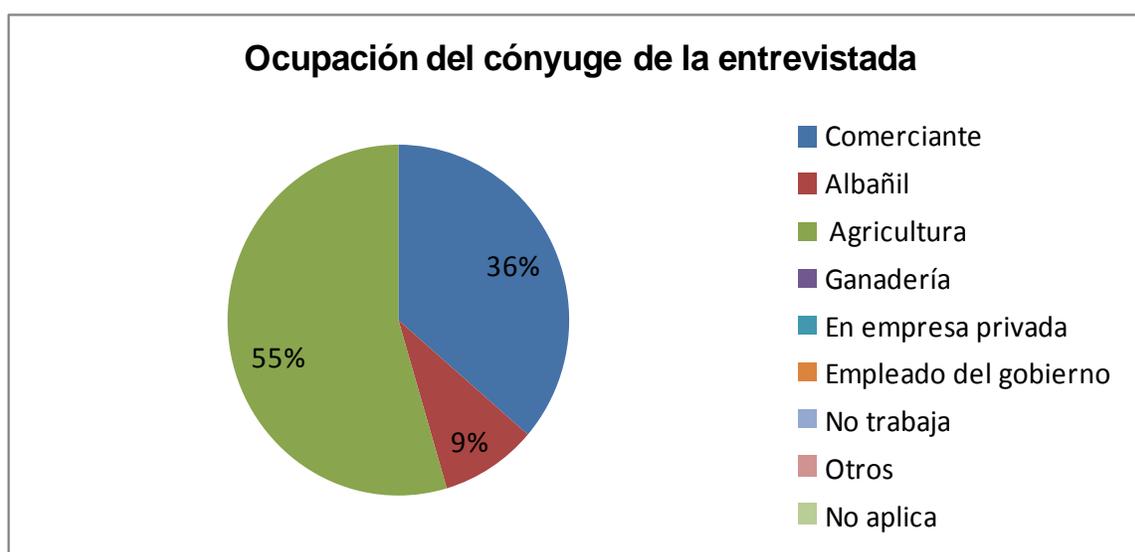
Descripción: Según el cuadro n°13, el 64 % de las entrevistadas es ama de casa, seguido por un 18% que se dedican a la agricultura, luego 9 % son empleadas domésticas y otro 9% manifestó dedicarse al comercio, es decir a la venta de productos domésticos y artesanales.

Tabla 14: Ocupación del cónyuge de la entrevistada.

Ocupaciones	Fr.	%
Comerciante	4	36.36 %
Albañil	1	9.09 %
Agricultura	6	54.54 %
Ganadería	0	0 %
En empresa privada	0	0 %
Empleado del gobierno	0	0 %
No trabaja	0	0 %
Otros	0	0 %
No aplica	0	0 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 14: Ocupación del cónyuge de la entrevistada.



Descripción: Según el cuadro n°14, el 54.54% de las entrevistadas refieren que su pareja se dedica a la agricultura, el 36% son comerciantes y por último el 9% se dedica a otro tipo de trabajo.

Tabla 15: ¿Cuánto es su nivel de ingreso familiar diario?.

Ingreso familiar diario	Fr.	%
< \$ 1.50	10	90.90 %
\$ 5	1	9.09 %
> \$ 10	0	0 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 15: ¿Cuánto es su nivel de ingreso familiar diario?.



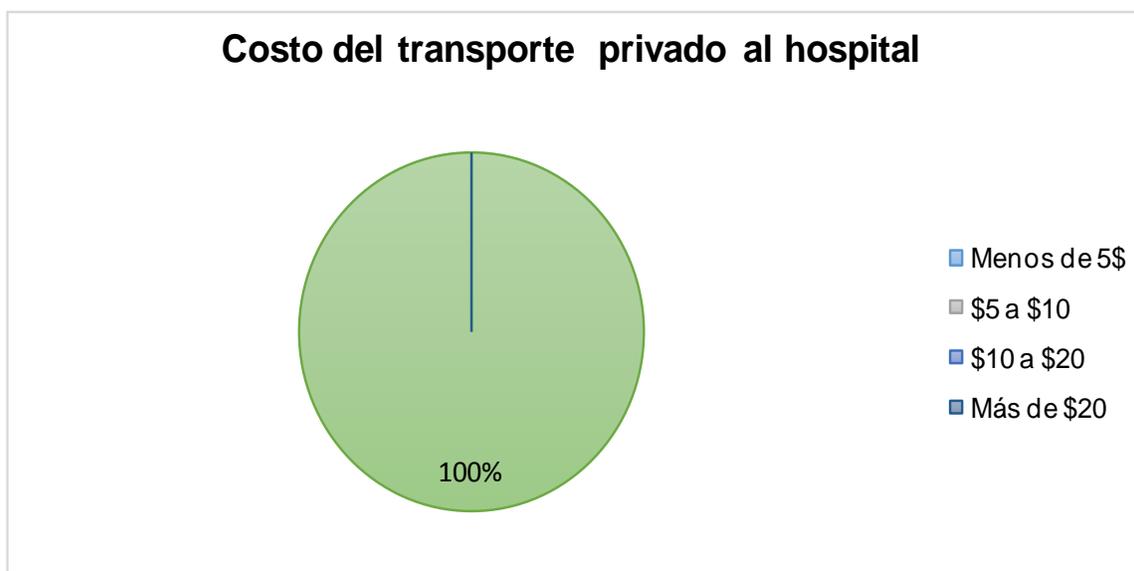
Descripción: Según el cuadro n°15, el 91% de las entrevistadas mencionó que su ingreso familiar diario es menor a \$1.50 de dólar, solo un 9% menciona que es de \$5 dólares y por lo visto nadie tiene un ingreso de más de \$10 dólares diarios.

Tabla 16: Costo del transporte privado al hospital.

Costo del transporte	Fr.	%
Menos de \$5	0	0
\$5 a \$10	0	0
\$10 a \$20	0	0
Más de \$20	11	100 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 16: Costo del transporte privado al hospital.



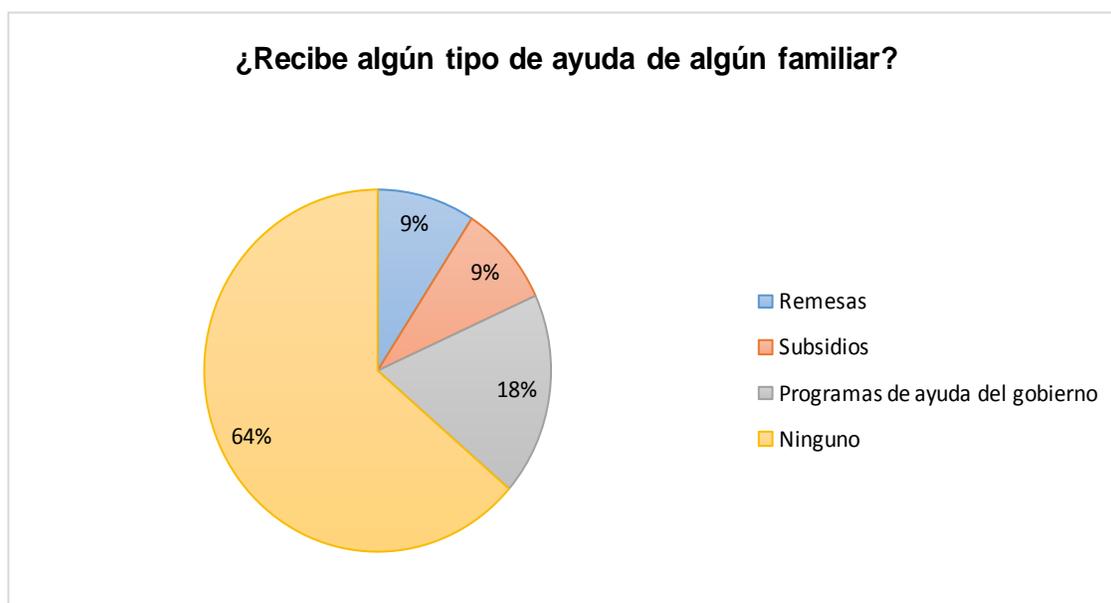
Descripción: Según el cuadro n°16, el 100% de las entrevistadas manifestó que el costo del transporte privado es arriba de 20 dólares.

Tabla 17: ¿Recibe algún tipo de ayuda de algún familiar?.

Tipo de ayuda	Fr.	%
Remesas	1	9.09 %
Subsidios	1	9.09 %
Programas de ayuda del gobierno	2	18.18%
Ninguna	7	63.63 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 17: ¿Recibe algún tipo de ayuda de algún familiar?.



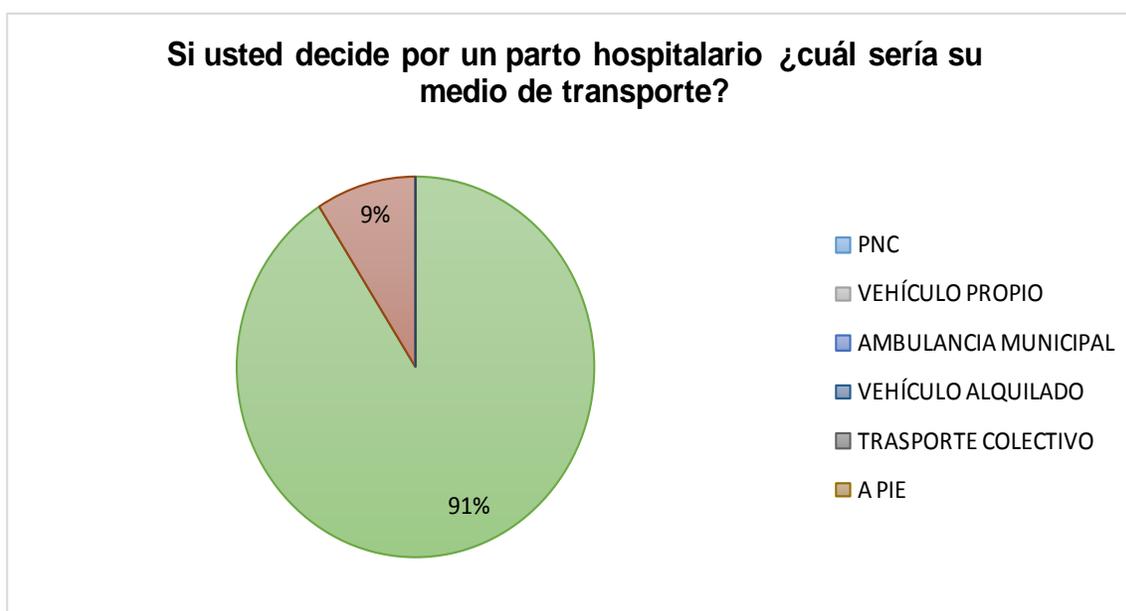
Descripción: Según el cuadro n°17, el 63.63% de la entrevistadas no recibe ningún tipo de ayuda, el 18% menciona que reciben ayuda de programas del gobierno, el 9% menciona que reciben remesas y el otro 9% recibe un subsidio.

Tabla 18: Si usted decide por un parto hospitalario ¿cuál sería su medio de transporte?.

Tipo de transporte	Fr.	%
PNC	0	0 %
Vehículo propio	0	0 %
Ambulancia municipal	0	0 %
Vehículo alquilado	10	90.9 %
Transporte colectivo	1	9.09 %
A pie	0	0 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 18: Si usted decide por un parto hospitalario ¿cuál sería su medio de transporte?.



Descripción: Según el cuadro n°18, el 91% menciona que el medio de transporte que existe en caso de viajar al centro de salud más cercano ante una emergencia es por medio del alquiler de un vehículo, mientras que el 9% de las entrevistadas opta por el medio de transporte colectivo, ya que ninguna manifestó tener vehículo propio, tampoco ayuda de ambulancia municipal o vehículo policial para transportarse en caso de una emergencia.

- Aspectos Culturales:

Tabla 19: ¿Conoce la casa de espera materna?.

Conoce la casa de espera materna	Fr.	%
Si	8	72.72 %
No	3	27.27 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 19: ¿Conoce la casa de espera materna?.



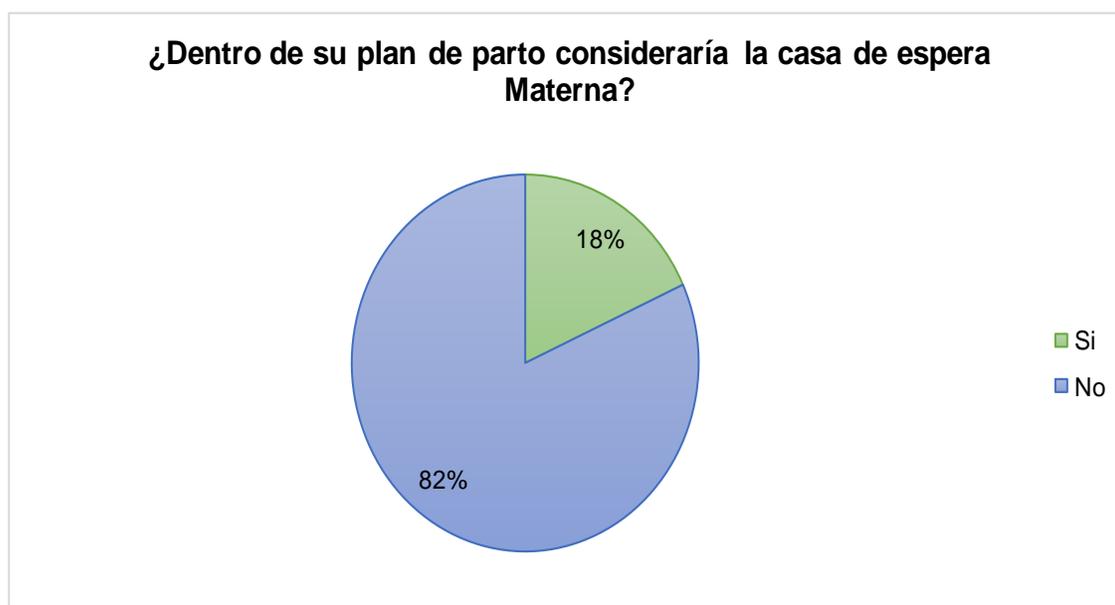
Descripción: Según el cuadro n°19, el 73% de entrevistadas conoce la casa de espera materna y el 27% no la conocen.

Tabla 20: ¿Dentro de su plan de parto consideraría la casa de espera materna?.

Consideraría la casa de espera materna	Fr.	%
Si	2	18.18 %
No	9	81.81 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 20: ¿Dentro de su plan de parto consideraría la casa de espera materna?.



Descripción: Según el cuadro n°20, el 82% no consideraría en su plan de parto la casa de espera materna y solo un 18% si la consideraría en su próximo parto.

Tabla 21: ¿Qué motivos la llevan a no optar por la casa de espera materna?.

Motivos	Fr.	%
Abandono de su hogar	8	72.72 %
Decisión paterna	0	0 %
Mala atención en los servicios De salud	3	27.27 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 21: ¿Qué motivos la llevan a no optar por la casa de espera materna?.



Descripción: Según el cuadro n°21, el 73% de las mujeres entrevistadas no considerarían la casa de espera materna dentro de su plan de parto, debido al abandono de su hogar y un 27% no la consideraría debido a la mala atención en los servicios de salud.

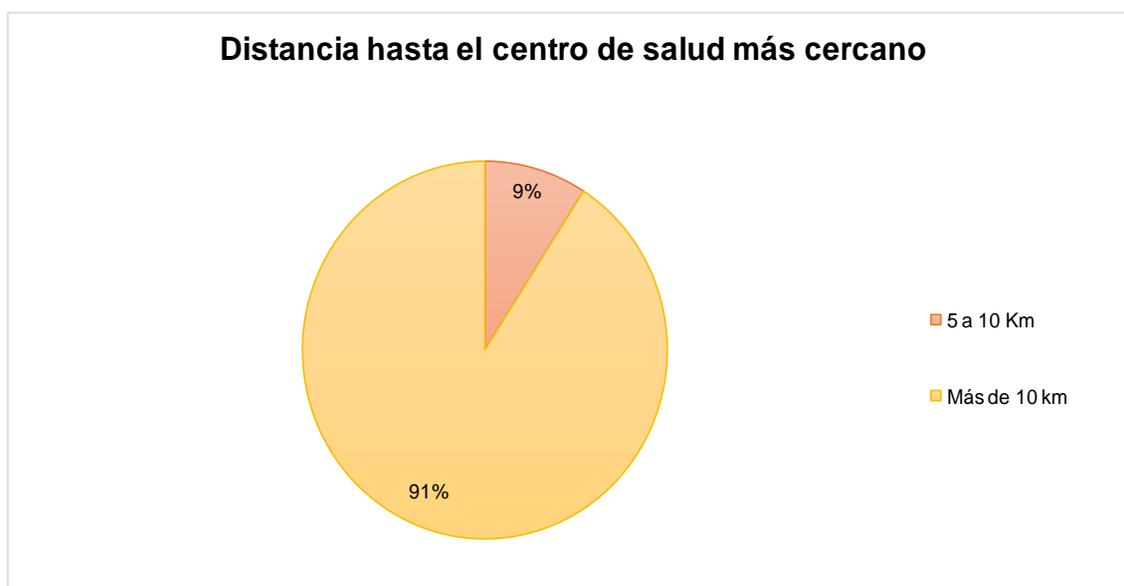
- Aspectos geográficos:

Tabla 22: Distancia hasta el centro de salud más cercano.

Distancia	Fr.	%
Menos de 5 kilómetros	0	0
5 a 10 kilómetros	1	9.09 %
Más de 10 kilómetros	10	90.9 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 22: Distancia hasta el centro de salud más cercano.



Descripción: Según el cuadro n°22, el 91% manifestó que viven a una distancia de más de 10 kilómetros del centro de salud más cercano y solo un 9% vive entre 5 a 10 km del centro de salud más cercano.

Tabla 23: Tiempo estimado para llegar al centro de salud más cercano.

Tiempo	Fr.	%
Menos de 10 minutos	0	0 %
10 a 30 minutos	1	9.09 %
Más de 30 minutos	10	90.9 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 23: Tiempo estimado para llegar al centro de salud más cercano.



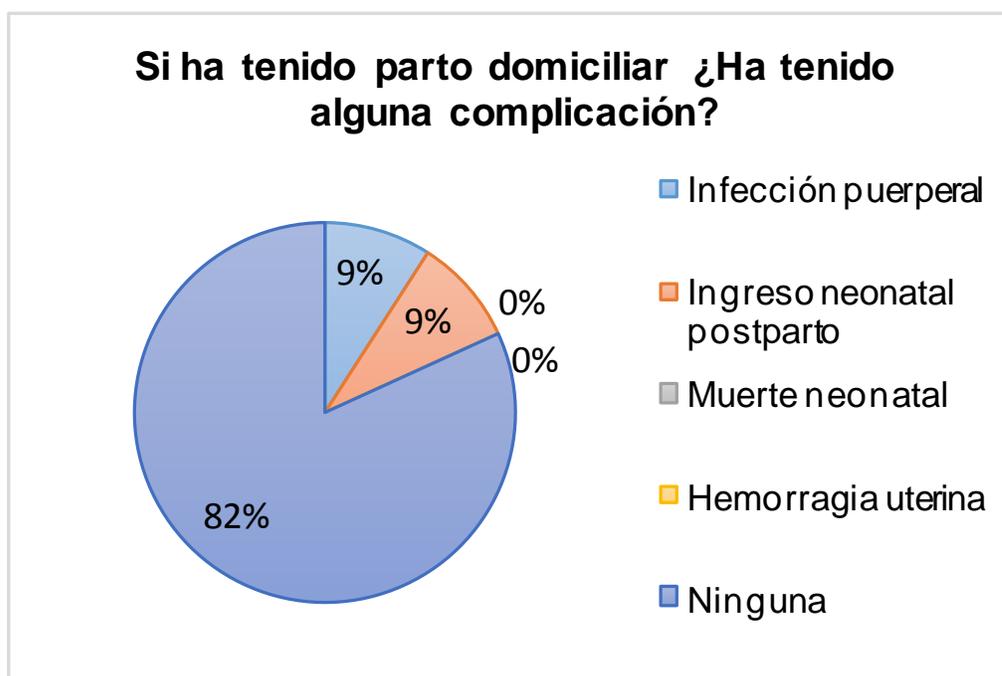
Descripción: De acuerdo al cuadro n°23, el 91% de las entrevistadas refiere que el tiempo que se tarda para llegar al centro de salud más cercano es mayor a 30 minutos, el 9% menciona que se tarda en llegar entre 10 a 30 minutos y nadie vive a menos de 10 minutos del centro de salud más cercano.

Tabla 24: Si ha tenido parto domiciliario ¿Ha tenido alguna complicación?.

Complicaciones	Fr.	%
Infección puerperal	1	9.09 %
Ingreso neonatal postparto	1	9.09 %
Muerte neonatal	0	0 %
Hemorragia uterina	0	0 %
Ninguna	9	81.81 %
Total	11	100 %

Fuente: Resultados de la entrevista.

Gráfico 24: Si ha tenido parto domiciliario ¿Ha tenido alguna complicación?.



Descripción: De acuerdo al cuadro n°24, el 81.81% no tuvo ninguna complicación durante o posterior a su parto domiciliario, sin embargo el 9% presentó infección puerperal y el otro 9% un ingreso neonatal postparto.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

9. CAPÍTULO IV DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Objetivo 1: Presentar las circunstancias geográficas de la zona y el tiempo que se tardan las pacientes que verificaron parto domiciliario, para llegar al centro hospitalario más cercano.

- **Aspectos geográficos:** el acceso al cantón Las Palmeras es dificultoso debido que no se cuenta con una calle cubierta con asfalto, esto se dificulta aún más cuando se adentra en el caserío el coco que se encuentra a 4.6 kilómetros del cantón Las Palmeras considerándose una área de muy difícil acceso geográfico debido a sus curvas y pendientes pronunciadas, y a lo escarpado del territorio. Todo esto se ve agravado debido a que no se cuenta con una ruta de buses establecida, por lo que la mayoría de la población se moviliza en camiones todo terreno cuyo costo es particularmente alto en relación con el estado económico de la mayoría de la población, ya que la mayoría de camiones transportadores cobran aproximadamente \$0.50 el viaje en horas diurnas. Sin un horario establecido, esto empeora aún más, ya que en horas nocturnas no se cuenta con ningún tipo de transporte. Por lo que si ocurre una emergencia se transporta a través de vehículos alquilados; el 91% refiere que se tardan más de 30 minutos en llegar a su centro de salud más cercano, por ende el alto costo del transporte nocturno, ya que el 100% de las entrevistadas refieren un costo del transporte mayor de \$20.00, lo cual es una limitante en relación con la poca cantidad de vehículos y la precaria situación económica de la zona propiciando el alto porcentaje de parto domiciliario.

Objetivo 2: Conocer las condiciones socioeconómicas de las pacientes que verificaron parto domiciliar.

- **Aspectos sociales:**

a. Edad: Una de las particularidades observadas fue que el 45.45% de las entrevistadas presentó una edad de 15 a 25 años, es decir casi la mitad del universo estudiado se encuentra en este rango de edad, quizá grandemente influenciada por factores familiares y culturales que llevaron a estas mujeres a optar por parto domiciliar. Como por ejemplo influencias de tipo familiares, y factores étnicos culturales como: oposición por parte de familiares o creencias como miedo a mutilación en centros de salud (cesárea).

b. Estado civil y Religión: A pesar de que la gran mayoría el 63.63% son de creencias religiosas católicas, seguido de un 18.18% que son de creencias evangélica, cabe recalcar que solo un 27.27% se encuentran en un matrimonio y la gran mayoría con un 54.54% a pesar de la amplia gama de influencia religiosa, no presentan una relación de tipo matrimonial, quizá tenga que ver con la escasa formación educativa de las personas de la zona o no se les ha inculcado correctamente los valores cristianos del matrimonio.

c. Religión y paridad: Se pueda decir que la religión guarda una relación con la paridad, lo cual varía según cada doctrina, pero en términos generales tanto la iglesia evangélica como la católica fomenta que sus miembros procreen un número indefinido de hijos(los que Dios les dé), además fomentan el no uso de métodos anticonceptivos; según los datos obtenidos el 54.54% de las personas que verificaron parto domiciliar son multíparas, quizá debido a la falta de información o desinterés de los riesgos obstétricos que con lleva la multiparidad.

- d. Estado Actual:** El 90.9% no presenta un embarazo nuevo, es decir no es puérpera, cabe recalcar que el periodo intergenésico es de dos años, a pesar de esto el 9.9% del universo presenta un nuevo embarazo.
- e. Escolaridad y lugar de partos previos:** El 54.54% presentan una formación académica de tipo básica es decir primer ciclo, el 27.27% no tiene ningún tipo de estudio (no sabe leer ni escribir), quizá debido al carente nivel académico recibido y a la falta o desinterés de la información brindada acerca de los peligros del embarazo y la necesidad de acudir a un hospital para su parto, conllevan a un porcentaje elevado de partos domiciliarios ya que el 81.81% presentaron partos previos en su domicilio.
- f. Atención de parto y motivo del parto:** El 54.54% manifiesta que presentaron su parto sin ninguna atención, ni siquiera de sus familiares, como se dijo anteriormente quizá por motivos de falta de educación, tanto académica como en materia de salud, a pesar de ello el 63.63% manifiesta que el motivo principal de su parto domiciliario fue la falta de transporte, sobre todo en horas nocturnas, debido al alto costo del mismo.
- g. Lugar del próximo parto:** como rasgo particular el 81.81% del universo desea tener su próximo parto en el hospital, aunque hay un sesgo en este dato, debido a la veracidad que puedan tener los datos suministrados por las entrevistadas.
- h. Si la respuesta es domiciliar ¿Qué la motivaría a tomar esa decisión?:** En el cantón Las Palmeras el 9.09 % refieren que tendrían su próximo parto en su domicilio debido a la falta de transporte que existe en la zona, ya que según SIFF, solo 62 familias poseen un vehículo propio y 700 familias no cuentan con un vehículo y ante una emergencia como el parto, tienen que alquilar un medio transporte; el otro 9.09 % manifiesta que la distancia al hospital es un factor que predispone a que su próximo parto sea domiciliario, ya que el cantón

se encuentra a una distancia lejana de 4.6 kilómetros del centro de salud más cercano.

- i. **Si la respuesta es hospitalaria ¿Qué la motivaría a tomar esa decisión?** El 54.54 % tomaría la decisión que su próximo parto sea atendido en un hospital debido a que la atención es especializada , es decir que las condiciones son las más adecuadas para el parto, otro 18.18% tomaría esta decisión porque la atención que se brinda en el sistema de salud hospitalario es gratuita, sin embargo cabe recordar que la mayoría son multíparas y casi todos su partos anteriores han sido domiciliarios, es decir que a pesar de no acudir a un centro de salud, reconocen la importancia del parto hospitalario, pero que muchas veces por los factores culturales y sociales prefieren optar siempre por el parto domiciliario, sin embargo todo esto puede estar condicionado por la veracidad que puedan tener las entrevistadas.

- **Aspectos socioeconómicos:**

- a. **Ocupación de la entrevistada:** Según los datos obtenidos en la entrevista el 63.63 % refieren que son amas de casa, es decir que se dedican al cuidado de los oficios de su hogar (cuidado de los hijos, limpieza de la casa, compra y preparación de alimentos), ya que probablemente debido a la cultura de nuestro país es el hombre quien se dedica a trabajar en la mayoría de hogares de zonas rurales y de escasos recursos, lo que limita a la mujer económicamente a lo que le da su pareja. Por otra parte solo un 18.18 % se dedican a la agricultura lo que implica que tienen un ingreso económico adicional así como el 9.09 % que se dedica al comercio y el otro 9.09 % como empleada doméstica, sin embargo esto no es suficiente para cubrir con todas las necesidades básicas del hogar.

- b. Ocupación del cónyuge:** El municipio de Tacuba es uno de los sectores que en temporadas se dedica al cultivo y exportación de café a través de los beneficios y fincas, en el cantón Las Palmeras el 54.54 % de las entrevistadas refieren que su pareja se dedica a la agricultura, ya que en la mayoría de los hogares rurales este realiza trabajos relacionados a la agricultura ya sea cultivando sus propias tierras o vendiendo su fuerza de trabajo como jornalero, un 36.36% se dedica al comercio es decir a la venta de artesanías, productos domésticos, negocio propio (tiendas) y un 9.09 % se dedica a la albañilería. Estos últimos dos pertenecen al sector de trabajadores informales según SIFF, que corresponde a 205 personas masculinas.
- c. Nivel de ingreso familiar diario:** En el cantón Las Palmeras la mayoría de personas son de escasos recursos y de ingresos familiares bajos, a lo que el 90.90 % de las entrevistadas subsisten con menos de \$1.5 diario y solo un 9.09 % subsisten con \$5 al día, por lo que los ingresos económicos obtenidos para satisfacer las necesidades de la familia son bajos, y la mayoría de sus ingresos son destinados a la alimentación y vestimenta de sus hijos.
- d. Costo del transporte privado al hospital:** Según el 100 % de las entrevistadas el costo del transporte hacia el hospital es de más de \$20, ya que al no contar con esa cantidad de dinero se ven obligadas a permanecer en el hogar. Dicho de otra manera existe transporte privado a disposición en caso de emergencia, sin embargo no tienen la capacidad económica de costearlo.
- e. Reciben algún tipo de ayuda:** Al preguntarle a las entrevistadas del tipo de ayuda que estas reciben fueron pocas las que contestaron que reciben ayuda a través de remesas (9.09%), subsidios (9.09%) y programas de ayuda del gobierno (18.18%), es decir que la mayoría de estas mujeres no reciben ninguna ayuda económica, esto puede ser debido a que casi siempre es únicamente un miembro de la familia el que aporta el dinero al hogar y sin embargo no todas las familias cuentan con la ayuda económica de algún

familiar en el extranjero u ayuda procedente del gobierno debido a la inequidad social que aún existe en nuestro país.

- f. **Medio de transporte:** El medio de transporte más utilizado según manifestaron las entrevistadas fue el vehículo alquilado con un 90.9%, y solo 9.09% contestó que el medio de transporte que utilizan para viajar al centro de salud más cercano es el transporte colectivo, lo cual refleja la situación socioeconómica a la que están expuestas estas mujeres, dado que al momento de presentarse una emergencia médica deben buscar la manera de contactar el vehículo privado y cancelar el costo del pasaje de este.

Objetivo 3: Identificar los aspectos culturales de las pacientes que verificaron parto domiciliar.

- **Aspectos culturales:**

a. Conocen la casa de espera materna: Al preguntarles a las entrevistadas acerca del conocimiento que tienen sobre la casa de espera materna, estas contestaron que si la conocen en un 72.72%, mientras que un 27.27% no la conocen, es decir que la gran mayoría sabe qué es una casa de espera materna y probablemente conocen de los beneficios y atenciones que se obtienen en esta.

b. Dentro de su plan de parto ¿consideraría la casa de espera materna?: Al responder la pregunta solo un 18.18% de las entrevistadas consideraría dentro de su plan de parto la casa de espera materna, mientras que el 81.81% no lo consideraría, es decir que conocen de la casa de espera materna, más sin embargo la mayoría no desea trasladarse a ésta semanas antes del parto.

c. Qué motivos la llevan a no optar por la casa de espera materna: Fueron diferentes motivos los que llevarían a no optar por la casa de espera materna sin embargo el más destacado con un 72.72% fue el abandono de su hogar, lo cual podría deberse a factores sociales y riesgos de la zona, sin embargo un 27.27% contestaron que no acudirían a la casa de espera por la mala atención de los servicios de salud, y se deba a posibles experiencias hospitalarias u otro factor cultural que pudo influir a no tener como opción la casa de espera materna.

d. Complicaciones: El 81.81% no tuvo complicaciones durante o posterior al parto, lo que influye probablemente a que estas mujeres no acudan a los servicios de salud u hospitales para ser atendidas durante el parto, es decir que ante experiencias pasadas de parto domiciliar en el cual no hubo

complicación alguna, estas prefieren quedarse en casa pensando en que su parto será igual al anterior, a comparación con la minoría en la que el 9% presento una infección puerperal y el otro 9% ingreso postnatal.

10. CONCLUSIONES.

GEOGRÁFICOS:

- El porcentaje de mujeres que no acudieron al hospital por falta de transporte fue del 63.63%. Esto indica que vivir en un domicilio retirado de los servicios de salud se relaciona con muy poca afluencia de transporte, debido a la conectividad vial del cantón Las Palmeras y al municipio de Tacuba.
- La distancia que existe para el 91% de las entrevistadas entre su domicilio y el centro de salud más cercano es de más de 10 kms, a pesar de ello un 81.81% de las entrevistadas no consideraría la casa de espera materna dentro de su plan de parto, debido a que el 73% no abandonarían su hogar y el 27% por decisión paterna.

SOCIOECONÓMICOS:

- El 90.90% de las entrevistadas viven con menos de \$1.50 diario, es decir que los ingresos totales del hogar provienen en su mayoría por parte del cónyuge con un 55%, ya que la mayoría de las entrevistadas se dedican a los cuidados del hogar con un 64%, es decir que el aporte económico de cada familia es insuficiente para costearse el transporte privado al hospital más cercano influyendo así al parto domiciliario.

ASPECTOS CULTURALES:

- El 81.81% de la población verifico parto en su domicilio, ya que el 63.63% de las entrevistadas lo hicieron a la falta de transporte, lo cual indica que los factores culturales investigados como: antecedentes familiares de parto domiciliario, influencia familiar, mayor confianza en la partera, maltrato en el hospital y la falta de la promoción de los servicios de salud influyeron poco o nada como motivo de su parto domiciliario.

11. RECOMENDACIONES.

A la unidad de salud:

- Capacitar constantemente a la población del cantón, acerca de la importancia del plan de parto en el embarazo.
- Crear un comité comunal para reserva de fondos para emergencias, que estén a disposición, para la mayoría de personas de escasos recursos, y que no cuentan con un medio de transporte propio para acudir al centro de salud más cercano en caso de emergencia.
- Involucrar a la comunidad en la definición de estrategias participativas, para dar solución a problemas en materia de salud, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas de dicho cantón.
- Trabajar de manera conjunta con los centros escolares de la zona, para incrementar el nivel educativo en conocimientos sobre embarazo y parto como estrategia de disminución de parto domiciliar.
- Buscar alternativas para brindar información necesaria sobre los servicios y métodos de planificación familiar, con el objetivo de disminuir embarazos en zonas de alto riesgo geográfico y de difícil acceso.

Al SIBASI:

- Monitorizar la implementación de la estrategia del plan de parto en la MICRORED de Tacuba, y sobre todo en las zonas donde hay más porcentajes de partos domiciliarios.
- Reforzar conocimientos y capacitar a los directores y coordinadores de los equipos comunitarios de salud familiar, con el objetivo de disminuir, los altos índices de parto domiciliar.
- Fomentar la capacitación de parteras en áreas de difícil acceso geográfico.

A nivel hospitalario:

- Implementar políticas que incluyan familiares de pacientes durante la atención del parto hospitalario, es decir el parto humanizado, reforzando el vínculo familiar (madre-padre-hijo).

A región de salud occidental:

- La creación de una casa de espera materna en el municipio de Tacuba, promoviendo así alianzas estratégicas entre el ministerio de salud, la comunidad y otros entes como la alcaldía municipal.

12. BIBLIOGRAFÍA:

1. Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar El Salvador (FESAL). San Salvador; 2008.
2. OMS. www.who.int/es. [Online].; 2008. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/.
3. Web SdIdMv. Indicadores del Sistema Nacional de El Salvador. Indicadores del Sistema Nacional de El Salvador. 2016-2017: p. 18 - 19.
4. Salud OPd. Organización Mundial de la Salud. Maternidad Saludable. [Online].; 1998 [cited 2018]. Available from: 1998: <https://www.paho.org/hq/?lang=es> .
5. Salvador MdSdE. Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y recién nacido. 2nd ed. San Salvador: Ministerio de Salud; 2011.
6. Salvador MdSE. [simmow](https://simmow.salud.gob.sv/). [Online].; 2018 [cited 2018 junio 6. Available from: <https://simmow.salud.gob.sv/>.
7. natural Hdp. Fertilab. [Online].; 1974 [cited 2018 Abril 20. Available from: http://www.fertilab.net/gineclopedia/embarazo/parto_natural/cual_es_la_historia_del_parto_1.
8. Ferez JAL. Hipócrates y los Escritos Hipócraticos: Origen de la Medicina Científica Madrid España: Gredos; 1986.
9. Epstein H. ¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto Madrid España: Turner Publicaciones S.L.; 2010.
10. Villegas CB. Factores Condicionantes del Parto Domiciliario. Rev. salud pública. 2001;: p. 158-163.
11. Salvador Ude. Factores socioculturales y económicos asociados a la asistencia de las embarazadas de difícil acceso al hogar de espera materna. trabajo de grado. San Salvador: Universidad de El Salvador, San Salvador; 2015.
12. UNICEF. Catálogo de indicadores municipales. In UNICEF. Catálogo de indicadores municipales. La Libertad El Salvador: UNICEF; 2009. p. 25-26.
13. Municipios de El Salvador. Municipios de El Salvador. [Online].; 2018. Available from: <http://www.municipiosdeelsalvador.com/ahuachapan/tacuba>.
14. MINSAL. Lineamientos técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados San Salvador:

Ministerio de Salud de El Salvador; 2017.

15. Mapa Sanitario. Mapa Sanitario. In Salvador MdSdE. Mapa Sanitario. San Salvador; 2014. p. 15.
16. Jesús Md. "Introducción al campo de la antropología médica". In Española , editor. "Introducción al campo de la antropología médica". España, Barcelona: Española; 1980. p. 33.
17. Foster G. "Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia". In M. MKyJ, editor. "Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia". Barcelona; 1980. p. 250.
18. Salvador MdSdE. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia. In Edición T, editor. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia. San Salvador: Ministerio de Salud; 2012. p. 195-196.
19. R F. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Uruguay; 2012.

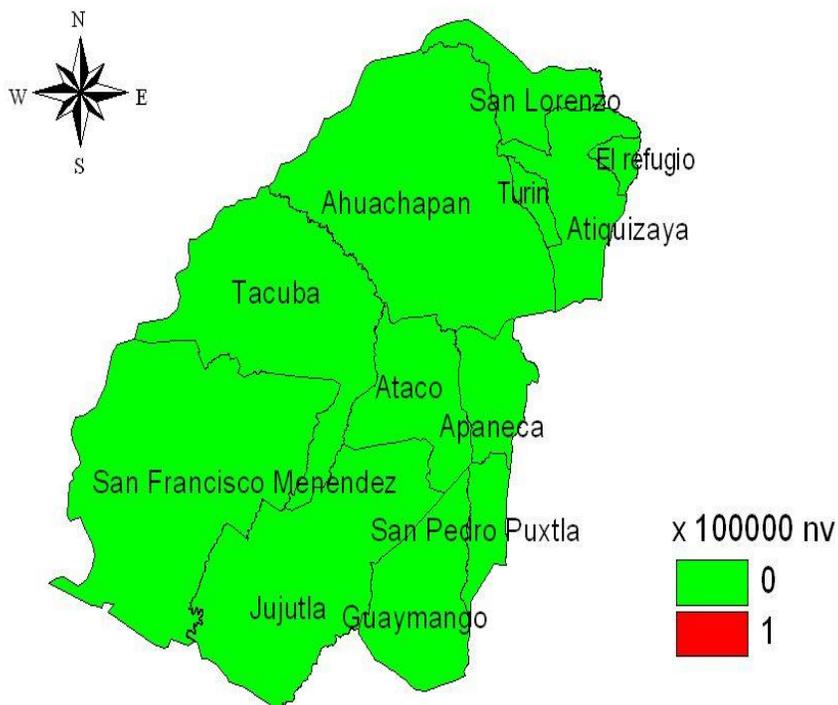
ANEXOS

13. ANEXOS

13.1 Anexo A

Mortalidad Materna enero a septiembre 2016.

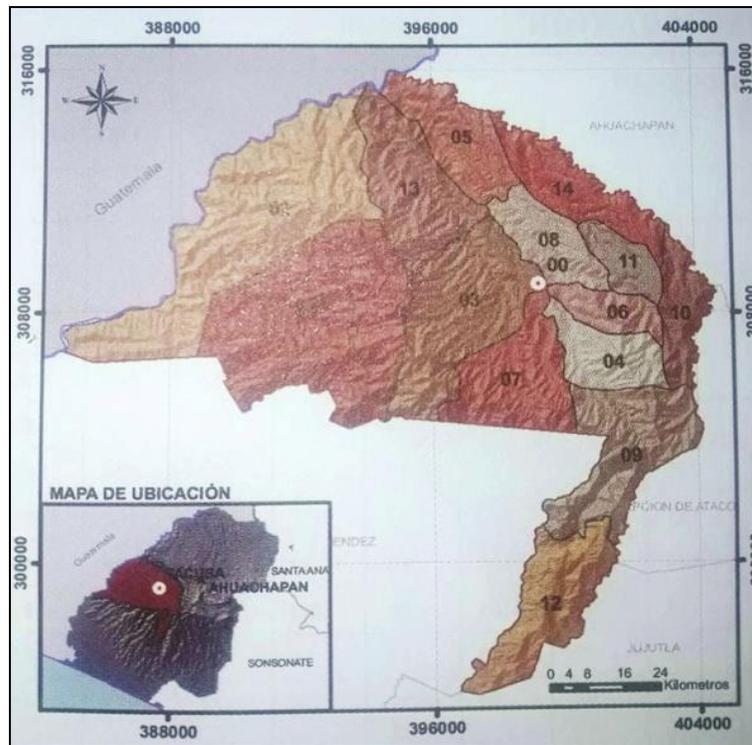
Ahuachapán



Fuente: Sistema de Información de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW).

Descripción: Mapa de la razón de Morbimortalidad Materna de enero a septiembre del año 2016 del departamento de Ahuachapán.

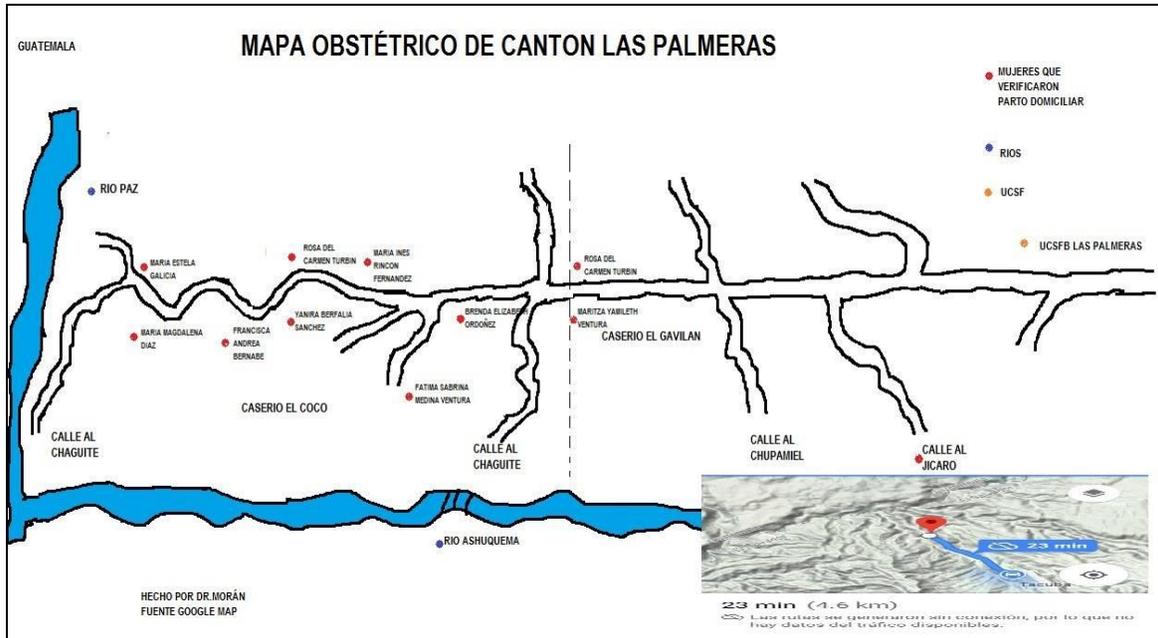
13.2 Anexo B



Fuente: Catálogo de Indicadores Municipales 2009.

Descripción: Mapa de Tacuba y sus Cantones: 01 Agua Fría, 02 El Chaguite, 03 El Jícaro, 04 El Nispero, 05 El Rodeo, 06 El Rosario, 07 El Sincuyo, 08 Loma Larga, 09 La Montaña, 10 La Pandeadura, 11 La Puerta, 12 Monte Hermoso, 13 San Juan y 14 San Rafael.

13.4 Anexo D



Fuente: UCSF Las Palmeras 2018.

Descripción: Mapa Obstétrico que denota la situación geográfica del cantón Las Palmeras y la zona donde están ubicadas las mujeres que verificaron parto domiciliar en el periodo de enero a diciembre del año 2017.

13.5 Anexo E

MINISTERIO DE SALUD SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FICHA FAMILIAR													
VARIABLES RELACIONADAS A LA VIVIENDA REGIÓN OCCIDENTAL SIBASI AHUACHAPAN UCSF Tacuba AH Las Palmeras DESDE: 01/01/2017 HASTA: 31/12/2017													
Fecha de emisión: 2/10/2018													
POR EXPOSICIÓN A RIESGO AMBIENTAL													
SIBASI AHUACHAPAN													
Establecimiento	Sin riesgo		Deslaves		Inundaciones		Contaminación por disposición inadecuada de desechos sólidos, químicos		Erupción		Otros riesgos		Deshabitadas
	Familias	Viviendas	Familias	Viviendas	Familias	Viviendas	Familias	Viviendas	Familias	Viviendas	Familias	Viviendas	
UCSF Tacuba AH Las Palmeras	6	6	8	8	2	2	23	23	5	5	0	0	81
Total	6	6	8	8	2	2	23	23	5	5	0	0	81

Fuente: Sistema de información de ficha familiar del Ministerio de Salud de El Salvador.

Descripción: Variables relacionadas a la vivienda de las familias que están expuestas a diferentes riesgos ambientales como: deslaves, inundaciones, contaminantes inadecuados de desechos sólidos y químicos, erupción y otros.

13.6 Anexo F

	MINISTERIO DE SALUD SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FICHA FAMILIAR		VARIABLES RELACIONADAS A LA VIVIENDA REGIÓN OCCIDENTAL SIBASI AHUACHAPAN UCSF Tacuba AH Las Palmeras DESDE: 01/01/2018 HASTA: 31/12/2018				
	Fecha de emisión: 3/10/2018						
VEHÍCULO PARA USO DEL HOGAR							
SIBASI AHUACHAPAN							
Establecimiento	No		Si		Deshabitadas	Total	
	Familias	Viviendas	Familias	Viviendas		Familias	Viviendas
UCSF Tacuba AH Las Palmeras	700	650	62	61	78	762	789
Total	700	650	62	61	78	762	789

Fuente: Sistema de información de ficha familiar del Ministerio de Salud de El Salvador.

Descripción: Número de Familias que poseen vehículo para uso del hogar, en comparación con las familias que no lo poseen del cantón Las Palmeras.

13.7 Anexo G

 MINISTERIO DE SALUD SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FICHA FAMILIAR VARIABLES RELACIONADAS A LA SITUACIÓN DE SALUD REGIÓN OCCIDENTAL SIBASI AHUACHAPAN UCSF Tacuba AH Las Palmeras DESDE: 01/01/2018 HASTA: 31/12/2018																		
 MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR UNÁMONOS PARA CRECER																		
Fecha de emisión: 3/10/2018																		
Variable de Integrante de Familia: TIENE TRABAJO REMUNERADO																		
SIBASI AHUACHAPAN	Valores de respuesta																	
	Desempleado			Formal, en el gobierno			Formal, en lo privado			Informal			No aplica			Total		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Establecimiento																		
UCSF Tacuba AH Las Palmeras	1052	537	1589	14	146	160	16	78	94	205	433	638	786	722	1508	2073	1916	3989
TOTAL	1052	537	1589	14	146	160	16	78	94	205	433	638	786	722	1508	2073	1916	3989

Fuente: Sistema de información de ficha familiar del Ministerio de Salud de El Salvador.

Descripción: Número de personas que habitan en el cantón Las Palmeras que poseen un trabajo remunerado formal e informal, así como el total de personas desempleadas.

13.8 Anexo H

SIBASI AHUACHAPAN		Valores de respuesta																	
		Sí en divisas			Sí, en especies			Sí, en ambos			Sí, de manera eventual			No recibe			Total		
Establecimiento		F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
UCSF Tacuba AH Las Palmeras		28	13	41	0	0	0	4	4	8	97	295	392	1944	1604	3548	2073	1916	3989
TOTAL		28	13	41	0	0	0	4	4	8	97	295	392	1944	1604	3548	2073	1916	3989

Fuente: Sistema de información de ficha familiar del Ministerio de Salud de El Salvador.

Descripción: Número de personas del cantón Las Palmeras que reciben ayuda económica de familiares a manera de divisas, de manera eventual o que no recibe ningún tipo de ayuda.

13.9 Anexo I

 MINISTERIO DE SALUD SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FICHA FAMILIAR VARIABLES RELACIONADAS A LA SITUACIÓN DE SALUD REGIÓN OCCIDENTAL SIBASI AHUACHAPAN UCSF Tacuba AH Las Palmeras DESDE: 01/01/2018 HASTA: 31/12/2018																								
 MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR UNÁMONOS PARA CRECER																								
Fecha de emisión: 3/10/2018																								
Variable de Integrante de Familia: RECIBE APOYO POR PARTE DEL GOBIERNO																								
SIBASI AHUACHAPAN			Valores de respuesta																					
Establecimiento	Subsidio al gas			Subsidio energía eléctrica			Bonos comunidades rurales			Bono comunidades urbanas			Pensión básica universal			Otro tipo de apoyo			Ninguno			Total		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
UCSF Tacuba AH Las Palmeras	66	309	375	59	281	340	27	116	143	0	3	3	18	18	36	0	1	1	1981	1535	3516	2151	2263	4414
TOTAL	66	309	375	59	281	340	27	116	143	0	3	3	18	18	36	0	1	1	1981	1535	3516	2151	2263	4414

Fuente: Sistema de información de ficha familiar del Ministerio de Salud de El Salvador.

Descripción: Variables relacionadas a la situación de salud del cantón Las Palmeras, que representa el número de personas que reciben apoyo por parte del gobierno (subsidio del gas, subsidio de energía eléctrica, bonos a comunidades rurales y urbanos, pensión básica) y las que no lo reciben.

13.10 Anexo J

 <p style="text-align: center;">MINISTERIO DE SALUD SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FICHA FAMILIAR</p> <p style="text-align: center;">VARIABLES RELACIONADAS A LA SITUACIÓN DE SALUD REGIÓN OCCIDENTAL SIBASI AHUACHAPAN UCSF Tacuba AH Las Palmeras DESDE: 01/01/2018 HASTA: 31/12/2018</p> 												
Fecha de emisión: 3/10/2018												
Variable de Integrante de Familia: ESTUDIA ACTUALMENTE												
SIBASI AHUACHAPAN	Valores de respuesta											
	No			Si, en sector público			Si, en sector privado			Total		
Establecimiento	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
UCSF Tacuba AH Las Palmeras	1511	1349	2860	475	486	961	87	81	168	2073	1916	3989
TOTAL	1511	1349	2860	475	486	961	87	81	168	2073	1916	3989

Fuente: Sistema de información de ficha familiar del Ministerio de Salud de El Salvador.

Descripción: Número de personas que estudian actualmente en el cantón Las Palmeras, tanto en el sector privado como en el sector público, así como las que no estudian.

13.11 Anexo K

 MINISTERIO DE SALUD SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FICHA FAMILIAR												
VARIABLES RELACIONADAS A LA SITUACIÓN DE SALUD REGIÓN OCCIDENTAL SIBASI AHUACHAPAN UCSF Tacuba AH Las Palmeras DESDE: 01/01/2018 HASTA: 31/12/2018												
 MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR UNÁMONOS PARA CRECER												
Fecha de emisión: 3/10/2018												
Variable de Integrante de Familia: SABE LEER Y ESCRIBIR												
SIBASI AHUACHAPAN	Valores de respuesta											
	No			Si			No aplica			Total		
Establecimiento	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
UCSF Tacuba AH Las Palmeras	380	239	619	1453	1447	2900	240	230	470	2073	1916	3989
TOTAL	380	239	619	1453	1447	2900	240	230	470	2073	1916	3989

Fuente: Sistema de información de ficha familiar del Ministerio de Salud de El Salvador.

Descripción: Número de personas que saben leer y escribir en el cantón Las Palmeras, así como las personas que no lo saben.

13.12 Anexo L

 MINISTERIO DE SALUD SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FICHA FAMILIAR									
VARIABLES RELACIONADAS A LA VIVIENDA REGIÓN OCCIDENTAL SIBASI AHUACHAPAN UCSF Tacuba AH Las Palmeras DESDE: 01/01/2018 HASTA: 31/12/2018									
 MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR UNÁMONOS PARA CRECER									
Fecha de emisión: 2/10/2018									
RELIGIÓN									
SIBASI AHUACHAPAN									
Establecimiento	Ninguna Religión	Católicos	Evangélicos	Mormones	Más de una religión	Otras	No Dato	Testigos de Jehová	Total
	Familias	Familias	Familias	Familias	Familias	Familias	Familias	Familias	Familias
UCSF Tacuba AH Las Palmeras	76	354	331	0	0	0	1	0	762
Total	76	354	331	0	0	0	1	0	762

Fuente: Sistema de información de ficha familiar del Ministerio de Salud de El Salvador.

Descripción: Número de familias y religión a la que pertenecen del cantón Las Palmeras.

13.13 Anexo M

 MINISTERIO DE SALUD SISTEMA DE INFORMACIÓN DE FICHA FAMILIAR VARIABLES RELACIONADAS A LA VIVIENDA REGIÓN OCCIDENTAL SIBASI AHUACHAPAN UCSF Tacuba AH Las Palmeras DESDE: 01/01/2018 HASTA: 31/12/2018									
Fecha de emisión: 3/10/2018									
PUEBLO INDÍGENA									
SIBASI AHUACHAPAN									
Establecimiento	No pertenece a pueblos indígenas	Nahuat/Pipil	Chorti	Cacaopera o Kakawira	Lenca	No Dato	Nonualcos	Ulwas	Total
	Familias	Familias	Familias	Familias	Familias	Familias	Familias	Familias	Familias
UCSF Tacuba AH Las Palmeras	638	123	0	0	0	1	0	0	762
Total	638	123	0	0	0	1	0	0	762

Fuente: Sistema de información de ficha familiar del Ministerio de Salud de El Salvador.

Descripción: Número de familias que pertenecen a pueblos indígenas y familias que no pertenecen a algún pueblo indígena del cantón Las Palmeras.



13.14 Anexo N

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Guía de entrevista para mujeres que verificaron parto domiciliario en el Cantón Las Palmeras en el periodo de enero a diciembre del 2017.

Objetivo: Conocer los principales factores culturales y demográficos que influyen en el parto domiciliario.

Datos generales:

1. Edad:

Menores de 15 años 15-25 años 26-35 años Mayores de 35 años

2. Estado civil:

Soltero. Casado. Unión libre. Viuda.

3. Paridad:

Primigesta. Secundigesta. Multípara.

4. Estado actual:

Nuevo Embarazo. Puerpera Ninguna

5. Escolaridad:

Ninguna sabe leer o escribir Primer ciclo Segundo ciclo

Tercer ciclo Bachillerato Técnico Universitario

6. Religión: Católico Evangélico Mormón

Testigo de Jehová Ateo Otros _____

Factores sociales, económicos, culturales y demográficos a investigar:

7. En sus embarazos previos ¿dónde ha verificado el parto?

Casa. Hospital. (Saltar a pregunta 11) Ambos. Otros No aplica.

8. Si la respuesta anterior es en casa o ambos. ¿Quién atendió su parto?

Partera Familiar Sola Otro

9. Si el parto fue en casa ¿Cuál fue el motivo de su parto domiciliar?

Deseo de tenerlo en casa. Falta de transporte Distancia al hospital.

Maltrato en el hospital Miedo al examen genital.

Miedo a intervenciones quirúrgicas (episiotomía, cesárea).

Antecedentes familiares de parto domiciliar. Costo del transporte.

Acceso al transporte. Mayor confianza en la partera. Apoyo familiar intraparto.

Influencia familiar. Falta de privacidad

Decisión del cónyuge del parto domiciliar. Médicos hombres

Falta de promoción de los Servicios de salud

10. Si ha tenido parto domiciliar ¿Ha tenido alguna complicación?

Infección puerperal. Ingreso neonatal post parto.

Muerte neonatal. Hemorragia uterina.

11. Si desea quedar embarazada. ¿En qué lugar desearía que le atendieran el parto?

Domiciliar. Hospitalario. (Saltar a pregunta 13)

12. Si la respuesta es domiciliar. ¿Qué la motivará a tomar esa decisión?

Deseo de tenerlo en casa. Falta de transporte. Distancia al hospital.

Maltrato en el hospital. Miedo al examen genital.

Miedo a intervenciones quirúrgicas (episiotomía, cesárea).

Influencia familiar. Antecedentes familiares de parto domiciliar.

Médicos hombres Exceso de tactos vaginales Falta de privacidad

Falta de promoción de los servicios de salud

Decisión paterna del parto domiciliar. Costo del transporte.

Acceso al transporte. Mayor confianza en la partera. Apoyo familiar intraparto

13. Si la respuesta es intrahospitalaria. ¿Qué la motivará a tomar esa decisión?

Atención especializada. Mayor higiene. Atención gratuita.

Decisión paterna Promoción de los servicios Educación a la población

14. ¿Conoce usted la casa de espera materna?

Si No

15. ¿Dentro de su plan de parto consideraría la casa de espera materna?

Si (saltar a pregunta 18) No (saltar a pregunta 17)

16. ¿Qué razones la llevan a tomar esa decisión?

Abandono de su hogar Decisión paterna

Mala atención en los servicios de salud

17. ¿Qué distancia hay entre su vivienda y el centro de salud más cercano?

Menos de 5Km 5 – 10 Km Más de 10Km

18. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al centro de salud más cercano?

Menos de 10 minutos 10-30 minutos Más de 30 minutos

19. ¿Si usted decide por un parto hospitalario cuál sería su medio de transporte?

PNC Vehículo propio Ambulancia municipal

Vehículo alquilado Transporte colectivo A pie

20. Costo estimado de transporte al hospital.

< A \$5 De \$5 a \$10 De \$10 a \$20 > a \$20

21. ¿Cuánto es su nivel de ingreso familiar?

< \$1.50 diarios \$ 5-10 diarios > \$ 10 diarios

22. ¿Recibe algún tipo de ayuda?

Remesas Subsidios Programas de ayuda del gobierno

23. ¿a qué trabajo se dedica?

Ama de casa Comerciante Empleada doméstica Agricultura

En empresa privada Empleada del gobierno No trabaja Otros

24. ¿a qué trabajo se dedica su cónyuge?

Comerciante Albañil Agricultura Ganadería En empresa privada

Empleado del gobierno No trabaja Otros No aplica

**13.15 Anexo O
PRESUPUESTO**

	Costo unitario	cantidad	Costo total
Bienes materiales			
Anillado	\$1.50	5	\$7.50
impresiones	\$0.05	350	\$17.50
Copias(encuestas y otros)	\$0.02	100	\$2.00
Papel	\$4.00 resma	1	\$4.00
Uso de internet	\$0.60 la hora	21	\$12.60
encuadernado	\$6.00	1	\$6.00
Lápiz y lapiceros	\$0.20	6	\$1.20
cuadernos	\$ 1.00	3	\$3.00
Libros de investigación de tesis	\$9.00	1	\$9.00
Servicios			
Derecho de grado	\$80.00	3	\$240
Transporte público (pasajes a la universidad)	\$2.00 ida y vuelta	10 días	\$20.00
Gasolina en visitas de terreno	\$3.25 galón	3	\$9.75
Imprevistos	\$10.00		\$10.00
Servicios de telefonía.	\$0.10 centavos el minuto aproximadamente	180 minutos	\$18.00
Humanos			
gasto en asesor	\$0.00	1	\$0.00
Alimentación	\$2.50 desayuno \$2.50 almuerzo	36	\$90.00
			Total:\$ 450.55

13.16 Anexo P

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE DOCTORADO EN MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS



Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar de estudios enmarcados en el Proyecto de investigación “Factores determinantes en el parto domiciliario en mujeres del cantón Las Palmeras del municipio de Tacuba Ahuachapán en el periodo de enero a diciembre del año 2017”,

Dicho Proyecto tiene como objetivos principales: Determinar las circunstancias geográficas de la zona y su relación con el parto domiciliario, Conocer las condiciones socioeconómicas que influyen en el parto domiciliario e Identificar los aspectos culturales que influyen a optar por el parto domiciliario.

En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, por lo que mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado. Fecha_____

Yo _____, de _____ años de edad con residencia en _____, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación “Factores determinantes en el parto domiciliario en mujeres del cantón Las Palmeras del municipio de Tacuba Ahuachapán en el periodo de enero a diciembre del año 2017”, conducida por alumnos en servicio social de la carrera de doctorado en medicina de la universidad de El Salvador.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Nombre y firma del participante:

Nombre:
Investigador responsable.

13.17 Anexo Q CRONOGRAMA

Mes Actividades	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				agosto				septiembre				octubre							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Reunión con asesor	█		█		█		█		█		█		█		█		█		█		█		█		█		█									
Presentación de primer perfil	█																																			
Cambio de tema					█																															
Presentación de perfil									█																											
Aprobación de primer perfil									█																											
Presentación de protocolo													█																							
Aprobación de protocolo													█																							
Desarrollo de estudio													█				█																			
Entrega de trabajo final																					█															
Presentación de trabajo final																					█															
Defensa y exposición																					█															