

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LA ESTRATEGIA PLAN DE PARTO COMO PARTE DEL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, IMPULSADO POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, EN LAS UNIDADES DE SALUD DE OSÍCALA, SOCIEDAD, MORAZÁN, Y DE ESTANZUELAS, USULUTÁN, EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE DE 2006 A JULIO DE 2007

PRESENTADO POR:

JOSÉ OMAR FLORES PERLA
WALTER ARMANDO HERNÁNDEZ MARTÍNEZ
JUAN RENÉ ALFARO MACHUCA

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA**

DOCENTE ASESOR:

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

DICIEMBRE DE 2007.

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

MÁSTER RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ
RECTOR

MÁSTER MIGUEL ANGEL PÉREZ RAMOS
VICERRECTOR ACADÉMICO

MÁSTER OSCAR NOÉ NAVARRETE
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ
SECRETARIO GENERAL

DOCTOR RENÉ MADECADEL PERLA JIMÉNEZ
FISCAL GENERAL

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**INGENIERO DAVID ARNOLDO CHÁVEZ
DECANO**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO
VICEDECANA**

**INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMÍREZ
SECRETARIO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTORA LIGIA JEANNETT LÓPEZ LEIVA
JEFA DEL DEPARTAMENTO**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN**

**MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ
PACHECO
MIEMBRA DE LA COMISIÓN COORDINADORA**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO
MIEMBRA DE LA COMISIÓN COORDINADORA**

ASESORES

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESORA DE METODOLOGÍA**

**INGENIERA SANDRA NATZUMÍN FUENTES SÁNCHEZ
ASESORA DE ESTADÍSTICA**

JURADO CALIFICADOR

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
DOCENTE ASESOR**

**LICENCIADA REINA AMÉRICA RODRÍGUEZ DE ESCOTO
MIEMBRA DEL JURADO**

**DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VÁSQUEZ
MIEMBRA DEL JURADO**

AGRADECIMIENTOS

Todo tiene un principio y todo tiene un final; han sido muchos años de experiencia, de duro trabajo y de ilusiones compartidas; junto aquellos que nos rodean, hemos hecho todo lo posible para intentar hacer un poco más fáciles las cosas, quizás lo hemos logrado, siempre gracias a Dios, que nos dio aliento cuando mas lo necesitábamos, a nuestros padres y familiares; a nuestros maestros que nos enseñaron y se dedicaron a ampliar nuestro conocimiento, hicimos lo inimaginable para seguir en pie, para continuar con este objetivo, que hoy culmina con este triunfo logrado.

Muchos de ustedes comprenderán éstas palabras y sabrán que tarde o temprano ese ilusionante principio del que les hablábamos, se convertiría en este feliz final; en el cual todo estudiante tiene puestas sus ilusiones.

Hemos de ser lógicos y coherentes y reconocer que lo que aquí hemos compartido de una manera libre, no lo hemos logrado sin el apoyo de los pacientes quienes nos permitieron estudiarlos, compartir con ellos sus enfermedades y alegrías y nos ayudaron a aprender el sentido humano de la vida.

No sobran palabras para agradecerles a todos el apoyo que nos habéis prestado y echáremos de menos muchos buenos momentos y sobre todo a muchos amigos.

Muchísimas gracias a todos por brindarnos años inolvidables y por mostraros vuestra fidelidad y abnegación, fortaleciéndonos para lograr nuestro objetivo.

Llega a su fin, una etapa de nuestra vida y de nuestro conocimiento, pero se abren mas caminos porque el saber no tiene fin y la carrera es un mar de conocimientos que para alcanzarlos navegar requieren anos de sacrificio, esfuerzo e ilusiones; todo con un propósito ayudar al prójimo, quien más necesita...

Atte./

José Omar Flores Perla

Walter Armando Hernández Martínez

Juan René Alfaro Machuca.

DEDICATORIA.

Definitivamente a Dios, mi Señor, mi guía, quien ha sido esencial en mi posición firme de alcanzar esta meta, infinita alegría, que culmina hoy esta etapa de mi vida.

A mis padres José Omar Flores Hernández y Marjorie Perla Lagos de Flores, por darme la estabilidad emocional, sentimental, económica; para poder llegar a este logro, que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin ustedes. GRACIAS por darme la posibilidad y ser parte de mi inspiración para alcanzar mis metas, por enseñarme que todo esfuerzo es al final recompensa, que hoy la disfruto a su lado.

A mi hermana Marjorie Flores Perla, con quien la vida me permite compartir momentos de alegría, enojo y hoy más que nunca de mayor unidad.

A toda mi familia, primos, tíos, abuelos y demás familiares; por apoyarme moralmente y facilitar parte de su tiempo para aconsejarme, quererme y estar conmigo en todo momento.

Con todo respeto a la Unidad de Salud de Osícala y a todo su personal, por auxiliarme en todo momento durante la ejecución de este trabajo de graduación.

A todos mis maestros y asesores de tesis, quienes con sus conocimientos y experiencias forjaron en todo momento nuestra formación profesional.

A mi equipo de tesis, Armando y Juan René, quienes formaron parte de ese ultimo escalón para alcanzar el triunfo, del cual hoy todos somos partícipes.

JOSÉ OMAR FLORES PERLA.

DEDICATORIA

Dedicarle este principio a Dios Padre Todopoderoso, a Jesucristo y al Espíritu Santo, la Trinidad Divina que hace posible el triunfo y los logros por muy difíciles que sean, el será quien seguirá tomando las riendas de mi vida y será mi guía y el de mis compañeros hasta el fin de nuestra corta existencia.

A mis padres Oscar Armando Hernández Cabrera y Marina Martínez Fuentes; quienes con su trabajo y sus empujes hacia el futuro sin mirar atrás los altos y bajos que se dan día tras día; fortalecieron las esperanzas de llegar hasta donde estoy ahora.

A mi hermano Luís Francisco Hernández Martínez que me ayudo con su apoyo moral y fraternal.

A mis maestros que cada día cultivaban un poco mas el saber, que ahora me sirve para ayudar a aquellos que lo necesitan, y así construir un mejor El Salvador.

A todos aquellos pacientes que con el convivir diario, ayudaron a que cada enfermedad a la que estaban expuestos, fuera un libro abierto para enriquecer mis experiencias como el futuro medico.

A mis amigos y familiares que con su apoyo filial inculcaron en mi persona el espíritu de ayuda, y de servir al pobre y necesitado.

Y agradecer a todos aquellos que de una manera directa o indirecta contribuyeron al fortalecimiento moral, académico y social de este su servidor, para todos GRACIAS.

WALTER ARMANDO HERNANDEZ MARTINEZ

DEDICATORIA.

Primordialmente, dedico este logro a **DIOS TODOPODEROSO**, quien ha sido mi guía y fortaleza en todo este largo camino. A Él quien ha sido el único en darme las fuerzas que no tenía en los momentos más difíciles, a él, que es quien **guía mí destino**.

A mis padres, **Juan René Alfaro Medrano y Ana Miriam Machuca Serpas**, quienes me apoyaron en todo momento ya sea económica, emocional y físicamente, gracias por darme fortaleza, sin ustedes nada sería posible. A mi hermano: **Francisco Elías**, por su comprensión en ciertos momentos difíciles y colaborar a sobrellevar las responsabilidades familiares. A mi hermana: **Yaneth Ana María** porque siempre fue comprensiva, con quienes comparto esta alegría.

Con infinito respeto, admiración y agradecimiento a todos mis **maestros, tutores y asesores de tesis**, por haberme involucrado disciplina, instruirme y forjar todos mis conocimientos.

Con agradecimiento a todo **el personal de la Unidad de Salud de Estanzuelas**, por brindarme su confianza y su amistad sincera; a **todos los pacientes** que hicieron posible la ejecución de esta investigación y que enriquecieron todos mis conocimientos médicos.

A toda **mi familia, primos, tíos, abuelos y amigos** por brindarme apoyo moral y espiritual en todo momento.

A mi grupo de tesis, **Walter Armando y José Omar** por su amistad y cooperación para lograr este momento.

JUAN RENÉ ALFARO MACHUCA.

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LA ESTRATEGIA PLAN DE PARTO COMO PARTE DEL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER, IMPULSADO POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, EN LAS UNIDADES DE SALUD DE OSÍCALA, SOCIEDAD, MORAZÁN Y DE ESTANZUELAS, USULUTÁN, EN EL PERÍODO DE NOVIEMBRE DE 2006 A JULIO DE 2007.

I N D I C E

Contenido	Pág.
GENERALIDADES	i
RESUMEN	xviii
INTRODUCCIÓN	xx

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
1.1 Antecedentes del fenómeno.....	26
1.1.1 Antecedentes a nivel internacional y nacional.....	26
1.1.2 Antecedentes de la estrategia plan de parto a nivel institucional...	30
1.2 Enunciado del problema.....	32
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
1.3.1 Objetivo general.....	33
1.3.2 Objetivos específicos.....	33

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO.....	35
2.1 Base teórica.....	35
2.1.1 Antecedentes históricos.....	35
2.1.1.1 Antecedentes a nivel mundial y a nivel latinoamericano.....	35
2.1.1.2 Antecedente a nivel nacional.....	37
2.1.1.3 Marco de referencia para la implementación de la estrategia plan de parto.....	39
2.1.1.3.1 Salud sexual y reproductiva, sus determinantes.....	39

2.1.1.3.2	Situación de la mortalidad materna y perinatal en El Salvador.....	40
2.1.1.3.3	Programa de atención integral en salud a la mujer y niñez en El Salvador.....	41
2.1.1.3.4	Maternidad segura.....	42
2.1.1.3.5	El modelo de las 3 demoras.....	44
2.1.1.3.6	Iniciativa “Reducir los riesgos de la gestación” y la estrategia Individuos, Familia, Comunidad.....	46
2.1.2	Fundamentos legales del programa nacional de atención integral en salud a la mujer.....	48
2.1.3	Definición de la estrategia plan de partos.....	50
2.1.4	Definición del plan de partos.....	50
2.1.5	Objetivos de la estrategia plan de partos.....	52
2.1.6	Tipos de plan de partos.....	52
2.1.7	Importancia del plan de partos.....	53
2.1.8	Componentes en la planificación de un parto.....	54
2.1.8.1	Desde el punto de vista de la gestante.....	54
2.1.8.2	Desde el punto de vista colectivo y de los proveedores de servicios médicos.....	55
2.1.8.2.1	Captación precoz.....	55
2.1.8.2.2	Identificación de factores de riesgo y referencia para niveles de mayor complejidad.....	57
2.1.8.2.3	Promover en el establecimiento un ambiente cálido y acogedor.....	59
2.1.8.2.4	Control y seguimiento de las referencias.....	60
2.1.8.2.5	Desarrollo de actividades educativas.....	61
2.1.8.2.6	Vigilancia epidemiológica de las defunciones maternas y perinatales en la comunidad.....	61

	Pág.
2.1.9 Participantes y sus responsabilidades en la operativización de la estrategia del plan de parto.....	62
2.1.9.1 Responsabilidades de los proveedores de salud (medico, enfermera y materno infantil).....	62
2.1.9.1.1 Responsabilidad del promotor de salud en relación al plan de partos.....	64
2.1.9.2 Responsabilidad de la familia.....	65
2.1.9.3 Responsabilidad de la partera.....	66
2.1.9.4 Responsabilidad de la consejera voluntaria de nutrición.....	67
2.1.9.5 Responsabilidad de la comunidad.....	68
2.1.9.6 Responsabilidad de los actores locales.....	69
2.1.9.7 Elaboración del plan de preparación para traslado de complicaciones.....	69
2.1.10 Pasos para la operativización del plan de partos.....	70
2.1.11 Instrumentos e instructivos para la operativización del plan de partos.....	73
2.1.11.1 Instructivo de llenado de censo de las gestantes.....	73
2.1.11.2 Instructivo para el mapa obstétrico de ubicación de las gestantes.....	74
2.1.11.3 Instructivo de llenado de la ficha de plan de parto.....	75
2.1.11.4 Instructivo de llenado de la hoja de control de mi parto.....	79
2.1.11.5 Instructivo de llenado de listado de embarazos con plan de partos.....	82
2.1.11.6 Instrumentos complementarios.....	84
2.1.12 Indicadores de seguimiento de la estrategia plan de partos.....	85
2.2 Definiciones de términos básicos.....	87
2.2.1 Definición de siglas.....	93

CAPITULO III: SISTEMA DE HIPOTESIS.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	95
3.1 Hipótesis de trabajo.....	95
3.2 Hipótesis nula.....	95
3.3 Operacionalización de las hipótesis en variables.....	96

CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	100
4.1 Tipo de investigación.....	100
4.2 Universo o población.....	101
4.3 Muestra.	101
4.4 Tipo de muestreo.....	103
4.5 Técnicas de Obtención de información.....	103
4.6 Instrumentos.....	103
4.7 Procedimientos.....	104

CAPITULO V: PRESENTACION DE RESULTADOS.

5. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	108
5.1 Tabulación análisis e interpretación de datos de la cedula de entrevista dirigida a los proveedores de la salud (médicos, enfermeras, promotores y parteras).....	110
5.2 Tabulación análisis e interpretación de datos de la ficha de revisión de expediente clínico para la evaluación de la estrategia plan de parto a nivel institucional.....	145

	Pág.
5.3 Tabulación análisis e interpretación de datos de cedula de entrevista dirigida a las pacientes con plan de partos.....	157
5.4 Comprobación de hipótesis.....	181

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	188
6.1 Conclusiones.....	188
6.2 Recomendaciones.....	194
 BIBLIOGRAFÍA.....	 197

ANEXOS

1 Cronograma de actividades generales.....	203
2 Cronograma de actividades a desarrollar durante la ejecución.....	204
3 Cédula de entrevista dirigida a los proveedores de salud.....	207
4 Ficha de revisión de expediente clínico para evaluación de estrategia plan de parto a nivel institucional.....	212
5 Cédula de entrevista dirigida a las pacientes con plan de partos.....	214
6 Ficha para la recolección de datos en unidades de salud para la estrategia plan de partos.....	217
7 Esquema de los pilares esenciales para una maternidad segura.....	219
8 Ejemplar de Ficha de Plan de Parto de El Salvador.....	220
9 Ejemplar de Ficha de Plan de Partos (Expediente, Promotor de salud).....	222
10 Hoja de listado de embarazadas con plan de parto.....	224
11 Panfleto educativo para difundir la estrategia Plan de Parto.....	225

	Pág.
12 Ejemplar de la Hoja de control de mi plan de parto (se agrega en el tercer trimestre del embarazo).....	226
13 Afiche para promoción del Plan de Parto.....	227
14 Carnet Materno.....	228
15 Mapa del municipio de Estanzuelas.....	230
17 Mapa del municipio de Osícala.....	231
18 Mapa del municipio de Sociedad.....	232
18 Respuestas más frecuentes de la definición plan de partos.....	233
19 Respuesta a la pregunta mencione el Modelo de las 3 demoras por la que se ha implementado el plan de partos.....	233
20 Respuestas más frecuentes de los instrumentos para la operativización de la estrategia.....	233
21 Respuestas más frecuentes sobre las fichas del plan de partos.....	234

RESUMEN

Esta investigación constituye la primera evaluación de un programa estratégico orientado a disminuir la morbimortalidad materna perinatal en El Salvador; esta estrategia es El Plan de Partos, para lo que se hizo un estudio en las unidades de salud de Osícala y Sociedad de Morazán; y Estanzuelas de Usulután en el periodo de noviembre de 2006 a julio de 2007. La investigación consistió en evaluar los resultados de la estrategia Plan de partos aplicando el estudio a 36 profesionales de la salud; como también 30 expedientes clínicos y 90 pacientes; también se evalúa a las unidades de salud para comparar los beneficios antes y después de la aplicación de la estrategia. El objetivo de la investigación consistió en evaluar tanto los conocimientos teóricos que tenía el personal de salud y de cierta manera las pacientes encuestadas, como también evaluar la correcta aplicación de la estrategia por parte del personal, y hacer un estudio de los expedientes clínicos de las mujeres en cada unidad de salud; para así verificar las condiciones actuales en las que se está aplicando esta estrategia.

La investigación fue retrospectiva, bibliográfica y de campo. Con los datos obtenidos se elaboraron cuadros y gráficos llegando a los siguientes resultados: identificación de que la estrategia se esta aplicando de acuerdo a la normativa técnica, se utilizo la formula t de student para la evaluación de las hipótesis, la cual pudo comprobarse al encontrar significación estadística.

En relación al conocimiento que tiene el personal de salud se logro identificar que todos conocen de alguna forma la estrategia plan de partos ya que el 69.5% de preguntas aplicadas fueron bien respondidas, además todo el personal de salud lo esta aplicando en sus unidades y comunidades, y el conocimiento es algo indispensable para la aplicación de la misma, los participantes en la operativización, del personal estudiado el 86.11% afirmo conocerlos a todos, pero solo el 63.44% los supo identificar, los instrumentos para la operativización de la estrategia, el 88.89% aseveró conocerlos, pero

tan solo el 46.5% los respondió correctamente, solo el 8.33% realiza seguimiento y actualizaciones a los planes de parto, los médicos son quienes inscriben en la estrategia con mayor porcentaje, 76.67%, el 52.78% considera que la estrategia no funciona como pretende el MSPAS.

Los expedientes clínicos alcanzo una evaluación satisfactoria del 78.33% de ítems respondidos correctamente, concretamente: el 62.66% de las fichas esta llena completa y correctamente (Datos generales completos, 80%; Datos del control del embarazo completos, 70%; Preparativos para el parto completos, 80%; Cuadro de cómo salir de la comunidad definido claramente, 70%, identificación de signos de peligro, 13.3%), el 86.64% de los expedientes evaluados tiene la copia de la ficha del plan de partos, El 40% de los expedientes tiene la hoja de mi plan de partos en las embarazadas que están en el tercer trimestre de gestación, indicando así que son pocas las fallas que habrá que ir mejorando en cuanto a la aplicación con los expedientes clínicos.

Las embarazadas dieron una buena impresión al momento de evaluarlas ya que demostraron que conocían lo que se les estaba preguntando y así alcanzaron el 90.22% de respuestas correctas al momento de su evaluación lo que indica que el personal de salud esta preparando adecuadamente a este grupo vulnerable de la población, lo cual conlleva a aumento de partos hospitalarios y la reducción de muertes maternos y perinatales, el 38.89% de los estudiados son católicas y el 38,89% son evangélicas, su nivel educativo el 47.78% solo tiene estudios de primaria (1°. -6°. Grado) y un 26.67% no han realizado ningún estudio, juntos hacen un 74.45%; el 98.89% de las embarazadas considera beneficiosa la estrategia.

No hay datos del llenado de los censos de las gestantes en las unidades de salud. (0.0%). El mapa obstétrico esta elaborado de forma incompleta en todas las unidades de salud estudiadas. (50%). El listado de embarazadas con plan de partos esta en forma incompleta en todas las unidades de salud. (50%)

INTRODUCCIÓN

Desde que el hombre aparece sobre la faz de la tierra se ha venido dando la procreación y ha tenido que irse adaptando a las distintas circunstancias del ambiente. Antiguamente el tener un alto número de embarazos (y por consiguiente hijos) era considerado una bendición, ya que les constituía una fuerza laboral, un apoyo potencial para los progenitores, pero hoy esta condición es considerada como un factor de riesgo debido a que se ha visto relacionado con la muerte materno-perinatal. Quizá nuestros ancestros jamás se imaginaron que se podría dar a luz en un centro especializado o bajo efectos de la anestesia y así evitar hechos dolorosos, pero hoy se sabe que es una realidad.

En la XXIII conferencia panamericana sanitaria, todos los países de la región americana y el Caribe aprobaron en su 17ª resolución el plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna, en ella se comprometieron en reducirla en un 50% en el período de 1990-2000. El motivo de este asunto se debió a que más del 95% de las muertes maternas ocurrían en los países en vías de desarrollo alcanzando en la región una tasa de mortalidad promedio de 190/1 millón de nacidos vivos.

En nuestro país para el 2004 la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos a nivel institucional fue del 47.8% y es debido a esto que comprobaron la importancia que tiene la mujer para el Estado y las organizaciones de la salud que se ha implementado la estrategia denominada *plan de parto*, y es precisamente sobre la evaluación y conocimiento de la aplicación de esta estrategia que versa el presente documento. En El Salvador, el 51 % de la población lo constituyen las mujeres y de acuerdo a datos de la DYGESTIC para el año 2001 las mujeres en edad fértil fue de 2,037,305, lo que hace ver que la mujer es un componente muy importante en nuestra sociedad, debido a este potencial, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de la Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer en el año 2002 crea el

Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer y en este rubro se incluyen otros componentes, en el cual el programa de control prenatal es uno de ellos, para así atender a la mujer y lograr disminuir la mortalidad perinatal.

Una nueva estrategia de este rubro es el PLAN DE PARTO; el cual consiste en tener listo, con tiempo, todo lo que se va a necesitar para el parto o una complicación obstétrica o del recién nacido. Está dirigido para que el personal de salud y los voluntarios de la comunidad promocionen con la embarazada y su familia información sobre el autocuidado, signos o señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio. Este plan de parto tiene poco tiempo de ejecución a nivel nacional. Por lo que se optó por efectuar una evaluación de este plan, ya que surge la necesidad de clarificar y establecer los alcances o las limitaciones que se pudiesen presentar al ejecutarlo.

Se considera este tema muy relevante en nuestro medio, ya que en el municipio de Estanzuelas hay 891 mujeres en edad fértil, en el municipio de Osícala hay 3110, en el municipio de Sociedad hay 3379 mujeres en edad fértil, y todas ellas son posibles candidatas a embarazarse si las circunstancias así lo determinan y por tanto posibles personas que estarían involucradas en esta estrategia; además cuando surge un embarazo están involucrados múltiples factores y el futuro de una nación, que se interrelacionan factores sociales, económicos, culturales, sanitarios y geográficos, los cuales se analizan para tener una mejor comprensión del tema.

Con los resultados obtenidos de la investigación se está dando a conocer al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador los avances que tiene esta estrategia y así poder evaluar el impacto que tiene en la población y a la vez le sirve de pauta para realizar modificaciones o reorientar esta estrategia. Además se está beneficiando a la comunidad, debido a que expresan sus opiniones y adquieren información acerca del tema.

La población estudiantil en general puede adquirir la información y conocimiento en torno a la estrategia mencionada. Además los resultados de la investigación y los datos obtenidos sirven de base para el estudio de esta estrategia, a fin de plantear recomendaciones, desarrollar acciones específicas y evaluar el efecto de estas intervenciones por parte del Ministerio de Salud. Por lo antes expuesto, se considera de vital importancia realizar esta investigación en los municipios antes mencionados.

El desarrollo de esta investigación se lleva a cabo mediante 2 etapas como son: La planificación y ejecución del protocolo de investigación. En esta oportunidad se desarrolla el informe final de dicha investigación que se ha estructurado en seis capítulos los cuales se desarrollan de la siguiente manera.

En el primer capítulo se plantea el problema , el cual incluye, los antecedentes del fenómeno objeto de estudio, aquí se plasma la relevancia de la mujer en la sociedad a nivel mundial y las implicaciones de los gobiernos y organismos internacionales en la labor por el bienestar de la mujer embarazada, se dan los detalles de la implementación de la estrategia en el ámbito latinoamericano, hasta llegar al ámbito nacional y luego a nivel local, haciendo ver los datos estadísticos y haciendo análisis de los resultados obtenidos en otros países; también se incluye el enunciado del problema que determina la problemática que se estudia en esta investigación; por último quedan incluidos los objetivos los cuales constan de un objetivo general y cinco específicos aquí se plantea lo que el grupo pretende a través de la investigación y que mediante sus logros es obtenida la información para resolver o replantear las limitantes de la estrategia en estudio.

El segundo capítulo incluye el marco teórico el cual describe la estrategia plan de partos que es la programación, proyección y previsión que realiza la pareja y la familia con apoyo de los proveedores de salud y de la comunidad, desde el momento en que la mujer queda gestante, con el propósito de contar con los preparativos necesarios para la

atención del parto, a fin de asegurar una asistencia oportuna y de calidad. En el cual se establece y se explican todos los hechos descritos hasta el momento sobre la estrategia el plan de partos, además se incluye la información recogida sobre lo que otros autores han escrito sobre este tópico; al final de este apartado se define una lista de terminología básica que orienta al lector para una mejor comprensión de este documento.

El tercer capítulo presenta el sistema de Hipótesis en donde se escriben las respuestas tentativas al problema de investigación y sirven de guía para el estudio, transformando las variables de lo abstracto a lo concreto; también forma parte de este capítulo la operacionalización de las hipótesis.

El cuarto capítulo comprende el diseño metodológico aquí se describe detalladamente los pasos que se desarrollaron para la ejecución de la investigación: tipo de investigación aplicada, el universo, la muestra, los criterios para determinar la muestra como los criterios de inclusión y exclusión y el tipo de muestreo, las técnicas que se utilizaron para la recolección de información a través de los instrumentos y el procedimiento de cómo se llevo a cabo el proceso de investigación.

En el capítulo cinco se presentan los resultados de la investigación de campo, después de haber recolectado la información se describen los hallazgos obtenidos en forma de cuadros y gráficos, explicándola en dos fases: el análisis en el que se describe de forma cuantitativa y descriptiva los datos obtenidos; luego la interpretación que se refiere a la explicación cualitativa de los datos encontrados estableciendo una relación con la literatura, conocimientos y los resultados de ésta.

En el capítulo seis se encuentran las conclusiones y recomendaciones aquí se presentan las afirmaciones que se derivan de la culminación de esta investigación constituyéndose en la parte más importante, luego están las recomendaciones que se derivan de las conclusiones planteadas y esperando que estas se lleven a nivel practico.

Seguidamente se detallan las fuentes bibliográficas consultadas, en las cuales está basada la información teórica de esta investigación; también se presentan los cronogramas de las actividades generales y específicas, en ellos se escriben las acciones que el grupo desarrollo durante la investigación, finalmente se encuentran los anexos que permiten una mejor comprensión de la temática.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO.

1.1.1 ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL.

Los enfoques de atención en salud a la mujer, han evolucionado de un planteamiento de salud materno infantil, surgido en 1978 a partir del Plan de Salud para Todos en el año 2000, en el que se consideró como necesidades de mayor atención los problemas de la mujer relacionados con el embarazo, el parto y el post-parto. Con este enfoque surgió en El Salvador El Programa Nacional Integrado de Salud Materno Infantil, consensuado en 1990, con el objetivo principal de contribuir a mejorar el nivel de salud de la madre y del niño menor de 5 años, mediante el desarrollo de intervenciones de: promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud¹. El desarrollo de actividades con ese enfoque lograron contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materno infantil; sin embargo las causas estructurales, educativas y socio-culturales no han tenido una mayor modificación para incidir en dichos problemas de morbi-mortalidad.

Este enfoque se fundamenta en un amplio consenso internacional logrado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y es retomado en el país a través del Plan Nacional de Salud Reproductiva como “el estado de completo bienestar físico, mental y social de la población salvadoreña, y no solo la ausencia de enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo sus funciones y procesos²”.

¹ **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer.** PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER. Primera Edición, 2002. San Salvador, El Salvador. Pág. 30.

² **John Kohl's documento.** “Plan de partos”. Creado el 16-04-06 disponible en www.informationphere.com. Consultado el 21-04-07.

Dentro de este planteamiento, se considera mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña, mediante el fortalecimiento y desarrollo de programas, que aseguren el acceso a información, consejería y servicios de salud integral.

Por su parte el Enfoque Integral de Salud de la Mujer, basado en el ciclo de vida, considera la satisfacción de sus necesidades a lo largo de las diferentes etapas, desde la infancia hasta la vejez; lo que implica hacer énfasis en comportamientos saludables en las diferentes etapas de la vida y la oferta de servicios que respondan con equidad, eficiencia, eficacia y calidez y sus necesidades y en los que su participación es trascendental para su propio beneficio.

En la administración estatal que inicio en junio de 1999, el gobierno de El Salvador, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha asumido los compromisos internacionales adquiridos en relación a la salud de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos de las personas, entre ellos, los acuerdos de foros internacionales, como el de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, septiembre de 1994; Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, Copenhague, marzo 1995; cuarta conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, septiembre de 1995 y otras relacionadas a la protección de la mujer.

En consideración a este marco de compromisos y teniendo en cuenta la situación de la mujer en El Salvador, el Gobierno de la República, ha instituido la Política Nacional de la Mujer, ha realizado un proceso de reforma y puesto en marcha una modernización en el sector salud. Como resultado de lo anterior, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dentro de su proceso de modernización institucional inicia la reforma programática, adoptando la decisión de transformar el tradicional enfoque de Atención Materno Infantil por un enfoque de programas donde se retoma el ciclo de vida de las persona: niñez, adolescencia, mujer, adulto y adulto mayor; tomando como principio de

la estructura la atención integral en salud, cuyos componentes fundamentales son: desarrollo, crecimiento y nutrición, Salud Sexual y Reproductiva, Atención a la Morbilidad y Rehabilitación y Promoción de la Salud; con los escenarios de: nivel laboral, establecimiento de salud, educativo, familiar, sin excluirse de ello la relación del individuo con su medio ambiente.

El enfoque de atención integral que propone el **“Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Mujer”**, implica considerar aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la atención de la salud de la mujer, que contemplan las características propias de su socialización: aspectos culturales, valores, creencias, su participación en la vida cotidiana y los problemas de salud propios de cada etapa de su ciclo de vida; esto requiere un cambio de enfoque, mentalidad y actitud de los profesionales y recursos comprometidos con la salud de la mujer donde se retome su opinión y se fomente su participación, dentro de un trabajo transdisciplinario en coordinación con todas las gerencias comprometidas con la atención con los demás grupos etarios, con una visión intersectorial y con una plena participación ciudadana.

La necesidad de disponer de un Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Mujer, tiene relevancia por el proceso de cambios en la situación de las mujeres en El Salvador que esta marcado por una dinámica social de los últimos veinte años y por el proceso de transición democrática iniciado con los Acuerdos de Paz de 1992, así como por la promoción y el empoderamiento de sus derechos humanos, que son incentivados por organismos de gobierno y de instituciones no gubernamentales apoyados por organismos internacionales que trabajan por la dignidad de la mujer.

Las mujeres en El Salvador, representan el 51% de la población total, de ellas un 42% viven en el campo y el 58% restante viven en la ciudad (DIGESTYC, proyecciones de población 1995 – 2025).

En su mayoría tienden a tener pareja tempranamente y a procrear un número elevado de hijos, esto como parte del rol reproductivo que se ha construido socialmente a lo largo de los años, a la falta de expectativas, de empoderamiento y de toma de decisiones como mujer, lo que la lleva a buscar en la formación de pareja, una condición que le asegure su subsistencia y la de su futura familia. Si bien se aprecia, de acuerdo a las encuestas de salud familiar FESAL un descenso en la fecundidad en los últimos 15 años, de 4.2 en el periodo 1983-88 a 3.5 para 1993-98, los principales problemas de salud en la mujer siguen siempre presentándose en los grupos poblacionales más vulnerables. A esto se agrega las consecuencias de la conducta tradicional que nuestra cultura ha creado en los hombres en el ámbito doméstico, con relación a la salud sexual y reproductiva y respecto a la paternidad, convirtiendo a las mujeres en responsables exclusivas de la familia en un tercio de los hogares salvadoreños con las repercusiones emocionales, sociales y de pobreza que esto representa.

Tradicionalmente se ha considerado que la única responsable de los problemas asociados al ciclo reproductivo es la mujer, sobre ella recae la responsabilidad de las complicaciones del embarazo y parto, la planificación familiar, el tener hijos saludables, las infecciones sexualmente transmitidas y además de asegurar la reproducción.

En este contexto se considera a la mujer como sujeta de derechos, a quien se le debe proporcionar una atención adecuada en todos los aspectos de salud a través de los servicios que aseguren condiciones básicas de calidad, acciones de producción para el auto cuidado y estilos de vida saludables y que aseguren el derecho de la mujer a lograr una vida libre y responsable, que le permita estar informada y pueda así tomar decisiones para tener embarazos y partos seguros, hijos sanos y ejercer el derecho a planificar su familia.

Los cambios en esta situación podrían mejorarse con un decidido trabajo intersectorial, interinstitucional, de organizaciones políticas, civiles, militares, religiosas y con participación efectiva de la ciudadanía.

Igualmente en apoyo a la salud de la mujer en la Conferencia internacional de Población y desarrollo de El Cairo 1994, se acordó promover la igualdad de los sexos en todas las esferas de la vida, incluida la vida familiar y comunitaria y alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y a que asuman su función social y familiar.

En consideración a ello, el presente Programa de Salud dirigido a la mujer plantea el involucramiento del hombre en la implementación de las directivas técnicas dentro de los procesos relacionados con la gestión, atención y provisión de servicios que se brindan a la mujer, con el objeto que el hombre sea participe y adopte un rol corresponsable en la relación con su pareja, su familia y dentro de la sociedad.

1.1.2 ANTECEDENTES DE LA ESTRATEGIA PLAN DE PARTO A NIVEL INSTITUCIONAL.

En la unidad de salud de Estanzuelas, de acuerdo al libro de actas de dicha unidad, se capacitó con este programa a la jefa de enfermeras, y quien el día 10 de octubre del año 2006, lo socializó con todo el personal involucrado, entre ellos 10 promotores, 3 enfermeras y el médico director de mencionada unidad, además ese día se estableció que el programa se iniciaría el mes de noviembre de ese año. Al momento, desde noviembre de 2006 a febrero de 2007, se han inscrito 54 pacientes en el programa de plan prenatal, a las cuales se les ha iniciado el plan de parto, además se han incluido otras embarazadas que estaban inscritas con anterioridad. A la fecha, no hay estudios acerca de este

programa en este centro asistencial, el personal ha sido capacitado por el director de dicha unidad.³

En la unidad de salud de Sociedad no se encontró acta en el libro de dicha unidad, la jefe de enfermeras refiere que el 17 de octubre de 2006; se llevó a cabo una capacitación a la que asistió la directora de la unidad, la auxiliar de enfermería, y 5 promotores estableciendo que el programa iniciaría en diciembre de 2006. Se han inscrito desde entonces 36 pacientes entre aquellas que ya se encontraban en control prenatal y las que se inscribían por primera vez al control. Al momento no hay estudios del programa en este centro asistencial y el personal desconoce en que consiste la estrategia plan de parto.

En la unidad de salud de Osícala se recibió capacitación en el SIBASI de dicha región el 17 de octubre de 2006, asistiendo a dicha reunión el director de la mencionada unidad y la jefe de enfermeras, posteriormente el día 20 de octubre de 2006 se imparte la información de la estrategia plan de parto y el manejo de papelería del mismo al personal de la unidad incluidos en esta reunión, personal de enfermería y promotores. Desde que inició el programa se encuentran inscritas en dicha estrategia 58 pacientes.

³ **Unidad de salud de Estanzuelas**, *libro de actas 2006*. 10 de octubre de 2006, Estanzuelas Usulután pág. 30.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

A partir de la problemática antes descrita se deriva el seguimiento problema de investigación el cual se enuncia de la siguiente manera:

¿La estrategia plan de parto como parte del programa nacional de atención integral en salud a la mujer, impulsado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se conoce y se aplica según la norma técnica establecida por parte del personal de salud y a la vez ayuda a la toma de decisiones para el momento del parto, puerperio y del recién nacido por parte de la gestante y su familia en nuestro país; en la unidades de salud de Osícala, Sociedad, de Morazán y de Estanzuelas de Usulután en el periodo de noviembre de 2006 a julio de 2007?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la aplicación y el conocimiento de la estrategia plan de parto, como parte del Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Mujer, impulsado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en las Unidades de Salud de Osícala y Sociedad, de Morazán, y de Estanzuelas, de Usulután, en el periodo comprendido de noviembre de 2006 a julio de 2007.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) Establecer la relación existente entre la estrategia plan de parto y la disminución de la morbilidad y mortalidad materna-perinatal.
- b) Determinar el conocimiento que tiene la embarazada acerca de la aplicación de la estrategia plan de parto.
- c) Identificar el nivel de conocimiento de la normativa técnica sobre la estrategia plan de parto del personal de salud que aplican dicha estrategia en las distintas unidades de salud en estudio.
- d) Determinar si la estrategia incentiva a las mujeres y a su familia a planificar las actividades necesarias antes del parto.
- e) Evaluar el correcto llenado de los instrumentos de la estrategia plan de parto en los expedientes clínicos.
- f) Identificar la injerencia que tiene la estrategia plan de partos con la toma de decisiones de la embarazada y su familia en el momento del parto, puerperio y del recién nacido.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1 BASE TEÓRICA

2.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde que el hombre aparece en la tierra a tratado de reproducirse y esto conlleva pasar a través de un parto, pero a lo mejor nunca planeo como serian estos hechos o nunca preparo los insumos necesarios para su atención. Por esta razón en los últimos años los misterios de salud de varios países se han interesado en planificar como será un parto para cumplir con compromisos internacionales, y han ideado estrategias para ello, y una de estas es la estrategia plan de parto.

Quizá la primer evidencia que podemos encontrar acerca de un PLAN DE PARTO RUDIMENTARIO; entiendo esto como no plasmado en un documento, sino basado en un compromiso oral regido por la autoridad de las o los jefes de familia en la era pre cristiana; la encontramos en la BIBLIA en Génesis 30, 3: ELLA CONTESTÓ: “AQUÍ TIENES A MI ESCLAVA BILA, UNETE A ELLA PARA QUE DE A LUZ SOBRE MIS RODILLAS; ASI TENDRE YO TAMBIEN UN HIJO POR MEDIO DE ELLA.”⁴. Es evidente que sé estaba planeando un parto domiciliar sobre las rodillas de su ama, y así el hijo no seria de la esclava sino de la jefe.

2.1.1.1 ANTECEDENTES A NIVEL MUNDIAL Y A NIVEL LATINOAMERICANO.

Hay países de Europa como Inglaterra, Holanda o Suecia en que las mujeres tienen la posibilidad de elegir donde parir. Durante el embarazo realizan con la partera un plan de plan de partos en el que especifica por escrito sus preferencias.

⁴ **Sociedad Bíblica Católica**, “*Biblia Latinoamericana*”, ediciones paulinas. Génesis 30, 3.

España es uno de los países con más retraso en la implantación de las recomendaciones de la OMS para atención al parto, los profesionales suelen salir las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología o de su hospital, y estos protocolos pueden alejarse de la idea que tiene la mujer del parto. Algunos colectivos como la asociación el parto es nuestro piden un mayor protagonismo de la mujer en el nacimiento de sus hijos.

La universidad de Columbia pone de relieve que las complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio son usualmente la causa inmediata de una muerte materna; y consideran “las demoras emergen como un factor pertinente que contribuye a las muertes maternas”. Estas demoras tienen 3 fases: demora en tomar la decisión para buscar cuidados profesionales, demora en el trayecto hacia la unidad de salud y demora en recibir el cuidado profesional requerido⁵.

De esto surge el planteamiento de algunas estrategias alrededor del mundo para reducir la mortalidad materna. Hay algunas experiencias alrededor del mundo sobre este tópico, unos basados en la comunidad y otros institucionales, algunos con apoyo técnico y financiero del fondo de población de las naciones unidas (UNFPA), el ministerio de salud del país y algunas organizaciones religiosas.

Existen varias estrategias para disminuir la mortalidad materna entre estas se pueden mencionar:

1. “Una posada materna”.
2. “Colocación materna”.
3. “Plan de partos”.

El plan de reducción de la mortalidad materna en la región de las Américas señala: “Existen experiencia en la región de la bondad de estas propuestas para disminuir

⁵ **Luz Sánchez-Mellado documento.** “El parto es mío” disponible en www.elpartoesmio.com. 25-03-07. Consultado el 21-04-07.

el tiempo de transporte y los riesgos de las embarazadas de las áreas rurales y marginales”. Estos planes tienen una propuesta de bajo costo para aplicar estas modalidades que aun no ha tenido aceptación por los países; se considera muy importante desarrollarlas con la participación y cogestión de la comunidad. Cuba ha utilizado a escala nacional la modalidad de las posadas maternas para acercar a los hospitales de maternidad las embarazadas rurales y las de alto riesgo. Nicaragua tiene 3 proyectos en operación, honduras tiene 4 en construcción Brasil y Colombia han probado un modelo en áreas urbanas y Perú ha iniciado un proyecto para adolescentes con riesgo social.

2.1.1.2 ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL.

En El Salvador la estrategia plan de parto inicio en el 1998 pero no dio los resultados esperados por lo que se dejo de ejecutarse. En el 2005⁶ se inicia en el norte de Morazán como una prueba piloto aplicada sólo por las parteras; luego se aplica a nivel local. En el 2006 se implementó en todo el país, y a la vez se realizó una evaluación a la estrategia antes de diciembre de ese año pero revelo que era un fracaso. Actualmente se ha capacitado a nivel de la zona oriental completamente a dos SIBASI (Usulután y Morazán) a nivel nacional son siete los SIBASI que están capacitados. De estos siete se han capacitado a todos los ginecólogos de todos los hospitales, a las enfermeras jefes del área de partos, a los epidemiólogos de los hospitales y SIBASI. En el mes de abril de 2007 se capacitó a directores y enfermeras de la región oriental sobre la estrategia.

Esta estrategia ha tomado importancia tanto así que se han modificado los formularios de vigilancia de la mortalidad materna el 8 de diciembre de 2006, las modificaciones se incluyen en los siguientes formularios^{7 - 8}

⁶ Datos proporcionados por la Dra. ROXANA ZELAYA BAIREZ Coordinadora regional del programa materno infantil.

⁷ Región Oriental de Salud/ Ministerio de salud Publica y Asistencia Social. Versión electrónica de capacitación sobre causa básica e muerte, certificado/ registro de defunción. Marzo de 2007. 13diapositivas.

FORMULARIO I: Sin modificación.

FORMULARIO II: Pág. 2: pregunta N° 8: conocían ustedes el plan de partos (Solicitarle el carné guía de entrevista). SI_____ NO_____ NO SABE_____.

FORMULARIO III: AUDITORIA DE MUERTE MATERNA EN ESTABLECIMIENTO DE PRIMER NIVEL.

Sección de control prenatal pág. N°3:

¿Existe ficha del plan de partos en el expediente? SI_____ NO_____

En el plan de partos están consignadas las seis aéreas básicas, marque “x” en la/s que fueron investigadas:

1. Quien cuidara de la casa y de los hijos en su ausencia.
2. Cuenta con financiamiento para transporte.
3. Persona que la trasladara al hospital.
4. Identificación de la persona que la acompañara a su atención del parto.
5. En caso de necesitar transfusión hay donantes identificados.
6. Fue informada sobre los signos y síntomas de peligro y se le oriento sobre que hacer.

FORMULARIO IV: Pág. N°2: existe ficha de plan de partos en el expediente: SI_____ NO_____.

Cabe mencionar que a partir del año 2007 ya se evaluarán los beneficios de la estrategia del plan de partos en el compromiso de gestión de los SIBASIS:

COMPROMISOS DE GESTION 2007⁹

Sección provisión de servicios, indicador n°14:

⁸ Ministerio de salud Publica y Asistencia Social. Versión electrónica de los formularios para la vigilancia de la mortalidad materna perinatal, corregidas 8-12-06 dados a conocer 5-01-07. 6 documentos en Microsoft Word, 1 documento en Excel.

⁹ Región Oriental de salud Ministerio de salud Publica y Asistencia Social. Versión electrónica de la matriz para elaboración de los compromisos de gestión 2007. San Miguel, El Salvador, pág. N°2.

COMPROMISO DE GESTIÓN	90% de parto institucional en embarazadas inscritas en el programa prenatal que cuentan con plan de parto elaborado.
INDICADOR	Porcentaje de parto institucional en las embarazadas inscritas en el plan de partos elaborado
FORMULA DEL INDICADOR	Número de partos institucionales entre el total de embarazadas inscritas que cuentan con plan de partos x 100

2.1.1.3 MARCO DE REFERENCIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA PLAN DE PARTO.

2.1.1.3.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SUS DETERMINANTES.

La salud sexual y reproductiva (SSR), implica que las personas tienen derecho a una vida sexual responsable y satisfactoria, que tenga la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuando y con que periodicidad hacerlo. Esta, tiene un efecto importante en la mortalidad materna e infantil en todos los países, principalmente aquellos en vías de desarrollo¹⁰.

Los factores genéticos, ambientales, culturales y socioeconómicos, así como las actitudes y comportamientos individuales, sumados a los aspectos tecnológicos, guardan estrecha relación con la SSR. La situación de la mujer se ve afectada además por la limitada promoción, educación y dificultad de acceso a los servicios básicos de salud. El estilo de vida, al igual que el cuidado médico influye considerablemente en su salud.

¹⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y la Niñez. MANUAL PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA “PLAN DE PARTOS”. San Salvador, El Salvador. 2004. Págs. 3-11.

2.1.1.3.2 SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN EL SALVADOR.

Una defunción materna es la muerte de una mujer mientras esta embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del mismo, sea cual fuere la duración o localización del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo, o agravada por este o su atención, pero no por causas accidentales. (OMS, UNICEF, UNFPA, 2001).

En El Salvador, al igual que en otros países en vías de desarrollo la morbimortalidad materna es el resultado de la interrelación de factores sociales, económicos, culturales, ambientales, de fenómeno naturales y de salud mental, así como de salud reproductiva en la población.

La mortalidad materna afecta en su mayoría a las mujeres de escasos recursos económicos y sociales, que viven en el área rural y en condiciones de marginalidad. Muchas de ellas pertenecen a población indígena y grupos de adolescentes, cuyos embarazos no son deseados.

Existe una fuerte asociación entre la sobrevivencia de la mujer y el niño y la atención del parto por personal calificado, así como las capacidades de respuesta de las instituciones ante la presencia de complicaciones obstétricas. Lo anterior requiere de un esfuerzo conjunto entre las mujeres, la familia, las comunidades, la sociedad civil, los gobernantes y otras instituciones no gubernamentales, para responder con intervenciones que contribuyan a una maternidad saludable.

En el país, la tasa de mortalidad materna identificada por la Encuesta Nacional de Salud familiar (FESAL), plantea cifras en el último quinquenio 1998-2003 de

172X100000 nacidos vivos. Estas cifras ubican a El Salvador entre los países con más altas tasa en el ámbito latinoamericano y a nivel mundial.

En lo que respecta a las principales causas de muerte materna, para el año 2003 según registros hospitalarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), siguen siendo las ocasionadas por causas directas, que representan el 62 % del total de muertes; siendo las causas principales: problemas hipertensivos relacionados con el embarazo (preeclampsia grave, eclampsia, eclampsia), hemorragia ante y posparto, sepsis, embolismo pulmonar y problemas anestésicos.

La mortalidad infantil en El Salvador (FESAL 2002-2003) plantea en el último quinquenio de 25 por 1000 nacidos vivos. Esta se divide en dos rangos de edad:

- La neonatal con un resultado de 13 por 1000 nacidos vivos, asociada a factores congénitos o endógenos.
- La postnatal, de 12 por 1000 nacidos vivos, asociada a condiciones económicas y sociales o factores exógenos.

2.1.1.3.3 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER Y NIÑEZ EN EL SALVADOR.

El programa de salud de la mujer y el programa de salud de la niñez, en el componente de salud sexual y reproductiva, tienen un área de acción en común como es el subcomponente materno infantil, dentro del cual los procesos de atención y sus acciones van encaminadas a la población materna infantil, tiene como objeto primordial de contribuir a mejorar la salud de la madre y el niño menor de 10 años, mediante el desarrollo de intervenciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud.

En el nuevo marco de la oferta de servicios de salud, el componente de crecimiento, desarrollo y nutrición, incluye la vigilancia de la mujer en las diferentes etapas de la vida con prioridad en la niñez, edad fértil, gestantes y madre en período de lactancia, en lo correspondiente a la salud sexual y reproductiva, el programa expresa la atención integral de la mujer durante la gestación, parto, posparto y del recién nacido, con enfoque preventivo relacionadas con los diversos factores de riesgo ambiental que afecta a la salud, en sus diferentes escenarios: donde viven, transitan y permanecen las mujeres y por ende donde se construye la salud.

El enfoque integral de salud conduce a la atención de la problemática social y económica, considerando al ser humano desde los ámbitos biológicos, psicológico, socioculturales y espiritual en sus diferentes etapas de la vida. Este enfoque está fundamentado en la conferencia internacional de población y desarrollo en El Cairo (1994).

2.1.1.3.4 MATERNIDAD SEGURA.

Para lograr una maternidad segura es necesario considerar que la salud es un proceso de construcción social donde intervienen la persona, su familia y la comunidad, y que se debe fundamentar la atención en los cuatro pilares básicos, asegurando la promoción en los servicios de: planificación familiar, control prenatal precoz y continuidad de subsecuentes, atención del parto limpio y cuidados obstétricos esenciales. Todo lo anterior cimentado en la participación comunitaria.

Para mejorar los resultados de salud materna y perinatal es fundamental reconocer que la maternidad y el parto sin riesgo son derechos humanos. La Declaración Universal de los Derechos humanos estableció que la “maternidad y la niñez tienen derecho a recibir atención y asistencia especiales”.

El derecho de pasar por la gestación y el parto sin correr riesgos ha sido protegido aun más en la elaboración posterior de traslados, cartas y pactos sobre derechos humanos y actualmente es reconocido, según demuestra la importancia otorgada a la maternidad sin riesgo en documentos de consenso internacional, como el programa de acción de la conferencia internacional sobre población y desarrollo. Por tanto, “es responsabilidad del profesional de la salud proporcionar atención integral con calidad y calidez a la mujer en todas las etapas de la vida, y principalmente en su gestación, parto, postparto y a su recién nacido”¹¹.

Las intervenciones para la búsqueda de disminuir el riesgo de morir deben estar dirigidas a la promoción de la salud, enfocadas en: incrementar actividades e educación sexual, reducir el número y frecuencia de embarazos, y fomentar las alianzas intersectoriales a nivel comunitario.

Los cuatro pilares básicos y fundamentales para el logro de una maternidad segura son¹²:

- **La planificación familiar:** se debe hacer accesible y a libre elección a la población la gama de métodos de planificación familia que incluya mayor promoción y consejería de los mismos, lo que contribuirá a evitar embarazos no deseados, el número y el espaciamiento de los embarazos y por ende la mujer no expondrá a riesgo su vida.

- **Control prenatal:** debe realizarse en forma precoz, continua e integral con calidad y calidez, para ofrecer e identificar las intervenciones que puedan contribuir a la detección y el tratamiento adecuado de las posibles complicaciones que puedan presentarse durante el embarazo, parto, postparto y del recién nacido.

¹¹

¹² Ver anexo N° 5

- **El parto limpio y seguro:** la política institucional es promover la atención del parto institucional por personal calificado, para garantizar que toda persona que atiende partos tenga los conocimientos, las aptitudes y el equipo necesarios para realizarlo en forma limpia y segura y pueda promover los cuidados de postparto para la madre y el bebe.
- **Los cuidados obstétricos esenciales:** son los cuidados básicos que se brindan a la mujer durante el embarazo, parto, postparto y recién nacido, para prevenir complicaciones, incluso brindar los primeros auxilios para evitar muertes maternas y salvar vidas de mujeres y recién nacidos.

También existen establecimientos de salud que brindan cuidados obstétricos esenciales básicos que incluyen:

- Administración de antibióticos parenterales.
- Administración de medicamentos oxitócicos parenterales.
- Administración de anticonvulsivante parenterales para la preeclampsia y eclampsia.
- Retiro manual de placenta.
- Retiro de productos retenidos.
- Realizar alumbramiento vaginal asistido.

Y también la maternidad segura esta cimentada en la organización y participación comunitaria.

2.1.1.3.5 EL MODELO DE LAS TRES DEMORAS.

El modelo llamado de las tres demoras, está basado en el enfoque de la multicausalidad, donde confluyen múltiples factores causantes de las muertes maternas y

peri-neonatales. Este, especifica que los tres tipos de demora, posiblemente contribuyen a la muerte materna y son:

DEMORA.	DESCRIPCIÓN.	RESPONSABLE.
1	En tomar la decisión de buscar ayuda.	Gestante y familia
2	En llegar a la institución prestadora de servicios de salud.	Gestante, familia y comunidad.
3	En recibir el tratamiento adecuado en la institución de salud	Personal de salud capacitado.

2.1.1.3.5.1 DEMORA UNO: TOMAR LA DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA.

La decisión de buscar ayuda es el primer paso de una gestante en trabajo de parto con una complicación obstétrica. Esta decisión puede estar influenciada por muchos factores, entre ellos:

- La mujer, familia y acompañantes no reconocen oportunamente que amenaza su vida y la del bebé.
- Desconocimiento del establecimiento de salud donde acudir por ayuda.
- Por factores culturales y religiosos.
- Por el estatus de la mujer y la autonomía: no puede decidir por si misma.
- Inaccessibilidad al establecimiento de salud, disponibilidad y deficiencia del transporte, no tiene quien cuide sus hijos y costo de la atención a la salud.
- La aceptación de la institución o del servicio de salud por parte de la gestante.

2.1.1.3.5.2 DEMORA DOS: LLEGAR A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la institución par solicitar servicio de salud, en esto influye:

- La accesibilidad por distancia.
- La disponibilidad de recursos de la gestante y su acompañante.
- Eficiencia y costo del transporte.
- El costo del servicio de salud.

2.1.1.3.5.3 DEMORA TRES: RECIBIR TRATAMIENTO EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD.

La Provisión de cuidado obstétrico de emergencia depende de un número de factores, entre ellos están:

- Del número de personal capacitado.
- Disponibilidad de medicamentos e insumos.
- De la actitud del personal de salud.
- La condición general de la instalación y de la administración.

2.1.1.3.6 INICIATIVA “REDUCIR LOS RIESGOS DE LA GESTACIÓN” Y LA ESTRATEGIA INDIVIDUOS-FAMILIA-COMUNIDAD.

La iniciativa para una maternidad segura lanzada en la conferencia internacional de 1987 en Nairobi, Kenia sirve de base para “reducir los riesgos de la gestación”, que está siendo promovida desde el año 2000, para contribuir a los esfuerzos dirigidos a lograr una maternidad sin riesgos. Esta iniciativa incluye tanto el mejoramiento de los servicios de salud como acciones a nivel de la comunidad para asegurar que las mujeres y su recién nacidos tengan acceso a la atención especializada cuando la necesiten. Esta basada en el enfoque de promoción de la salud contemplado en la carta de Ottawa, donde es definido como: “el proceso de capacitación a las personas y a los grupos para ejercer un mayor control de su salud y calidad de vida y mejorarlas”. Y esta fundamentado en el trabajo con:

- Individuos (I).
- Familia (F).
- Comunidad (C).

Trabajar con IFC contribuye a dar poder de decisión a los tres actores sociales principales involucrados para mejorar y ejercer un mayor control de la salud de la madre y el recién nacido, así como para ampliar el acceso y utilización de servicios de salud de calidad en particular los proporcionado por personal de salud calificados con participación y apoyo de las parteras capacitadas.

La estrategia INDIVIDUOS-FAMILIA-COMUNIDAD (IFC), está fundamentada en la implementación de intervenciones de promoción y educación para la salud, acciones de la comunidad, establecimiento de alianzas, fortalecimiento de la institución y promoviendo la causa en el plano local; y son cuatro las áreas que se consideran prioritarias:

1. Desarrollo de APTITUDES para mantenerse sanos, tomar decisiones saludables y responder alas emergencias obstétricas y neonatales.
2. Mayor CONCIENCIA de derechos, necesidades y problemas potenciales relacionados con la salud de la madre y el recién nacido.
3. Fortalecimiento de los VÍNCULOS para lograr el apoyo social entre mujeres, hombres, familia y comunidades y con el sistema de prestaciones de servicios de salud.
4. Mejoramiento de la CALIDAD de atención, los servicios de salud y las interacciones con mujeres, hombres, familias y comunidades.

2.1.2 FUNDAMENTOS LEGALES DEL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER.

Los fundamentos legales que le dan sostenibilidad jurídica al programa, están expresados en la constitución de la república de El Salvador y otras leyes de la república; dentro de ellas cabe destacar:

Artículo 65, sección cuarta, Salud Pública y Asistencia Social, de la constitución de la república de El Salvador de 1983 y sus reformas hasta 1996 que dice:

“La salud de los habitantes de la república, constituye un bien publico. El estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.”

“El estado determinara la política nacional de salud y controlara y supervisara su aplicación.”

El código de salud en su Artículo 40, capítulo único, título II del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establece:

“El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.”¹³

El artículo 41, capítulo 1, Atribuciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, entre otros establece:

¹³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer. PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER. Primera Edición, 2002. San Salvador, El Salvador. Pág. 30.

Comprende al Ministerio

- Orientar la Política gubernamental en materia de Salud Pública y Asistencia Social.
- Establecer y mantener colaboración con los demás ministerios, instituciones públicas y agrupaciones profesionales o de servicios que desarrollan acciones relacionadas con la salud.
- Velar por el desarrollo y mejoramiento de las normas de enseñanza de los profesionales relacionadas con la salud y promover el adiestramiento técnico y especialización del personal encargado de los servicios de salud.
- Propiciar todas las iniciativas oficiales y privadas que tiendan a mejorar el nivel de salud de la comunidad de acuerdo con las directivas señaladas por los organismos técnicos correspondientes.

El derecho 677 del código de familia en base al artículo 32 de la constitución política que: “reconoce a la familia como la base fundamental de la sociedad”, y establece la legislación necesaria para su protección, integración, bienestar y desarrollo.

Como apoyo a las acciones integrales en beneficio de la mujer a partir de Febrero de 1996, por decreto legislativo nº 644 se crea el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU, quien se vuelve el organismo responsable de integrar los diversos sectores relacionados con el desarrollo de la mujer, donde en el área de salud se establece el objetivo específico de: “Fomentar el acceso y mejorar las condiciones de salud integral de las mujeres, donde la prevención, promoción, curación, recuperación y rehabilitación, de acuerdo a las necesidades que plantea las diferentes etapas del servicio vital, a fin de mejorar su calidad de vida.”

Respondiendo a este objetivo se establecen los diferentes ejes estratégicos:

- Acceso oportuno a los servicios de salud integral
- Prevención y educación en salud

- Promoción de la salud reproductiva de las mujeres, sus derechos reproductivos y las practicas de riesgo que afecten su salud
- Atención de las mujeres durante toda su vida
- Investigación que contribuya a la prevención, protección, recuperación y rehabilitación integral de las mujeres.

2.1.3 DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA PLAN DE PARTOS

Es una estrategia para fortalecer la maternidad segura, promueve una serie de acciones encaminadas a orientar la organización comunitaria, con la finalidad de contribuir a facilitar todos los acontecimientos que ocurren en el proceso de atención del parto, posparto y del recién nacido, de mantenerse vigilante y responder oportunamente a las posibles complicaciones.¹⁴

También el MSPAS lo define como una estrategia para fortalecer la maternidad segura y esta fundamentada en intervenciones de promoción y educación para la salud, acción de la comunidad y el establecimiento de alianzas en los diferentes ámbitos de intervención.

2.1.4 DEFINICIÓN DEL PLAN DE PARTOS.

El MSPAS a dado a conocer en sus documentos varias definiciones sobre el Plan de partos así se tiene:

- 1- Es la programación, proyección y previsión que realiza la pareja y la familia con apoyo de los proveedores de salud y de la comunidad, desde el momento que la mujer queda gestante, con el propósito de contar con los preparativos necesarios para la atención del parto, a fin de asegurar una asistencia oportuna y de calidad.

¹⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y la Niñez. MANUAL PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA “PLAN DE PARTOS”. San Salvador, El Salvador. 2004. Pág. 3-11.

- 2- Es la planificación que realiza la pareja y la familia desde el mismo momento que la mujer queda embarazada, con el propósito de contar con los preparativos necesarios para la atención del parto, sea este normal o complicado, a fin de asegurar una atención oportuna y de calidad.
- 3- Es la alternativa para disminuir las demoras relacionadas con la decisión de la mujer y su familia en la búsqueda de atención de los servicios, así como reducir los tiempos de traslado de la comunidad al establecimiento de la salud.
- 4- Es tener listo todo lo que se va a necesitar con tiempo para la atención del parto.
- 5- En España, la asociación el parto es nuestro lo define como: una manifestación de voluntad escrita, el ejercicio del derecho de cualquier usuaria a decidir libremente, a cumplir o no consentir sobre las intervenciones médicas que se le propongan.
- 6- Es algo similar a un contacto con cláusulas especiales, en el cual la usuaria elabora una lista de puntos a tener en cuenta, de gente y de recursos que ella desearía tener cerca cuando llegara el momento de dar a luz. Es por tanto una manifestación jurídicamente válida.
- 7- Es una guía destinada a los profesionales de salud que atienden a una embarazada al momento del parto y que les permite saber como la pareja y la mujer desearían ser tratados en el trabajo de parto.
- 8- Es una lista ideal de cuales son las preferencias de la mujer para el momento del parto.

2.1.5 OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA PLAN DE PARTOS.

GENERAL

Promover la atención oportuna y de calidad a la mujer durante su gestación, parto, puerperio y del recién nacido contribuyendo así a la disminución de la morbi-mortalidad materna y perineonatal a nivel institucional y comunitario¹⁵.

ESPECIFICOS

- Disminuir las demoras en la atención materna.
- Incrementar el porcentaje de gestantes que reciben atención prenatal.
- Incrementar el parto institucional.
- Involucrar a la familia en la toma de decisiones para el traslado de la gestante con apoyo comunitario.
- Reactivación de los comités de gestión local.
- Fomentar la cultura de análisis de la situación materno infantil a nivel operativo y comunitario.
- Incorporación activa de la comunidad, ONG, actores sociales e instituciones con liderazgo y apoyo en las comunidades.
- Fortalecer vínculos y alianzas entre la mujer, familia, comunidad, proveedores de servicio de salud y parteras para mejorar el acceso y la calidad de atención

2.1.6 TIPOS DE PLAN DE PARTOS

Entre los tipos de plan de parto se tiene^{16,17}:

- a) Plan de parto tradicional.

¹⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y la Niñez. MANUAL PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA “PLAN DE PARTOS”. San Salvador, El Salvador. 2004. Pág. 14.

¹⁶ **Asociación el Parto es Nuestro.** “*El parto es nuestro*”. España, 2006. (Disponible en www.elpartoesnuestro.es/images) consultada el 5 de marzo de 2007.

¹⁷ www.hospitalclinicabiblica.com.cr consultado el 21-04-07.

b) Plan de parto interactivo.

Esta clasificación es en base a la forma en la que los involucrados acuerdan sus decisiones y elaboran las distintas opciones.

En otros países, como España, una vez que la pareja ha discutido las diferentes opciones y complementa su plan de parto se imprimen tres copias del mismo:

1. Una copia para la pareja.
2. Otra para el Doctor.
3. Para la plantilla del hospital encargado de atenderla.

2.1.7 IMPORTANCIA DEL PLAN DE PARTOS

Es importante para que la gestante y su familia puedan:

- Recibir información necesaria sobre los cuidados de la gestación, parto, posparto y del recién nacido.
- Oportunidad de hacer un ahorro para abrir todo lo que requiere el evento y prever el cuidado de sus hijos.
- Prever que la gestante reciba la atención básica, apropiada, adecuada y oportuna.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el hacer un Plan de Partos ayudara a la gestante, a su pareja y a la comunidad para:

- I.* Organizar sus pensamientos.
- II.* Decidir como les gustaría que fuera ese día tan especial.
- III.* Prever lo necesario para el proceso de su parto, posparto y la llegada de su bebe.

Para la asociación El Parto es Nuestro en España, cuando la mujer elabora un plan de parto le ayuda de la siguiente manera:

- La mujer se comprometerá más y querrá saber todo lo que este a su alcance sobre el nacimiento de su bebé, lo que le hará sentirse más confiada, capacitada y con mayor control sobre su cuerpo y sobre su embarazo. Además le ayuda a disfrutar plenamente y con tranquilidad su parto y nacimiento del bebé.
- Al personal del Hospital le ayuda a evitar procedimientos inseguros y propiciar procedimientos seguros y menos propensos a presentar problemas o complicaciones.

2.1.8 COMPONENTES EN LA PLANIFICACIÓN DE UN PARTO¹⁸

La llegada de un nuevo miembro de la familia y de la comunidad es un acontecimiento que impacta en forma variable a la mujer, más aun, en las parejas que por primera vez afrontan este proceso; por eso, se deben desarrollar una planificación sobre el parto, desde varios puntos de vista, así:

- a) Desde el punto de vista de la gestante.
- b) Desde el punto de vista colectivo (comunitario).
- c) Desde el punto de vista de los proveedores de los servicios.

2.1.8.1 DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA GESTANTE.

La gestante en el proceso de parto debe:

- Iniciar controles antes de las 12 semanas de gestación.
- Reconocer signos y síntomas de alarma en la gestación, parto y post parto.
- Conocer la fecha probable de parto.
- Identificar personas que puedan auxiliarle en el momento oportuno.
- Recibir la consejería sobre descanso, alimentación, ejercicios, lactancia materna, sexualidad y planificación familiar.

¹⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y la Niñez. MANUAL PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA “PLAN DE PARTOS”. San Salvador, El Salvador. 2004. Pág. 15-24.

- Hacer su plan de ahorro con la pareja para la seguridad de los otros hijos.
- Identificar los signos y síntomas de inicio de trabajo de parto.
- Seleccionar el lugar donde se realizara el parto.
- Establecer compromiso previo con dueño del transporte o comité comunitario.
- Preparar con tiempo el equipo de higiene personal, ropa y documentos necesarios.
- Preparar el ambiente para el regreso de la madre y el bebe.
- Disminuir la carga de trabajo durante ese periodo.
- Solicitar al personal del establecimiento de salud consejos prácticos que la ayudaran a mantenerse saludable durante la gestación y que a su vez la ayudaran a elegir el plan de ejercicios que mas se adecue a sus necesidades.
- Realizar un plan de ahorros conservado por la pareja para el momento del parto: pago de transporte, compra de medicamentos y otros.
- Elaborar un plan de seguridad de quien, como y donde les van a cuidar los otros hijos/as si los hubieren.
- Elegir el nombre para su niño/a con anticipación.

2.1.8.2 DESDE EL PUNTO DE VISTA COLECTIVO Y DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS.

2.1.8.2.1 CAPTACIÓN PRECOZ.

La primera consulta debe ser antes de la 12 ° semana de gestación, esto permite:

- La identificación precoz de factores de riesgo.
- La planificación adecuada de la asistencia obstétrica.
- El desarrollo de actividades educativas.
- La formación de una red de apoyo para la mujer gestante.

La captación precoz puede ser lograda a través de:

- Promoción y divulgación de la oferta de la atención prenatal en los establecimientos de salud y en la comunidad, a través de los medios de comunicación o de los promotores, parteras capacitadas, consejeras voluntarias de nutrición.
- Sensibilización de las mujeres, la familia y la comunidad, acerca de la importancia de la atención prenatal.
- Disponibilidad de materiales educativos que estimulen la inscripción temprana y el parto hospitalario.
- Organizar la comunidad en comités intersectoriales e interinstitucionales.

Como parte de su responsabilidad los proveedores de servicios de salud deben estar en constante búsqueda activa de las gestantes, promover junto con la comunidad la detección temprana para su inscripción y permanencia en el programa de control prenatal y su participación en todas las actividades de consejería sobre el proceso de gestación, parto y postparto.

La falta a los controles prenatales debe ser motivo de seguimiento domiciliario para conocer la razón por la cual la gestante no asistió a la consulta y esta puede ser considerada como un indicador para evaluar la adherencia al servicio de salud.

Entre las estrategias para lograr mayor acercamiento de la gestante al servicio de salud tenemos:

- promover servicios amigables: proporcionándole atención a la gestante con calidad y calidez desde el primer contacto con el servicio de salud.
- Aumentar la accesibilidad de los servicios de salud mediante la atención gratuita, ampliación y divulgación de horarios, garantizar la consulta programada, brigadas de salud y visitas domiciliarias realizadas por promotores de salud y parteras.

- Evitar conflicto entre las actividades de los prestadores de salud y de las actividades de la gestación y la familia.
- Organizar círculos educativos para las gestantes, familia y comunidad.
- Promover intercambio de experiencias de atención hospitalaria entre gestantes.
- Incorporar a su compañero de vida o su familiar a las orientaciones que se le proporcionan sobre su embarazo, parto, postparto y cuidados del recién nacido.
- Promover que la gestante y su familia conozcan la institución donde se le atenderá el parto.

A toda gestante se debe llenar una ficha de plan de parto con el propósito de: Identificar los signos de peligro, dar seguimiento permanente y llevar registro de controles prenatales

2.1.8.2.2 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y REFERENCIA PARA NIVELES DE MAYOR COMPLEJIDAD.

La gestación es un proceso fisiológico con transformaciones biológicas, emocionales y sociales. En este periodo surgen situaciones que generan estados normales o patológicos, dependiendo de la adaptación de la mujer. Siendo necesario conocer estas para identificar y evaluar los riesgos a los que cada mujer esta expuesta en los momentos de la gestación.

La identificación de factores de riesgo posibilita la clasificación de las mujeres para la atención prenatal en alto y bajo riesgo, o si hay necesidad de un servicio especializado. Para ello se debe identificar:

- Los factores de riesgo reproductivo desde la primera consulta prenatal.
- Los factores sexuales, culturales y ambientales que interfieren en la salud de la gestante y/o fetos, mediante las consultas o controles prenatales para una intervención más eficaz.

- Los casos de gestantes víctimas de violencia intrafamiliar; tabaquismo, drogas, alcoholismo, desnutrición, conductas sexuales de riesgo.

Los proveedores de la salud deberán orientar a toda mujer en el período de gestación y después del parto sobre los signos y síntomas que pudieren darle complicaciones a ella o al recién nacido, por cuyas razones deberá buscar atención médica inmediata si se presentan, es importante que esta orientación se amplíe a su núcleo familiar. Los signos y síntomas de peligro para la gestante son:

Signos de peligro		
Durante la gestación	Durante el parto	Después del parto
<ul style="list-style-type: none"> - RPM. - Sangrado. - Disminución de movimientos fetales o anemia. - Convulsión. - Cefalea. - Fosfenos. - Amaurosis fugaz. - Fiebre. - Desnutrición y sobre peso. - D M-2. IVU. HTA. - Talla menor de 1.5 ms. - Epigastralgia. - Altura uterina menor que la edad gestacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sangrado transvaginal durante el parto. - Convulsiones. - Fiebre, LTV - TP mayor o igual a 12 horas. - Presentación anormal. - Prolongación del 3° período - Prolapso de cordón 	<ul style="list-style-type: none"> - Sangrado oscuro con mal olor. - Convulsiones. - Fiebre, escalofríos, loquios fétidos.

Según el programa de reanimación neonatal de la academia americana de pediatría es importante mencionar entre aspecto que en el momento del parto debemos hacernos preguntar:

- ¿El bebe respira o llora?
- ¿Hay ausencia de meconio en el bebe?
- ¿Tiene buen tono muscular el bebe?

- ¿Esta rosado el bebe?
- ¿Su gestación es a término?

Si la respuesta es si a todas las preguntas, se procede a brindar los cuidados de rutina, si alguna respuesta es no, entonces se procede según protocolo de reanimación neonatal. Una vez que se han brindado los cuidados de rutina al recién nacido, se debe estar vigilantes de los signos de peligro del recién nacido:

Signos de peligro del recién nacido	
<ul style="list-style-type: none"> -Temperatura axilar menor de 36° o mayor de 37.5° -Peso menor de 2000 grs. -Edad gestacional menor de 34 semanas. -Frecuencia respiratoria menor de 40 x min. O mayor de 60 x min. -Tirajes intercostales -Aleteo nasal -Apnea -Quejido, estridor o sibilancia. -Cianosis. -Palidez. -Mal llenado capilar. -No puede tomar el pecho. -Distensión abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> -Vomita todo. -Abombamiento de la fontanela. -Se ve irritable. -Letárgico, inconsciente, hipotónico. -Movimientos anormales o convulsiones. -Hipoactivo. -Manifestaciones de sangrado, equimosis, petequias. -Pústulas o vesículas en la piel. -Secreción purulenta de ombligo con eritema que se extiende a la piel. - Anomalías congénitas mayores.

2.1.8.2.3 PROMOVER EN EL ESTABLECIMIENTO UN AMBIENTE CÁLIDO Y ACOGEDOR.

Un ambiente cálido y acogedor se logra cuando todos los profesionales de la institución de salud establecen una relación basada en la confianza y buen trato a la gestante y a su familia, y adaptar la atención prenatal de acuerdo a patrones culturales del área.

Las gestantes van adquiriendo confianza en un servicio cuando la atención se ofrece con calidad y con calidez, contribuyendo para su adhesión al programa que busca humanizar la atención prenatal. El personal de salud debe

- Valorizar las sensaciones de ansiedad, miedos, preocupaciones y experiencias de la gestante.
- Establecer una comunicación fluida.
- Dar confianza para que la gestante opine sobre su atención.
- Realizar actividades educativas durante la visita, así no ocurre una rutinización del cuidado, que despersionaliza la atención.
- Proporcionar seguimiento a la gestante junto con una persona de confianza ya sea familiar o de la comunidad: promotor de salud y partera.

2.1.8.2.4 CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS REFERENCIAS.

El servicio de atención prenatal debe registrar diariamente el número de mujeres referidas de la comunidad hacia el servicio de salud y de este hacia otras instancias de mayor complejidad cuando se requiere de atención especializada, y revisar cuantas gestantes retornaron después de la referencia y conocer el retorno, e informar al promotor de salud para su seguimiento.

Estos datos permiten la evaluación del sistema de referencia y contra referencia, efectuando las adecuaciones necesarias para que ocurra una integración entre la comunidad, los servicios de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención.

Toda gestante derivada a un servicio especializado, deberá llevar consigo el carné materno perinatal, la ficha del plan de parto y la información sobre el motivo de la derivación y de los datos clínicos de interés para proporcionar un mejor seguimiento y evitar complicaciones.

2.1.8.2.5 DESARROLLO DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS.

Las actividades educativas son acciones realizadas con el propósito de orientar, informar e instruir a la mujer sobre su gestación, parto, postparto y cuidados del recién nacido. Están dirigidas al cambio de actitudes, conductas y comportamientos que promuevan una vida saludable.

Los procesos educativos contribuyen al empoderamiento de la mujer, familia y comunidad, y tiene la finalidad de aumentar los recursos personales y la capacidad de optar por alternativas de autocuidado de la salud mas adecuadas y saludables, permitiéndole a la gestante y a su familia reconocer precozmente las señales de peligro para la búsqueda de atención oportuna y evitar las complicaciones.

Las actividades desarrolladas deben estimular la participación de las personas que constituyan la red de apoyo de la gestante, con el fin de fortalecer la capacidad de los mismos en ayudar a la identificación de señales de peligro, así como asumir la responsabilidad de transporte de urgencia en caso de complicaciones obstétricas. De esta forma, la llegada de la mujer gestante al servicio de salud podrá realizarse lo más rápido posible, contribuyendo así a evitar complicaciones lo que permitirá una mayor sobrevivencia de la madre y el niño.

Toda actividad educativa se debe auxiliar con material escrito que contiene las principales orientaciones sobre el proceso gestacional, los exámenes y pruebas necesarias.

2.1.8.2.6 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS DEFUNCIONES MATERNAS Y PERINATALES EN LA COMUNIDAD.

Es importante orientar a la gestante, familia y a la comunidad que permanezcan en alerta vigilando cualquier signo o síntoma de peligro y que deben consultar

inmediatamente a los proveedores de salud, estos deben mantener constante comunicación con información actualizada y poder responder de acuerdo a las necesidades locales de salud de las mujeres y los recién nacidos (as).

Además de aumentar el conocimiento y la concientización de la comunidad, los resultados de la vigilancia pueden servir como base para la planificación de intervenciones en salud. La información reunida, en particular en relación con los factores contribuyentes a la mortalidad, también pueden servir como base para el desarrollo de estrategias integrales y medidas posteriores.

2.1.9 PARTICIPANTES Y SUS RESPONSABILIDADES EN LA OPERATIVIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA DEL PLAN DE PARTO.

Esta estrategia debe ser desarrollada en forma conjunta con todos los actores sociales y comunitarios relacionados con la salud de la gestante, pero quienes tienen mayor responsabilidad son:

– El médico.	– Partera capacitada.
– La enfermera	– El compañero de vida
– Materno infantil.	– La familia.
– Nutricionista.	– Toda la comunidad.
– Promotor de salud.	– Consejera voluntaria de nutrición.

2.1.9.1 RESPONSABILIDADES DE LOS PROVEEDORES DE SALUD (MEDICO, ENFERMERA Y MATERNO INFANTIL).

Las acciones y funciones que los proveedores de salud deben realizar son:

- a) Mantener estrecha coordinación con los voluntarios de salud de la comunidad.
- b) Fortalecer la relación con la partera.
- c) Recibir las referencias que los voluntarios envían y dan seguimiento a las mismas.
- d) Llenar la ficha de plan de parto, dejar registro en el expediente y entregar original a la gestante.
- e) Hacer énfasis sobre la depresión postparto.
- f) Proporcionar un ambiente amigable a la gestante y a su familia.
- g) Dar la bienvenida a la gestante.
- h) Invitar a la gestante a que cuente con la presencia de su compañero de vida u otro familiar al momento de la visita al establecimiento de salud.
- i) Utilizar un lenguaje accesible a la gestante y de acuerdo a la cultura local.
- j) Motivar a la gestante y su familia a que hagan preguntas y aclarar dudas.
- k) Dar seguimiento a las referencias y retornos de las gestantes en todo el proceso de parto, postparto y recién nacido.
- l) Llenar correctamente todos los instrumentos del plan de parto.
- m) Identificar signos de peligro y referir oportunamente.
- n) Vigilancia comunitaria de la gestante.

El seguimiento a la mujer durante el postparto debe ser programado para las primeras 24 horas, ya sea en el establecimiento o en el domicilio de la usuaria; las actividades que se deben desarrollar son las siguientes

1. Examen físico.
2. Examen obstétrico.
3. Orientación sobre lactancia materna, alimentación adecuada, inicio de relaciones sexuales, planificación familiar, higiene, descanso y cuidados con el recién nacido.
4. Observar el comportamiento materno en relación al bebe.

5. Completar la inmunización contra el tétano.
6. Mantener hierro y vitamina “A” a madres en lactancia, por 3 meses.

2.1.9.1.1 RESPONSABILIDAD DEL PROMOTOR DE SALUD EN RELACIÓN AL PLAN DE PARTOS.

- Detección y referencia precoz de la mujer en las primeras 12 semanas de su gestación al establecimiento de salud más cercano.
- Mantener el censo actualizado de todas las gestantes de su comunidad.
- Divulgación del plan de parto en la comunidad bajo su responsabilidad.
- Elaborar y actualizar periódicamente el mapa de riesgo de las gestantes de su comunidad.
- Participar en la elaboración del plan de parto con todos los actores sociales involucrados.
- Mantener comunicación y coordinación con todos los actores comunitarios para el traslado de la gestante al establecimiento de salud para efectuar su parto.
- Dar seguimiento y evaluación del plan de parto en la comunidad.
- Realizar promoción y educación para la salud a la gestante y su familia sobre: signos de peligro y factores de riesgo en la gestación, parto y postparto y cuidados del recién nacido; autocuidado de salud y alimentación adecuada; lactancia materna exclusiva.
- Proporcionar atención básicas en salud a la gestante, que incluyen: control de presión arterial y peso; identificación oportuna de signos de peligro y referencia inmediata; prevención sobre factores de riesgo y referencia oportuna; suministro de sulfato ferroso y ácido fólico según norma, vacunación con toxoide tetánico.
- Remitir al establecimiento local de salud, a toda gestante detectada.

- En coordinación con las personas más influyentes de la familia de la gestante, la partera y los directivos de la comunidad (o miembros del comité de salud) organizar o definir un plan para la atención del parto y/o traslado de la mujer al hospital más cercano.
- Reportar en las primeras 48 horas las muertes de mujeres gestantes ocurridas en su comunidad por medio del “registro de mortalidad materna”.
- Reportar en las primeras 48 horas las muertes al menor de 10 años y analizará sus causas con el personal del establecimiento local de salud y de la comunidad.
- Seguimiento a la mujer durante el postparto y del recién nacido.
- Proporcionará educación en salud sobre signos de peligro, cuidados generales y alimentación adecuada de la puérpera y el recién nacido y la importancia de llevar control postparto en la unidad de salud y de inscribir al recién nacido en el registro civil en los primeros 7 días de nacido.

2.1.9.2 RESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA.

Es importante que la pareja o miembros de la familia (madre, suegra o hermana) amigos o vecinos, estén involucrados en el plan de partos, dado que a veces la mujer por si sola no puede tomar una decisión y debe contar con su apoyo, por ejemplo, para el traslado al establecimiento de salud para la atención del parto. ¿Quién cuidará a los niños/as?; ¿Quién la acompañará? Tener presente que si la mujer trabaja fuera de casa debe de considerar la posibilidad de dejar a sus hijos en un hogar seguro que le garantice el cuidado del recién nacido. Entre los aspectos del papel de los hombres en la salud materna y neonatal tenemos:

- Decidir en pareja el lugar donde asistirán el parto.
- Comunicación con la pareja y toma de decisiones compartida para la planificación de la gestación.
- Preparación de ropa, alimentos y otros enseres.

- Participación en la atención prenatal, la atención durante el parto, postparto y recién nacido.
- Conocimiento de señales de emergencia obstétrica y cuidados apropiados para la mujer y el recién nacido.
- Prevención de las ITS, VIH y el SIDA.
- Planificación familiar después del parto.
- Apoyo a la lactancia materna.
- Participación de los hombres en la crianza y la educación de sus hijos.
- Paternidad responsable y adultez.
- Responsabilidad del asentamiento del recién nacido en la alcaldía.
- Ahorro económico para solventar algunos gastos para el momento del parto.
- Búsqueda anticipada del nombre para el bebé.
- Participar en los quehaceres del hogar.
- Preparativos de los documentos de identidad personal.

2.1.9.3 RESPONSABILIDAD DE LA PARTERA.

Debido a su accesibilidad y aceptabilidad, las parteras capacitadas, suelen ser el eje de muchos programas comunitarios de salud materno infantil. Por eso, el conocimiento y dominio que deben tener sobre la temática debe centrarse en la higiene e inocuidad de sus prácticas; la no interferencia durante el parto; y el cuidado pre y postnatal de la madre. Hay que instar a las parteras a seguir prestando apoyo psicosocial y enseñarles a identificar a madres en riesgo y/o recién nacidos para su referencia.

En relación al plan de partos su tarea inicia con la capacitación de gestantes antes de las 12 semanas y remitirlas al establecimiento de salud más cercano para su debida inscripción al programa de control prenatal, parto institucional, detección de signos de peligro y su referencia oportuna. Orientar a la mujer y su familia sobre los cuidados adecuados en la gestación, parto, postparto y del recién nacido.

Debe participar en la identificación y conformación de una red social y comunitaria para la estructuración de un sistema comunitario de transporte para mujeres con emergencias obstétricas.

El involucramiento de la partera facilita la captación de la gestante para su control prenatal, la referencia para la atención del parto institucional, la detección de signos de peligro y la referencia oportuna. Por su liderazgo, facilita la participación de otros actores de la comunidad.

La experiencia de vida de cada mujer influye directamente en la forma de cómo ella vive el proceso gestacional. Las creencias, valores, tabúes, sentimientos y expectativas de la gestante y acompañante, deben ser respetados por el equipo de salud involucrado en el control prenatal y proporcionarle todo el apoyo necesario en su posterior desarrollo.

2.1.9.4 RESPONSABILIDAD DE LA CONSEJERA VOLUNTARIA DE NUTRICIÓN.

En las comunidades en las cuales se esta implementando la estrategia de Atención Integral en Nutrición (AIN), las consejeras voluntarias deben incorporarse en el proceso de operativización del plan de partos, iniciando con la captación y referencia de la gestante al establecimiento de salud para su inscripción. Proporcionará mediante la visita domiciliar orientación acerca de que alimentos debe comer y cuales evitar, según disponibilidad de la comunidad, consejos sobre el peso durante la gestación, los riesgos y los beneficios de consumir medicamentos durante el mismo, así como preparar a la gestante para la lactancia materna.

Deberá orientar a la gestante y su familia sobre la identificación de las señales de peligro para la búsqueda de atención oportuna, además orientar sobre la alimentación adecuada para el postparto y la lactancia, indagar si la gestante consume café, cigarrillos,

alcohol y otras drogas, medicamentos y orientar sobre el daño que podría causar al bebé. Informar mensualmente al establecimiento de salud, las actividades realizadas en la comunidad.

Vigilar el consumo de los micronutrientes indicados a las gestantes en los establecimientos de salud, y proporcionar seguimiento a gestantes que se les ha detectado desnutrición o anemia. Asistir a las capacitaciones programadas en el establecimiento de salud para actualizar sus conocimientos.

2.1.9.5 RESPONSABILIDAD DE LA COMUNIDAD.

La atención a nivel comunitario, pone de relieve la promoción y prevención, es de suma importancia desarrollar estrategias para concientizar a la población sobre las causas de mortalidad materna y como acceder a servicios oportunos y adecuados, detectar tempranamente los signos y síntomas de peligro y derivar estos casos a los establecimientos de salud correspondiente (unidad de salud u hospital).

Una vez que se detecta una complicación en el ámbito en derivar y transportar a la mujer al lugar donde debe recibir la atención apropiada puede costarle la vida tanto a la madre como al bebé.

La organización comunitaria es básica para operativizar en conjunto con el plan de parto y complicaciones y debe nacer de la participación de la comunidad y ser involucrada desde el diagnóstico y análisis de sus problemas en salud para la toma de decisiones hasta la evaluación.

En resumen la comunidad se involucra en todo el proceso para así garantizar, elaborar un censo de gestantes y el croquis o mapa obstétrico, reconocer signos de peligro en la gestante, los fondos de emergencia y el transporte de emergencia.

2.1.9.6 RESPONSABILIDAD DE LOS ACTORES LOCALES.¹⁹

La participación de los actores locales es clave dentro del plan de parto porque es un soporte económico, tecnológico y psicológico para la pareja en estos momentos cruciales. El apoyo social durante el parto es una manera económica de mejorar la salud materna y neonatal, y aumentar la satisfacción de las mujeres con la atención recibida. Se ha comprobado que el hecho de tener apoyo social durante el trabajo de parto, cuando no se presentan situaciones de emergencia obstétrica, influye en el resultado del parto de rutina tanto para la mujer como para el lactante.

El apoyo social incluye la presencia de un acompañante durante el parto, elegido por la mujer, así como una actitud positiva y respetuosa de los trabajadores de salud. Promover mayor conciencia individual y social de las necesidades de salud materna y neonatal en las comunidades, incluidos los signos del trabajo de parto y de peligro; fortalecer los vínculos con parteras y establecer alianzas con ONG y organizaciones comunitarias con experiencia en el área de la salud materna e infantil contribuye a la consolidación de la red de apoyo que se debe generar entorno a la mujer en su proceso de gestación, parto y post parto.

2.1.9.7 ELABORACIÓN DEL PLAN DE PREPARACIÓN PARA TRASLADO DE COMPLICACIONES.

El personal de salud debe promover el desarrollo de la conciencia acerca del peligro que implica que la gestante este expuesta a determinados factores de riesgo. Debe motivar a la comunidad, a los actores sociales, a la familia y a la misma gestante a estar alerta para vigilar e identificar signos y síntomas de alarma, y así acudir oportunamente

¹⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y la Niñez. MANUAL PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA “PLAN DE PARTOS”. San Salvador, El Salvador. 2004.

a solicitar ayuda de salud. Esto supone una acción educativa para inducir en la gestante esta importante actitud.

Como parte del plan de parto es importante que las comunidades se organicen y estén preparadas con comités de emergencia para el traslado de las gestantes para la atención del parto a una unidad de salud autorizada o a un hospital, o también para el traslado de una mujer con existencia o persistencia de signos y síntomas de alarma en caso de alguna complicación obstétrica que ponga en riesgo la vida de la mujer y del recién nacido.

Para ello es necesario solicitar con anticipación el apoyo de dueños de vehículos en las comunidades, cooperativas y/o instituciones de servicio, así también con dueños de teléfono para facilitar la comunicación para el traslado de las mujeres para la atención del parto o ante signos y síntomas de peligro a fin de evitar complicaciones en la mujer y/o en el recién nacido.

También es necesario promover en las comunidades la creación de un fondo y que este disponible para el traslado de mujeres en situación de emergencia y facilitarles a un establecimiento de salud y hospital

2.1.10 PASOS PARA LA OPERATIVIZACION DEL PLAN DE PARTOS²⁰.

- 1- Tener claridad sobre el proceso del plan de parto y obtener información sobre los recursos con los que cuenta la gestante, la familia y comunidad, incluye a ello el mapa obstétrico

²⁰ Ibídem pág. 25.

- 2- Realizar inmersión comunitaria que permita al personal de salud lograr mayor involucramiento y darse a conocer por los gestantes, su familia y la comunidad.
- 3- Hacer diagnóstico comunitario
- 4- Identificar los actores sociales relacionados a la salud: parteras, promotores, voluntarios, líderes comunitarios, entre otros.
- 5- Organizar la comunidad en estructuras funcionales como comités de salud o voluntarios de salud.
- 6- Elaboración del censo de embarazadas.
- 7- Elaboración del croquis de la comunidad.
- 8- Elaboración del mapa obstétrico con participación de la comunidad.
- 9- Captación de gestantes por la unidad de salud (Negociación).
- 10- Proporcionar orientación sobre la gestación parto y posparto sobre como reconocer los signos de peligro.
- 11- Proporcionar orientaciones técnicas y metodológicas sobre la elaboración del plan de parto.
- 12- Establecer horarios de reuniones para la elaboración del plan de parto por cada unidad de gestantes.
- 13- Ejecutar las reuniones y elaborar los diferentes planes de parto, uno por cada una de las gestantes, respetando su confidencialidad e involucrar al compañero de vida u otros miembros de su familia.
- 14- Fortalecer y organizar a comités en la comunidad.
- 15- Reuniones periódicas de evaluación: los proveedores de salud y los voluntarios deben de dar seguimiento a los acuerdos en la comunidad a través de visitas domiciliarias. En este plan de parto y emergencias se deben de incluir los siguientes elementos clave:
 - a. Proporcionar la atención prenatal durante las primeras 12 semanas de gestación.
 - b. Seguimiento de la gestante a nivel comunitario por el promotor de salud

- c. Promover el autocuidado y aumentar las capacidades de tomar decisiones saludables.
- d. Identificación de las señales de peligro para la búsqueda de atención oportuna de la madre y el recién nacido.
- e. Preparación para el parto y situaciones de emergencia.
- f. Selección para un sitio para el parto, (se promueve la atención del parto institucional) e identificación de la ubicación del establecimiento de atención apropiada mas cercano en caso de una emergencia.
- g. Identificación de un proveedor de salud más capacitado.
- h. Identificar las señales de peligro, para la búsqueda oportuna de atención.
- i. Identificación de un acompañante para el parto y para la situación de emergencia.
- j. Identificación de apoyo para el cuidado del hogar y los niños durante el parto y la situación de emergencia.
- k. Programación de los fondos para los gastos relacionados con el parto y la emergencia.
- l. Identificar con anticipación a personas o instituciones en la comunidad que dispongan de teléfono para comunicarse en caso de emergencia o que puedan servir de enlace.
- m. Identificación de instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales y otros que puedan apoyar a servir de enlace para el transporte de la mujer gestante y el recién nacido.
- n. Organización del transporte para el parto en un establecimiento y en caso de emergencia
- o. Tener suministros adecuados para el parto (CoE básico unidades de salud autorizadas para la atención del parto y CoE ampliado a nivel de hospital); ropa para la mujer y el bebe, jabón, alimentos y agua.

Identificación de un donante de sangre compatible, en el caso de que se produzca una hemorragia

2.1.11 INSTRUMENTOS E INSTRUCTIVAS PARA LA OPERATIVIZACIÓN DEL PLAN DE PARTOS.

Para operativizar la estrategia se cuenta con dos tipos de instrumentos: los instrumentos propios de la estrategia y los instrumentos complementarios. Entre los instrumentos propios están:

1. Censo de las gestante.
2. Mapa obstétrico de ubicación de las gestantes.
3. Ficha de plan de parto.
4. Hoja de mi plan de parto.
5. Listado de embarazadas con plan de parto.

Los instrumentos complementarios son:

1. Carné materno.
2. Hoja de historia clínica perinatal.
3. Hoja de vigilancia comunitaria.
4. Libro de control de embarazada.

2.1.11.1 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE CENSO DE LAS GESTANTES.

El censo de las gestantes es un instrumento diseñado para recoger la información de todas las mujeres en período de gestación del área urbana y rural. El personal de salud con el apoyo de la comunidad censara a todas las gestantes del área geográfica de influencia, con el propósito de conocer la cantidad de gestantes y planificar la atención que se proporcionara a este grupo prioritario e involucrar a la pareja y familia en los

preparativos para el parto, para que se lleve a feliz termino el nacimiento del bebe y lograr la sobrevivencia de ambos.

DATOS GENERALES:

- SIBASI: anotar el nombre del SIBASI de pertenencia.
- ESTABLECIMIENTO DE SALUD: detallar el nombre del establecimiento de salud al cual pertenecen las embarazadas que se van a censar.
- LUGAR: anotar el municipio, o cantón de donde esta ubicado el establecimiento de salud que esta realizando el censo.
- RESPONSABLE DEL LLENADO: escribir el nombre del personal de salud o del promotor que ha llenado el censo.

DATOS ESPECIFICOS:

- NÚMERO: en esta columna anotar el número correlativo según casilla correspondiente.
- NOMBRE: escribir nombre y apellidos de la gestante.
- DIRECCION: anotar la ubicación de la vivienda con nomenclatura o puntos de referencia de la localidad.

2.1.11.2 INSTRUCTIVO PARA EL MAPA OBSTÉTRICO DE UBICACIÓN DE LAS GESTANTES.

Este mapa de identificación y ubicación geográfica de gestantes constituye un instrumento grafico e ilustrativo de la cantidad de gestantes que existen en la zona, además donde se encuentra ubicada su vivienda con su nombre completo, número de expediente, dirección exacta, fecha probable de parto, y el diagnóstico si tiene algún factor de riesgo, o signo de peligro.

El mapa en su esquema gráfico debe indicar el nombre de la comunidad y detallar sus calles, avenidas, pasajes y números de vivienda y sobre el picar un símbolo, por ejemplo (*), que exprese la existencia de una gestante en ese lugar, permitiendo así localizarla de manera precisa en su vivienda.

Este instrumento debe ser elaborado en conjunto con los miembros de la comunidad para que garantice la información indicada y adecuada

2.1.11.3 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA DE PLAN DE PARTO.

La ficha es un instrumento diseñado para recoger información sobre la gestación, que permite al personal de salud, promotores de salud y partera capacitada, trabajar en conjunto con la mujer y su familia, la planificación de la atención en la gestación y parto.

El personal de salud debe anotar la información proveniente de la gestante cuando asiste a su control prenatal por primera vez, o el promotor de salud cuando es captada en comunidad y deberá ser actualizada cada vez que la mujer asista a su control prenatal, o en la visita domiciliar.

Se llenara una ficha original la primera que se le entregara a la gestante y dos copias, una de estas quedara en el expediente clínico y la otra para el promotor de salud.

Es importante llenar la ficha a gestantes del AGI (Área geográfica de influencia) del establecimiento que estén en controlen otras instituciones (ISSS, BIENESTAR MAGISTERIAL, PROFAMILIA, ONG, MEDICOS PRIVADOS, ENTRE OTROS.). La ficha consta de 4 páginas:

PAGINA 1:

A. DATOS GENERALES:

- NUMERO DE EXPEDIENTE: Se deberá anotar el número del expediente clínico de la unidad de salud, hospital o casa de la salud.
- NOMBRE DE LA EMBARAZADA: Escriba los nombres y apellidos de la gestante.
- EDAD: Escriba los años cumplidos.
- DIRECCION: Anotar en forma clara la dirección donde vive.
- CANTON: Escriba el nombre del cantón.
- CASERIO: Anote las referencias de la ubicación exacta de la vivienda de la gestante.
- ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Anote el nombre de la unidad de salud que corresponde a la comunidad de procedencia de la gestante.
- FECHA DE INICIO DE PLAN DE PARTO: Anote la fecha en que inicia el llenado de la ficha de plan de parto por primera vez.
- QUIEN LO INDICA: Anote el nombre y apellido de la persona que inicia el llenado de la ficha de plan de parto

B. SEGUIMIENTO AL PLAN DE PARTO.

- FECHA: Anote la fecha en que se realiza los seguimientos a la gestante en su plan de parto ya sea realizado por el personal de salud o personal comunitario.
- RESPONSABLE: Anote el nombre y apellidos de la persona que realiza el seguimiento de la ficha de plan de parto ya sea que se realice a nivel de la unidad de salud o a nivel comunitario.

PAGINA 2 Y 3.

A. CONTROL DEL EMBARAZO

- **FECHA DE MI EMBARAZO:** Esta información la anotará el personal de salud de acuerdo a los datos referidos por la madre, anotará en el casillero correspondiente al día, mes y año de la fecha de última regla y luego con el procedimiento establecido se hará el cálculo de la fecha probable de parto. En el caso que el llenado de la ficha lo inicie el personal comunitario dejara sin llenar este acápite para luego ser llenado por el personal de salud.
- **CONTROL DEL EMBARAZO:** señale con una “X” en el círculo correspondiente al número de controles prenatales que se ha realizado la gestante al momento del llenado de la ficha, en las visitas de seguimiento realice el mismo procedimiento. En el caso que la gestante este siendo captada por primera vez al control prenatal señale el círculo No.1, o si no se ha realizado ningún control prenatal marque CERO. Llenar estas casillas por cada control.
- **FECHA DE MI PARTO:** coloque el día, mes y año en el cual sucederá el parto. El numero de veces que ha estado gestante, cuantos partos ha tenido y la cantidad de hijos vivos. Encierre en un círculo si le han practicado cesárea anteriormente.
- **TOMA DE TABLETAS DE HIERRO MAS ACIDO FÓLICO DIARIAMENTE:** encierre en un círculo si o no toma hierro, indagar las razones de NO y tratar de superarlas con otras alternativas.
- **VACUNAS ANTITETANICAS:** solicite la gestante su tarjeta de vacunación o control prenatal en caso que acuda al control prenatal, y llene las casillas correspondientes al día, mes y año que le aplicaron cada dosis.

B. PREPARATIVOS PARA EL PARTO.

- **¿DONDE LE ATENDERAN EL PARTO?** Señale con una “X” o encierre en un círculo la figura ilustrativa que hace referencia del lugar donde ella planea le

atenderán el parto. Se registrara en las visitas de seguimiento el avance de cambios de comportamiento o las actitudes adoptadas por la gestante y la resistencia al cambio.

- ¿QUIEN LE ATENDERA EL PARTO?: señale con una “x “ o encierre en un círculo la figura ilustrativa que hace referencia la gestante de quien le atenderá el parto de acuerdo al número de control.
- ¿QUIEN LA ACOMPAÑARA PARA LA ATENCION DELPARTO?: coloque una “x” sobre el nombre de la persona quien le acompañara en el momento del parto.

C. PREPARANDO MIS AHORROS PARA EL PARTO:

- ¿TIENE DINERO AHORRADO PARA LA ATENCION DE SU PARTO? : coloque una “X” en la casilla según la repuesta que le de la gestante.
- ¿QUE HARA USTED Y SU FAMILIA PARA RECOGER EL DINERO?: anote las formas y actividades para obtener el dinero que le servirá para el parto. “Observaciones”, se registrara en la visitas de seguimiento el avance de cambios de comportamiento a las actitudes adoptadas por la gestante y su familia.
- ¿SI EL HOSPITAL LE QUEDA LEJOS, PIENSA SALIR DIAS ANTES DE SU COMUNIDAD ANTES DEL PARTO?: Señale con una “X” si la respuesta es afirmativa o negativa. ¿DONDE?: señale con una “X” la figura ilustrativa. En “observaciones”, e registrara en las visitas de seguimiento el avance de cambios de comportamiento o las actitudes adoptadas por la gestante y su familia.
- ¿COMO PIENSA SALIR DE LA COMUNIDAD PARA LA ATENCIÓN DE SU PARTO, O EN CASO DE EMERGENCIA?: Llene la casilla en blanco con la información en la opinión señalada por la gestante y su familia. Consignando en los espacios correspondientes a quien le pertenece, donde se encuentra, tiempo en que tardara en llegar el transporte a su casa y tiempo que tardara en trasladarse a la unidad de salud más cercana a su casa.

- ¿NÚMERO DE TELÉFONO DE PERSONA DE LA COMUNIDAD QUE HARÁN EL TRASLADO O QUE PUEDEN SERVIR DE ENLACE? : Anote los números de teléfono y los nombres de las personas de la comunidad que le harán el traslado.
- ¿QUIÉN O QUIENES LE PUEDEN DONAR SANGRE EN CASO DE NECESITARLA?: Marque con una “X” la casilla correspondiente a la opción seleccionada por la gestante y la observación se registrará en las visita de seguimiento el avance de cambios de comportamiento o las actitudes adoptadas por la gestante y su familia.

PAGINA 4.

- SEÑALES DE PELIGRO DEL EMBARAZO, PARTO Y DESPUÉS DEL PARTO: Coloque una “X” en la figura ilustrativa relacionada si presentara la gestante alguna señal de peligro en el periodo del embarazo, parto y postparto y referida al establecimiento de salud mas cercano y garantizar que sea acompañada por un familiar o alguien de la comunidad.
- De igual manera este lado de la ficha servirá como un medio para difundir las señales de peligro en la familia y comunidad.
- SEÑALES DE PELIGRO EN EL RECIEN NACIDO.

Ponga una “X” en la casilla correspondiente si el recién nacido presentare alguna señal de peligro, y referirlo al establecimiento de salud mas cercano.

2.1.11.4 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE CONTROL DE MÍ PARTO.

La hoja de mi plan de parto, es un instrumento diseñado para que la gestante pueda recoger y llevar ordenada la información sobre su gestación y la previsión de su proceso del parto y posparto, y puedan tomar decisiones acertadas que favorezcan la

atención oportuna durante la gestación y parto en condiciones seguras. Se le entregara una hoja a la gestante para que la llene, en el ultimo trimestre del embarazo y será anexada al expediente clínico. Si la gestante no puede por si misma, será llenada por otra persona pero con la información personal de la gestante.

A. DATOS GENERALES.

- YO SOY DE LA COMUNIDAD: Se deberá anotar el nombre correspondiente a la comunidad donde habitualmente reside.
- MUNICIPIO DE: Anotar el nombre del municipio donde habitualmente reside.
- MI NOMBRE ES: Escriba sus nombres y apellidos.
- MI EDAD ES: Escriba los años cumplidos.
- No. DE ESPEDIENTE: Anotar el número del expediente que le han asignado en el establecimiento de salud.
- UNIDAD DE SALUD: Anotar el nombre y ubicación de establecimiento donde esta siendo controlada la gestante.

DATOS SOBRE MI GESTACION, PARTO Y POSTPARTO.

- ESTE ES MI EMBARAZO NÚMERO: anote el número de embarazo que actualmente tiene.
- EL NIÑO QUE VOY A TENER VA A SER EL NÚMERO: Anote el número de orden que le corresponde al hijo(a) que va a tener.
- FECHA DE MI EMBARAZO: Anote el día, mes y año de la fecha de última regla.
- FECHA DE MI PARTO: Escriba el día, mes y año de la fecha probable del parto que le dijeron en la unidad de salud.
- ¿CUANTO CONTROLES TENGO?: Señale con una “X” en el círculo correspondiente al número de controles prenatales que ha recibido.

- DURANTE LO CONTROLES EN LA UNIDAD DE SALUD, ME HAN VACUNADO. Señale con una “X” en el cuadro correspondiente según sea afirmativa o negativa la respuesta y compárela con el carné de vacunación.
- ¿TOMO LAS TABLETAS DE HIERRO Y ACIDO FOLICO DIARIAMENTE?: Señale con una “X” en el círculo de si o no tomo hierro. Indagar las razones de No y tratar de superarlas con otras alternativas.
- LA LECHE MATERNA ES EL MEJOR ALIMENTO PARA MI HIJO DESDE QUE NAZCA EL NIÑO(A) HASTA LOS SEIS MESES LE DARE PECHO: Coloque una “X” en el círculo de si o no le dará pecho.
- TENGO IDENTIFICADA LA FORMA Y QUIEN ME TRASLADARA AL HOSPITAL DONDE ME ATENDERAN EL PARTO: Ponga una “X” en la respuesta afirmativa o negativa.
- MI HIJO VA A NACER EN: Coloque una “X” en la casilla correspondiente a la respuesta donde va a nacer su bebe.
- CONOZCO LAS SEÑALES DE PELIGRO DURANTE LA GESTACION, PARTO Y DESPUES DEL PARTO: Coloque una “X” en la casilla si o no conoce las señales de peligro.
- DURANTE LOS PRIMEROS SIETE DÍAS DESPUÉS DEL PARTO MI HIJO(a) Y YO ASISTIREMOS AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA UN CHEQUEO: Coloque una “X” en la casilla si o no correspondiente a la respuesta.
- MI FAMILIA Y YO HEMOS AHORRADO DINERO PARA ENFRENTAR CUALQUIER EMERGENCIA: Coloque una “X” en la casilla si o no correspondiente a la respuesta.
- DESPUES DEL PARTO MI MARIDO Y YO VAMOS A UTILIZAR UN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: Coloque una “X” en la casilla si o no va a planificar y una “X” en el método que va a utilizar.
- FIRMA O HUELLA DIGITALES DE LA GESTANTE: En esta casilla coloque su firma o huella digital en el caso que no pueda firmar.

2.1.11.5 INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LISTADO DE EMBARAZOS CON PLAN DE PARTOS.

El listado de las gestantes con plan de parto, es un instrumento diseñado para que los proveedores de salud puedan conseguir la información sobre la gestante cuando asiste a su control prenatal en la unidad de salud por demanda espontánea o referida, o por el personal comunitario capacitada cuando es captada en la comunidad y no asiste al control prenatal.

Se llenaran 2 hojas, 1 la que maneja el promotor de salud y la otra se ubicará en el mapa obstétrico de la unidad de salud. La hoja se actualizara cada vez que la mujer asista a su control prenatal, o en visita domiciliar.

DATOS GENERALES:

- **SIBASI:** anotar el nombre del SIBASI donde pertenece el establecimiento de salud.
- **DEPARTAMENTO:** anotar el nombre del departamento.
- **MUNICIPIO DE:** anotar el nombre del municipio.
- **ESTABLECIMIENTO DE SALUD:** anotar el nombre del establecimiento.
- **CANTON O COMUNIDAD:** anotar el nombre del cantón o comunidad.
- **NOMBRE DEL PROMOTOR (A) DE SALUD:** Anotar el nombre y apellidos del personal de salud, que elabora el llenado

DATOS ESPECIFICOS:

- **No. DE EXPEDIENTE:** Anotar el número de expediente que le han asignado en el establecimiento de salud, que elabora el llenado.
- **NOMBRE DE LA EMBARAZADA:** Escriba los nombres y apellidos de la gestante.
- **DIRECCIÓN:** Anotar en forma clara la dirección donde vive.

- EDAD: Escriba los años cumplidos que tiene la gestante.
- FECHA DE INSCRIPCION PRENATAL: Registre la fecha cuando le realizaron la inscripción prenatal.
- EDAD GESTACIONAL: Registre la edad gestacional con que se inscribe la gestante.
- FECHA PROBABLE DEL PARTO: Anotar día, mes y año de la fecha probable del parto, calculada por el personal de salud.
- PESO ACTUAL: anotar el peso de la gestante actualizado en kilogramos.
- VACUNACIÓN CON TOXOIDE TETANICO: Coloque una X en la casilla según sea la dosis que se le haya aplicado a la fecha de llenado de los datos.
- LUGAR DE CONTROL PRENATAL: Registre el nombre del establecimiento de salud donde recibe los controles prenatales.
- SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO: Ubique la letra, de acuerdo a la señal de peligro descrito en la parte inferior del formulario, según se le ha detectado a la gestante.
- PLAN DE PARTO: coloque una X en la respuesta afirmativa o negativa, si le han elaborado el plan de partos.
- LUGAR PARA ATENCION DEL PARTO: detallar el nombre del lugar donde le atenderán el parto.
- LUGAR PARA ATENCION DEL PARTO: Detallar el nombre del lugar donde le atenderán el parto.
- DISTANCIA DEL HOGAR AL LUGAR DE ATENCION DEL PARTO: anotar en kilómetros la distancia entre la vivienda y el lugar de atención del parto.
- MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: describir el medio que usara para transportarse de su hogar al establecimiento de salud.
- EXISTENCIA DE TELEFONO PÚBLICO O PARTICULAR: anotar si en su comunidad cuentan con teléfono público o particular para llamadas de emergencia (registrar números de teléfono).

LLENADO DESPUES DEL PARTO.

- FECHA DEL PARTO. Anotar el día, mes y año que verifico el parto.
- FECHA DE RECIBIDO EL CONTROL POSTNATAL: se anotara el día que recibió el control postnatal.

DONDE FUE ATENDIDO EL PARTO: anotar el lugar donde fue atendido el parto.

2.1.11.6 INSTRUMENTOS COMPLEMENTARIOS.

Los instrumentos complementarios son instrumento de apoyo al plan de parto que recoge información sobre datos personales de la gestante, antecedentes obstétricos, controles prenatales y atenciones proporcionadas. Estos son:

A. CARNET MATERNO:

Es un instrumento que recoge información sobre datos personales de la gestante, antecedentes obstétricos, controles prenatales, atención del parto, puerperio, y datos del recién nacido, se le entrega a la gestante en la inscripción prenatal, y permite dar seguimiento durante todo el proceso de gestación, parto y puerperio y del recién nacido.

B. HOJA DE HISTORIA CLINICA PERINATAL:

Es un instrumento que recoge información sobre datos personales de la gestante, antecedentes obstétricos, controles prenatales, atención del parto, puerperio, datos del recién nacido, es anexada al expediente clínico en la inscripción prenatal y permite registrar y dar seguimiento a la gestante en todo el proceso del embarazo, parto, puerperio y la atención del recién nacido.

C. HOJA DE VIGILANCIA COMUNITARIA:

Es un instrumento de registro que lleva el promotor de salud en las comunidades y le permite realizar la vigilancia de las gestantes en las comunidades, para la identificación de riesgos y referencia oportuna para la atención.

D. LIBRO DE CONTROL DE EMBARAZADAS:

Es un instrumento de registro que les permite llevar el control de asistencia a los controles prenatales de todas las gestantes inscritas en el Establecimiento de salud.

2.1.12 INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA PLAN DE PARTOS.

1. INDICADORES DEMOGRAFICOS:

- Población total.
- Mujeres en edad fértil
- Partos esperados.
- Nacidos vivos esperados.

- INDICADORES DE PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:

- Número de muertes maternas.
- Número de muertes perinatales.
- Número de muertes infantiles.

- INDICADORES DE COBERTURA-ATENCIÓNES:

- Número de embarazadas en control prenatal.
- Número de embarazadas que inician su primer control antes de las 12 semanas de gestación.
- Número de años institucionales.
- Número de mujeres que asisten a control postparto.
- Número de partos institucionales por partera.
- Referencia de partera a control por partera.

- Referencia de promotores de salud a control prenatal.
- Número de nacidos (as) vivos (as).
- Número de recién nacidos con peso menor de 2500 gramos.
- Porcentaje de inscripción en el programa de atención infantil.
- Número de muertes maternas.

- INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DE LA ESTRATEGIA:

- Número de gestante que tienen elaborado su plan de parto.
- Censo de las embarazadas actualizado a nivel institucional y comunitario.
- Mapa obstétrico actualizado en el establecimiento de salud y a nivel de la comunidad.
- Número de personal de salud capacitado en la estrategia plan de parto según perfil profesional.
- Número de parteras capacitadas en la estrategia plan de parto.
- Existencia de comité de salud o de traslado de emergencia en la comunidad.
- Número de traslados realizados a la fecha con apoyo de la familia y comunidad.
- Periodicidad de reuniones de seguimiento para la revisión y actualización de los planes de parto, censo de gestantes, mapa obstétrico.
- Número de mujeres con planes de parto y que a la fecha ya verificaron parto.
- Número de mujeres que verificaron su parto en la casa sin la partera.
- Número de partos donde existió apoyo de la familia y comunidad.

2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Actividades educativas:** Son acciones realizadas con el propósito de orientar, informar e instruir a la mujer sobre su gestación, parto, post parto y cuidados del recién nacido; dirigidas al cambio de actitudes, conductas y comportamientos que promueven una vida saludable.
- **Apego precoz:** Es la interacción entre la madre y el recién nacido (a) en la primera hora posparto, puede o no haber amamantamiento en este periodo, lo mas importante es el contacto físico piel a piel.
- **Atención de la Adolescente embarazada:** Es la atención ofrecida por los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la adolescente embarazada, que incluye la promoción y la protección de la salud, la prevención y el manejo de las complicaciones que pueden surgir en todo el ciclo gravídico puerperal, además de proteger la salud del recién nacido.
- **Atención del parto:** Es el compuesto de acciones que realizan con la parturienta con el fin de garantizar una correcta terminación del embarazo, que se traduce en bienestar para la madre y su recién nacido (a).
- **Atención del puerperio:** Es el compuesto de acciones que se realizan con la púérpera, a fin de evaluar el proceso bio-psico-social de involución de los cambios ocurridos en la gestación.
- **Atención del recién nacido:** Es el compuesto de acciones inmediatas que se desarrollan en el recién nacido (a) a fin de asegurar su bienestar.
- **Atención integral a la mujer:** Acción de salud que debe considerar a la mujer como una persona que tiene una situación o problema condicionado no solamente por una causa biológica (enfermedad) sino también por su entorno socioeconómico-cultural, psicológico y ambiental.
- **Control prenatal:** es la atención periódica y sistemática de la embarazada por integrantes del equipo de salud, para vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las

complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando corresponde; brindar contenidos educativos (consejería); y lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo (a).

- **Control puerperal:** Es la atención que permite la valoración integral de toda mujer puérpera y que se debe brindar de preferencia en los primeros cuarenta y dos días del puerperio, preferentemente en los primeros diez días con el fin de detectar complicaciones, ya que es en este periodo donde ocurre el mayor número de muertes maternas.
- **Directiva técnica nacional para la Atención de la mujer en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido:** Es el instrumento producto de un proceso de participación y concertación entre las diferentes instituciones y niveles que conforman el sector salud, que define y estandariza los procedimientos y técnicas de relevancia, en base a la mejor evidencia científica basada en hechos comprobados, congruentes con las necesidades a nivel local intensivo de aplicabilidad, costos y aceptación de los mismos, tanto por los proveedores como por los usuarios (as) de estos servicios.
- **Embarazo normal:** Según la Organización Mundial de la Salud, el embarazo comienza cuando el ovulo fecundado se implanta en la pared del útero de la mujer, al final de la primera semana después de la concepción y finaliza con el parto.

- Para el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, 1970 el embarazo es el periodo comprendido entre la anidación del embrión en el útero y el parto.

- Para la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, el embarazo es el proceso que comienza con la implantación del “conceptus” en el seno de la mujer y termina con el nacimiento de un bebe o aborto.

- **Embarazo de bajo riesgo:** Es aquel que ocurre en una mujer que no tiene factores de riesgo reproductivo y que transcurre únicamente con los cambios habituales de ese estado y, por lo tanto, no compromete la salud de la madre y/o la de su hijo(a).

- **Embarazo de alto riesgo:** es aquel que ocurre en una mujer que tiene factores de riesgo reproductivo y/o durante el cual se presenta alguna patología que lo complique.
- **Emergencia Obstétrica (E.O.):** Condición de complicación o intercurencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.
 - Es toda complicación que afecta la salud reproductiva de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, con riesgo inminente de secuelas y/o muerte para la madre, feto y/o recién nacido o ambos.
- **Escenario familiar:** se considera aquel espacio privado con su entorno inmediato donde viven los grupos humanos.
- **Escenario comunitario:** Todo espacio donde se llevan a cabo acciones grupales y esta por fuera del espacio familiar (instalaciones deportivas, parques, iglesias, colonias, barrios, etc.)
- **Escenario laboral:** Todo lugar en el cual cierto número de personas desarrolla labores productivas de diferentes características (fabricas, talleres, oficinas públicas y privadas, etc.)
- **Escenario de establecimientos de salud:** Comprende todas las estructuras físicas donde se ofertan los servicios de salud.
- **Estrategia:** Es la combinación integrada de acciones para el logro de un determinado objetivo.
- **Factor de riesgo:** Es la característica o atributo cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer un daño (Bajo peso al Nacer, Mortalidad infantil, neonatal, perinatal, morbi-mortalidad materna).
- **Factores de riesgo reproductivo:** Son determinadas condiciones biológicas, sociales, educacionales y culturales que cuando están presentes en la mujer aumentan la probabilidad de que ella o su producto potencial en caso de embarazarse puedan enfermar o morir.
- **Funciones obstétricas esenciales:** Son procedimientos para la atención materna en el primer nivel de referencia, que tienen como objeto reducir la morbi-

mortalidad materna y neonatal, incluyen: cirugía obstétrica, anestesia, tratamiento médico, reposición de sangre, procedimientos manuales, monitoreo del trabajo de parto, manejo del embarazo de alto riesgo, planificación familiar y cuidados neonatales especiales.

- **Lactancia materna exclusiva:** Es el amamantamiento al pecho materno durante los primeros seis meses de vida del niño (a), durante los cuales no se le debe suministrar ninguna otra sustancia que no sea la leche materna.
- **Mortalidad neonatal:** es la muerte de un recién nacido vivo, considerando un periodo que va desde su nacimiento hasta completar los 28 días de vida.
- **Mortalidad neonatal prematura:** Es la muerte de un recién nacido durante los primeros 7 días de vida.
- **Mortalidad neonatal tardía:** es la muerte de un recién nacido que ocurre después del séptimo día de vida, pero antes que cumpla 28 días de vida.
- **Mortinato:** Es la muerte de un feto con peso de 500 gramos o más, antes de haber sido expulsado completamente o haber sido extraído (si se desconoce el peso al nacer, pueden calcularse por el tiempo de gestación, 22 semanas completas o por medición de 25 cms. o más).
- **Muerte materna:** Es el fallecimiento de una mujer mientras esta embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la finalización del embarazo, independientemente del sitio y de la duración del embarazo, debido a cualquier causa relacionada, con o agravada por el embarazo o su tratamiento, pero no por causa accidental (Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial, 2001).
- **Nacido vivo(a):** Es la expulsión o extracción completa de un producto de la concepción que independientemente de la duración del embarazo, después de dicha separación respire o evidencie cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, ya sea que se haya cortado o no el cordón umbilical y

que se encuentre o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna estas condiciones se considera como un nacido vivo(a).

- **Plan de partos rudimentario:** Se refiere a la planificación de un plan de parto en forma oral y aplicado a la era pre cristiana.
- **Parto:** Comprende la serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa los productos de la concepción a término, pre-término o posttérmino a través del canal del parto.

Para fines estadísticos se define el parto cuando el embarazo finaliza después de 20 semanas de gestación o el producto pesa 500 gr. o más.

Si la finalización ocurre antes de cumplir esas condiciones se denomina aborto.

- Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta por vía vaginal, en condiciones óptimas.

- **Parto de alto riesgo:** El de las mujeres con embarazos de alto riesgo y/o en el que, en el transcurso de cualquiera de sus períodos ocurren hechos que amenazan la salud de la madre y su recién nacido(a).
- **Plan de parto:** Es una estrategia que consiste en tener listo, con tiempo, todo lo que se va a necesitar para el parto o una complicación obstétrica o del recién nacido.
- **Preparación psicofísica para el proceso del embarazo, parto y puerperio:** Es la preparación de la embarazada y su pareja, tanto física como psicológicamente para que puedan afrontar los cambios que ocurran durante el proceso del embarazo, parto y puerperio a fin de asegurar a la madre y su hijo (a) una salud integral con el mayor agrado de bienestar posible.
- **Primera amamantada:** Es la interacción entre la madre y el recién nacido(a) (contacto boca pezón) en la primera media hora post-parto, y por un período no menor de treinta minutos.
- **Puerperio:** Es el período que se inicia después del alumbramiento (expulsión de la placenta) y se extiende hasta el momento en el que el organismo de la mujer

recupera las condiciones anatómicas y funcionales que presentaba antes del embarazo. Dura aproximadamente seis semanas o 42 días.

- **Puerperio de alto riesgo:** Es aquel en el cual ocurren hechos relacionados con el parto que comprometen la salud de la mujer.

Los signos y síntomas que indican complicaciones puerperales son: Sangrado uterino abundante, que sobrepasa el sangrado normal. Puede ser secundario a una hipotonía uterina, por retención total o parcial de la placenta o las membranas, ruptura uterina, desgarros cervicales, vaginales o perineales y otros.

Fiebre con o sin fetidez de los loquios.

Dolor abdominal y lumbar con o sin fetidez de los loquios.

- **Razón de mortalidad materna:** Representa el riesgo que conlleva cada embarazo, es decir el riesgo. Se calcula como el número de defunciones maternas durante un año determinado por 100, 000 nacidos vivos durante el mismo periodo.
- **Recién nacido prematuro:** Es el nacido antes de la 37 semanas de gestación completa.
- **Riesgo:** Es la mayor probabilidad de padecer un daño. Es probabilístico y no determinista.
- **Salud sexual:** Es la integración de los elementos físicos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano; incluyendo la embarazada y su pareja, por medios que sean positivamente enriquecedores, de respeto mutuo y que potencien la comunicación humana y el amor.
- **Tasa de mortalidad materna:** Mide tanto el riesgo obstétrico como la frecuencia con que las mujeres están expuestas a ese riesgo. Es el número de defunciones maternas en un periodo dado por 100,000 mujeres en edad fértil (15-49 años).
- **Trato humanizado:** Atención a los usuarios (as), considerándoles seres humanos integrales, con su entorno socio cultural.

Incluye trato cordial y respetuoso, respeto y privacidad, brindar información completa sobre los tratamientos realizados, disponibilidad a dar una respuesta

- **Vigilancia epidemiológica:** Es el componente del sistema de información de salud que facilita la identificación, notificación, determinación y cuantificación de las causas de mortalidad materna perinatal y la probabilidad de su prevención en áreas geográficas y periodos determinados con el objeto de continuar en el desarrollo de las medidas necesarias para su prevención. (OPS/OMS, 1991).

2.2.1 DEFINICION DE SIGLAS

- **A.D.S.:** Asociación Demográfica Salvadoreña
- **C.A.G.O.:** Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia
- **DYGESTIC:** Dirección general de estadísticas y censos.
- **F.E.S.A.L.:** Encuesta Nacional de Salud familiar.
- **F.I.G.O.:** federación internacional de ginecología y obstetricia.
- **ISDEMU:** Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la mujer.
- **M.S.P.A.S.:** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **P.A.O.:** Programación anual operativa.
- **R.H.E.S.S.A.:** proyecto de reconstrucción de los hospitales nacionales y extensión de servicios de salud.
- **S.I.B.A.S.I.:** Sistema Básico de Salud Integral.

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Hi: La estrategia plan de parto se conoce y se aplica según la normativa técnica por parte del personal de salud y ayuda a la toma de decisiones para el momento del parto, puerperio y del recién nacido por parte de la gestante y su familia.

3.2 HIPOTESIS NULA

Ho: La estrategia plan de parto no se conoce y no se aplica según la normativa técnica por parte del personal de salud y no ayuda a la toma de decisiones para el momento del parto, puerperio y del recién nacido por parte de la gestante y su familia.

3.3 OPERACIONALIZACION DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPOTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES
<p>La estrategia plan de parto se conoce y se aplica según la normativa técnica por parte del personal de salud y ayuda a la toma de decisiones para el momento del parto, puerperio y del recién nacido por parte de la gestante y su familia.</p>	<p><i>Variable 1</i></p> <p>La estrategia plan de partos se conoce.</p>	<p>-Estrategia: Es la combinación integrada de acciones para el logro de un determinado objetivo</p> <p>-Plan de parto: es la programación, proyección y previsión que realiza la pareja y la familia con apoyo de los proveedores de salud y de la comunidad, desde el momento que la mujer queda gestante y con el propósito de contar con los preparativos necesarios para la atención del parto, a fin de asegurar una asistencia oportuna y de calidad.</p> <p>- Conocimiento: Averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.</p>	<p>-Morbilidad.</p> <p>-Enfermedades asociadas.</p> <p>-Referencias y contra referencias.</p> <p>-Personal capacitado.</p> <p>-Control pos parto.</p> <p>-Inscripción neonatal.</p> <p>- Educación.</p>

HIPOTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES
	<p><i>Variable 2a</i> se aplica según la normativa técnica por parte del personal de salud.</p>	<p>Aplicar: Emplear una cosa para conseguir un fin.</p> <p>Normativa técnica: Documento de grupo técnico para todos las instituciones que proveen atención en salud en la población, donde se reúnen los lineamientos y bases necesarias para ofrecer una atención integral con miras a actuar en un problema de salud publica.</p> <p>Personal de salud: Toda persona cuyos servicios profesionales o actividades laborales tengan como finalidad directa conservar o restablecer la salud de los seres humanos, ya sea que los preste de manera permanente u ocasionalmente en una institución de carácter público o privado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Accesibilidad. -Servicios públicos y privados de salud. -Procedencia. -Edad. -Antecedentes obstétricos. -Patrones culturales. -Estado socioeconómico. -Costumbres. -Ambiente familiar. -Actitudes del personal medico. - Cobertura. -Líder comunitario.

HIPOTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES
	<p><i>Variable_{2b}</i> ayuda a la toma de decisiones para el momento del parto, puerperio y del recién nacido por parte de la gestante y su familia.</p>	<p>Parto: Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta por vía vaginal, en condiciones optimas.</p> <p>Puerperio: Es el periodo que se inicia después del alumbramiento (expulsión de la placenta) y se extiende hasta el momento en el que el organismo de la mujer recupera las condiciones anatómicas y funcionales que presentaba antes del embarazo. Dura aproximadamente seis semanas o 42 días</p> <p>Recién nacido: Es el nacido a las 40 semanas de gestación completa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Patrones culturales. - Nivel socioeconómico. - Nivel educativo. - Actitud de la gestante y su familia. - Religión. - Accesibilidad.

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Con la presente investigación se evaluó la aplicación y conocimiento de la estrategia plan de parto como parte del programa nacional de atención integral en salud a la mujer, impulsado por el MSPAS, en las unidades de salud involucradas en esta investigación; mediante un estudio retro prospectivo, bibliográfico y de campo.

4.1.1 RETROPROSPECTIVO.

Porque se realizó la revisión de los datos obtenidos en la aplicación de la estrategia desde noviembre de 2006 a julio de 2007 y se verificaron los expedientes clínicos de las pacientes que asistieron o asisten al control prenatal durante el periodo antes mencionado.

4.1.2 BIBLIOGRÁFICO

Porque mediante la revisión de diferentes textos bibliográficos, documentos, revistas, artículos y direcciones electrónicas, se logró construir el marco teórico, sirviendo a la vez de gran apoyo para la elaboración de los antecedentes del problema.

4.1.3 DE CAMPO

Porque se obtuvo la información acerca de las opiniones que tienen las usuarias(os) o beneficiarios de la estrategia y a la vez a quienes la aplican en las distintas unidades de salud en estudio, durante los meses de junio y julio de 2007, obteniendo así datos en base a fuentes primarias.

4.2 UNIVERSO O POBLACIÓN.

La población de cada unidad de salud fue tomada en base al informe de la Dirección de estadísticas y censos de El Salvador (DYGESTIC), al informe estadístico mensual y en base a las proyecciones que determina el MSPAS en cada uno de los SIBASIS a los cuales pertenecen las unidades de salud involucradas; estos datos se pueden verificar en la programación anual operativa (PAO) de las distintas unidades. En resumen se tienen los siguientes datos:

UNIDAD DE SALUD	EMBARAZOS ESPERADOS *
ESTANZUELAS	260
OSICALA	333
SOCIEDAD	335
TOTAL	928

*: Datos proyectados por el MSPAS según cálculos de DIGESTYC, para el año 2007 (según PAO de cada unidad de salud en estudio)

4.3 MUESTRA

La muestra fue determinada por los criterios de inclusión y de exclusión, las personas que cumplan con estos criterios formaran parte de la muestra; siendo el número por unidad de salud 30 cédulas de entrevista para los pacientes.

Entonces, en resumen:

Unidad de salud	Embarazos esperados 2007	Muestra	Porcentaje
Estanzuelas	260	30	33.3333
Osícala	333	30	33.3333
Sociedad	335	30	33.3333
Total	928	90	100%

4.3.1 CRITERIOS PARA DETERMINAR LAS MUESTRAS

4.3.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Que esté inscrita en el control materno.
- Que viva en el área geográfica de influencia de cada unidad de salud.
- Toda embarazada que se haya inscrito o llevado su control prenatal desde el mes de noviembre hasta el mes de julio de 2007.
- Puérperas desde noviembre a julio de 2007.
- Que sea trabajador de salud: médico, enfermera, promotor de salud y parteras, que desempeñe en las unidades de salud en estudio.
- Que sea colaborador comunitario y que esté capacitado sobre la estrategia del plan de partos.
- Expedientes clínicos de embarazadas o puérperas e inscripciones neonatales menores de 28 días.
- Sala situacional de las unidades de salud actualizadas.
- Libro de hechos vitales de 2006 y 2007.

4.3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Que no esté inscrita en el control materno.
- Que no viva en el área geográfica de influencia de cada unidad de salud.
- Que no haya sido inscrita o llevado su control prenatal en el periodo comprendido de noviembre hasta julio de 2007
- Que no sea puérpera.
- Que no sea trabajador de salud: médico, enfermera, promotor de salud y parteras, que desempeñe en las unidades de salud en estudio.
- Que no sea colaborador comunitario y que esté capacitado sobre la estrategia del plan de partos.

- Expedientes clínicos de embarazadas o puérperas e inscripciones neonatales menores de 28 días.
- Sala situacional de las unidades de salud no actualizadas.
- Libro de hechos vitales no actualizados.

4.4 TIPO DE MUESTREO.

Se realizó un muestreo no probabilístico considerando los criterios de inclusión y exclusión (detallados anteriormente).

4.5 TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

Dentro de las técnicas que se utilizaron están:

- A. **Documental bibliográfica:** a través de la cual se consultaron libros, revistas, artículos, sitio electrónicos, así como los expedientes clínicos de las pacientes en las distintas unidades de salud en estudio.
- B. **Técnicas de trabajo de campo:** con lo cuales se recopiló la información primaria proveniente de la encuesta, y de las fichas de evaluación de los expedientes clínico y de las unidades de salud.

La Encuesta: Esta técnica permitió obtener información de un parte de la población llamada muestra, tomando en cuenta al personal de salud, a los expedientes clínicos y a las pacientes.

La Entrevista: Estuvo dirigida a profesionales en el área de la salud. Ambas técnicas permitieron obtener información de primera mano, es decir de fuentes primarias.

4.6 INSTRUMENTOS.

Para la investigación bibliográfica se utilizaron fichas bibliográficas. La investigación de campo se realizó a través de dos cédulas de entrevista, una dirigida a médico (en caso de haber otro médico consultante), enfermeras y promotores de las 3 unidades de salud en estudio, dicho instrumento fue dividido en 2 secciones una de datos generales y otra que consta de 18 preguntas de las cuales 11 son cerradas, 2 abiertas y 5 mixtas; otra dirigida a las pacientes que aplican la estrategia del plan de parto la cual consta de 3 mixtas y 12 cerradas. También se elaboraron dos fichas; una para la evaluación de los expedientes clínicos que aplican a los controles prenatales en las tres unidades de salud estudiadas acá se encuentran 8 preguntas cerradas; y en cada ficha se detallaron datos de cada uno de los expedientes evaluados. La segunda se agrega como un anexo para la explicación de los objetivos una para la evaluación de la unidad de salud en la que se evaluaron 24 parámetros y se realizan 4 preguntas abiertas y 4 cerradas (Anexo n°3, 4,5 y 6)

4.7 PROCEDIMIENTO

La investigación se desarrolló en dos fases:

1. La planificación.

En esta etapa se elaboró el perfil de investigación que comenzó a realizarse en la última semana de febrero y finalizó la última semana de marzo; una vez aprobado el perfil se da inicio a la elaboración del protocolo que inició la tercera semana de abril y finalizando la última semana de mayo.

Se pueden enumerar los siguientes pasos:

- Discusión y selección del tema por el equipo de trabajo.
- Determinación del área de trabajo.
- Elaboración del perfil de investigación.
- Evaluación del perfil de investigación.

- Elaboración del protocolo de investigación.
- Obtención de población y selección de muestra.
- Solicitud de autorización a directores locales de unidades de salud en estudio

2. La ejecución.

Esta segunda etapa se llevo a cabo durante un periodo de 8 semanas la cual se divide a su vez en 3 fases:

1. **Validación del instrumento:** esto se realizó a través de la ejecución de una prueba piloto la cual se llevo a cabo en la tercera semana de junio del año 2007, tratando de valorar si las preguntas están mal formuladas, resultan incomprensibles o incómodas o reordenarlas si es necesario.

2. **Recolección de datos:** se realizó a través de la administración de las 2 cédulas de entrevista a partir de la tercera semana de julio hasta la cuarta de agosto; y las dos fichas para la evaluación de expediente y unidad de salud entre la tercera y cuarta semana de junio; y se distribuyó de la siguiente manera:

Nº	Nombre	Nº de Instrumentos	Fecha
1	José Omar Flores Perla	30	23 julio hasta 31 de agosto
2	Walter Armando Hernández	30	23 julio hasta 31 de agosto
3	Juan René Alfaro Machuca	30	23 julio hasta 31 de agosto
	Total	90	

N°	Nombres	Julio				Agosto				Total
		1	2	3	4	1	2	3	4	
1	José Omar Flores Perla	0	0	5	5	5	5	5	5	30
2	Walter Armando Hernández	0	0	5	5	5	5	5	5	30
3	Juan René Alfaro Machuca	0	0	5	5	5	5	5	5	30
	TOTAL	0	0	15	15	15	15	15	15	90

3. Tabulación Análisis e Interpretación de Datos:

Una vez recolectada la información a través de los instrumentos antes descritos se procedió a la tabulación de los datos haciendo un análisis concienzudo de estos, por lograr interpretar de una manera correcta los datos plasmados.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN DE
RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Para la recolección de los datos se administraron 4 instrumentos; para los cuales se utilizo el diseño estadístico probabilístico con muestreo aleatorio simple. Una vez ejecutada la investigación se tabula, analiza e interpretan los resultados obtenidos de las distintas cedula de entrevista. Para la estimación y prueba de la hipótesis se utilizo la distribución *t de Student*. Se toma en cuenta las respuestas que se han formulado clasificándolas como buenas o malas y se hace uso de la formula siguiente:

$$t_c : \frac{x_i - x_j}{\sigma \sqrt{x_i - x_j}}$$

x_i = Datos considerados buenos.

x_j = significa total de respuestas malas.

t_c = t de student.

n = Numero total de preguntas.

$\sum X$ = Sumatoria de resultados.

X = Media aritmética.

σ = desviación Standard.

σ^2 = desviación Standard al cuadrado.

La hipótesis se comprueba al comparar los datos que arrojan los resultados de las respuestas, con una tabla control; si los datos son mayores al parámetro estadístico establecido significa que hay significación estadística y los resultados comprueban la hipótesis.

Luego se presentan los resultados obtenidos en la ejecución de las distintas cedula de entrevista. Para la recolección de los datos se realizaron cuatro instrumentos, y se presentan en el siguiente orden según las entrevistas:

- 1- Para el primer instrumento, CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PROVEEDORES DE SALUD; MEDICO, ENFERMERA, PROMOTOR, Y PARTERA, se plantean todas las interrogantes con una interpretación, en la que se describe de forma cuantitativa los hallazgos obtenidos, luego se expone un análisis, donde se realiza un análisis cualitativo de esos hallazgos y para una mejor comprensión de estos hallazgos se anexo un grafico en cada ítems.

- 2- Para el segundo instrumento, FICHA DE REVISION DE EXPEDIENTE CLINICO PARA LA EVALUACION DE LA ESTRATEGIA PLAN DE PARTO A NIVEL INSTITUCIONAL, se colocan los ítem y se realiza un análisis y una interpretación individual para cada pregunta.

- 3- Para el tercer instrumento, cedula DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS PACIENTES CON PLAN DE PARTOS también se realiza igual procedimiento que para el primer instrumento.

5.1 TABULACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LA CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PROVEEDORES DE LA SALUD (MÉDICOS, ENFERMERAS, PROMOTORES Y PARTERAS).

CUADRO N° 1

Distribución del personal por cargo desempeñado

Personal	Frecuencia	Porcentaje
Promotores	23	63,88
Enfermeras	9	25.00
Médicos	4	11,11
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud

ANÁLISIS.

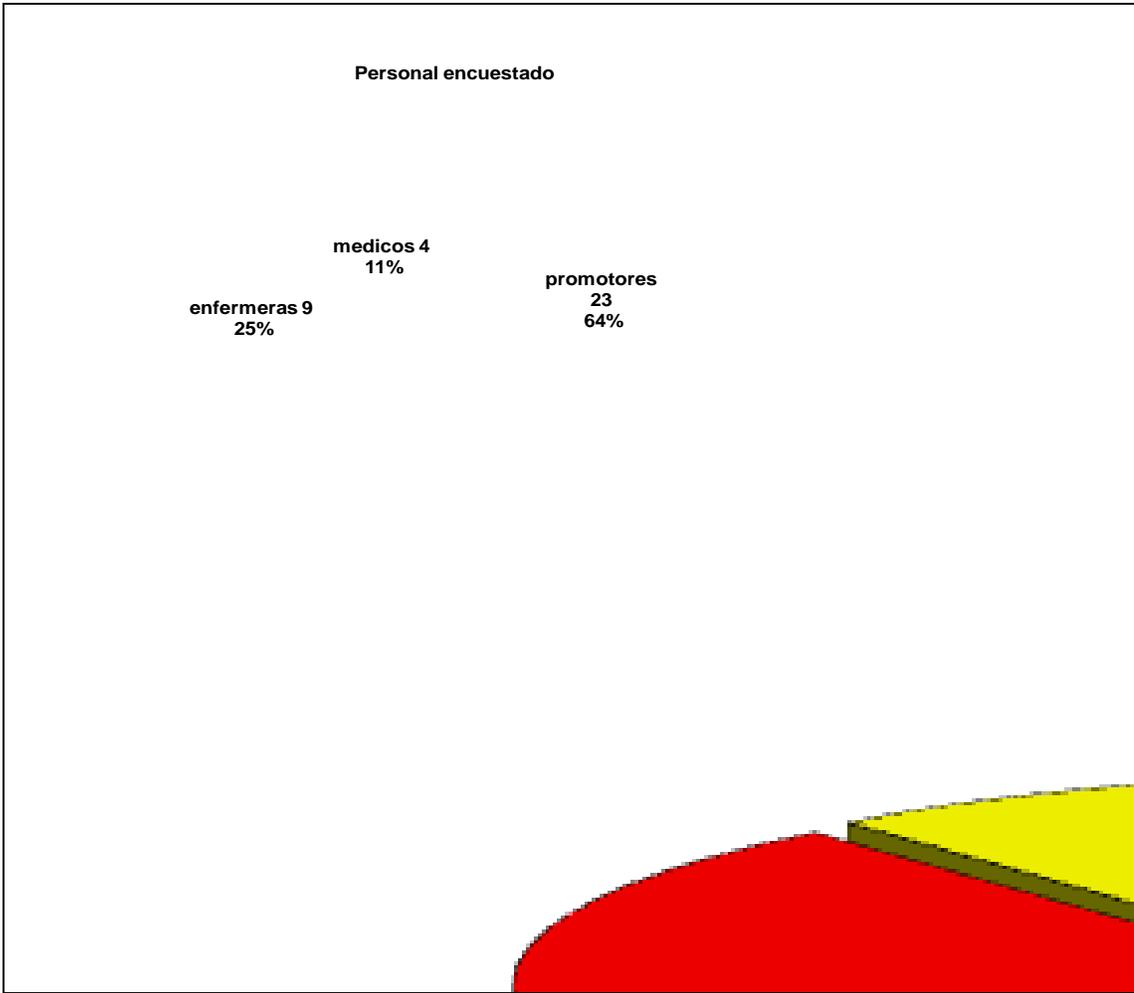
El cuadro N° 1 demuestra que de los 36 encuestados 23 de ellos (63.89%) fueron del personal de promotores; 9 de ellos del personal de enfermería (25%) y 4 de ellos (11.11%) fueron del personal médico.

INTERPRETACIÓN.

De lo anterior se deduce que la mayor parte de los integrantes del personal de salud en las diferentes unidades está formado por promotores de salud, quienes trabajan en los diferentes cantones de cada municipio en estudio; los médicos encuestados son 3 médicos directores y 1 consultante; se tomaron a todas las enfermeras de la unidad de salud base debido a que ellas deben estar capacitadas para dar la atención necesaria del programa; no se toman en cuenta las enfermeras asignadas a las casas de la salud, debido a que sus tabuladores clínicos no se incluyen en la consulta de la unidad sino que tienen sus tabuladores.

La importancia de identificar quienes son los participantes en las unidades de salud es porque al evaluar la estrategia plan de parto, se debe tomar en cuenta a aquellos encargados de aplicar la estrategia plan de parto y cómo puede influir en la correcta aplicación que se esta llevando.

GRÁFICO N° 1



Fuente: Cuadro N° 1

CUADRO N° 2

Nivel de estudio del personal de salud

Nivel de estudio	Frecuencia	porcentaje
Educación Básica	2	5,55
Bachiller	18	50.00
Técnico no universitario	9	25.00
Universitario	7	19,44
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud

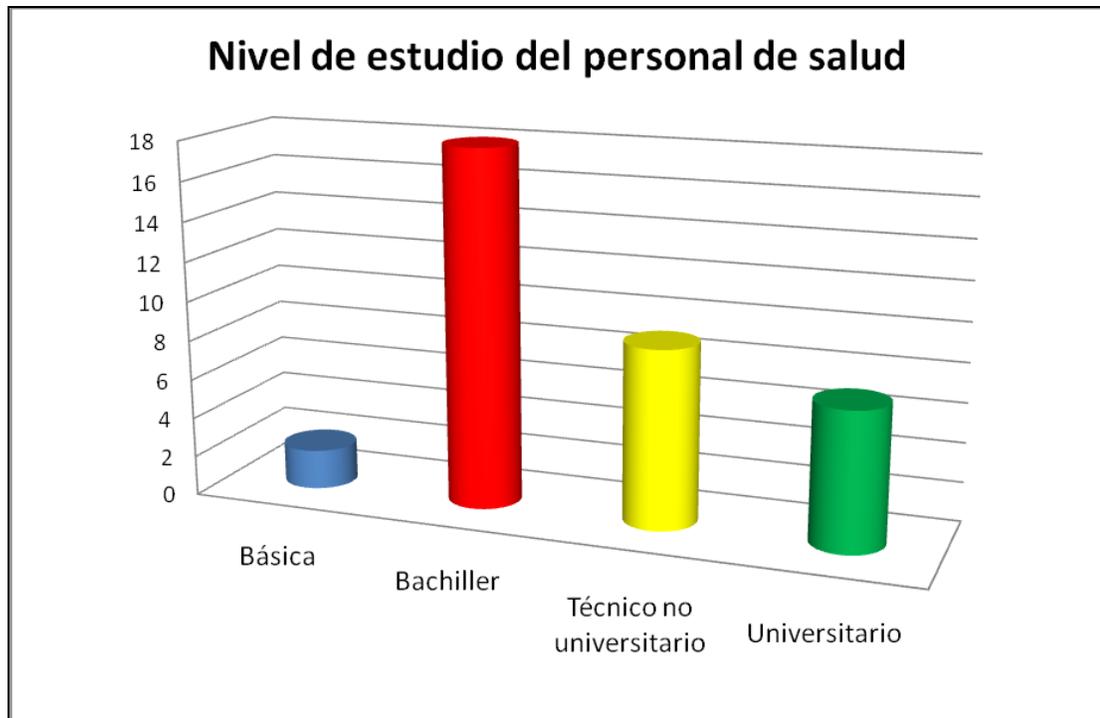
ANÁLISIS:

El cuadro n° 2 demuestra que de 36 personas encuestadas 2 de ellas (5.55%) estudiaron hasta educación básica; 18 de ellas (50%) son bachilleres; 9 de ellas (25%) son técnicos no universitarios; 7 de ellas (19.44%) son universitarios.

INTERPRETACIÓN.

Se interpreta que el personal que aplica la estrategia plan de parto tiene un grado de estudio que le permite una mejor comprensión de la estrategia, para poder aplicarla; es evidente que una gran parte del personal de salud tiene un grado académico de bachiller esto debido que la mayoría son promotores de salud, pero deben de tener un grado de estudio porque ellos forman parte del primer contacto con los servicios de salud y la comunidad ; el personal técnico no universitario está formado por el personal de enfermería de cada unidad de salud; de los universitarios 4 son médicos, 1 es licenciado en enfermería, 2 son profesores, y solo 2 de los trabajadores de salud estudiaron hasta plan básico.

GRÁFICO N° 2



Fuente: Cuadro N° 2

CUADRO N° 3

Tiempo que tiene de laborar en la unidad de salud

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
1-5 años	9	25
5-10 años	10	27,77
10-15 años	9	25
15-20 años	4	11,11
20-25 años	3	8,33
25-30 años	1	2,77
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud

ANÁLISIS

El cuadro n° 3 demuestra que de 36 personas que respondieron la encuesta tienen de laborar de 1-5 años (25%) 9 de ellas; de 5-10 años son 10 (27.77%); 9 tienen de 10-15 años (25%), 4 tienen de 15-20 años (11.11%); 3 tienen de 20-25 años (8.33%); y 1 tiene de 25-30 años (2.77%).

INTERPRETACIÓN:

Es importante conocer el tiempo que tiene el personal de salud de estar trabajando en el Ministerio de Salud; en el cuadro anterior se identifica que la mayor parte del personal tiene menos de 10 años de laborar por lo que se mantienen en cierta medida mas actualizados, además se puede decir que del personal que tiene entre 5 y 10 años esta constituido mayormente por médicos y enfermeras.

GRÁFICO N° 3



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO N° 4

¿Conoce la estrategia plan de parto?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
SI	34	94.44
NO	2	5.55
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

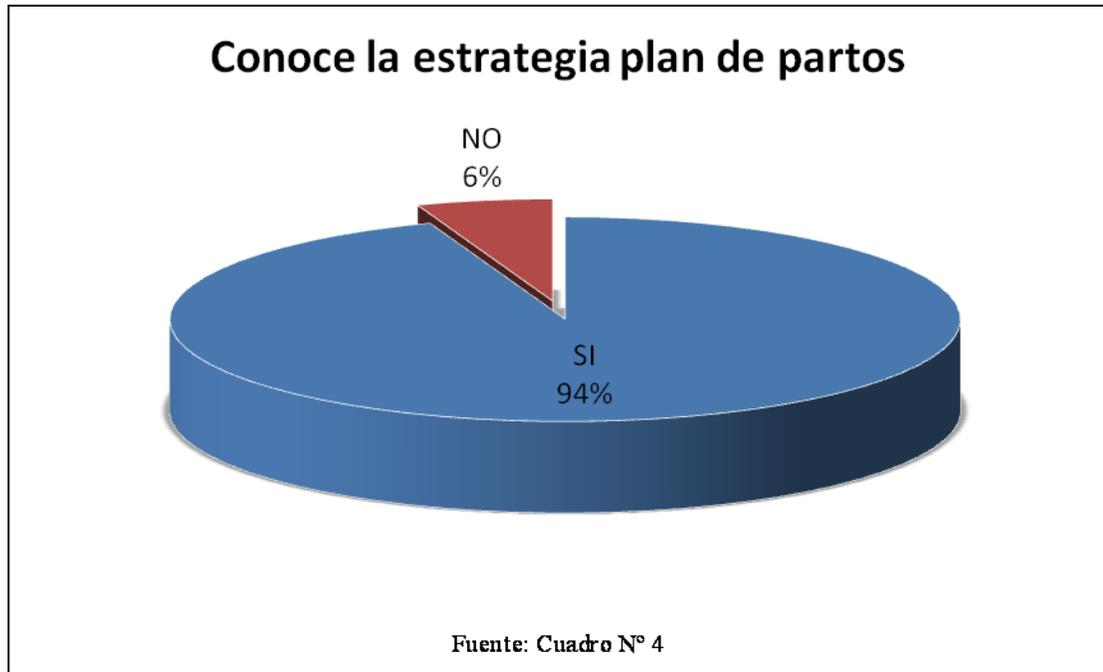
ANÁLISIS.

El cuadro N° 4 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta 34 de ellas conocen el plan de parto como estrategia que implementa el Ministerio de Salud, equivalente a un 94.44% y 2 de ellas lo desconocen siendo el 5.55%.

INTERPRETACIÓN.

De lo anterior se deduce que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; se ha encargado de promocionar de forma oportuna el programa a todo el personal de las diferentes áreas geográficas de estudio. Aunque 2 personas del personal (promotores) dijeron que desconocían el programa se pudo identificar que aunque no conocía de forma teórica lo ponía en práctica al identificar a las pacientes que fueron evaluadas en cada unidad de salud por parte del personal médico. Pudo ser negligencia o no comprendió la pregunta que se le formuló. La estrategia plan de partos como parte del programa de atención a la mujer embarazada, inicio su aplicación en noviembre del año 2006. Desde entonces el personal de salud se ha encontrado en constantes capacitaciones con el propósito de alcanzar los fines para los que se ha diseñado la estrategia plan de partos de allí la importancia que tiene el conocerla porque quien dice desconocerla no está desarrollando la estrategia en su unidad o comunidad por lo tanto no se cumplen los fines y no dará los resultados que se esperan.

GRAFICO N° 4



CUADRO N° 5

¿Desde cuánto tiempo la conoce?

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
3 meses	2	5,55
6 meses	15	41,66
9 meses	7	19,44
1 año	9	25
no respondió	3	8,33
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

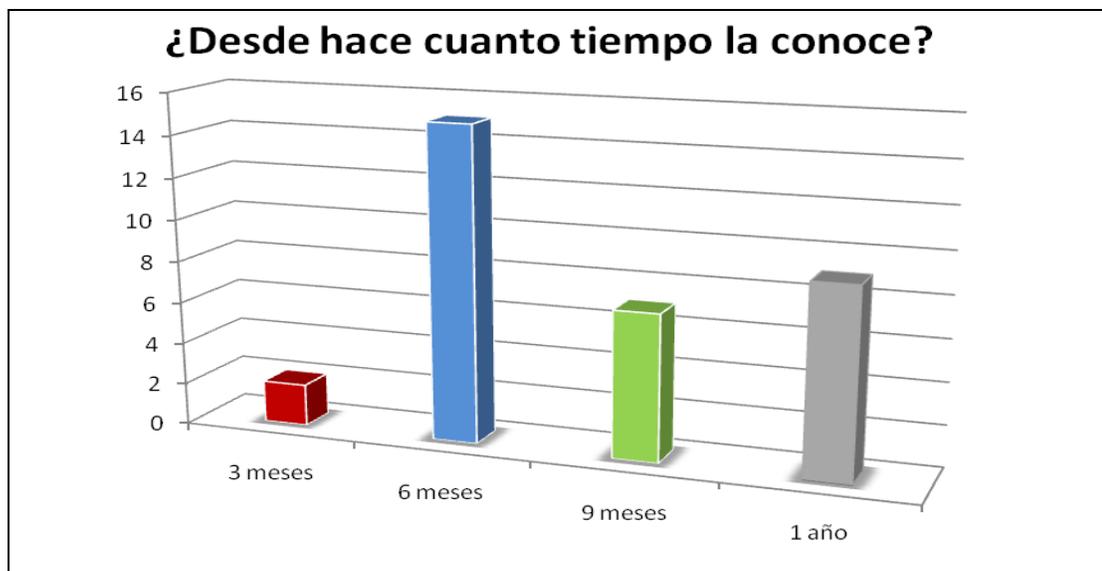
ANÁLISIS:

El cuadro N° 5 demuestra que de 36 personas que respondieron la encuesta 2 de ellas (5.55%) la aplican desde hace 2 meses; 15 de ellas (41.66%) lo hacen desde hace 6 meses; 7 (19.44%) desde hace 9 meses; 9 de estas (25%) lo hacen desde hace un año; y 3 (8.33%) no respondieron.

INTERPRETACIÓN:

Saber el tiempo que el personal tiene de conocer la estrategia indica el tiempo que también la pone en practica; para poder hacer un estudio y evaluar como se ha estado desarrollando se tiene que conocer el tiempo en que se ha estado haciendo uso y así identificar si esta ha mejorado la calidad en cuanto al manejo de la mujer embarazada en la comunidad. Aunque el programa en estudio tiene exactamente 9 meses de haberse dado a conocer como tal, se identifico que solo 7 personas respondieron esta fecha como el tiempo que verdaderamente tiene el programa de haber sido presentado al personal; los demás variaron en el tiempo de que lo conocen , pueda que esto refleje la falta de interés que el personal de salud le toma al programa, o que en realidad a quienes se les dio la información de primera mano no capacitaron al personal que desconocía el programa plan de partos; los que no respondieron su respuesta puede estar dada porque no tenían una fecha certera de cuando fueron capacitados.

GRAFICO N° 5



Fuente: Cuadro N° 5

CUADRO N° 6

¿Quién le capacito sobre la estrategia?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Medico	24	55,81
Enfermera	3	6,97
Promotor (a)	4	9,30
Equipo técnico de zona	11	25,58
otros	0	0
nadie	1	2,32
Total	43	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

ANÁLISIS:

El cuadro N° 6 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta 24 de ellas (55.81%) fueron capacitados por un medico; 3 de ella (6.97%) por una enfermera; 4 de ellas (9.30%) por un promotor; 11 de ellas (25.58%) por el equipo técnico de zona; 1 de ellas no fue capacitada (2.77%).

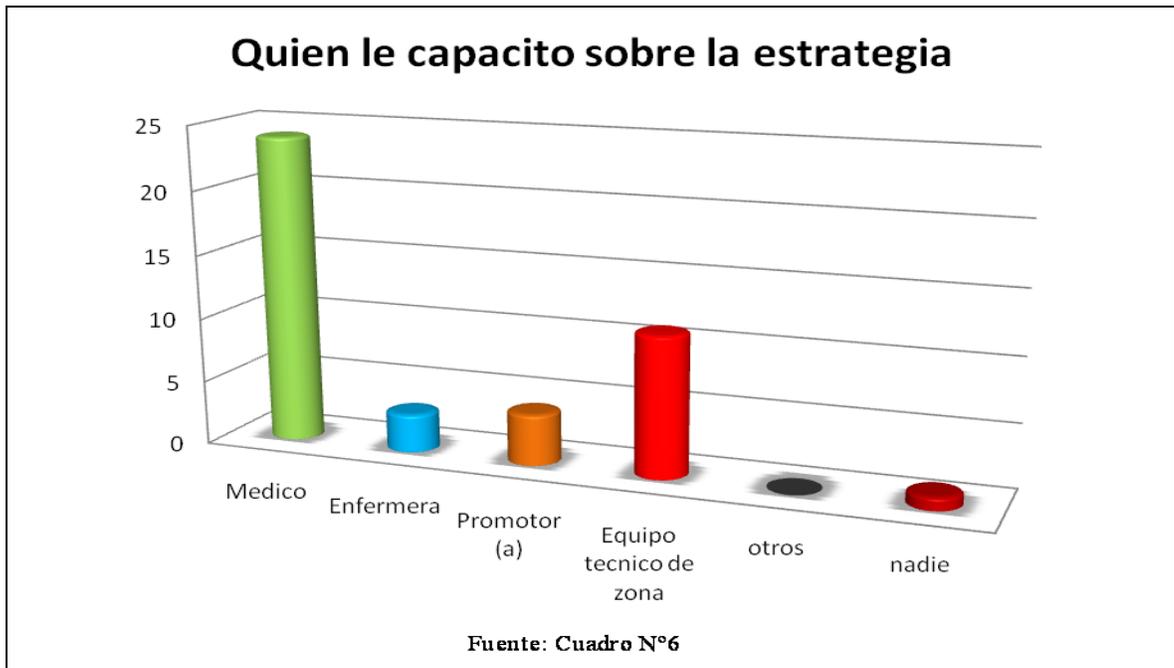
INTERPRETACIÓN:

Las capacitaciones forman una parte importante cuando se implementa una estrategia o un programa solo de esa forma el personal puede estar capacitado para desempeñar de una manera correcta el uso de este.

Del personal de salud que fue capacitado en el programa plan de partos impulsado por el MSPAS; la mayoría de capacitaciones fueron dadas por el personal medico; aunque fue el equipo técnico de zona quienes se encargaron de impartir el programa al personal, se identifico que fueron médicos y enfermeras que integran el equipo técnico de zona los encargados de presentar el programa a médicos, enfermeras y promotores de los diferentes departamentos y municipios en estudio, razón por la cual el rubro de médicos, enfermeras y equipo técnico de zona son los que cubren el mayor porcentaje en cuanto al personal capacitante; por este motivo el numero total de respuestas excede al numero de

cedulas realizadas. La persona que dijo que no había recibido la capacitación ejecuta la estrategia a nivel de su comunidad. El promotor forma parte para la aplicación de dicha estrategia porque es quien pasa mayor contacto con los pacientes en la comunidad.

GRÁFICO N° 6



CUADRO N° 7

¿Cuántas capacitaciones ha recibido?

Cantidad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	2,77
1 capacitación	29	80,55
2 capacitación	5	13,88
3 capacitación	0	0
4 capacitación	0	0
mas de 4	1	2,77
total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

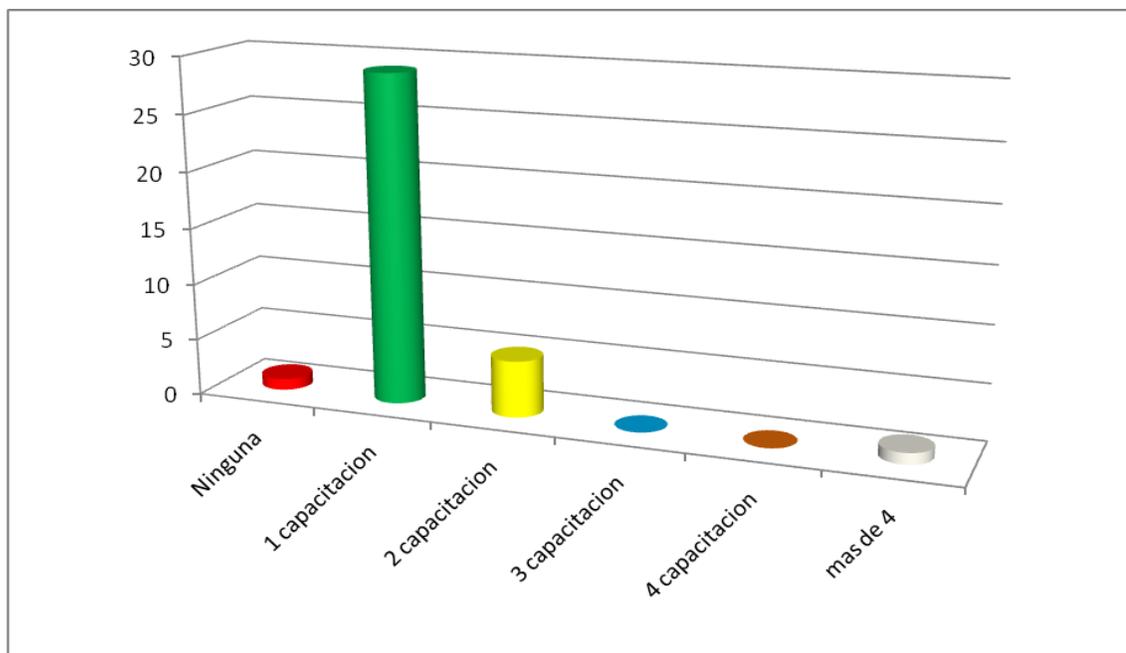
ANÁLISIS:

El cuadro N° 7 demuestra que de 36 personas que respondieron la encuesta 1 de ellas (2.77%) no recibió ninguna capacitación; 29 de ellas (80.55%) solo han recibido una capacitación; 5 de los encuestados (13.88%) recibieron 2 capacitaciones y 1 de ellos (2.77%) ha recibido mas de 4 capacitaciones.

INTERPRETACIÓN:

El número de capacitaciones que se reciben indican el mayor grado de conocimiento que el personal de salud tiene sobre la estrategia plan de partos, de allí la importancia de conocer a cuantas capacitaciones a asistido el personal. Aquellos quienes han recibido mas capacitaciones deben reunir a aquellos que han recibido menos capacitaciones o a quienes presenten dificultades para asimilar el programa plan de partos para que este se desarrolle de la manera que se debe; pero al no hacerlo puede influir en la mala ejecución de la estrategia en estudio. Existe poco interés por parte de los facilitadores para estar brindando refuerzos periódicos a aquellos que se encargan de llevar la salud hacia las comunidades, la mayoría solo han sido capacitados 1 vez desde la puesta en marcha del plan de partos; ¿Porque tan pocos han sido capacitados mas de una vez? La respuesta pueda encontrarse en que los médicos directores y jefes de enfermeras son llamados frecuentemente a reuniones en donde se refuerzan los programas que impulsa el MSPAS en el país.

GRÁFICO N° 7



Fuente: Cuadro N° 7

CUADRO N° 8

¿Desde cuanto tiempo pone en práctica la estrategia plan de parto?

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
menos de 3 meses	4	11,11
entre 6 y 9 meses	23	63,88
entre 9 y 12 meses	8	22,22
mas de un año	1	2,77
total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

ANÁLISIS:

El cuadro N° 8 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta 4 de ellas (11.11%) contestaron que tiene menos de 3 meses de poner en practica la estrategia; 23 de ellas (63.89%) dicen que entre 6 y 9 meses; 8 de ellas (22.22%) entre 9 y 12 meses; y 1 de ellas (2.77%) tiene mas de un año.

INTERPRETACIÓN:

Como ya se dijo anteriormente la estrategia plan de partos tiene 9 meses de haber sido implementado por el MSPAS; es importante identificar el tiempo que tienen los proveedores de salud en ponerlo en practica dentro de sus respectivas comunidades. Para así poder hacer un estudio que de permita al grupo investigador tomar un parámetro de tiempo para hacer el estudio. La frecuencia en que se ha puesto en práctica la estrategia, contrasta con el tiempo en que este se ha puesto en ejecución, la razón principal para esto es que demuestra que el personal de salud verdaderamente esta poniendo en práctica el programa

GRÁFICO N°8



Fuente: Cuadro N° 8

CUADRO N° 9

¿Defina que es plan de partos?

Parámetros	Frecuencia	Porcentaje
Responde bien	18	50
Responde vagamente	12	33,33
Responde equivocado	3	8,33
No responde	3	8,33
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

ANÁLISIS:

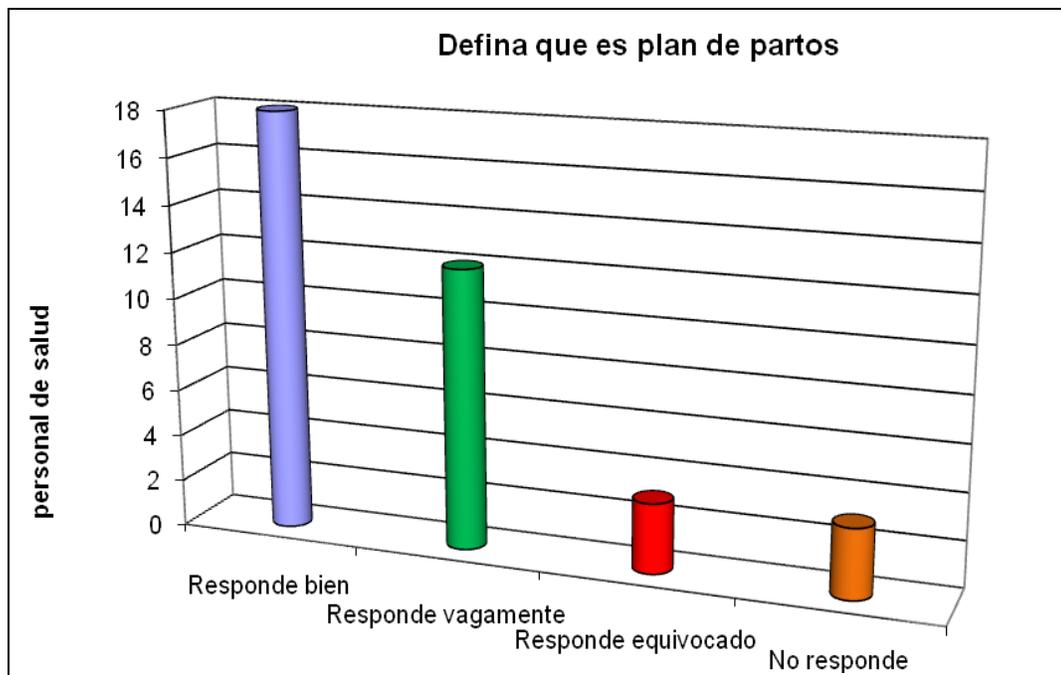
El cuadro N° 9 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta 18 de ellas (50%) respondieron bien las preguntas; 12 de ellas (33.33%) respondieron vagamente; 3 de ellas (8.33%) respondieron equivocadamente y 3 de ellas (8.33%) no respondieron.

INTERPRETACIÓN:

Las definiciones no son mas que las explicaciones del significado de una palabra, al responder correctamente o de una forma que permite entender las preguntas que se analizan indica que la persona a quien se entrevista conoce de aquello que se esta estudiando. En este caso en particular definir que es la estrategia plan de partos significa el grado de conocimiento que el personal de salud puede tener; aunque al ver la tabla anterior se identifica que la mayor parte del personal conoce el significado de la estrategia plan de parto y otra parte solo la interpreta pero no responde de la manera correcta; existe parte del personal que responde equivocado o no responde, lo que implicaría deficiencias para poner en practica la estrategia o renuencia del personal a responder.

Ver anexo n° 18 para ver definiciones mas frecuentes

GRÁFICO N° 9



Fuente: Cuadro N° 9

CUADRO N° 10

Mencione el modelo de las 3 demoras por el que se ha implementado el plan de partos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Responde 3	10	27,77
Responde 2	8	22,22
Responde 1	14	38,88
No responde	4	11,11
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

ANÁLISIS:

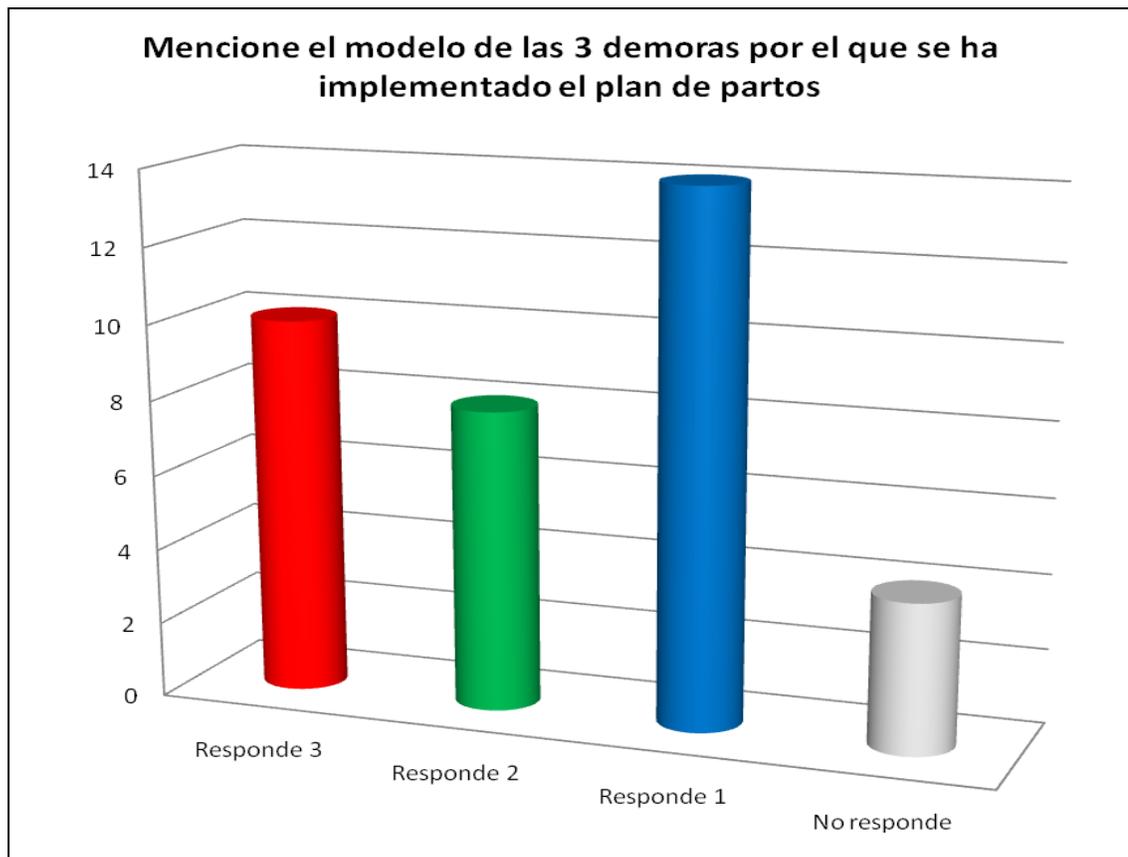
El cuadro N° 10 demuestra que de 36 personas que respondieron la encuesta 10 de ellos (27.77%) respondieron las 3 repuestas correctas; 8 de ellas (22.22%) respondieron 2; 14 de ellos (38.88%) respondieron 1 pregunta; mientras que 4 de ellas (11.11%) no respondieron.

INTERPRETACIÓN:

Es evidente que el personal no conoce el modelo de las tres demoras y para tratar de resolver una problemática y proponer acciones de intervención; esto refleja que no se están ejecutando acciones para disminuir la mortalidad materna a pesar de que la estrategia plan de parto pretende disminuirla; las respuestas antes mencionadas no implican que fueran las respuestas correctas ya que solo el 35.7% son respuestas correctas; el 21.4 % responde vagamente y el 28.57% responde equivocado y un 14.29% no responde

Ver anexo N° 19 de las respuestas de las 3 demoras

GRÁFICO N° 10



Fuente: Cuadro N° 10

CUADRO N° 11

¿Conoce a los participantes en la operativización de la estrategia del plan de partos?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
si	31	86,11
no	5	13,88
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

ANÁLISIS:

El cuadro n° 11 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta 31 de ellas (86.11%) conocen a los participantes en la operativización de la estrategia plan de partos; 5 de ellas (13.88%) no los conocen.

INTERPRETACIÓN:

Los participantes en la operativización de la estrategia plan de partos son aquellos que se encargan de ponerla en práctica. Estos son: los médicos, enfermeras; personal materno infantil; nutricionista; promotores de salud; parteras capacitadas; la pareja, la familia; la comunidad y la consejera voluntaria de nutrición. Es importante saber quienes son; para establecer las responsabilidades que cada uno tiene dentro de la estrategia. A pesar de que el personal esta capacitado no tiene un conocimiento absoluto de quienes son los participantes activos y esto puede influir en la correcta ejecución de esta.

GRAFICO N° 11



Fuente: Cuadro N° 11

CUADRO N° 12

Si su respuesta es afirmativa menciónelos:

Participantes	Frecuencia	Porcentaje
Médicos	20	8,40
Enfermeras	19	7,98
Promotores	20	8,40
Partera Capacitada	5	2,10
Familia	27	11,34
Comunidad	60	25,21
No respondieron	87	36,55
Total	238	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

ANÁLISIS:

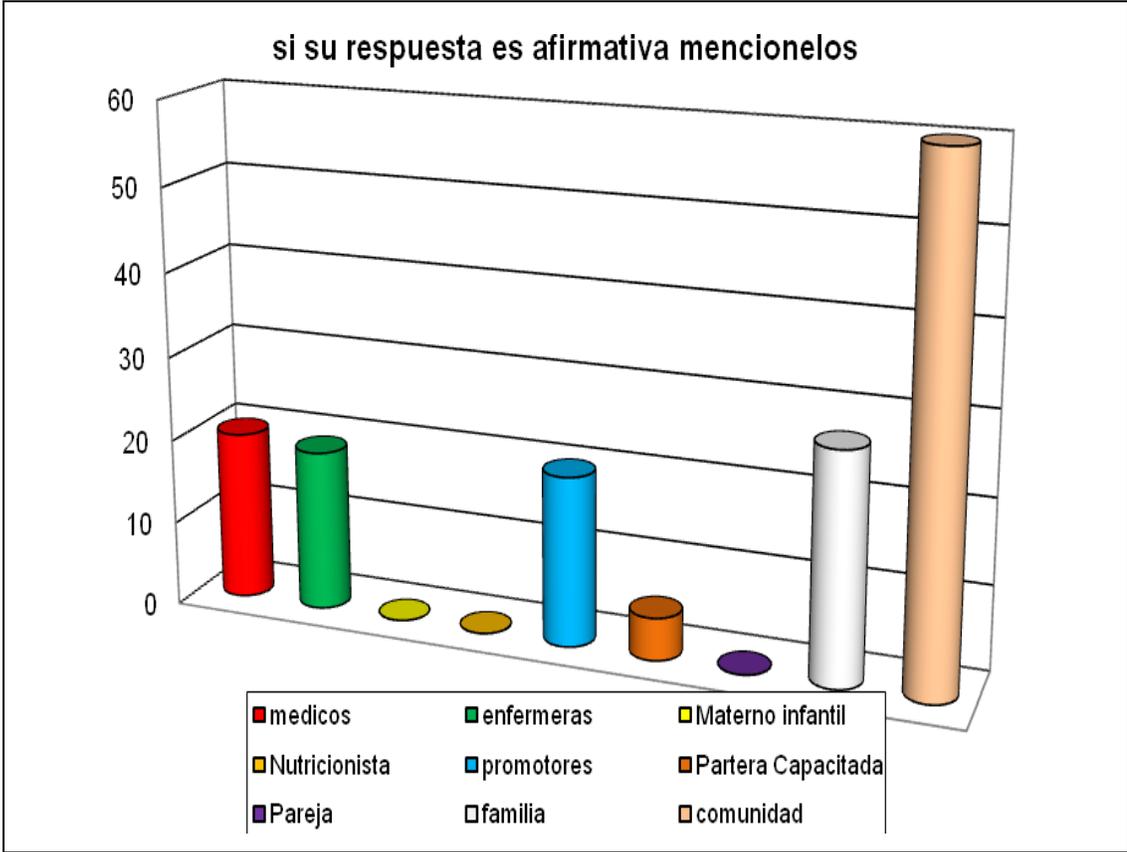
El cuadro N° 12 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta de estas se sacaron 238 respuestas. De estos respondieron que 20 (8.403%) respondieron que los médicos forman parte de los participantes, 19 respuestas (7.98%) que participaban enfermeras, 20 respondieron (8.40%) que participaban promotores; 5 respondieron (2.1) que participaban que partera capacitada; 27 respondieron (11.34%) que participaba la familia; 60 de ellas respondieron (25.21%) que participaba la comunidad; 87 de ellas (36.55%) no respondieron.

INTERPRETACIÓN:

Las 238 respuestas que se sacaron son el resultado de multiplicar 8 respuestas esperadas por las 36 encuestas realizadas, idealmente se esperarían que mencionaran a los 10 participantes de los encargados de la operativización de la estrategia sin embargo no se mencionaron 4 de estos; estos son materno infantil, nutricionista, la pareja y la consejera voluntaria de nutrición; de los recursos no mencionados cabe mencionar que no están disponibles en la unidad de salud lo que justifica la omisión de la respuesta en pero no se justifica que no se utilice la consejera voluntaria o la pareja para impulsar la

estrategia plan de parto. De las respuestas correctas la mayoría incluye la comunidad ya que aquí se incluyen respuestas como iglesias, ADESCOS, líderes comunitarios y comités de salud y que en cierta medida están implicados indirectamente para la ejecución de la estrategia; la familia es mencionada por el apoyo que debe recibir la gestante a la hora del trabajo de parto; el rubro de médicos y promotores es del personal el que mayor numero mencionan debido a que están relacionados directamente desde el primer contacto con la embarazada.

GRÁFICO N° 12



Fuente: Cuadro N° 12

CUADRO N° 13

¿En la estrategia plan de parto se incluye o auxilia con los controles prenatales, el control post parto y la inscripción del recién nacido en el control de crecimiento y desarrollo?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
si	31	86,11
no	5	13,88
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

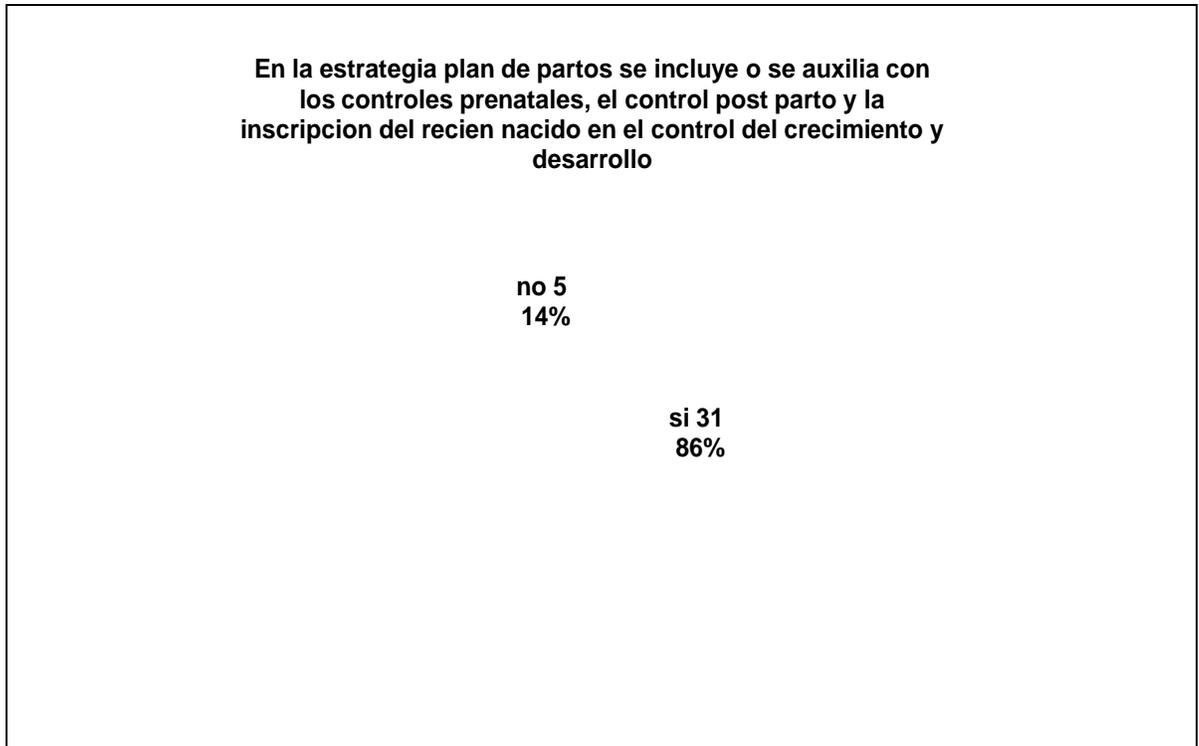
ANÁLISIS:

El cuadro N° 13 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta 31 de ellas (86.11%) conocen que la estrategia plan de partos se auxilia de los controles prenatales, el control post parto y la inscripción del recién nacido; 5 de ellas (13.88%) no sabían.

INTERPRETACIÓN:

Los controles prenatales son aquellos que se realizan en cada mujer embarazada cuando llegan a la unidad de salud estos son dados de acuerdo al trimestre que se encuentre de embarazo; el control post parto y la inscripción como su nombre lo dicen se realizan 7 días posteriores a que la mujer allá dado a luz. La estrategia plan de partos forma parte de de estos 3 instrumentos y esta detallado en cada tarjeta del plan de partos de la mujer embarazada, los signos de peligro durante el embarazo, en el post parto y del recién nacido. De allí la importancia de conocer la interrelación que existe entre la estrategia y los controles. El cuadro anterior identifica que el personal de salud en su mayoría sabe que la estrategia plan de partos auxilia a los controles prenatales, el control post parto y la inscripción del recién nacido.

GRÁFICO N° 13



Fuente: Cuadro N° 13

CUADRO N° 14

¿Conoce los instrumentos para la operativización de la estrategia?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	88,88
No	4	11,11
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

ANÁLISIS:

El cuadro N° 14 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta 32 de ellas (88.89%) conocen los instrumentos para la operativización de la estrategia plan de partos; 4 de ellas (11.11%) dicen no conocer los instrumentos.

INTERPRETACIÓN:

Los instrumentos de los que se auxilia la estrategia plan de partos son aquellos con los que el personal de salud se auxilia para llevarla a cabo. Estos están constituidos por el censo de gestantes; el mapa obstétrico; la ficha del plan de partos; la hoja de mi plan de partos y el listado de embarazadas con plan de partos. Al estar en relación constante con todos estos instrumentos el personal de salud tiene conocimiento de ellos; en el cuadro anterior se observa este fenómeno que la gran mayoría conoce estos instrumentos sólo el 46.5% respondió correctamente, mientras que el 53.5% respondió equivocadamente a pesar de reafirman conocerlos no se menciona el censo de gestantes y el que mayor se menciona fue el mapa obstétrico, aquellos que dijeron no conocerlos hacen uso de todos ellos razón por la cual aunque dijeron no conocerla se puede identificar que si los conocen solo que no sabían que estos formaban parte de la operativización de los que se auxilia la estrategia.

Ver anexo N° 20 para detalle de respuestas

GRÁFICO N° 14



Fuente: Cuadro N° 14

CUADRO N° 15

¿Conoce los instrumentos complementarios para la operativización de la estrategia?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	58,33
No	15	41,66
total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

CUADRO N° 16

Menciónelos:

Instrumentos complementarios	Frecuencia	Porcentaje
Carné materno	1	0.69
Hoja de CLAP	9	6.25
hoja de vigilancia comunitaria	2	1.38
Libro de control de embarazadas.	9	6.25
Responde equivocado.	39	27.08
No responde.	84	58.33
Total.	144	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

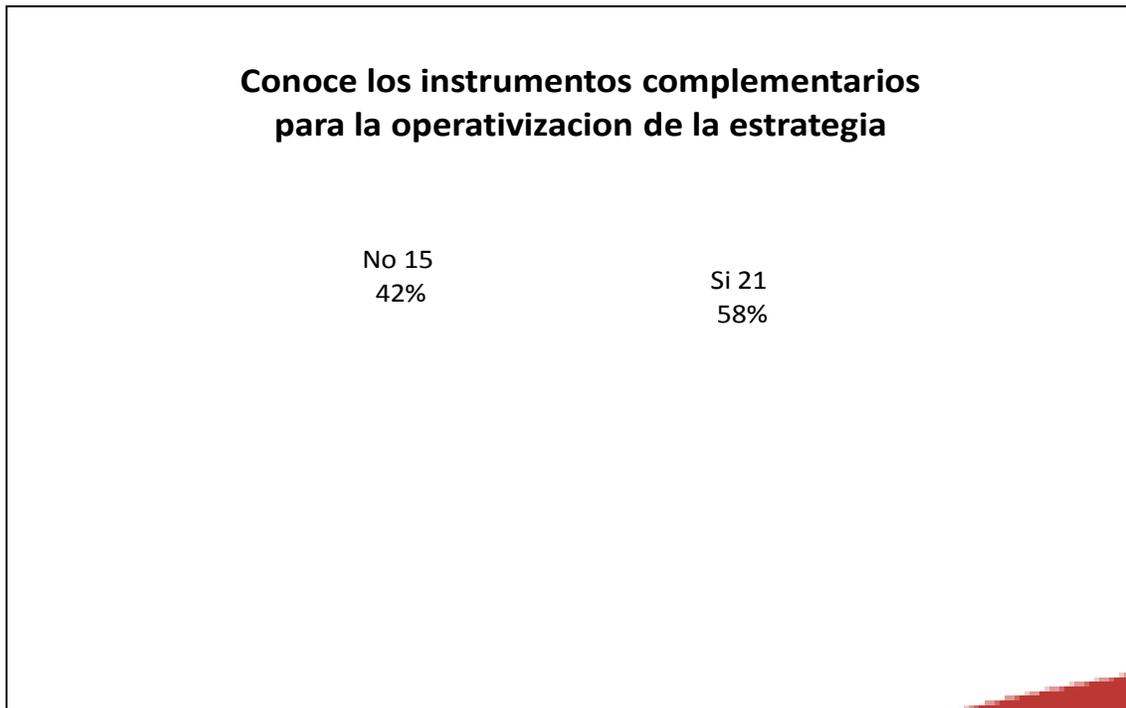
ANALISIS:

El cuadro N° 15 y N° 16 demuestran que de 36 personas que contestaron las preguntas de la encuesta 21 de ellas (58.33%) dijeron que si conocían los instrumentos complementarios para la operativización; en tanto 15 de ellos (41.66%) dijeron que no; de aquí 1 de ellos (0.69%) respondió que el carne materno era uno de esos instrumentos; 9 de ellos (6.25%) que la hoja de CLAP; 2 de ellos (1.38%) que la hoja de vigilancia comunitaria; 9 de ellas (6.25%) que el libro de control de embarazadas, 39 de ellas (27.08%) respondieron de forma equivocada, y 84 de ellas (58.33%) no respondieron.

INTERPRETACIÓN:

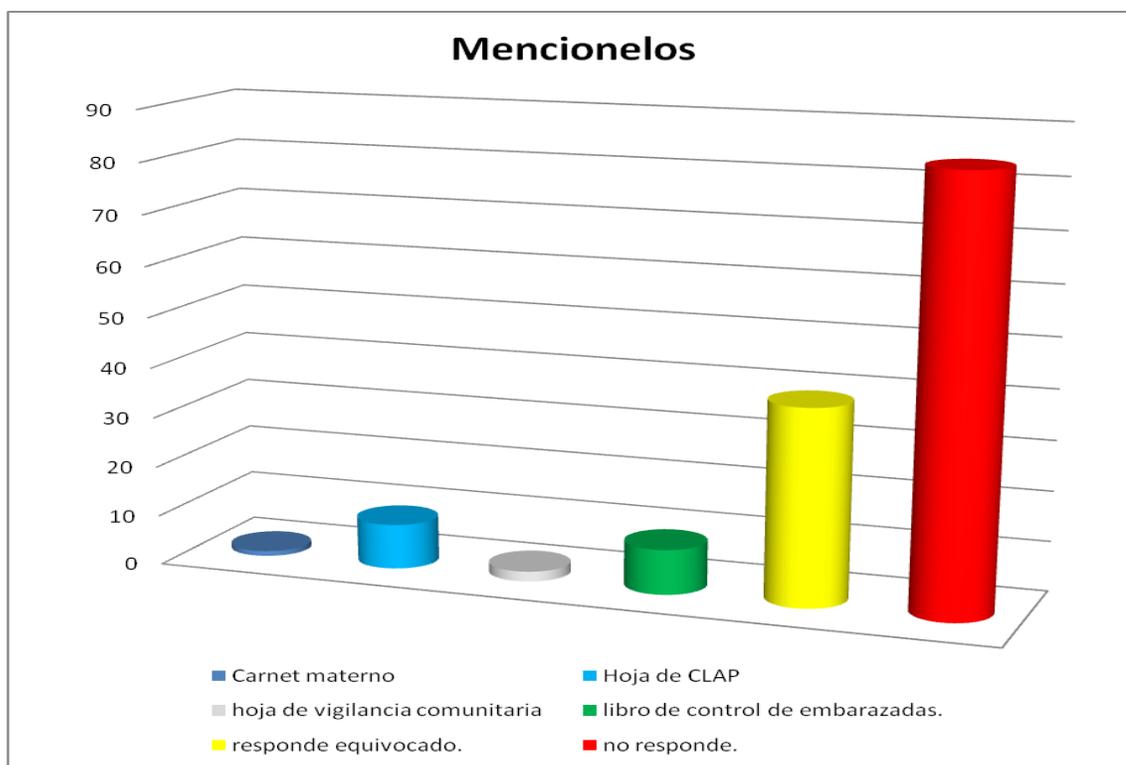
De las respuestas antes mencionadas se esperarían 4 literales por cada ítem lo que harían 144 respuestas; aunque la mayoría afirma conocerlos solo el 37.1% responde correctamente, mientras que el 62.86% responden equivocadamente lo que implica que unos respondieron afirmativamente pero no conocen los instrumentos complementarios; entre los mas mencionados tenemos el CLAP y el libro de embarazadas puede deberse a que son los instrumentos que se revisan a diario por el personal de salud y por los encargados de llevar la estrategia.

GRÁFICO N° 15



Fuente: Cuadro N° 15

GRÁFICA N° 16



Fuente: Cuadro N° 16

CUADRO N° 17

¿Actualiza su censo de embarazadas y su mapa obstétrico a nivel institucional y comunitario?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	72.22
No	10	27.77
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

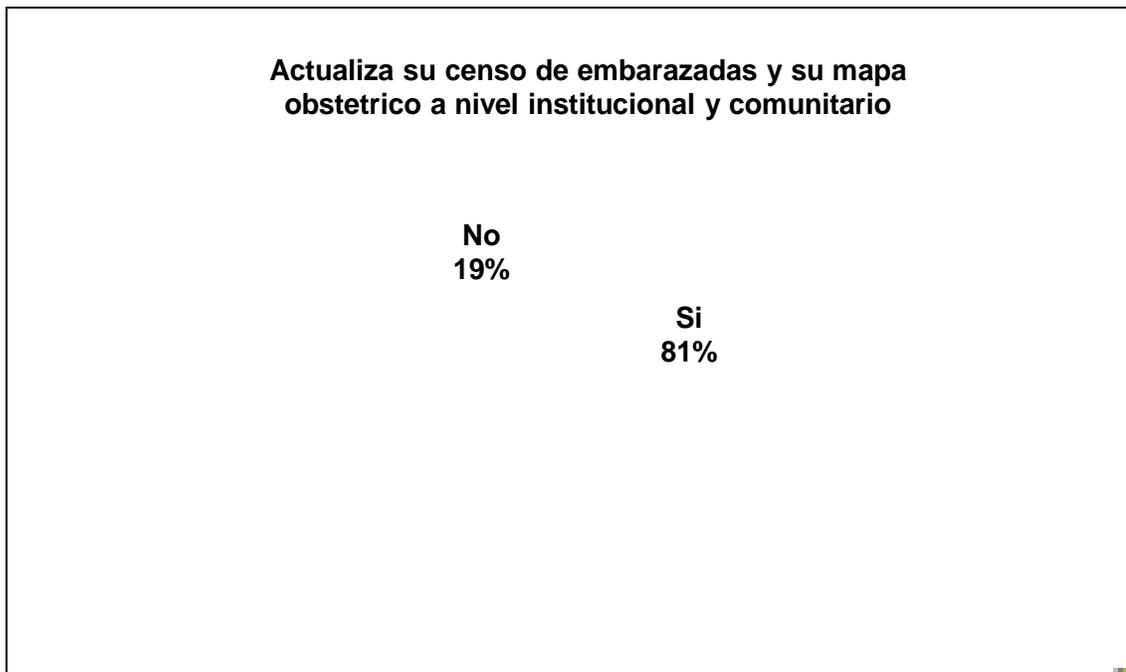
ANÁLISIS:

El cuadro N° 17 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta 26 de ellas (72.22%) actualizan su censo de embarazadas y mapa obstétrico de su comunidad; en tanto 10 de ellos (27.77%) no lo actualizan.

INTERPRETACIÓN:

El censo de embarazadas y el mapa obstétrico es un instrumento que al personal de salud le permite llevar un registro de las pacientes embarazadas que permite identificarlas en una ubicación geográfica y conocer de forma grafica el riesgo que implica el embarazo actual de la gestante por lo que es importante que se actualice el mapa obstétrico como también el censo. En el cuadro anterior se puede identificar que la mayoría del personal actualiza el censo y mapa obstétrico, aquellos que dijeron que no respondieron de una forma irresponsable la encuesta debido a que cada director de unidad exige que todo el personal mantengan actualizados los censos por lo que las personas que respondieron que no lo actualizaban no respondieron de una forma sincera sobre este dato.

GRÁFICO N° 17



Fuente: Cuadro N° 17

CUADRO N° 18

¿Con qué periodicidad actualiza el censo de gestantes y su mapa obstétrico?

Periodicidad	Frecuencia	Porcentaje
30 días	22	61.11
60 días	2	5.55
90 días	0	0
No lo actualiza	12	33.33
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

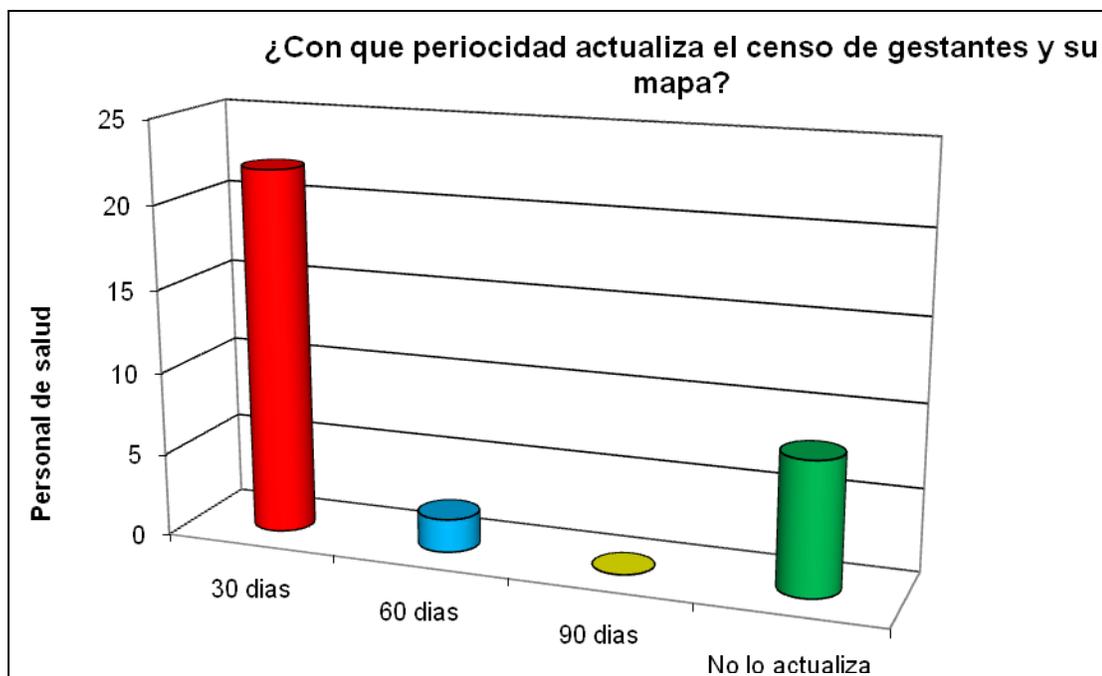
ANÁLISIS:

El cuadro N° 18 demuestra que de 36 personas que contestaron el la cedula dirigida al personal 22 de ellas (61.11%) actualizan el censo y mapa obstétrico; 2 de ellas (5.55%) lo actualizan cada 60 días; y 12 de ellas (33.33%) no lo actualiza.

INTERPRETACIÓN:

El censo de gestantes y el mapa obstétrico debido a que es dinámico esta cambiando constantemente por lo que es importante mantener actualizado la base de datos con la que trabaja el personal de la unidad de salud; en las unidades se solicita que cada 30 días idealmente se actualice el mapa obstétrico y el censo claramente el cuadro anterior refleja esto el mayor numero del personal lo hacen cada mes, aunque 2 dijeron que no; lo que esta mal son las 12 personas que dijeron no actualizarlo porque corresponde a mas de la cuarta parte del personal encargado de actualizar estos instrumentos; se debe aclarar que los médicos consultantes y las enfermeras auxiliares no son responsables de la actualización.

GRÁFICO 18



Fuente: Cuadro N° 18

CUADRO N° 19

¿Existe comité de salud o de apoyo de traslado de emergencia a su comunidad?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	47.22
No	19	52.77
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

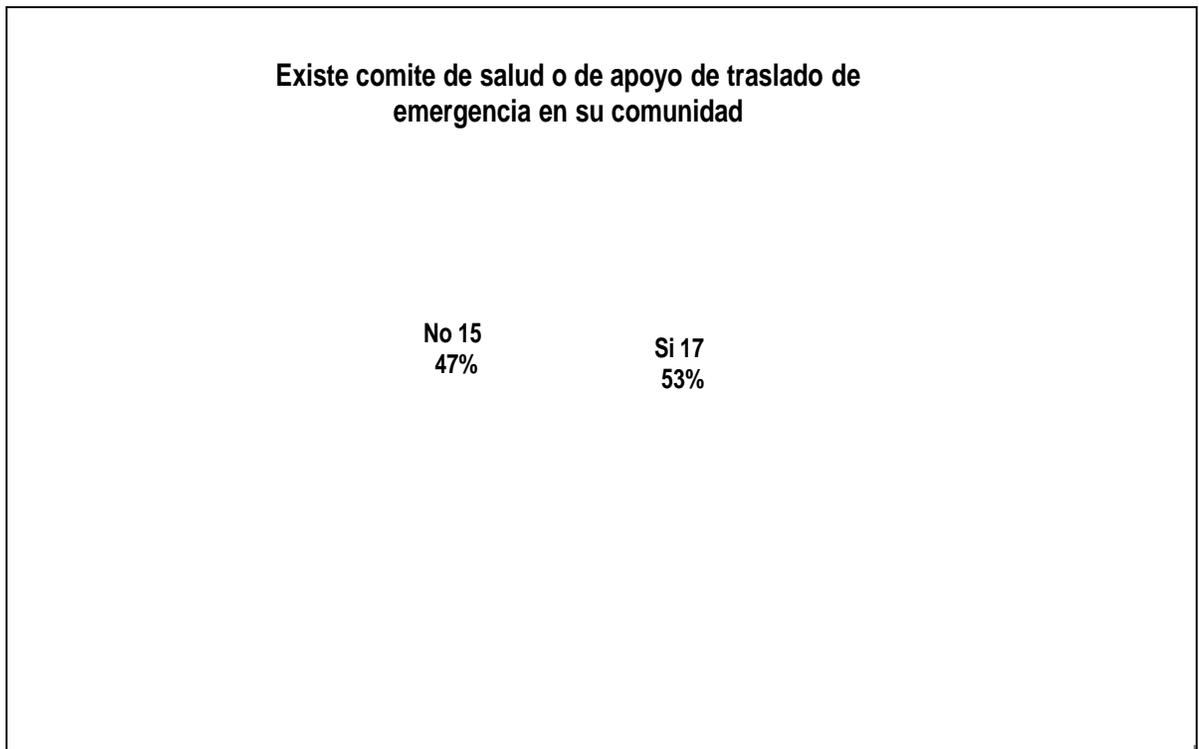
ANÁLISIS:

El cuadro N° 19 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta 17 de ellas (47.22%) tienen dentro de sus comunidades comités encargados de trasladar a la embarazada en el momento del parto; en tanto 19 de ellos (52.77%) no los tienen.

INTERPRETACIÓN:

Los comités de apoyo, tienen importancia dentro de cada comunidad en cuanto se trata de trasladar a una persona enferma a los centros de salud; en este caso en particular a la mujer embarazada. Se puede interpretar que poco menos del 50% de miembros del personal se han dado a la tarea de promover e incentivar a las personas de sus comunidades a realizar comités o brigadas de apoyo para traslado de la mujer embarazada sea por trabajo de parto o alguna morbilidad que pueda estar presentando, y una gran parte no lo a hecho, se puede deber a falta de iniciativa por parte del personal o no tiene la credibilidad dentro de su comunidad por lo que no cuenta con el apoyo de sus miembros.

GRÁFICO N° 19



Fuente: Cuadro N° 19

CUADRO N° 20

¿Con que periodicidad realiza reuniones de seguimiento para la revisión y actualización de los planes de parto en su comunidad?

Periodicidad	Frecuencia	Porcentaje
cada mes	3	8.33
cada 2 meses	2	5.55
cada 3 meses	0	0
con cada control prenatal	9	25
No las realiza	17	47.22
No responde	5	13.88
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

ANÁLISIS:

El cuadro N° 20 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta 3 d (8.33%) realiza reuniones de seguimiento para la revisión y actualización de los planes de parto en su comunidad; 2 (5.55%) lo hacen cada 2 meses; 9 (25%) lo hacen con cada control prenatal, 17 (47.22%) no las realiza; y 5 (13.88%) no respondió.

INTERPRETACIÓN:

La actualización de los planes de parto idealmente se realizaría con cada control prenatal para identificar riesgos y hacer intervenciones oportunas; pero en las unidades en estudio no se realizan debido quizás a que desconocen o a que quien es el responsable de la actualización no las ejecuta. En el cuadro anterior se identifica que las reuniones de seguimiento cuando se ejecutan se hacen en su mayoría en cada control prenatal los cuales están en lo correcto; sin embargo algunos los realizan cada mes o cada 2 meses lo que pudiese explicar no detectar a tiempo a una embarazada de alto riesgo.

GRÁFICO N° 20



Fuente: Cuadro N° 20

CUADRO N° 21

¿Conoce los signos de peligro del embarazo, parto, post parto y del recién nacido?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	97,22
No	1	2,77
Total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

CUADRO N° 22

Menciónelos:

Signos de peligro	Responde menos de 4	%	Responde mas de 4	%	No responde	%	Total
Embarazo	18	51.4	17	48.6	0	0	35
Parto	25	71.4	9	25.7	1	2.85	35
Post-parto	24	72.7	6	18.2	3	9.09	33
Recién nacido	22	62.9	13	37.1	0	0	35

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

ANÁLISIS:

El cuadro N° 21 del anexo N° 1 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta dirigida a los proveedores de salud 35 de ellas (97.22%) conocen los signos de peligro durante el embarazo parto y del recién nacido; en tanto 1 de ellos (2.77%) dice no conocerlos.

INTERPRETACIÓN:

Durante el embarazo y parto así como en el recién nacido existen ciertos signos de alarma de los cuales el personal de salud debe estar familiarizado para tomar decisiones en un momento que suceda alguno de ellos por lo que deben estar capacitados para actuar en el momento oportuno; según el cuadro anterior todos están capacitados para tomar decisiones que culminen con el bienestar para la madre y el niño; aunque uno respondió que los desconocía pareciera ser que a la hora de contestar la cedula lo hizo de una forma irresponsable porque todo el personal de salud esta capacitado para en el momento de encontrar a un paciente en mal estado referirlo al centro de salud mas cercano.

En el cuadro 22, se realizo para conocer el conocimiento que tiene el personal de salud sobre los signos de peligro, ya que si se conocen puede intervenir oportunamente y tomar acciones para evitar una muerte materna o perineonatal. Es evidente que la mayor parte del personal tiene un mal conocimiento de estos en general, porque esperaríamos que contestasen arriba de cuatro literales para estar arriba de la media. Estos datos contrastan con la primera parte de la interrogante y a que no es lo mismo afirmar un cuestionamiento que corroborar este cuestionamiento.

GRÁFICO N° 21



Fuente: Cuadro N° 21

CUADRO N° 23

17.- ¿Mencione algunos datos que tiene la ficha del plan de partos?

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Responden	130	72.22
No responden	50	27.77
Total	180	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

ANÁLISIS:

El cuadro n° 23 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta de preguntas respondieron 130 respuestas buenas (72.22%) que tiene la ficha del plan de partos; en tanto hubieron 50 respuestas (27.77%) de respuestas que no fueron respondidas.

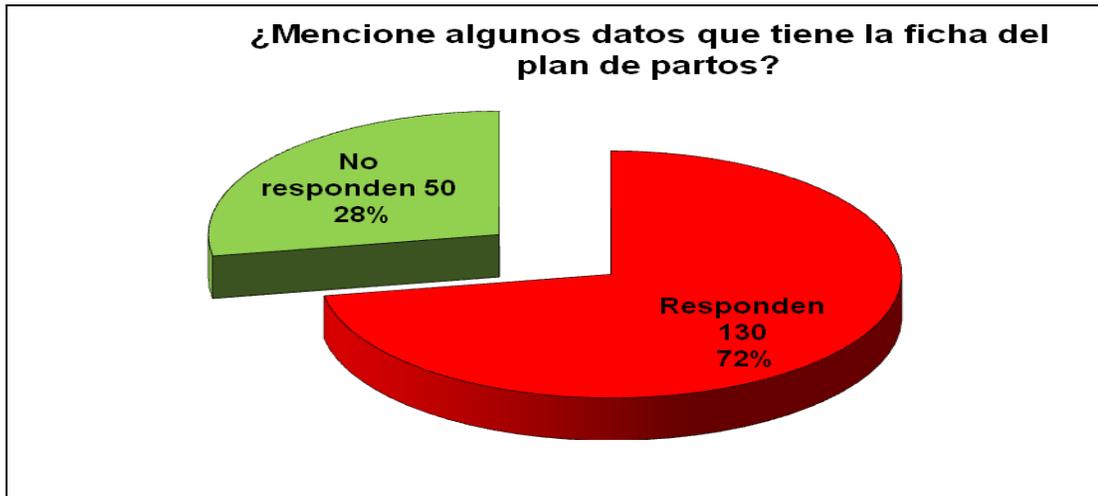
INTERPRETACIÓN:

La ficha del plan de partos tiene cierta cantidad de datos, que van desde los datos generales, los datos relacionados con el embarazo y los preparativos para el parto, hasta los signos de peligro que se dan durante el embarazo, parto y del recién nacido. Es

importante que el personal de salud los identifique puesto que cada vez que encuentra una mujer embarazada esta obligado a dar un seguimiento a la ficha de plan de partos; en el cuadro es evidente que el personal de salud maneja en su Mayoría la hoja del plan de partos y aunque muchos no respondieron, se sabe que ellos también pasan la ficha del plan de parto a sus pacientes, pudiera ser que no entendieron el significado de la pregunta o bien no recordaron los datos que tenia la ficha.

Ver Anexo N° 20 de las respuestas mas frecuentes

GRÁFICO N° 23



Fuente: Cuadro N° 23

CUADRO N° 24

¿Considera usted que el programa plan de partos funciona como pretende el MSPAS?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	47,22
No	19	52,77
total	36	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud.

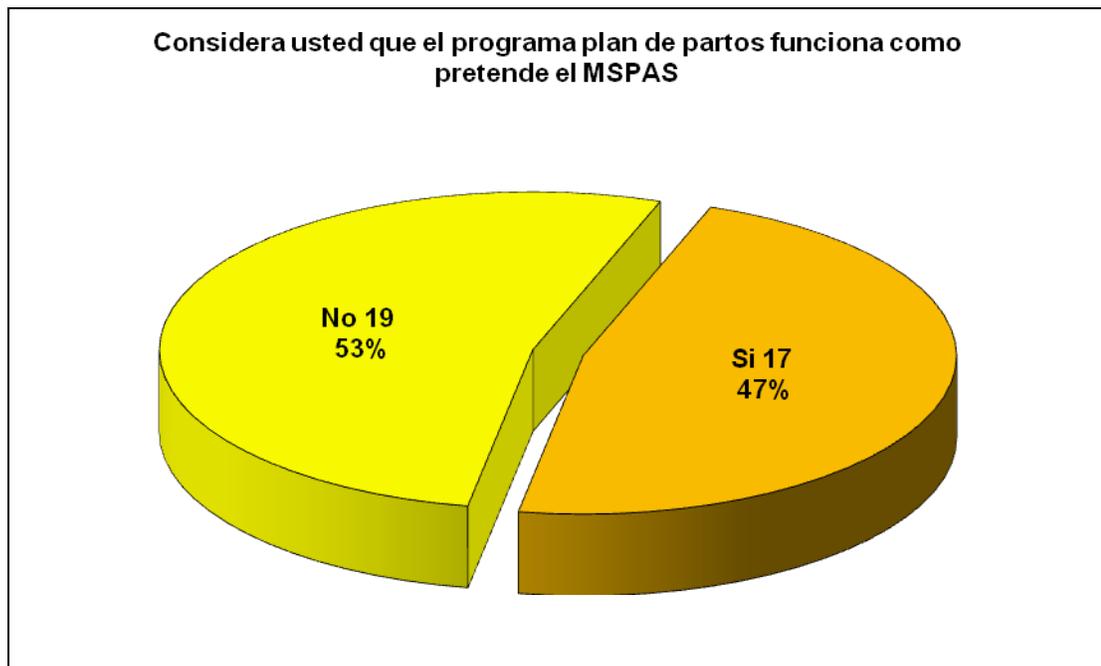
ANÁLISIS:

El cuadro n° 18 del anexo n° 1 demuestra que de 36 personas que contestaron la encuesta 17 de ellas (47.22%) respondieron que el plan de partos si funciona como pretende el MSPAS; en tanto 19 de ellas (52,77%) respondieron que no.

INTERPRETACIÓN:

Aunque el programa no se conoce absolutamente bien por parte del personal de salud; ellos mismos reconocen el creciente número de pacientes que están asistiendo a los centros de salud a su atención del parto, evidenciado en los libros de hechos vitales de cada unidad de salud. El cuadro anterior lo que demuestra es que aunque las respuestas son relativamente proporcionales y la mayoría opina que el programa no funciona como pretende el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quizá es por la falta de información a la que están sometidos, lo que podría generar este conflicto de ideas puesto que como al principio se dijo el número de pacientes con partos domiciliarios disminuyeron; lo que implicaría que el programa está cumpliendo con uno de sus propósitos (promover el parto hospitalario) teniendo como consecuencia menor número de muertes maternas y perinatales, que es en sí el objetivo primordial **de la estrategia plan de partos**.

GRAFICO N° 24



Fuente: Cuadro N° 24

5.2 TABULACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LA FICHA DE REVISIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA PLAN DE PARTO A NIVEL INSTITUCIONAL.

CUADRO N° 25

Edades de las pacientes según expediente clínico.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14-19	10	33.33
20-35	20	66.66
35-49	0	
Total	30	100

Fuente: Datos proporcionados por expedientes clínicos

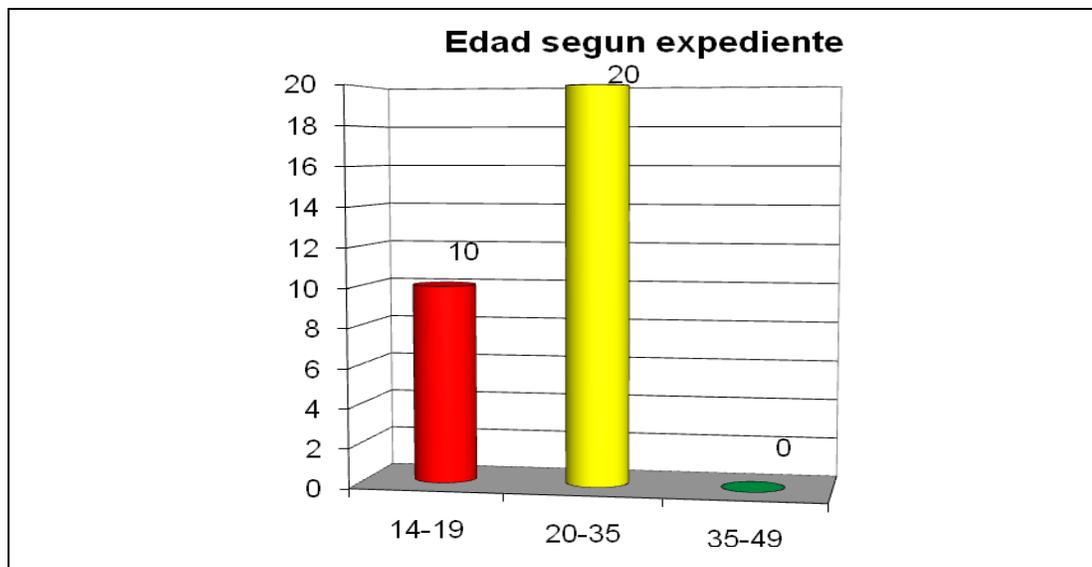
ANÁLISIS:

El cuadro N° 25 demuestra que de 30 expedientes clínicos evaluados, 10 de ellos (33.33%) están entre la edad de 14-19 años (adolescentes) y 20 de ellas (66.67%) están entre las edades de 20-35 años y no hubieron entre las edades de 35-49 años.

INTERPRETACIÓN:

El cuadro anterior se ha dividido en estos grupos de edades para evaluar el riesgo de las pacientes ya que las edades de 14-19 años y mayor de 35 años se considera de acuerdo al MSPAS un embarazo de alto riesgo, y las edades de 20-34 años implica bajo riesgo. En el cuadro anterior es evidente que la mayor parte de embarazos en control prenatal se encuentran en una edad madura y en teoría con bajo riesgo. Sin embargo casi la tercera parte de las embarazadas estudiadas en esta ficha ocurren en adolescentes implicando un mayor riesgo y un mayor esfuerzo por parte del personal de salud para prevenir o evitar una complicación o muerte materna.

GRÁFICO N° 25



Fuente: Cuadro N° 25

CUADRO N° 26

PARIDAD DE LAS PACIENTES

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	10	33.33
Múltipara	20	66.66
Total	30	100

Fuente: Datos proporcionados por expedientes clínicos

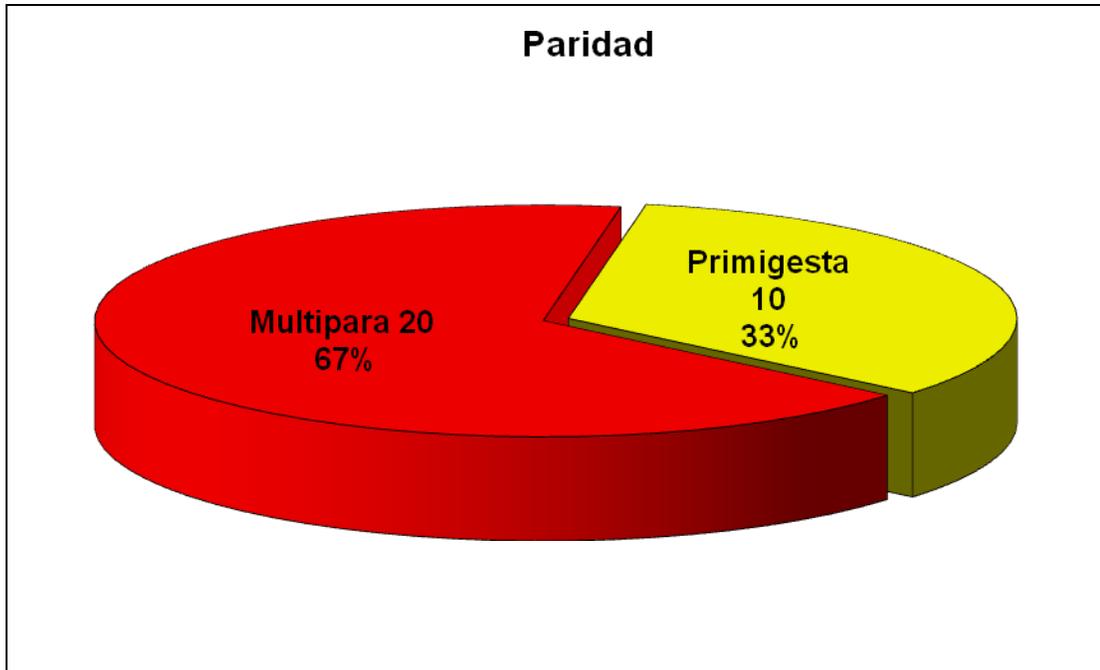
ANÁLISIS:

El cuadro anterior demuestra que de 30 expedientes clínicos evaluados, 10 de ellos (33.33%) son pacientes primigestas y 20 de ellas (66.67%) son pacientes múltiparas.

INTERPRETACIÓN:

Aunque la ficha de revisión no se clasificó como primigesta o múltipara fue posible clasificarla en estos 2 grupos por conocer las fórmulas obstétricas de estos. También es posible identificar algún grado de riesgo en estos grupos pero no implica que al identificarla tenga un alto riesgo.

GRÁFICO N° 26



Fuente: Cuadro N° 26

CUADRO N° 27

¿Llena Correctamente el carné materno/ CLAP?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
si	26	86,66
no	4	13,33
Total	30	100

Fuente: Datos proporcionados por expedientes clínicos

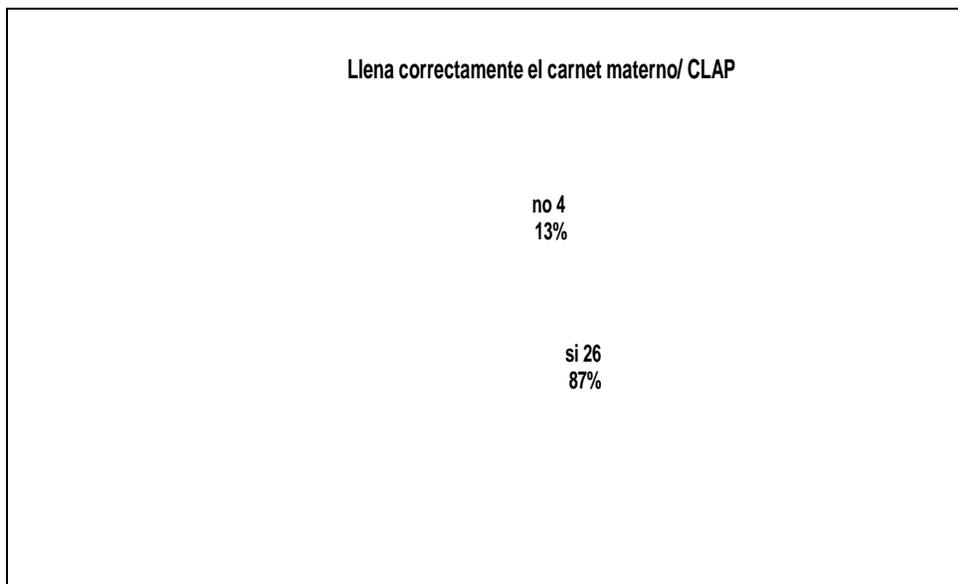
ANÁLISIS:

El cuadro N° 27 demuestra que de 30 expedientes clínicos evaluados, 26 de ellos (86.66%) llena correctamente el carne materno/ CLAP y 4 de ellos (13.33%) no lo llenan correctamente.

INTERPRETACIÓN:

La mayor parte de los expedientes cuenta con un buen llenado de la hoja de historia clínica perinatal (CLAP), un mínimo porcentaje esta mal llenado implicando que no se esta realizando un interrogatorio adecuado a la paciente y no se indaga en hechos que tienen demasiada relevancia para evaluar el riesgo de la paciente este hecho puede deberse a que el personal es negligente y no dedica tiempo o que no se ha capacitado correctamente.

GRÁFICO N° 27



Fuente: Datos proporcionados por expedientes clínicos

CUADRO N° 28

¿Tiene la copia de la ficha del plan de parto en el expediente?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
si	26	86,66
no	4	13,33
Total	30	100

Fuente: Datos proporcionados por expedientes clínico

ANÁLISIS:

El cuadro N° 28 demuestra que de 30 expedientes clínicos evaluados, 26 de ellos (86.66%) tenían la ficha del plan de parto en el expediente clínico; en tanto 4 de ellos (13.33%) no contaban con la ficha.

INTERPRETACIÓN:

Como norma técnica del MSPAS se llena una ficha original y 2 copias; la primera que se le entregara a la gestante y de las 2 restantes una copia queda en el expediente clínico y la otra se entrega al promotor. Sin embargo en los expedientes revisados no todos cuentan con la copia lo que se hace obvio que no se aplica correctamente la norma institucional, a pesar que todos los responsables de su llenado (medico y enfermera) han sido capacitados en varias ocasiones.

GRÁFICO N° 28



Fuente: Cuadro N° 28

CUADRO N ° 29

¿Tiene el expediente la hoja de mi plan de parto en las embarazadas que están en el tercer trimestre?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
si	12	40
no	10	33,33
no aplica	8	26,66
Total	30	100

Fuente: Datos proporcionados por expedientes clínicos

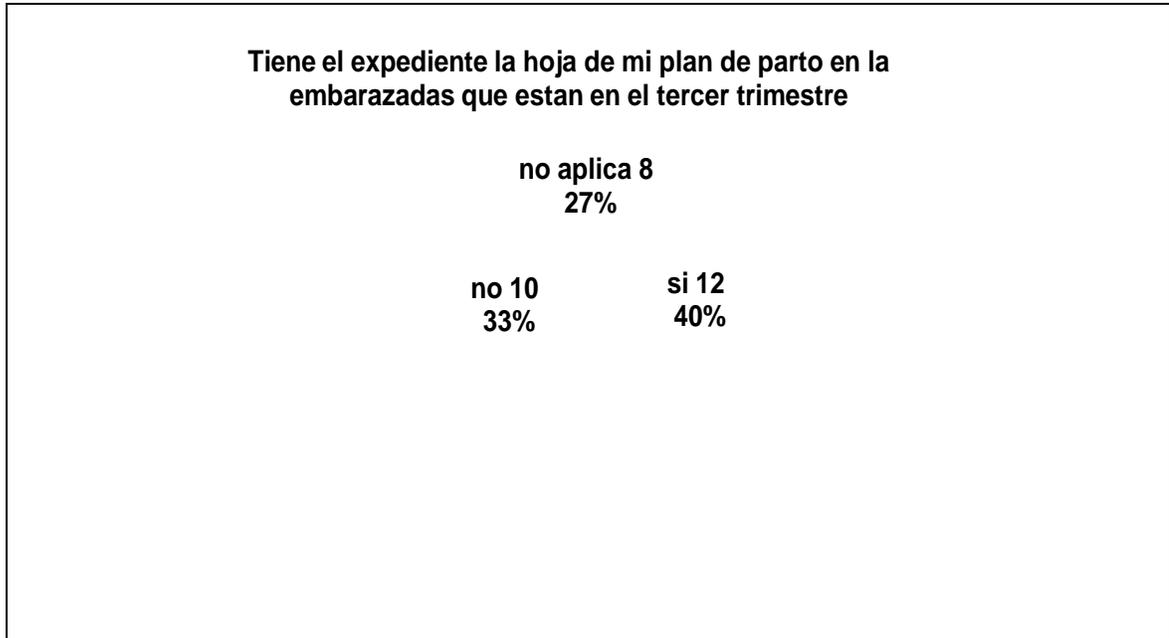
ANÁLISIS:

El cuadro N° 29 demuestra que de 30 expedientes clínicos evaluados, 12 de ellos (40%) tiene la hoja de mi plan de parto en las embarazadas que están en el tercer trimestre; 10 de ellos (33.33%) no la tenían y 8 de ellos (26,66%) no aplicaban.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo al manual para la operativización de la estrategia plan de partos, la hoja de mi plan de parto se le entregara a la gestante en el tercer trimestre del embarazo (a partir de las 24 semanas de gestación) quien la llenara, la firmara o imprimirá sus huellas digitales con la ayuda de su esposo y familia; para luego ser anexada al expediente clínico. Pero en los expedientes estudiados se identificaron algunos en los que las pacientes no habían llegado a las 24 semanas por lo que no aplicaban para este ítem; sin embargo de los que si aplicaban es evidente que no están aplicando esta normativa debido a que casi la mitad de los que aplicaban no cuentan con la hoja de mi plan de partos.

GRÁFICO N° 29



Fuente: Cuadro N° 29

CUADRO N° 30

¿La ficha del plan de parto tiene todos los datos generales llenos?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
si	24	80
no	6	20
Total	30	100

Fuente: Datos proporcionados por expedientes clínicos

ANÁLISIS:

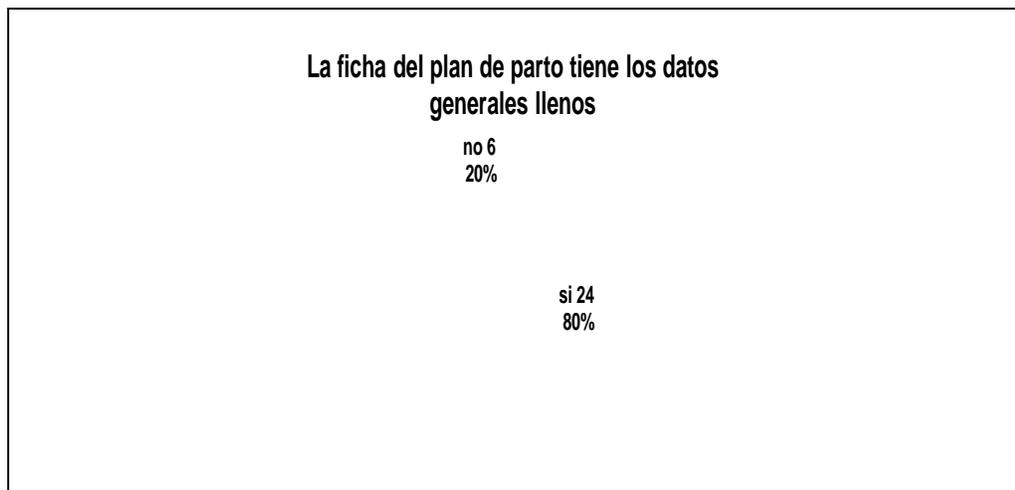
El cuadro N° 30 demuestra que de 30 expedientes clínicos evaluados, 24 de ellos (80%) si tienen los datos generales llenos; y que 6 de ellos (20%) no los tienen completos.

INTERPRETACIÓN:

Los datos generales de la ficha están divididos en 2 partes; la parte A que contiene datos generales de la paciente, los cuales estaban llenos completamente en todos los cuadros revisados y la parte B que es donde se anotan las fechas de los

seguimiento del plan de partos, la cual no estaba completamente llenos en 2 de los expediente revisados, los restantes 4 no contaban con la hoja en el expediente por lo que no se evalúan. Aunque las pacientes contaban con la ficha original.

GRÁFICO N° 30



Fuente: Cuadro N° 30

CUADRO N° 31

¿Los datos relacionados con el control del embarazo de la ficha del plan de partos están completas, con respecto a la actualización?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
si	21	70
no	9	30
Total	30	100

Fuente: Datos proporcionados por expedientes clínicos

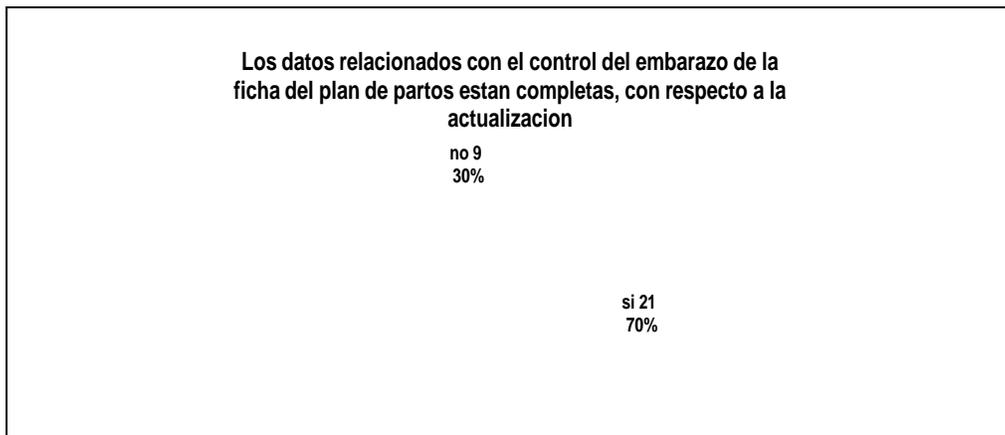
ANÁLISIS:

El cuadro N° 31 demuestra que de 30 expedientes clínicos evaluados, 21 de ellos (70%) tienen los datos relacionados con el control del embarazo completo según cada actualización, pero 9 de ellos (30%) no lo están.

INTERPRETACIÓN:

La primera parte de la segunda página detalla datos como fecha de última regla, fecha probable de parto, dosis de toxoides. En este cuadro la casi totalidad los tiene llenos, en los casos que no esta, corresponde a los expedientes de las hojas que no tenían la ficha; y en otros casos no esta completa porque la paciente desconocía la fecha de ultima regla y por ende la fecha de ultimo parto; algunas ya tienen completo su esquema de toxoide tetánico por lo que tampoco tenían lleno este apartado.

GRÁFICO N° 31



Fuente: Cuadro N° 31

CUADRO N° 32

¿Los apartados relacionados a los Preparativos para el parto están señalados en la ficha?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	80
No	6	20
Total	30	100

Fuente: Datos proporcionados por expedientes clínicos

ANÁLISIS:

El cuadro N° 32 demuestra que de 30 expedientes clínicos evaluados, 24 de ellos (80%) tienen señalados los apartados relacionados a los Preparativos para el parto; en tanto que 6 de ellos (20%) no los tenían señalados.

INTERPRETACIÓN:

Este ítem evalúa la segunda parte de la segunda página en donde se pregunta en que lugar tendrá el parto, es alarmante que hayan expedientes que no tengan completos este apartado ya que con la estrategia se está buscando la atención del parto hospitalario y no se le pone importancia en marcar este dato desde la inscripción de la paciente en la estrategia, esto revela el poco interés que el personal responsable le pone a esta ficha

GRÁFICO N° 32



Fuente: Cuadro N° 32

CUADRO N° 33

¿El cuadro de cómo piensa salir de su comunidad para la atención de su parto o en caso de emergencia; los datos están claramente definidos?

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	70
No	9	30
Total	30	100

Fuente: Datos proporcionados por expedientes clínicos

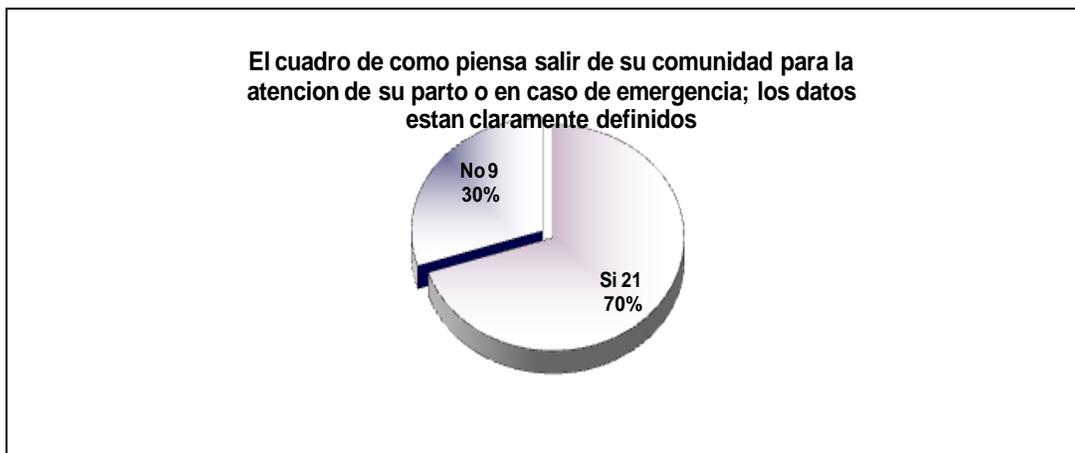
ANÁLISIS:

El cuadro N° 33 demuestra que de 30 expedientes clínicos evaluados, 21 de los expedientes (70%) reflejan claramente los datos de cómo salir de su comunidad; en tanto 9 de estos (30%) no lo están.

INTERPRETACIÓN:

La accesibilidad a los servicios de salud juega un papel determinante para evitar las muertes maternas y es de vital importancia que la gestante y su familia tengan definidos cómo saldrán de su comunidad de acuerdo al cuadro anterior no se le esta ayudando a la totalidad de las usuarias a definirlo porque aun reencuentran fichas con datos vacíos, lo que al final puede conducir a un parto intradomiciliar o una muerte materna, en el peor de los casos.

GRÁFICO N°33



Fuente: Cuadro N° 33

CUADRO N° 34

¿Tiene marcado algún signo de peligro durante el embarazo, el parto, al posparto y del recién nacido?

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	13,33
No	26	86,66
Total	30	100

Fuente: Datos proporcionados por expedientes clínicos

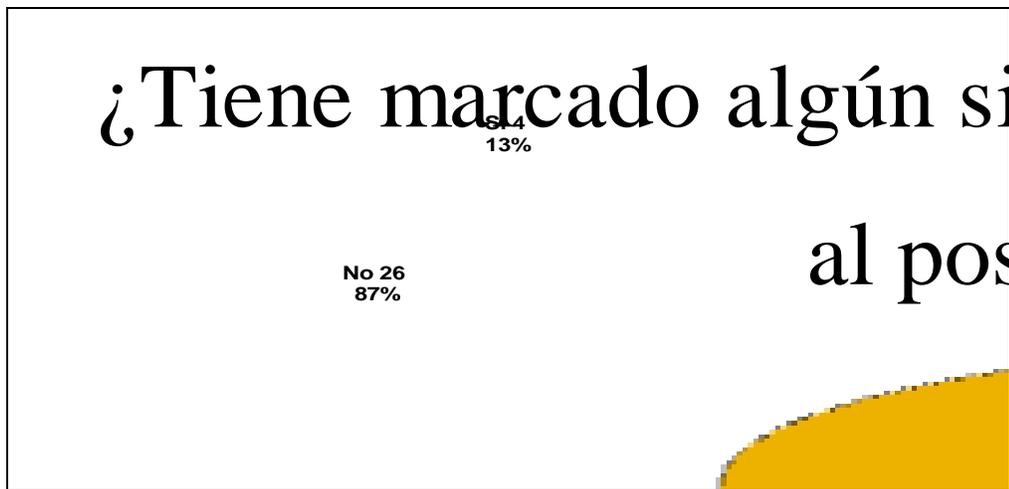
ANÁLISIS:

El cuadro N° 34 demuestra que de 30 expedientes clínicos evaluados, 4 de estos (13.33%) tienen marcado un signo de peligro, y 26 (86.67%) no tienen marcado ningún signo de peligro.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los cuadro clínicos revisados no tiene marcado ningún signo de peligro o alarma, aunque si estaban marcados los círculos que indican cuantos controles prenatales se han recibido, esto evidencia que al momento de la evaluación no hay pacientes que tengan un alto riesgo y por tanto tienen menos posibilidad de fallecer si identifican con prontitud.

GRÁFICO N° 34



Fuente: Cuadro N° 34

**5.3 TABULACION ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS DE
CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS PACIENTES CON
PLAN DE PARTOS.**

**CUADRO N° 35
PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES**

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	74	82.22
Urbana	16	17.77
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes

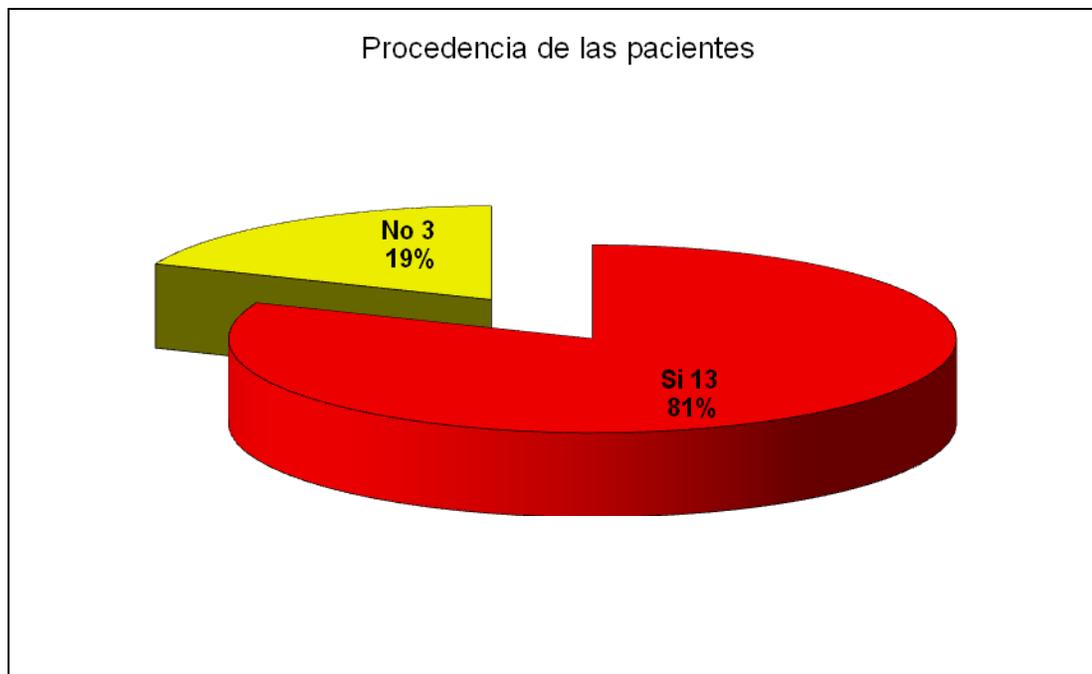
ANÁLISIS:

El cuadro N° 36 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, el 74% de ellas (82.22%) corresponde al área rural; y 16 de ellas (17.77%) corresponden al área urbana.

INTERPRETACIÓN:

La gran mayoría de pacientes procede del área rural, esto se debe a que la población rural de los municipios es mayor en comparación al área urbana, además la unidad de salud de Estanzuelas cuenta con el apoyo de la unidad móvil institucional de extensión de coberturas a nivel rural, lo que aumenta las consultas en el área rural. También una parte de la zona urbana lleva sus controles prenatales con médicos particulares, Bienestar Magisterial e Instituto Salvadoreño del Seguro Social; por lo que casi no asisten a la unidad de salud

GRÁFICO N° 35



Fuente: Cuadro N° 35

CUADRO N° 36

Grupo religioso a la que pertenecen las pacientes

ALTERNATIVA	Frecuencia	Porcentaje
Católica	35	38.88
Evangélica	35	38.88
Ninguna	20	22.22
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes

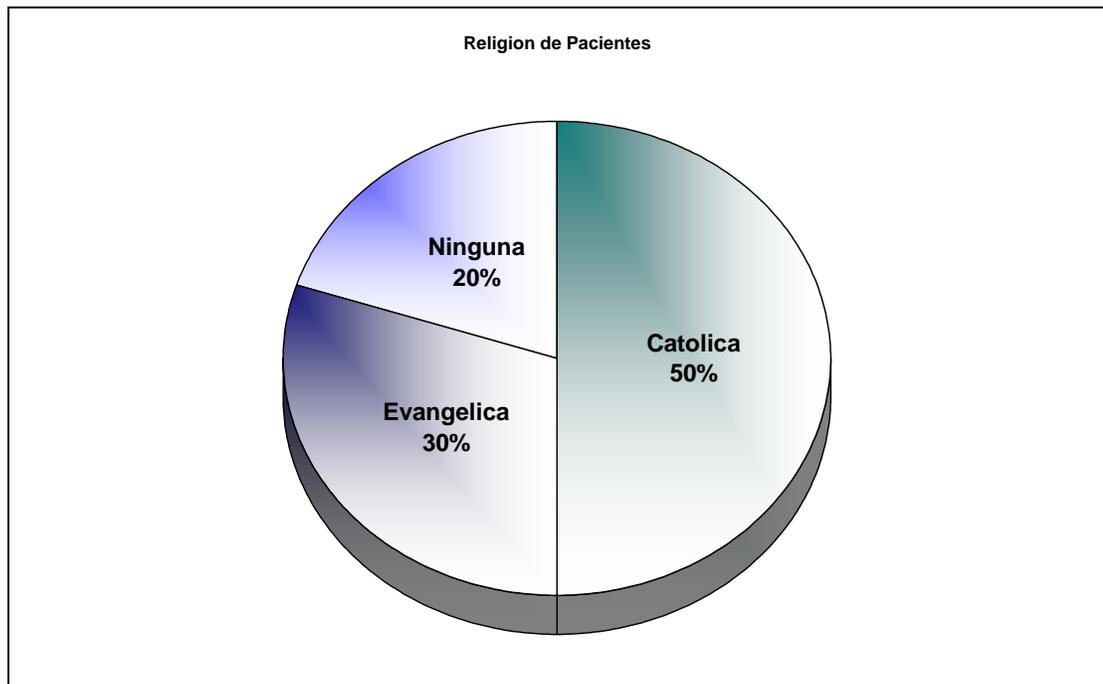
ANÁLISIS:

El cuadro N° 36 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, 35 de ellas (38.88%) pertenecen al grupo religioso católico; 35 (38.88%) son evangélicas; 20 (22.22%) dijeron no pertenecer a ningún grupo religioso.

INTERPRETACIÓN:

La religión juega un papel importante en la toma de decisiones en cuanto a la atención del parto ya que existen religiones evangélicas radicales (Iglesia evangélica de la Fe en Jesús del municipio de Estanzuelas) que no permiten la atención médica hospitalaria, lo que en ciertos casos pudiese aumentar el riesgo de una muerte materna perineonatal; en el cuadro anterior se ve que las dos denominaciones cristianas mayoritarias en nuestro país están en igual proporción por lo que al hacer un análisis se interpreta que no importa la denominación religiosa a la cual pertenezca ya que siempre asisten en igual proporción a sus controles prenatales y por ende se incluyen en la estrategia plan de partos; las pacientes que dijeron no pertenecer a ninguna religión en realidad no son ateas sino que significa que no son fieles a ninguna de las religiones mencionadas.

GRÁFICO N° 36



Fuente: Cuadro 36

CUADRO N° 37

Nivel de estudio de las pacientes

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	24	26.66
Primaria (1 ^o -6 ^o)	43	47.77
Básica (7 ^o -9 ^a)	13	14.44
Bachillerato	7	7.77
Técnico Universitario	0	0
Universitario	3	3.33
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes

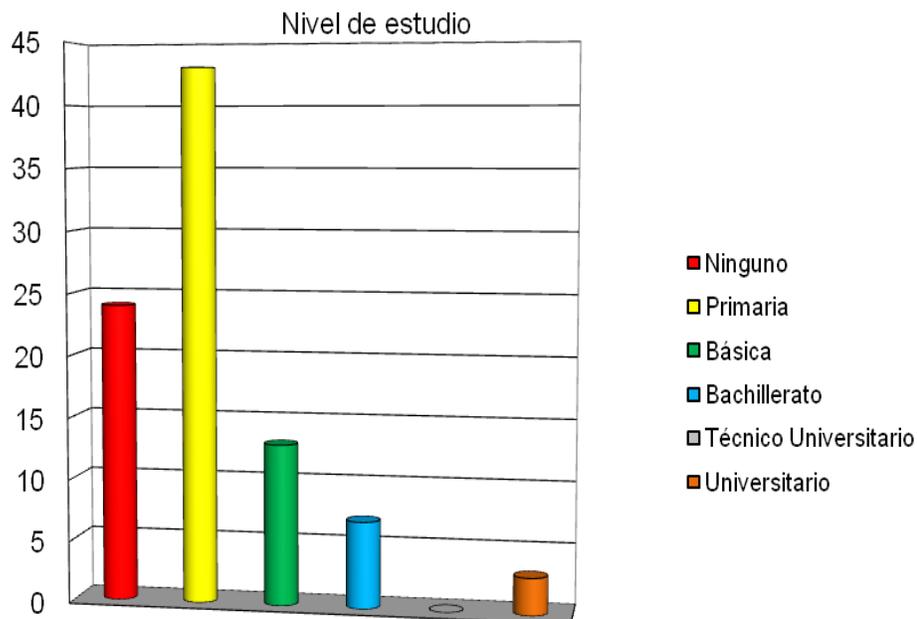
ANÁLISIS:

El cuadro N° 37 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, 24 de ellas (26.66%) no tienen ningún nivel de estudio; 43 de ellas (47.77%) tienen estudios de primaria; 13 de ellas (13.44%) tienen estudios de básica; 7 de ellas (7.77%) tienen estudios de bachillerato; Ninguna tiene el técnico universitario; y 3 de ellas (3.33%) tienen un nivel universitario de estudio.

INTERPRETACIÓN:

El nivel de estudio en los pacientes puede influir en la claridad de la toma de decisiones acertadas por la embarazada y su familia a la hora de decidir el lugar de atención de su parto. La mayoría de los casos estudiados reside en el área rural y generalmente este tipo de personas ha cursado hasta los niveles de primaria que llega hasta el sexto grado ; lo que hace necesario que el personal de salud doble el esfuerzo de explicar y convencer a estas usuarias de los beneficios de llevar un control prenatal estricto y promover un parto intrahospitalario, debido a que estas personas tienen patrones culturales cimentados y arraigados en su propia idiosincrasia; sin embargo son escasas las pacientes que tienen un nivel por encima del bachillerato quizás por eso no asisten o tienen acceso a otros servicios de salud por lo que no asisten a las unidades de salud.

GRÁFICO N° 37



Fuente: Cuadro N° 37

CUADRO N° 38

¿Conoce la estrategia plan de parto?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
si	89	98,88
no	1	1,11
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes

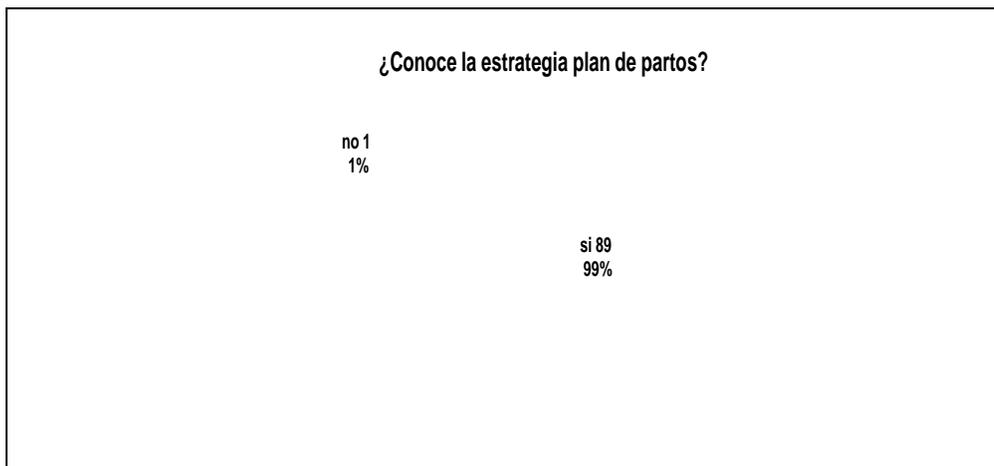
ANÁLISIS:

El cuadro N° 38 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, se observa que el 98.98% (89) refieren conocer la estrategia Plan de Partos y 1.11% (1) no conocerla.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados que arroja la pregunta anterior nos da un idea general del conocimiento que tienen las pacientes referente a la estrategia plan de partos, casi en su totalidad respondieron conocerla y esto indica que se ha divulgado en forma masiva la estrategia en todas las pacientes que asisten a los controles prenatales en la unidad de salud, la paciente que respondía que no la conocía a lo mejor no comprendió la interrogante, porque las siguientes preguntas eran respondidas como si la conociese, lo que pareciese ser contradictorio.

GRÁFICO N° 38



Fuente: Cuadro n° 38

CUADRO N° 39

¿Fue inscrita usted a la estrategia cuando hizo su inscripción prenatal?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
si	69	76,66
no	21	23,33
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes

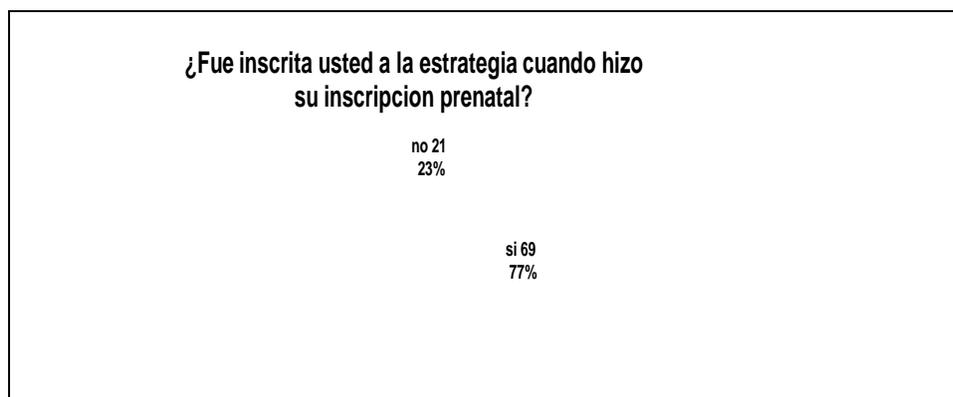
ANÁLISIS:

El cuadro N° 39 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, se preguntó si fue inscrita en la estrategia Plan de partos al ser inscrita en el control prenatal 69 de ellas (76.67%) contestaron que si fueron inscritas, en tanto, 21 pacientes (23.33%) respondieron no haber sido inscritas.

INTERPRETACIÓN:

Toda paciente que llega a su control prenatal se debe de inscribir en el Plan de partos es obligación del personal de salud hacerlo, hay pacientes que no fueron inscritas de esta forma algunas porque su control materno lo iniciaron antes de poner en practica la estrategia, otras fueron llenadas por el promotor en el momento de la identificación de la embarazada (lo cual a partir de mayo se suspendió); de allí los resultados que se plasman en el cuadro anterior en donde se observa que aunque el mayor numero de pacientes encuestadas dijo haber sido inscrita en el momento del control prenatal un numero bastante significativo dijo que no.

GRÁFICO N° 39



Fuente: Cuadro N° 39

CUADRO N° 40

¿Fue inscrita por el promotor de salud antes de su inscripción prenatal?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
SI	9	10
NO	81	90
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes

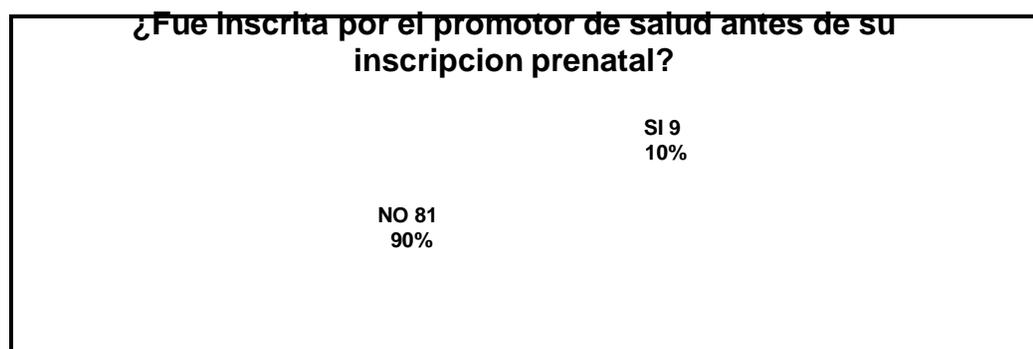
ANÁLISIS:

El cuadro N° 40 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, sobre la participación del promotor en la inscripción en la estrategia previo al control prenatal 9 pacientes (10%) respondieron que Si, 81 pacientes (81%) dijeron que no.

INTERPRETACIÓN:

Antes de Mayo del 2007 el promotor o parte del personal de salud eran los encargados de inscribir a la embarazada en el momento del primer contacto, esto fue cambiado a partir de esa fecha en donde se definió que solo el personal medico en el primer control serian los encargados de inscribir a la embarazada. Esto se comprueba con los resultados de la pregunta anterior la participación del promotor en la inscripción es casi nula, pero que esta presente, su participación actualmente esta enfocada en la identificación y el seguimiento de la embarazada.

GRÁFICO N° 40



Fuente: Cuadro N° 40

CUADRO N° 41

¿Quién la inscribió en la estrategia plan de partos?

Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Medico	69	76,66
Enfermera	10	11,11
Promotor	11	12,22
Partera	0	0
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes

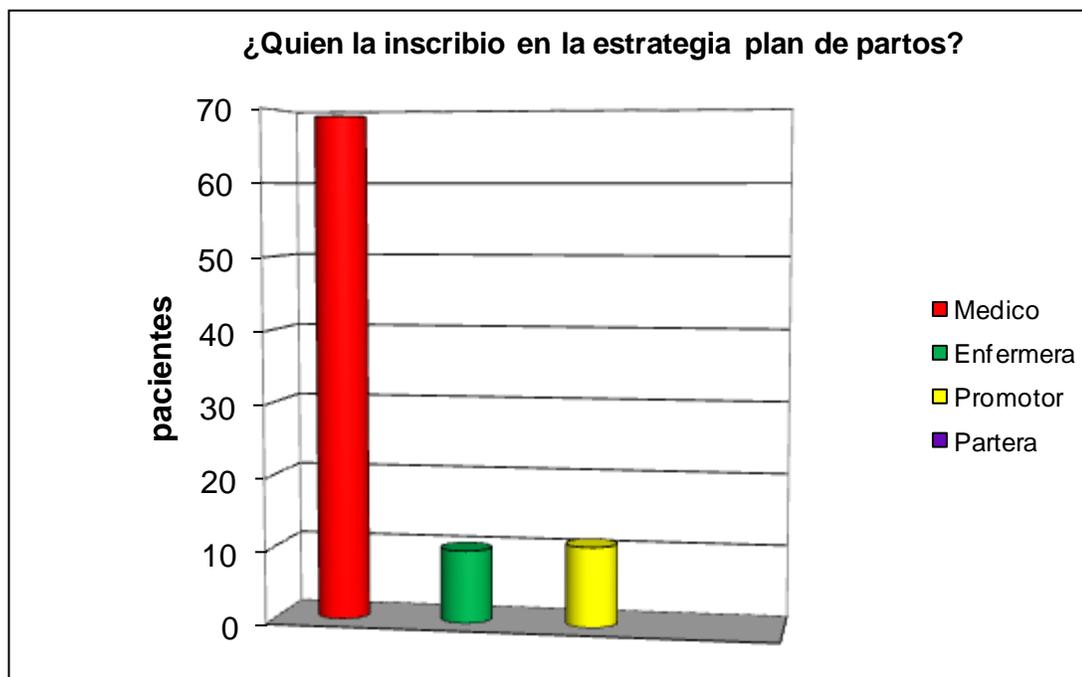
ANÁLISIS.

El cuadro N° 41 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, referente a Quien la inscribió en la estrategia 69 de las embarazadas (76.67%) respondió que el Medico, 10 (11.11%) respondió que la enfermera, 11 de ellas (12.22%) dijo que el promotor, la participación de la partera no dio resultados.

INTERPRETACIÓN.

La estrategia Plan de partos esta diseñada para poder ser implementada e impulsada por todo el personal de salud, de allí la importancia que médicos, enfermeras, promotores e incluso parteras sepan el correcto llenado de la ficha del plan de partos, para una mejor ejecución de esta. Los resultados obtenidos son el reflejo de lo antes expuesto, y todos tienen en mayor o menor grado participación en cuanto a inscribir a una mujer embarazada; es importante observar que las parteras cada vez más van teniendo un papel menos relevante para la atención del parto. Sin embargo aunque la estrategia las incluye, en ninguna de las unidades de salud estudiadas se ha tomado en cuenta para ejecutar la estrategia y no se han capacitado sobre estrategia. Los promotores actualmente no pueden inscribir a las pacientes en la estrategia, antes de mayo si lo podían hacer, por lo que en el cuadro anterior hay pacientes que fueron inscritos por ellos.

GRÁFICO N° 41



Fuente: Cuadro N° 41

CUADRO N° 42

¿Cuándo fue inscrita se le explico el propósito del plan de partos?

Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Si	87	96,66
No	3	3,33
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes

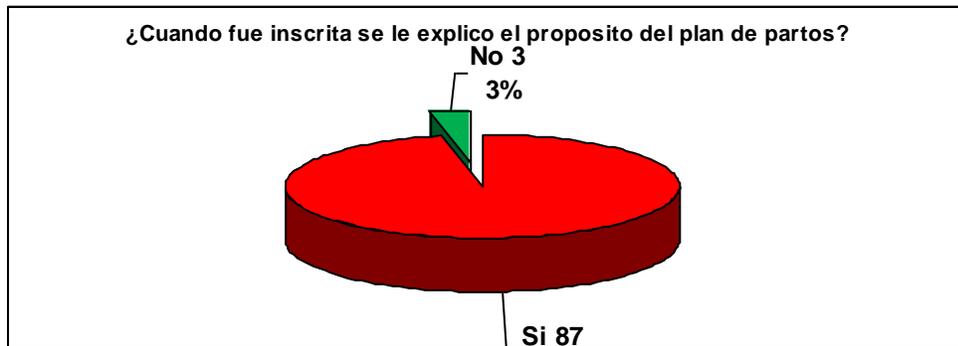
ANÁLISIS:

El cuadro N° 42 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, si se le explico el propósito de la estrategia plan de parto 86 de estas (96.66%) respondieron que si, 3 respondieron (3.33%) que no se les fue explicado el propósito de la estrategia.

INTERPRETACIÓN:

Es deber del encargado de inscribir a toda mujer embarazada explicar el propósito que el plan de partos tiene consigo, y que no solo es llenar el papeleo como frecuentemente esta acostumbrado el personal, se debe explicar cada apartado desde lo general hasta lo mas especifico detallado en la ficha. Aunque al momento de responder casi todas las pacientes afirmaron que si se les había explicado, se pudo identificar que no recordaban muchas cosas que estaban plasmadas en su ficha, de allí la importancia de educar en cada control materno sobre el propósito y finalidad que conlleva el plan de partos.

GRÁFICO N° 42



Fuente: Cuadro N° 42

CUADRO N° 43

¿Considera usted que la estrategia le beneficie a usted y su familia?

Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Si	90	100
No	0	0
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes

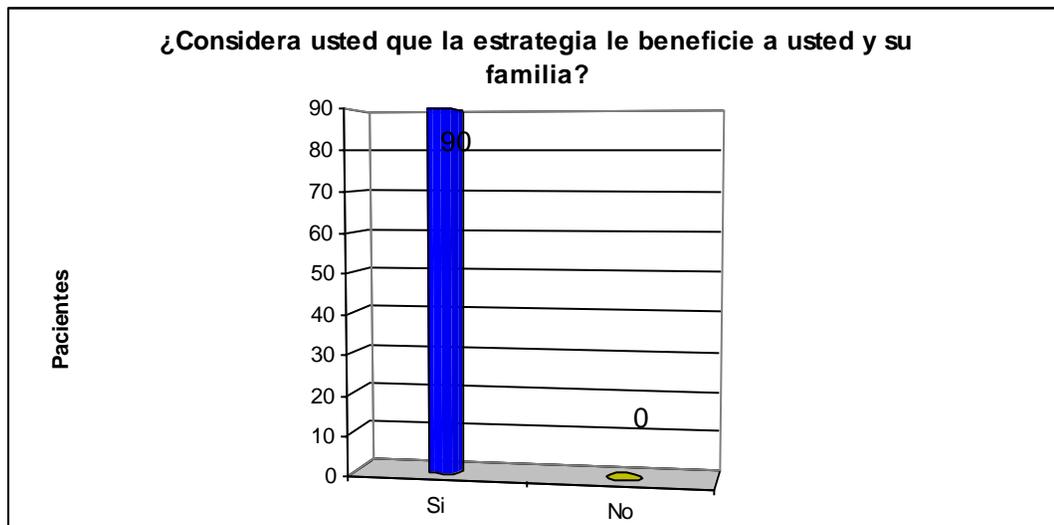
ANÁLISIS:

El cuadro N° 43 demuestra que de los 90 pacientes estudiados, el 100 % de estos, afirma que la estrategia les beneficia a ellas y su familia

INTERPRETACIÓN:

Una de las finalidades de la estrategia es incluir el grupo familiar en la planificación y preparativos del parto tanto a la pareja como a su familia, para hacerle notar a la mujer que es importante. Y en el cuadro anterior se evidencia que la estrategia cumple con este propósito, aunque no se especifica en que sentido le ayuda la estrategia.

GRÁFICO N° 43



Fuente: Cuadro N° 43

CUADRO N° 44

¿Su promotor actualiza rutinariamente su plan de partos?

Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Si	65	72,22
No	25	27,77
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes

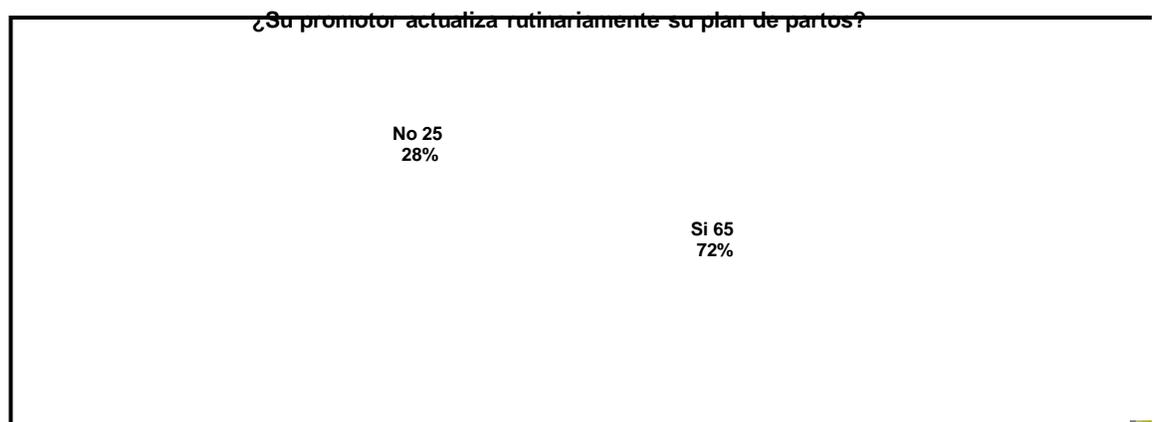
ANÁLISIS:

El cuadro N° 44 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, 65 de ellas (72.22%) dijeron que su promotor actualizaba rutinariamente su plan de partos, en tanto 25 de ellos (27.78%) dijeron que no.

INTERPRETACIÓN:

El promotor de salud como parte de su función en el control de la mujer embarazada debe mantener actualizados los planes de parto de las inscritas con el plan, para identificar signos de alarma o peligro durante el embarazo. El cuadro anterior demuestra que aunque la mayoría dicen ser visitadas por su promotor encargado; un poco mas de la cuarta parte no se le esta dando el seguimiento adecuado y son muchas las mujeres que pudiesen estar en riesgo si no se les da un seguimiento oportuno.

GRÁFICO N° 44



Fuente: Cuadro N° 44

CUADRO N° 45

¿Recuerda 3 preguntas que tiene el plan de partos?

Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Si	57	63,33
No	33	36,66
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes.

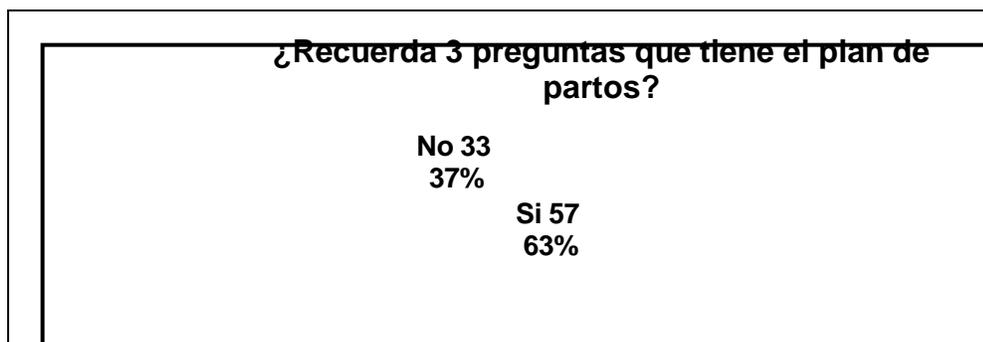
ANÁLISIS:

El cuadro N° 45 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, 57 de ellas (63.33%) recuerdan 3 preguntas que tiene el plan de partos, en tanto 33 de ellas (36.67%) no las recuerdan.

INTERPRETACIÓN:

El conocimiento que tiene la paciente de la estrategia es importante para hacer tangible los resultados de la estrategia, en el cuadro anterior es evidente que las pacientes le dieron importancia y lograron impregnarse de cada uno de los apartados de la estrategia, y empoderarse de ella, logrando así una de las finalidades de esta. Las que respondieron que no recordaban demuestra que le tomaron poca importancia a las interrogantes realizadas por el personal medico, o que por su nivel de estudio se les es difícil recordarlas y comprenderlas. Ver anexo 21 las respuestas más frecuentes.

GRÁFICO N° 45



Fuente: Cuadro N° 45

CUADRO N° 46

¿Le han explicado signos de alarma del embarazo?

Resultado	Frecuencia	porcentaje
Si	82	91.11
No	8	8.88
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes.

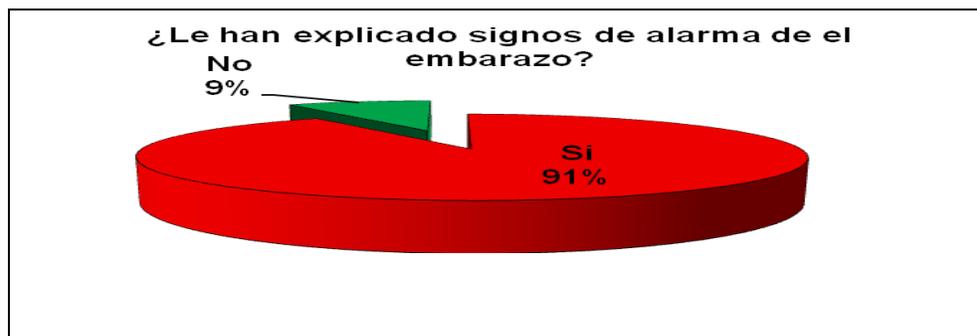
ANÁLISIS:

El cuadro N° 46 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, 82 de ellas (91.11%) afirman que le han explicado signos de alarma, en tanto 8 de ellas (8.88%) refieren que no.

INTERPRETACIÓN:

Los signos de alarma sirven para identificar riesgos que pueda presentar la paciente durante su embarazo y que al identificarlo ayudan a actuar de formas inmediata a la paciente y así disminuir los riesgos de morbimortalidad; en el cuadro anterior se evidencia que casi la totalidad de las pacientes conoce los signos de alarma lo que indica que se ha hecho una promoción adecuada sobre la estrategia y que la paciente esta capacitada para acudir a un centro asistencial de ocurrir alguna de ellas.

GRÁFICO N° 46



Fuente: Cuadro N° 46

CUADRO N° 47

¿Sus controles son dados por el medico, enfermera o promotor?

Resultado	frecuencia	Porcentaje
Medico	78	86.66
Enfermera	12	13.33
Promotor	0	0.00
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes.

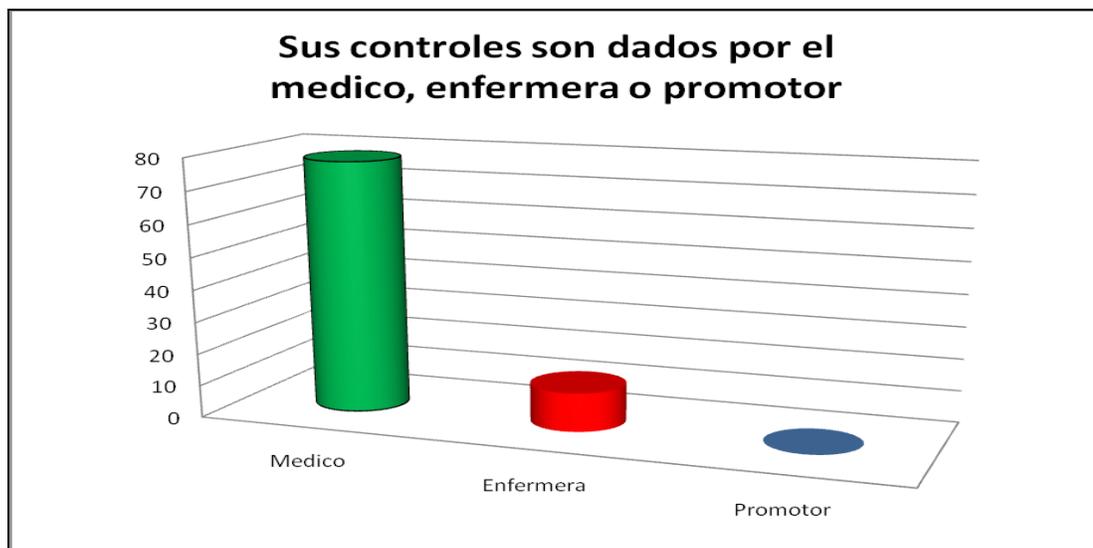
ANÁLISIS:

El cuadro N° 47 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, 78 de ellas (86.66%) dijeron que el medico les llevaba sus controles, 12 de ellas (13.33%) dijeron que por enfermeras y ninguna de ellas por promotor.

INTERPRETACIÓN:

Los controles prenatales por norma son dados por el medico o por una enfermera capacitada, mientras que el promotor no tiene la capacidad técnica ni científica para brindar esta atención; el cuadro anterior demuestra que los médicos son los que mas frecuente dan los controles y por lo tanto son los mas indicados para la implementación de la estrategia y el seguimiento de la misma; las enfermeras brindan controles prenatales cuando el medico no se encuentra en la unidad de salud por tanto su proporción es pequeña en relación con los médicos.

GRAFICO N° 47



Fuente: Cuadro N° 47

CUADRO N° 48

11.- ¿La estrategia le ayudo a planificar el lugar de su atención del parto?

Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Si	83	92.22
No	7	7.78
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes.

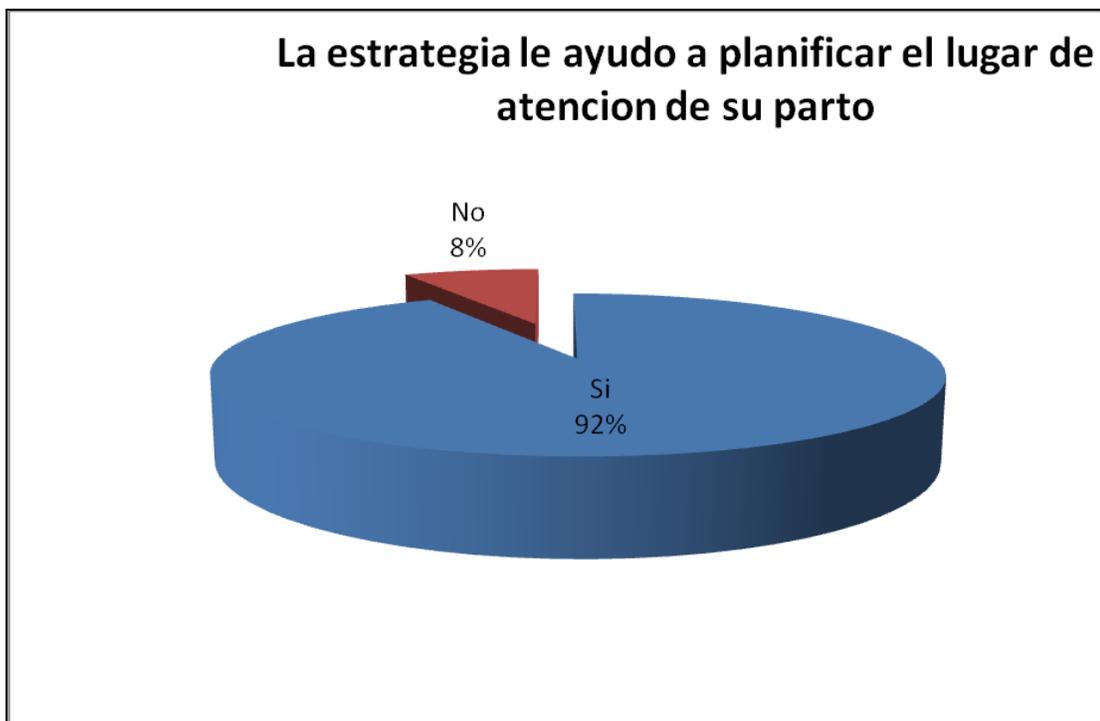
ANALISIS:

El cuadro N° 48 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, 83 de ellas (92.22%) la estrategia les ayudo a planificar el lugar de atención del parto; en tanto que 7 de ellas (7.77%) dijeron que no.

INTERPRETACION:

La finalidad de la estrategia es aumentar el parto hospitalario por lo tanto tiene que orientar a la embarazada hacia ese fin. A la mayoría de las embarazadas en estudio la estrategia ayudo a definir el lugar de atención de su parto, lo que implicaría disminuir la demora 1; y secundariamente disminuiría la mortalidad materna; esto se evidencia con el creciente número de partos hospitalarios, y disminución de los partos domiciliarios.

GRÁFICO N° 48



Fuente: Cuadro N° 48

CUADRO N° 49

Para salir de su comunidad para la atención de su parto o en caso de emergencia usted escogió un medio de transporte que la llevaría al lugar de la atención de su parto: ¿Cuál fue su medio de transporte?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Vehículo	87	96.67
Bestia	0	0
Hamaca	0	0
ninguno	3	3.33
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes.

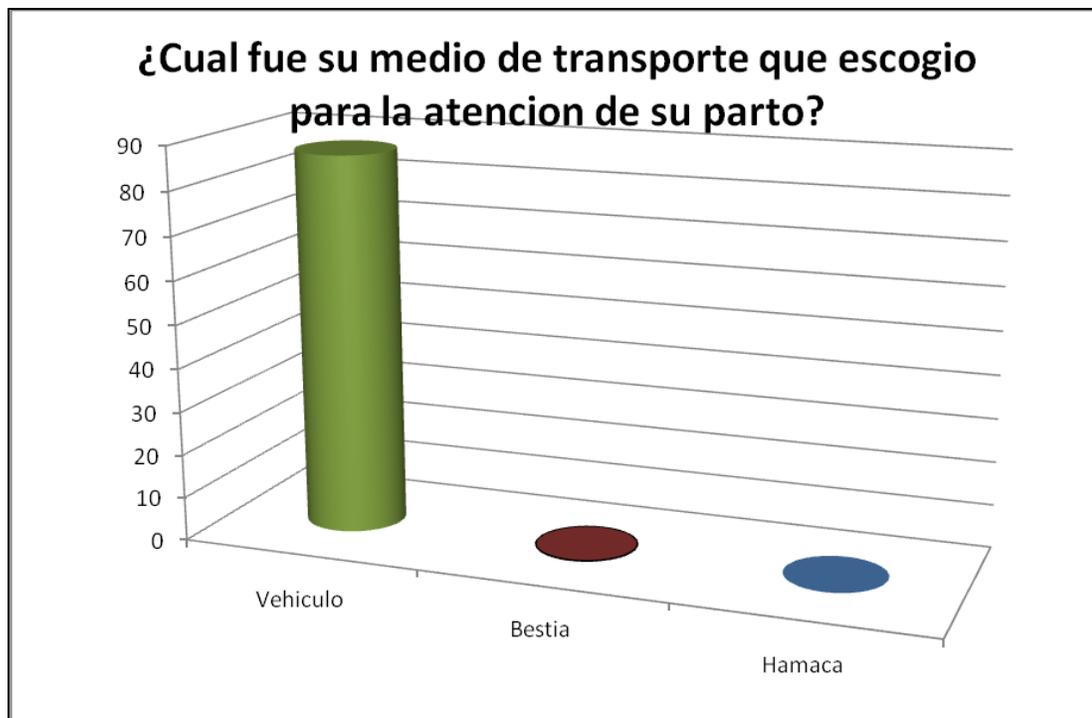
ANÁLISIS:

El cuadro N°49 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas; el medio de transporte ha utilizar fue de 87 (96.66%) por vehículo; y 3 de ellas (3.33%) dijo que ningún medio iba a utilizar, el rubro de bestia y hamaca no fueron mencionados.

INTERPRETACIÓN:

El medio de transporte es importante porque al escogerlo se disminuye el tiempo hacia el lugar de atención del parto, 2 de los municipios estudiados cuentan con red solidaria lo que ha mejorado notablemente el acceso a los caminos rurales, por lo que la mayoría de personas encuestadas tienden a utilizar el vehículo como medio de salir del lugar de su residencia, en el cuadro anterior se menciona la bestia y la hamaca por aquellos lugares en donde hay inaccesibilidad geográfica.

GRÁFICO N° 49



Fuente: Cuadro N° 49

CUADRO N° 50

¿La persona que usted delego para su transporte, fue al final quien la llevo a su centro asistencial?

Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	14.44
No	3	3.33
No aplica	74	82.22
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes

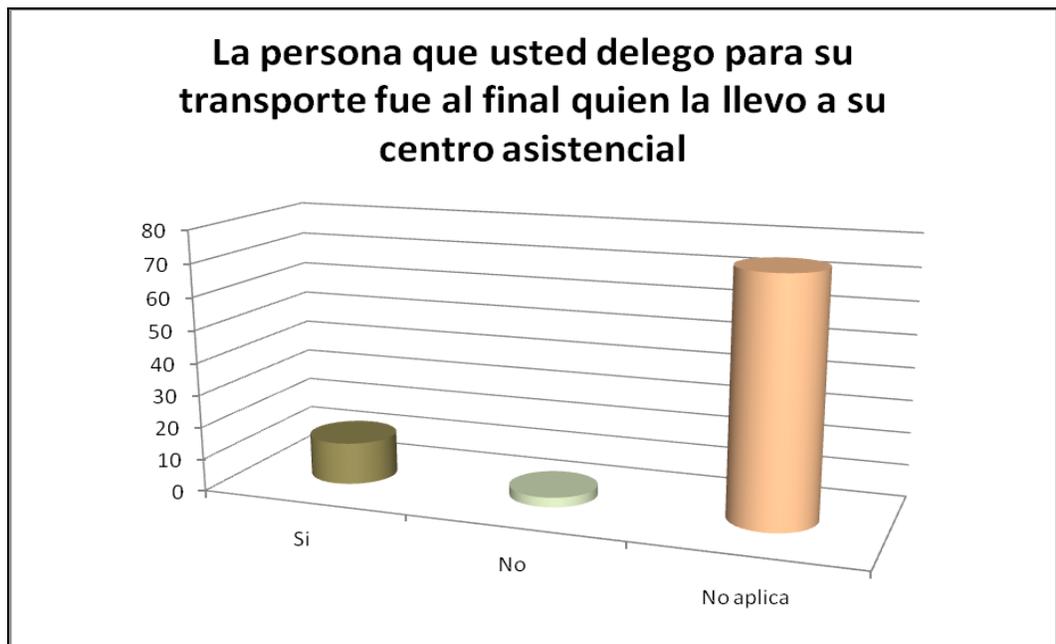
ANÁLISIS:

El cuadro N° 50 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas; 13 de ellas (14.44%) refieren que la persona a quien designaron para su transporte fueron quienes al final llevaron a sus centros asistenciales; y que 3 de ellas (3.33%) no fueron los que designaron.

INTERPRETACIÓN:

La estrategia al orientar a la paciente quien la transportara trata de disminuir las demoras con el fin de aumentar el parto institucional. En el cuadro anterior se observa que la estrategia si esta ayudando a la paciente a escoger y culminar la planificación para la atención de su parto por lo que se puede aseverar que la estrategia cumple con uno de sus propósitos; las personas que al final de su embarazo no utilizaron el medio de transporte se debió a que presentaron una emergencia o imprevisto; en este caso las personas que no aplican es porque aun no han verificado su parto y fueron entrevistada en su control prenatal.

GRÁFICO N° 50



Fuente: Cuadro N° 50

CUADRO N° 51

¿Ha asistido a todos sus controles?

Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Si	83	92.22
No	7	7.78
Total	90	100

Fuente: Cedula dirigida a las pacientes

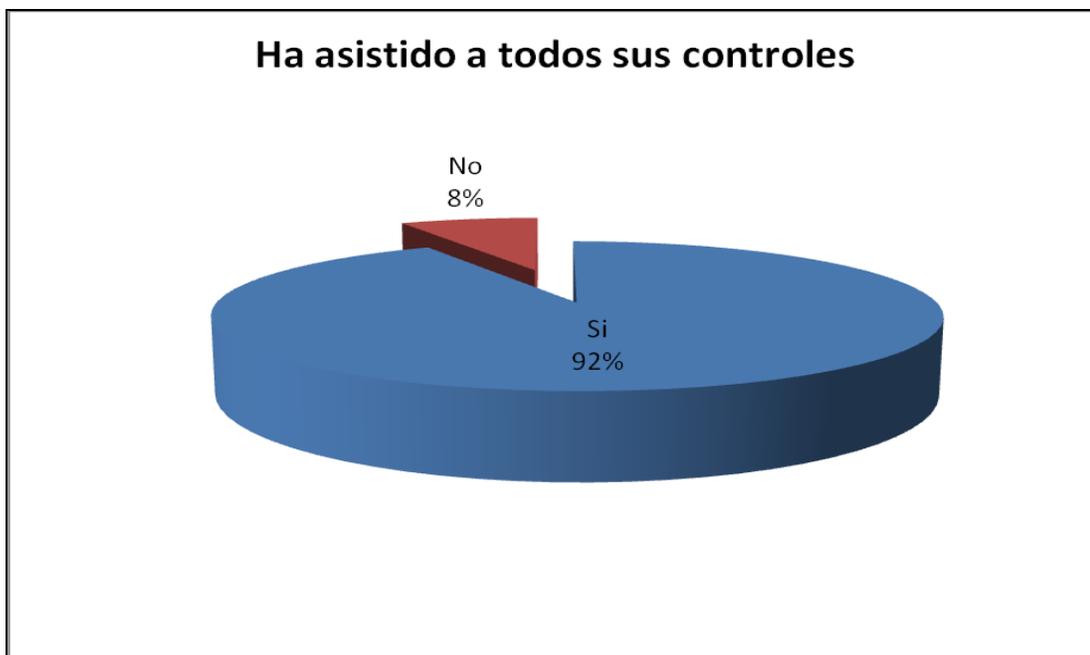
ANÁLISIS:

El cuadro N° 51 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas; 83 de ellas (92.22%) refieren que si han asistido a sus controles prenatales; 7 de ellas (7.77%) refieren que no han asistido a sus controles prenatales.

INTERPRETACIÓN:

Las pacientes deben asistir a todos sus controles para hacer una evaluación completa de la evolución de su embarazo; por otra parte es obligación de la unidad de salud, velar porque la paciente asista en forma absoluta a todos sus controles, de acuerdo a la norma institucional de la directiva técnica. En el cuadro anterior la mayoría de pacientes ha tomado conciencia de la importancia de asistir a sus controles, una minoría empero no asistió por diversas situaciones como el que se les haya olvidado, que el medico olvido anotar la fecha del próximo control; o simplemente no pudieron ir.

GRAFICO N° 51



Fuente: Cuadro N° 51

CUADRO N° 52

¿Considera beneficioso que la estrategia plan de parto le pida a usted que ahorre para el momento del parto?

Resultado	frecuencia	Porcentaje
Si	89	98,88
No	1	1,11
Total	90	100

Fuente: Datos proporcionados por el personal de salud

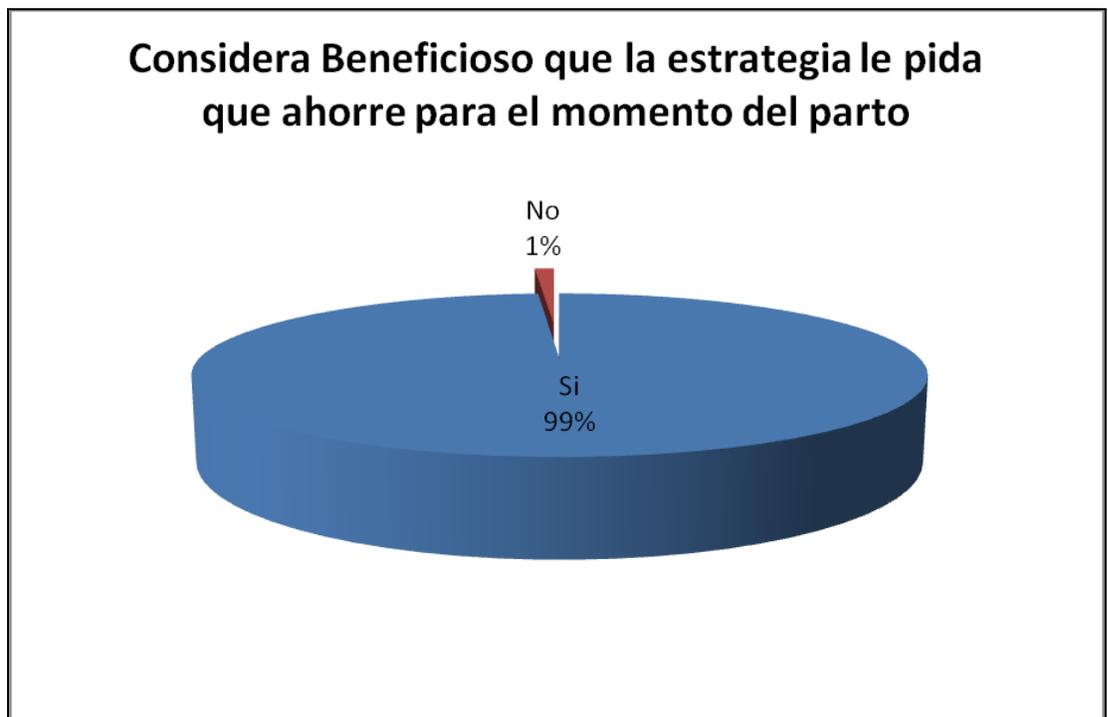
ANÁLISIS:

El cuadro N° 52 demuestra que de 90 pacientes que fueron encuestadas, 89 de ellas (98.88%) consideran beneficioso que se le pida que ahorre para el momento del parto y solo 1 de ellas (1.11%) dijo que no era importante hacerlo.

INTERPRETACIÓN:

El factor económico es un factor decisivo para disminuir las demoras de atención en los servicios de salud, además la mayoría de hogares estudiados vienen del área rural y muchos de escasos recursos, madres solteras o familias conformadas por parejas adolescentes; lo que implica un esfuerzo para la familia, ya que deben estar preparadas para los posibles gastos en cuanto a medicina, ropa e ingresos hospitalarios. En el cuadro anterior para todos es de vital importancia el ahorro, por lo anteriormente explicado; una de ellas opina que no es importante porque ella ya tenía los recursos económicos necesarios para la atención de su parto y que no fue la estrategia la que le ayudo a tomar esta decisión.

GRAFICO N° 52



Fuente: Cuadro N° 52

5.4 COMPROBACION DE LAS HIPOTESIS

Para la comprobación de las hipótesis se toma en cuenta las preguntas que se han formulado clasificando las respuestas como buenas o malas y se hace uso de la formula siguiente, para la confrontación de los datos se utiliza la tabla de “t” student:

$$t_c : \frac{x_i - x_j}{\sigma \sqrt{x_i - x_j}}$$

$$\sigma \sqrt{x_i - x_j}$$

x_i = Datos considerados buenos.

x_j = significa total de respuestas

malas.

t_c = t de student.

n = Numero total de preguntas.

$\sum X$ = Sumatoria de resultados.

\bar{X} = Media aritmética.

σ = desviación Standard.

σ^2 = desviación Standard al

cuadrado.

PROVEEDORES DE SALUD

Proveedores de salud		
Preguntas	Buenas	Malas
1	34	2
2	33	3
3	35	1
4	35	1
5	32	4
6	18	18
7	18	18
8	21	15
9	31	5
10	32	4
11	21	15
12	26	10
13	24	12
14	17	19
15	14	22
16	20	16
17	22	14
18	17	19
	450	198

BUENO

$$\begin{aligned}n &= 18 \\ \sum x &= 450 \\ X &= 25. \\ \hat{\sigma} &= 7.25 \\ \hat{\sigma}^2 &= 52.59\end{aligned}$$

MALO

$$\begin{aligned}n &= 18 \\ \sum x &= 198 \\ X &= 11 \\ \hat{\sigma} &= 7.25 \\ \hat{\sigma}^2 &= 52.59\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\hat{\sigma} x_i - x_j &= \sqrt{\frac{\hat{\sigma} x_i}{n} + \frac{\hat{\sigma} x_j}{n}} = \sqrt{\frac{52.59}{18} + \frac{52.59}{18}} \\ &= \sqrt{\frac{2.921}{18} + \frac{2.921}{18}} = \sqrt{5.842} = \mathbf{2.41}\end{aligned}$$

$$tc: \frac{x_i - x_j}{\hat{\sigma} x_i - x_j} = \frac{25 - 11}{2.41} = \frac{14}{2.41} = \mathbf{5.785^*}$$

tc: (n - 1) (0.05%)

tc: (18 - 1) (0.05%)

tc: 17 (0.05%) = **2.1**

INSTRUMENTOS

Expediente clínico		
Preg.	Buenas	Malas
1	26	4
2	26	4
3	20	10
4	24	6
5	21	9
6	24	6
7	21	9
8	26	4
	188	52

BUENO

$$\begin{aligned}n &= 8 \\ \sum x &= 166 \\ X &= 20.75 \\ \hat{\sigma} &= 7.15 \\ \hat{\sigma}^2 &= 51.07\end{aligned}$$

MALO

$$\begin{aligned}n &= 8 \\ \sum x &= 52 \\ X &= 6.5 \\ \hat{\sigma} &= 2.51 \\ \hat{\sigma}^2 &= 6.29\end{aligned}$$

$$\hat{\sigma} \bar{x}_i - \bar{x}_j = \sqrt{\frac{\hat{\sigma}^2_{x_i}}{n} + \frac{\hat{\sigma}^2_{x_j}}{n}} = \sqrt{\frac{51.07}{8} + \frac{6.25}{8}}$$

$$\sqrt{6.38 + 0.786} = \sqrt{7.16} = \mathbf{2.68}$$

$$tc: \frac{\bar{x}_i - \bar{x}_j}{\hat{\sigma} \bar{x}_i - \bar{x}_j} = \frac{20.75 - 6.5}{2.68} = \frac{14.25}{2.68} = \mathbf{5.317^*}$$

tc: (n - 1) (0.05%)

tc: (8 - 1) (0.05%)

tc: 7 (0.05%)= **2.365**

PACIENTES

Pacientes		
Preg.	Buenas	Malas
1	89	1
2	69	21
3	81	9
4	79	11
5	87	3
6	90	0
7	65	25
8	57	33
9	82	8
10	90	0
11	83	7
12	87	3
13	87	3
14	83	7
15	89	1
	1218	132

BUENO

MALO

h: 15
 $\sum x$: 1218
 \bar{x} : 81.2
 $\hat{\sigma}$: 9.95
 $\hat{\sigma}^2$: 99.03

n: 15
 $\sum x$: 132
 \bar{x} : 8.8
 $\hat{\sigma}$: 9.95
 $\hat{\sigma}^2$: 99.03

$$\hat{\sigma} \cdot \bar{x}_i - \bar{x}_j = \sqrt{\frac{\hat{\sigma}^2 \bar{x}_i}{n} + \frac{\hat{\sigma}^2 \bar{x}_j}{n}} = \sqrt{\frac{99.03}{15} + \frac{99.03}{15}}$$

$$= \sqrt{6.602 + 6.602} = \sqrt{13.204} = 3.634$$

$$tc = \frac{\bar{x}_i - \bar{x}_j}{\hat{\sigma} \bar{x}_i - \bar{x}_j} = \frac{81.2 - 8.8}{3.634} = \frac{72.4}{3.63} = 19.94^*$$

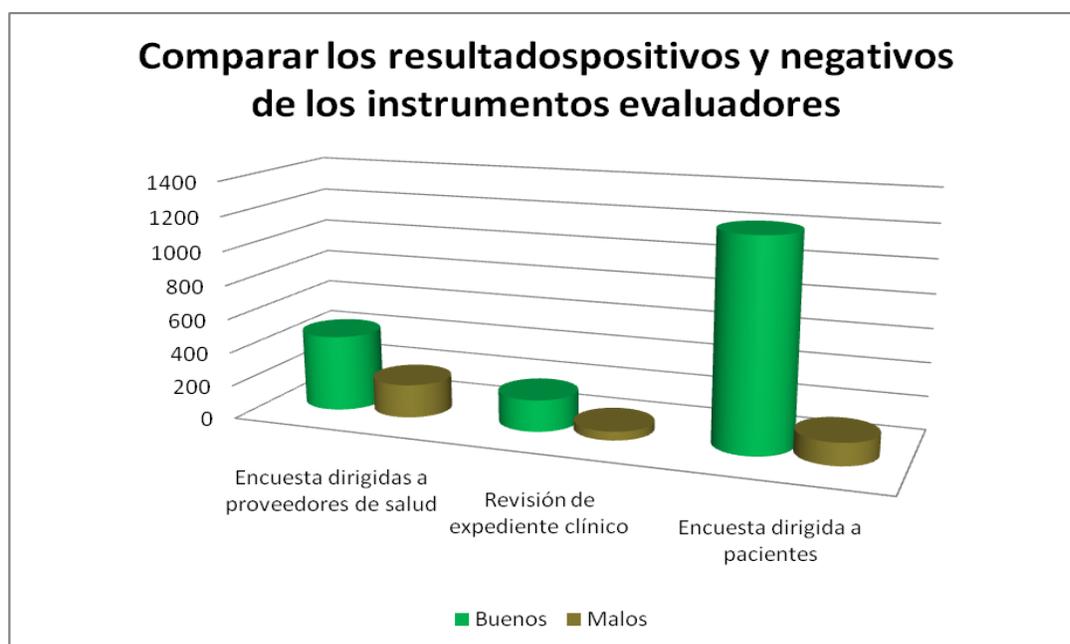
$$tc = (n - 1) (0.05\%)$$

$$tc = (15 - 1) (0.05\%)$$

$$tc = 14 (0.05\%) = 2.145$$

TABULACION DE DATOS ANTES EXPUESTOS

Instrumentos	Buenos	Malos	porcentaje	porcentaje
Encuesta dirigidas a proveedores de salud	450	198	69.5%	30.5%
Revisión de expediente clínico	188	52	78.33%	21.66%
Encuesta dirigida a pacientes	1218	132	90.22%	9.77%



Fuente: resultados de las encuestas evaluadoras.

ANALISIS:

De los datos que antes se mencionan la encuesta dirigida a los proveedores de la salud refleja que de 648 respuestas obtenidas de los 36 evaluados 450 fueron respondidos bien y 198 fueron respondidas equivocadamente. De la revisión del expediente clínico de 240 respuestas obtenidas de 30 expedientes clínicos 188 de los ítems estaban correctamente llenados frente a 52 que no lo estaban; de la encuesta dirigida a las pacientes de 1350 respuestas obtenidas de 90 pacientes evaluadas 1218 respuestas fueron satisfactorias para la evaluación frente a 132 que no fueron satisfactorias.

INTERPRETACION:

En el cuadro anterior el personal de salud se mide que conoce no en su totalidad pero si lo necesario para aplicar la estrategia en cada uno de sus establecimientos, en cuanto al expediente clínico se identifica que no todos los expedientes clínicos mantienen un correcto llenado, pero cuentan con la mayoría de los apartados llenos lo que implicaría un mal llenado de los instrumentos; en cuanto la encuesta dirigida a las pacientes hay un marcado conocimiento de la embarazada que puede estar influyendo el tipo de formulación de las preguntas.

De acuerdo a los resultados anteriores en los 3 instrumentos evaluados se observa que hay significación estadística.

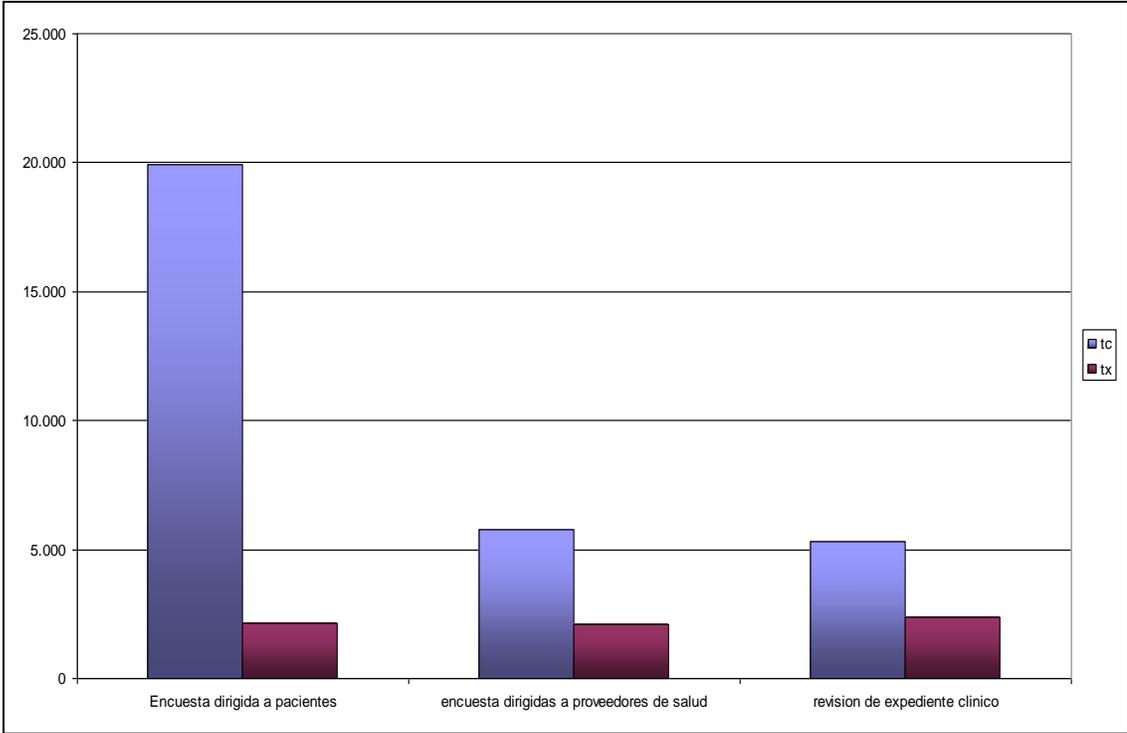
Así:

	tc	tx
Encuesta dirigidas a proveedores de salud	5.785	2.110
Revisión de expediente clínico	5.317	2.365
Encuesta dirigida a pacientes	19.94	2.145

La Tc es una valoración estadística calculada, y Tx es una valoración estadística predeterminada o constante y para establecer una relación, si Tc es mayor que Tx esta implicando que hay una significación estadística con lo que se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula.

Por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo; y se detallan los datos en el cuadro que posteriormente exponemos y para su comprensión se hace el siguiente grafico.

Comparación de los resultados estadísticos



CAPITULO VI
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1.- CONCLUSIONES.

Después de haber presentado los resultados obtenidos de la aplicación de la cédula de entrevista y fichas de evaluación a expedientes clínicos y unidades de salud en las Unidades de Salud de Osícala, Sociedad; Morazán, y de Estanzuelas; Usulután, el equipo de investigación sintetiza los resultados obtenidos y culmina estipulando estas conclusiones, con las que se está dando a conocer al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador y a la población en general los avances y forma de aplicación que se han presentado en la ejecución de la estrategia Plan de Partos desde su inicio en noviembre de 2006 hasta julio de 2007, para que así se puedan conocer y divulgar los hallazgos y la forma de aplicación y el conocimiento que, tanto el personal de salud como la población, tienen sobre mencionada estrategia, y que a la vez sirva de pauta para realizar modificaciones orientadas a incidir en la forma en como se está echando a andar este magnífico programa estratégico para reducción de la morbilidad materna-perineonatal en nuestro país. Para lo que se mencionan las siguientes conclusiones:

1. La Universidad de Columbia estableció el modelo de las tres demoras, en que se establece que la **Demora I** es **tomar la decisión de buscar ayuda**, y se afirma que entre los factores que la propician están el desconocimiento del establecimiento de salud donde acudir por ayuda, factores culturales y religiosos, y el estatus de la mujer. Sin embargo en esta investigación queda claro que en nuestro país **la denominación religiosa que profesa la persona no influye** en la toma de decisión a la hora de asistir a sus controles prenatales ya que el 38.89% de los estudiados son católicos y el 38,89% son evangélicos. Para investigar **el aspecto cultural** se investigó su lugar de procedencia y su nivel de estudio, evidenciando que son las mujeres rurales, en un 82.2% las que más asisten a los controles prenatales en las

Unidades de Salud, en cuanto a su nivel educativo el 47.78% solo tiene estudios de primaria (1°. -6°. Grado) y un 26.67% no han realizado ningún estudio, juntos hacen un 74.45%, lo que **las hace un grupo vulnerable** para la toma de desiciones acertadas, por lo que este aspecto si es similar al confrontarlo con la teoría anteriormente mencionada.

2. De acuerdo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la estrategia Plan de Partos promueve una serie de acciones encaminadas a orientar la organización comunitaria para contribuir y facilitar todo los acontecimientos que ocurren en el proceso de atención del parto, postparto y recién nacido; esto implica que si está aplicando la estrategia correctamente en todas las unidades de salud estudiadas, estas deberían tener al menos un **comité de salud o de traslados de emergencia en la comunidad**, el cual también es un indicador de funcionamiento de la estrategia, sin embargo **en ninguna de las unidades estudiadas existe evidencia de** que este **comité** exista, se haya **reactivado o funciones** para tales fines.

3. También el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social establece que la estrategia fortalece la maternidad segura, la cual se logra mediante cuatro pilares: planificación familiar, control prenatal, parto limpio y seguro, y los cuidados obstétricos de emergencia. Y en este estudio tal aporte es claro, **la estrategia si fortalece la maternidad segura** ya que la mujer asiste a sus controles prenatales y al 96.67% de las pacientes se les explicó el propósito de la estrategia, además el 100% de ellas considera que le beneficia a ella y a su familia, además en un 72.22% de las pacientes afirman que su promotor actualiza su plan de partos, y el 92.22% le ayudo planificar el lugar de atención de su parto, con lo que es evidente que **la estrategia ayudo a fomentar el control prenatal y propiciar un parto limpio y seguro.**

4. La estrategia esta fundamentada en intervenciones de promoción y educación para la salud, esto se ve reflejado en el conocimiento que pudiesen tener las personas de la estrategia y de las cosas que le indiquen cuando acudir a un centro asistencial. En este aspecto el 98.89% de las pacientes conoce la estrategia, al 91.1 % de las pacientes se le han explicado los signo de peligro o alarma del embarazo, parto, postparto y del recién nacido, lo que evidencia que **si se esta realizando promoción y educación en salud**.

5. Uno de los objetivos específicos de la estrategia es incrementar el porcentaje de gestantes que reciben atención prenatal, en este estudio se plasman los siguientes hallazgos:
 - La inscripción precoz se ha aumentado en un 35.29%
 - Los controles puérperales se han mantenido sin aumentos.
 - El número de embarazos ha disminuido.
 - El numero de partos institucionales se ha aumentado en un 2.3%.

Con estos hallazgos, se verifica que si se **han aumentado las atenciones prenatales** en las unidades de salud en estudio, lo que esta íntimamente relacionado con la correcta aplicación de la estrategia plan de partos.

6. Otro objetivo de la estrategia es fortalecer vínculos y alianzas entre la mujer, familia y comunidad, proveedores de los servicios de salud y parteras para mejorar el acceso y la calidad de atención. Sin embargo los hallazgos son contrastantes, debido a que la investigación demuestra que el 98.89 % considera beneficiosa la estrategia, pero en ninguna unidad de salud se ha capacitado a las parteras; a pesar de que aun persisten los partos domiciliarios, y **no se han encontrado datos** de comités de salud activos.

7. Para desempeñar una actividad es necesario conocerla porque sino se conoce se esta destinado al fracaso, por esa razón para ejecutar la estrategia plan de partos es necesario que sea conocida por la totalidad del personal encargado de aplicarla, en esta investigación a través de la aceptación de la hipótesis de trabajo, se obtiene un 63.53% de significancia estadística comparado con la *t de student* predeterminada, lo que implica que **la estrategia se conoce en un 63.53% a nivel de los proveedores de servicios de salud**, pero no se han incluido a las parteras ni a las consejeras voluntarias de AIN-C . En cuanto al conocimiento de **las pacientes** sobre la estrategia es en un 89.24% la significación estadística, implicando que **conocen el 89.24 % de la estrategia plan de partos**; la diferencia entre ambos es de un 25.71%, a favor de las pacientes. Puede parecer contrastante que sean las pacientes las que conocen más de la estrategia que los proveedores de los servicios de salud, lo que indica falta de conocimientos técnicos de parte del personal de salud. Pero en general si **hay un conocimiento aceptable de la estrategia**.
8. Toda estrategia para que se conozca en su totalidad se debe de divulgar y capacitar rutinariamente al, personal encargado de su aplicación, en este sentido el **80.56%** de los trabajadores de salud solamente han recibido una capacitación de la estrategia, lo que indica que **no se esta haciendo educación continua** sobre el desarrollo y ejecución de la estrategia estudiada.
9. Todo proyecto de cooperación y de salud pública tiene indicadores precisos y predeterminados, a los cuales se acudirá para hacer una evaluación por el organismo cooperante; en este caso hay un listado de indicadores, pero desafortunadamente **no se cuenta con una matriz o instrumento estandarizado para esta información**, ya que se encuentra desagregada en archivos o libros y múltiple papelería de las unidades de salud y en algunos casos es imposible obtener datos concretos.

10. Para que la estrategia se pueda aplicar, se estableció quienes debían ser los participantes en su operativización, del personal estudiado el 86.11% afirmó conocerlos a todos, pero solo el 63.44% los supo identificar correctamente, lo que implica **que no todo el personal que debería estar involucrado aplicando la estrategia lo esta haciendo** y se esta desperdiciando algo valioso para el completo éxito de la estrategia. Hay similitud en el conocimiento de los instrumentos para la operativización de la estrategia, el 88.89% aseveró conocerlos, pero tan solo el 46.5% los respondió correctamente. Más lamentable es el hecho que solo el 14.57% sabe mencionar de forma correcta los instrumentos complementarios de la estrategia en estudio.

11. **La correcta aplicación de la normativa técnica se esta llevando a cabo en un 46.78%**, como promedio obtenido de los aspectos concretos siguientes:

- El 62.66% de las fichas esta llena completa y correctamente (Datos generales completos, 80%; Datos del control del embarazo completos, 70%; Preparativos para el parto completos, 80%; Cuadro de cómo salir de la comunidad definido claramente, 70%, identificación de signos de peligro, 13.3%).
- Solo el 8.33% realiza seguimiento y actualizaciones a los planes de parto.
- El 86.64% de los expedientes evaluados tiene la copia de la ficha del plan de partos.
- El 40% de los expedientes tiene la hoja de mi plan de partos en las embarazadas que están en el tercer trimestre de gestación.
- Los médicos son quienes inscriben en la estrategia con mayor porcentaje, 76.67%.
- No hay datos del llenado de los censos de las gestantes en las unidades de salud. (0.0%)
- El mapa obstétrico esta elaborado de forma incompleta en todas las unidades de salud estudiadas. (50%)

- El listado de embarazadas con plan de partos esta en forma incompleta en todas las unidades de salud. (50%)

12. Aparentemente **el personal de salud tiene una mala apreciación** del funcionamiento **de la estrategia**, ya que el 52.78% considera que la estrategia no funciona como pretende el MSPAS, aunque resulta paradójico, porque los hallazgos de la investigación indican acertadamente que a pesar del corto tiempo de haberse implementado, **la estrategia esta cumpliendo con sus objetivos definidos.**

6.2.- RECOMENDACIONES.

El enfoque correcto de los hallazgos planteados en las conclusiones anteriores, permite propiciar las recomendaciones, las cuales pueden ser consideradas por los entes encargados de dirigir y coordinar el proceso de ejecución-aplicación de la estrategia evaluada a fin de hacer más factible, reorientar o/y delimitar el ámbito de su aplicación, enmarcando un énfasis concreto en disminuir un problema de salud pública, por lo que el grupo investigador plantea un acercamiento más al conocimiento de una realidad y a través de la experiencia obtenida permite hacer las siguientes recomendaciones:

1. Se debe diseñar un programa para **modificar patrones culturales e incidir positivamente en la toma de las decisiones de las mujeres** promoviendo el empoderamiento de estas en cuanto a los derechos humanos de salud y educación, propiciando el enfoque de género, a fin de disminuir los factores que propician las tres de demoras en la atención materna.
2. Esta claro que la estrategia trae inmerso el componente de la organización comunitaria, pero como no hay resultados, el MSPAS se debe preocupar por **formar o reactivar los comités de salud por cada caserío o cantón** a fin de promover los traslados hacia los centros hospitalarios, y que a estos se les brinde personería jurídica y capacitación sobre lo relevante que es la estrategia plan de partos. el grupo investigador esta consciente del trabajo que implicaría, pero así se tendrían acciones más propicias para una efectiva y eficiente estrategia.
3. En un futuro, todas las unidades de salud, cuenten o no con fortalecimiento institucional, deberían formar brigadas médicas en cada una de sus cantones por lo menos una vez al mes, con la finalidad de completar los seguimientos mensuales a

todas sus embarazadas. También el grupo investigador plantea que en cada unidad de salud se **implemente un tarjetero materno**, en el que se estará colocando la copia de su tarjeta de plan de parto o control prenatal de las pacientes que corresponda control prenatal en ese mes, e ir las eliminando del tarjetero a medida vayan asistiendo a sus controles, para en caso de faltistas realizar una visita domiciliar o citarla a la unidad de salud por medio del promotor rural de salud.

4. Se debe **permitir la participación activa de las parteras en la inscripción y seguimiento de la estrategia plan de partos** a fin de lograr captar a las embarazadas que no asisten a controles médico o no aceptan atenciones médicas, y al mismo tiempo capacitarlas y hacerlas que tomen injerencia en promover el parto hospitalario o formar alianzas entre ellas y la unidad de salud para propiciar el traslado de embarazadas con trabajo de parto hacia un centro hospitalario que brinde los cuidados obstétricos esenciales y así incidir en la disminución de la mortalidad materna.
5. **Diseñar un sistema de capacitación continua para todo el personal implicado** en la operativización de la estrategia, aumentando el empoderamiento en ellos, para que puedan inferir y utilizar este conocimiento en una completa y eficiente aplicación de esta estrategia
6. Es urgente que se **crea una matriz o un formulario para vaciar la información de los indicadores de seguimiento de la estrategia** (Indicadores demográficos, Indicadores de Perfil Epidemiológico, Indicadores de Cobertura-Atenciones, Indicadores de Funcionamiento de la Estrategia), para estandarizar a nivel nacional, regional o local el flujo y la disposición de estos datos vitales para evaluaciones posteriores por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o por parte de los organismos cooperantes.

7. **Crear un comité evaluador** de los programas del MSPAS, a fin de que se conozcan tempranamente los avances y así modificar el rumbo del programa en caso de que sea necesario, y que se den a conocer los hallazgos a los implicados.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS). *Informe de la encuesta nacional de salud familiar, fesal 2002/03*. San Salvador, julio de 2004. Sin editorial. Capitulo 11, salud materna, 672 págs.

Bonilla, Gildaberto. *Como hacer una tesis de graduación con técnicas estadísticas*. Segunda Edición, 1995, UCA editores. San Salvador, El Salvador. 342 Págs.

Departamento de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud Pública y asistencia social. *Código de salud, con las últimas reformas hasta el 1° de diciembre de 1993*. Sin editorial, sin fecha. San Salvador. El Salvador. 55 Págs.

Editorial océano, UNO, *Diccionario enciclopédico color*. Editorial océano. Sin edición, 1997.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/. Directiva técnica nacional para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido *Norma nacional para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, y puerperio y del recién nacido*. Primera edición, marzo 2002. San Salvador, El Salvador. 115 Págs.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y la Niñez. *Manual para la operativización de la estrategia “plan de partos”*. San Salvador, El Salvador. 2004. 77 págs.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer. *Programa nacional de atención integral en salud a la mujer*. Primera Edición, 2002. San Salvador, El Salvador. 30 págs.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer. *Lineamientos para la vigilancia de la mortalidad materna perinatal* 3° edición, impreso en talleres S&D. Septiembre, 2003. 54 págs.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **guía para el sistema de información para la profilaxis por exposición al VIH, SIPPE**. Tercera Edición julio de 2005. San Salvador, El Salvador. 28 págs.

Ministerio de salud Pública y Asistencia Social, **Norma Nacional de prevención y control de la Tuberculosis**. Tercera edición. Febrero de 2007. San salvador, El Salvador. 152 págs.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Sistema básico de atención integral (SIBASI), según características sociodemográficas, 2001*. San Salvador, El Salvador.

Sociedad Bíblica Católica Internacional. Roma. *La Biblia latinoamericana. Ediciones paulinas verbo divino, España*. LXXXIV edición, 1989. Génesis. Cáp.30; pág. N°69.

TESIS:

Gutiérrez Gutiérrez, María de la Paz; Hernández Rivas, Yessenia Elizabeth. Trabajo de tesis: *“Evaluación de la estrategia atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en relación a las infecciones respiratorias agudas en las*

unidades de salud de comacarán, departamento de san miguel, y yayantique, departamento de la unión, periodo de enero de 2003 a septiembre de 2004. noviembre de 2004". San Miguel, El salvador. 184 págs.

Laínez Reyes, Frida Celina; Machuca de Alfaro, Ana Mirian; Mejía, María Antonia. Trabajo de graduación previa opción de título de licenciatura en ciencias de la educación: *"La civilización de la mano de obra juvenil en las tareas agrícolas y su influencia en el dominio afectivo de los estudiantes de noveno grado de educación básica del distrito educativo 11-12 con sede en ozatlan, departamento de Usulután, el salvador 1998"*. San Salvador, El Salvador, Universidad Panamericana. 112 págs.

FUENTES ORALES:

FUENTES Carolina. *"Indagar sobre antecedentes del plan de partos"*. Entrevista personal. Jefe de enfermeras de la unidad de salud de Sociedad, Morazán. 20 de marzo de 2007.

GUANDIQUE María Salome. *"Indagar sobre antecedentes del plan de partos"*. Jefe de enfermeras de la unidad de salud de Osícala, Morazán. 18 de marzo de 2007.

ZELAYA BAIRES Roxana. *"La estrategia del plan de partos"*. Entrevista. Coordinadora Regional del programa de atención a la mujer y a la niñez. San miguel, el salvador: 21 de mayo de 2007.

DOCUMENTOS ELECTRONICOS.

John Kohl's documento. "Plan de partos". Creado el 16-04-06. (Disponible en www.informationphere.com.) Consultado el 21-04-07.

Luz Sánchez-Mellado. Documento. "El parto es mío" (Disponible en www.elpartoesmio.com.) 25-03-07. Consultado el 21-04-07.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. PRESENTACION DEL PLAN DE PARTO. Impartida en Hotel campo real, Usulután. Usulután, abril de 2007. 23 diapositivas.

MSPAS. Versión electrónica de los formularios para la vigilancia de la mortalidad materna perinatal, corregidos el 8-12-06; y dados a conocer el 5 de enero de 2007. 6 documentos, en Word, y 1 documento en Excel.

Región oriental de salud. MSPAS. Versión electrónica de capacitación sobre Causa básica de muerte certificados/ registro de defunción. Marzo de 2007. 13 diapositivas.

Región Oriental de salud/ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Versión electrónica de la matriz para la elaboración de los compromisos de gestión 2007. 1º edición. San Miguel, el Salvador. 2007. Pág. N° 2.

www.HospitalClinicaBiblica.com

BOLETINES /DOCUMENTOS.

Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social. *Boletín informativo sobre indicadores en salud*. Volumen N° 7. Año 2005. Pág. 32.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Boletín informativo sobre indicadores de salud*. Volumen N°6; año 2004; Pág.32.

Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social/ Gerencia de Atención Integral a la salud de la mujer/ proyecto RHESSA. *Promoviendo una maternidad segura a través del plan de partos*. San Salvador, El Salvador, Centro América, documento, 2004, 28 pág.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Propuesta de programa a nivel nacional para ser desarrollado con los prestadores de servicios en la capacitación de la directiva técnica para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido*. Sin editorial, 1° edición, Agosto 2002. San Salvador, El Salvador. Pág. 20.

Unidad de salud de Estanzuelas, *libro de actas 2006*. 10 de octubre de 2006, Estanzuelas Usulután pág. 30.

ANEXOS

ANEXO N° 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES AÑO 2007.

Actividad	Meses																																							
	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPT				OCTUBRE				NOV			
	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				
1-Inscripción del proceso				X																																				
2-Elaboración del perfil de investigación				X	X	X	X	X																																
3-Elaboración del protocolo de investigación													X	X	X	X	X	X	X	X																				
4-Entrega de protocolo de investigación																	X																							
5-Ejecución de la investigación																	X	X	X	X	X	X	X	X																
6-Tabulación, análisis e interpretación de datos																					X	X	X	X	X															
7-Elaboración del informe final																									X	X	X	X												
8-Presentación de informe final																													X	X										
9-Exposición oral de los resultados																																	X	X	X	X				

ANEXO N° 2 CRONOGRAMA PARA EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS POR UNIDAD DE SALUD
UNIDAD DE SALUD DE SOCIEDAD AÑO 2007

ACTIVIDAD	MES															
	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación de protocolo e instrumentos					x	x										
Solicitar autorización a autoridad local del establecimiento de salud		x	x													
Prueba piloto de los instrumentos							x	x								
Autorización para aplicación de instrumento							x									
Aplicación de evaluación de expedientes clínicos							x	x								
Aplicación de instrumento para evaluación de unidad de salud							x	x								
Aplicación de instrumento a proveedores de salud							x	x								
Aplicación de instrumento a pacientes en estudio							x	x	x	x	x	x				
Tabulación y análisis de resultados													x	x	x	x

UNIDAD DE SALUD DE OSICALA AÑO 2007

ACTIVIDAD	MES JUNIO				MES JULIO				MES AGOSTO				MES SEPTIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación de protocolo e instrumentos					x	x										
Solicitar autorización a autoridad local del establecimiento de salud		x	x													
Prueba piloto de los instrumentos							x	x								
Autorización para aplicación de instrumento							x									
Aplicación de evaluación de expedientes clínicos							x	x								
Aplicación de instrumento para evaluación de unidad de salud							x	x								
Aplicación de instrumento a proveedores de salud							x	x								
Aplicación de instrumento a pacientes en estudio							x	x	x	x	x	x				
Tabulación y análisis de resultados													x	x	x	x

UNIDAD DE SALUD DE ESTANZUELAS

ACTIVIDAD	MES															
	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación de protocolo e instrumentos					x	x										
Solicitar autorización a autoridad local del establecimiento de salud		x	x													
Prueba piloto de los instrumentos							x	x								
Autorización para aplicación de instrumento							x									
Aplicación de evaluación de expedientes clínicos							x	x								
Aplicación de instrumento para evaluación de unidad de salud							x	x								
Aplicación de instrumento a proveedores de salud							x	x								
Aplicación de instrumento a pacientes en estudio							x	x	x	x	x	x				
Tabulación y análisis de resultados													x	x	x	x

ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FAULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

“CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PROVEEDORES DE SALUD” (MEDICO, ENFERMERA, PROMOTOR Y PARTERA)

OBJETIVO: Determinar el grado de conocimiento del personal proveedor de salud sobre la aplicación de la estrategia plan de parto en las unidades de salud de Estanzuelas, Osícala, y Sociedad.

INDICACION: Por medio de este cuestionario se esta realizando una investigación acerca de los conocimientos que tienen los proveedores sobre la estrategia plan de parto. El estudio es para optar al grado de Doctorado en Medicina. Se le ruega a usted muy respetuosamente lea cuidadosamente cada una de las interrogantes y responda en el espacio que considera conveniente. Por su colaboración le agradecemos de ante mano, ya que sus respuestas serán muy importantes para los fines de esta investigación.

A. DATOS GENERALES.

Establecimiento/lugar: _____

SIBASI: _____

Cargo: _____

Nivel de estudio: _____

Tiempo de trabajo: _____

Fecha de administración del cuestionario: _____

A. DATOS ESPECIFICOS.

1.- ¿Conoce la estrategia plan de parto?

SI _____ NO _____

2.- ¿Desde hace cuanto tiempo la conoce?

3 meses _____

6 meses _____

9 meses _____

1 año _____

3.- ¿Quién le capacitó sobre la estrategia?

Médico: _____

Enfermera: _____

Promotor(a): _____

Equipo técnico de zona: _____

Otros: _____

Nadie: _____

4.- ¿Cuántas capacitaciones ha recibido?

Ninguna: _____

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

Más de 4: _____

5.- ¿Desde hace cuánto tiempo pone en práctica la estrategia plan de parto?

Menos de 3 meses: _____

Entre 6 y 9 meses: _____

Entre 9 y 12 meses: _____

Más de un año: _____

6.- Defina que es plan de parto: _____

7.- Mencione el modelo de las tres demoras por el que se ha implementado el plan de parto:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

8.- ¿Conoce a los participantes en la operativización de la estrategia del plan de parto?

SI _____ NO _____

Si su respuesta es afirmativa, menciónelos:

-
-
-
-
-
-
-

9.- ¿En la estrategia del plan de parto se incluye o auxilia con los controles prenatales, el control posparto, y la inscripción del recién nacido en el control de crecimiento y desarrollo?

SI _____ NO _____

10.- ¿Conoce los instrumentos para la operativización de la estrategia?

SI _____ NO _____

Menciónelos:

- a-
- b-
- c-
- d-
- e-

11.- ¿Conoce los instrumentos complementarios para la operativización de la estrategia?

SI _____ NO _____

Menciónelos:

a-

b-

c-

d-

12.- ¿Actualiza su censo de embarazadas y su mapa obstétrico a nivel institucional y comunitario?

SI _____ NO _____

13.- ¿Con que periodicidad actualiza el censo de gestantes y su mapa obstétrico?

Cada 30 días: _____

Cada 60 días: _____

Cada 90 días: _____

No lo actualiza: _____

14.- ¿Existe comité de salud o de apoyo de traslado de emergencia en su comunidad?

SI _____ NO _____

15.- ¿Con que periodicidad realiza reuniones de seguimiento para la revisión y actualización de los planes de parto en su comunidad?

Cada mes: _____

Cada 2 meses: _____

Cada 3 meses: _____

Con cada control prenatal: _____

No las realiza: _____

16.- ¿Conoce los signos de peligro del embarazo, parto, posparto y del recién nacido?

SI ____ NO ____; menciónelos:

SIGNOS Y SINTOMAS DE PELIGRO DURANTE				
N.	EMBARAZO	PARTO	POSTPARTO	RECIEN NACIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

17.- ¿Mencione algunos datos que tiene la ficha del plan de parto?

- a-
- b-
- c-
- d-
- e-

18.- Considera usted que el programa plan de partos funciona como pretende el MSPAS:

SI _____ NO _____

ANEXO N° 4

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

**FICHA DE REVISIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO PARA LA EVALUACIÓN
DE LA ESTRATEGIA PLAN DE PARTO A NIVEL INSTITUCIONAL.**

FECHA: _____ ESTABLECIMIENTO: _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____ EDAD: _____

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G__P__P__A__V__.

1. ¿Llena correctamente el carné materno/CLAP?

SI__ NO__

2. ¿Tiene la copia de la ficha de plan de parto en el expediente?

SI__ NO__

3. ¿Tiene el expediente la hoja de mi plan de parto en las embarazadas que están en el tercer trimestre de embarazo?

SI__ NO__

4. ¿La ficha del plan de parto tiene todos los datos generales llenos?

SI__ NO__

5. ¿Los datos relacionados con el “CONTROL DEL EMBARAZO” de la ficha del plan de parto están completos, con respecto a la actualización?

SI__ NO__

6. ¿Los apartados relacionados a los “PREPARATIVOS PARA EL PARTO” están señalados en la ficha?

SI ____ **NO** ____

7. ¿El cuadro de “CÓMO PIENSA SALIR DE SU COMUNIDAD PARA LA ATENCION DE SU PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA”, los datos están claramente definidos?

SI ____ **NO** ____

8. ¿Tiene marcado algún signo de peligro durante el embarazo, el parto, al posparto y del recién nacido?

SI ____ **NO** ____

ANEXO N° 5
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FAULTAD MULTIDISCILINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

CÉDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS PACIENTES CON PLAN DE PARTOS

OBJETIVO: Realizar la evaluación de la estrategia plan de parto a las pacientes de la unidades de salud en estudio.

INDICACION: Por medio de este cuestionario se esta realizando una investigación acerca de los conocimientos de la estrategia plan de parto para optar al grado de doctorado en medicina. Se le ruega a usted muy respetuosamente responda cada una de las preguntas que le efectuaremos. Por su colaboración le agradecemos de ante mano, ya que sus respuestas serán muy importantes para lo fines de esta investigación.

A. DATOS GENERALES.

Unidad de salud de: _____

Procedencia _____

Nivel de estudio: _____

Fecha de aplicación del cuestionario: _____

Religión: _____

Responsable: _____

A. DATOS ESPECIFICOS.

1. ¿Conoce la estrategia plan de parto?

SI _____ NO _____

2. ¿Fue inscrita usted a la estrategia cuando hizo su inscripción prenatal?

SI _____ NO _____

3. Fue inscrita por el promotor de salud antes de su inscripción prenatal:

SI _____ NO _____

4. Quien la inscribió en la estrategia plan de partos:

Médico: _____

Enfermera: _____

Promotor: _____

Partera: _____

5. ¿Cuándo fue inscrita se le explico el propósito del plan de parto?

SI _____ NO _____

6. ¿Considera usted que la estrategia le beneficie a usted y su familia?

SI _____ NO _____

7. ¿Su promotor actualiza rutinariamente su plan de parto?

SI _____ NO _____

8. Recuerda 3 preguntas que tiene el plan de partos

SI _____ NO _____

Si la respuesta es sí menciónelos:

a. _____

b. _____

c. _____

9. Le han explicado signos de alarma de el embarazo:

SI _____ NO _____

CUÁLES:

1.- _____

2.- _____

3.-_____

10. Sus controles son dados por el médico, enfermera o promotor:

Médico_____

Enfermera_____

Promotor_____

11. La estrategia le ayudó a planificar el lugar de su atención del parto

SI_____ NO_____

12. ¿Para salir de su comunidad para la atención de su parto o en caso de emergencia usted escogió un medio de transporte que la llevaría al lugar de la atención de su parto:

Cuál fue su medio de
transporte?_____

La persona que usted delegó para su transporte, fue al final quien la llevó a su centro asistencial

SI_____ NO_____

13. Si su respuesta fue negativa a qué se debió:_____

14. Ha asistido a todos sus controles

SI_____ NO_____

¿Por qué?_____

15. Considera beneficioso que la estrategia plan de parto le pida a usted que ahorre para el momento del parto?

SI_____ NO_____

¿Por qué?_____

ANEXO N° 6

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL Fecha_____

DEPARTAMENTO DE MEDICINA Establecimiento_____

DOCTORADO EN MEDICINA SIBASI_____

Director_____

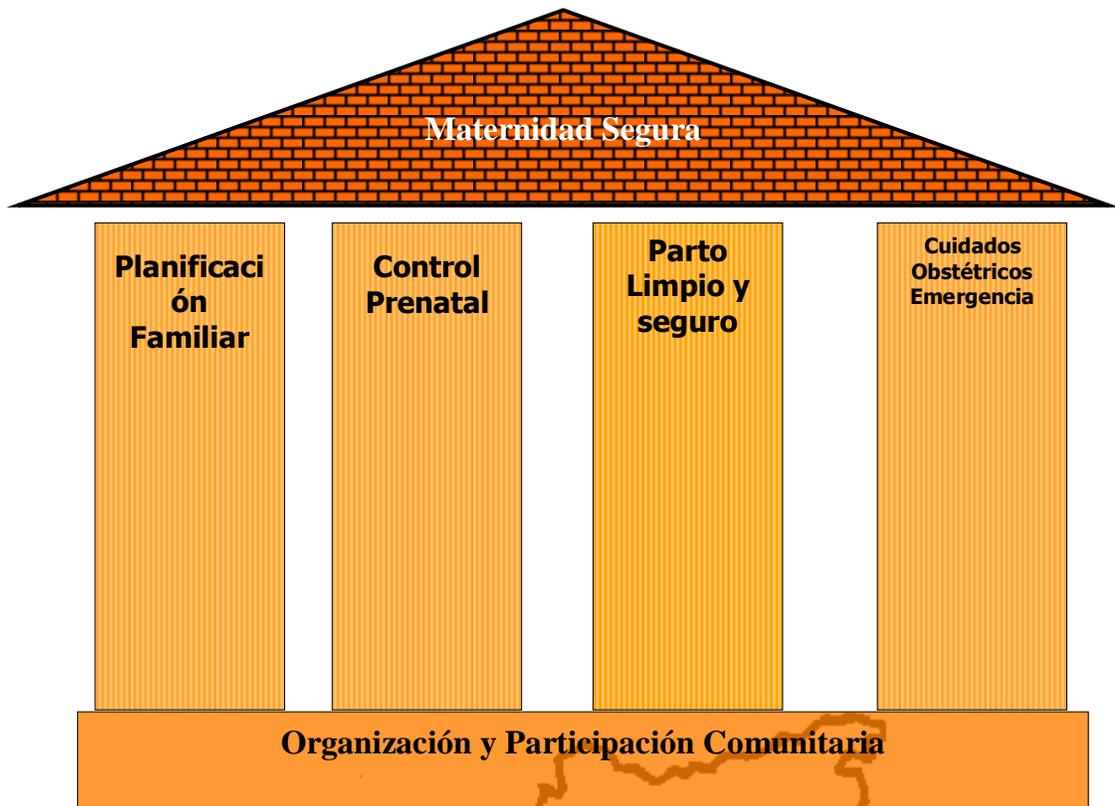
FICHA PARA LA RECOLECCION DE DATOS EN LAS UNIDADES DE SALUD PARA LA EVALUACION

		Abril-mayo	Dic-jul 07
N°	PARAMETRO	2006	nov. 06
1	N° de muertes maternas	0	0
2	N° de muertes perineonatales	8	8
3	N° de muertes infantiles	7	5
4	N° de embarazadas en control prenatal	567	337
5	N° de embarazadas inscritas antes de 12 sem.	99	153
6	N° de mujeres en control postparto	202	202
7	N° de partos institucionales	304	311
8	N° de partos atendidos por parteras	0	1
9	Referencia de parteras al hospital	0	0
10	Referencia de parteras a control prenatal	0	2
11	Referencia de promotores a control prenatal		
12	Nacidos vivos	77	110
13	Recién nacidos con peso menor de 2500 gr.	-	-
14	% de inscp. en el programa de control inf.	-	-
15	N° de gestantes con plan de parto	19	199
16	Censo de emb. actualizado a nivel inst. y com.	no	Incompleto
17	Mapa obstétrico actualizado	no	Si

18	N° de personas capacitadas	0	0
19	N° de parteras capacitadas	14	14
20	N° de traslados realizados a la fecha	0	5
21	N° de muj. con plan de parto que ya	-	-
	verificaron parto	-	- -
22	N° de muj. que parieron en su casa sin partera	-	-
23	N° de mujeres donde existió apoyo de la familia	-	-

ANEXO No. 7

ESQUEMA DE LOS PILARES ESENCIALES PARA UNA MATERNIDAD SEGURA.



ANEXO No. 8
SALVADOR.

EJEMPLAR DE LA FICHA DEL PLAN DE PARTO UTILIZADA POR LA PACIENTE EN EL



EL SALVADOR
un gobierno con corazón humano

Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social



Ficha de Plan de Parto

Paso a paso
Hacia una Maternidad Segura

N° de Expediente: _____

Nombre de la embarazada: _____

Edad: _____ años

Dirección: _____

Cantón: _____ **Caserío:** _____

Establecimiento de salud: _____

Fecha de inicio Plan de Parto: _____

Quién lo inicia: _____

Seguimiento al Plan de Parto:

Fecha	Responsable
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y Niñez



USAID
U.S. AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT



RHESA
Red de Salud y Asistencia Social



LUX-DEVELOPMENT S.A.
Agencia Especializada para la Cooperación en Desarrollo

CONTROL DEL EMBARAZO



Fecha última menstruación

Día Mes Año



Controles de embarazo

0 1 2 3 4 5



Vacunación

Fecha de mi parto		
Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° Embarazos	N° Partos	N° Hijos vivos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cesárea previa		
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Toma de tabletas de hierro más ácido fólico diariamente

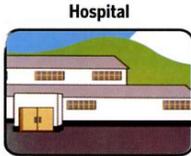
Sí NO

Toxoide tetánica Fechas

1
2
3
4
5

PREPARATIVOS PARA EL PARTO

¿DÓNDE LE ATENDERÁN EL PARTO?



0 1 2 3 4 5

Unidad de Salud autorizada para la atención del parto



0 1 2 3 4 5

Casa



0 1 2 3 4 5

¿QUIÉN LE ATENDERÁ EL PARTO?



Personal de salud

0 1 2 3 4 5



Nombre de la partera:

0 1 2 3 4 5

Otro: _____

Especifique: _____

¿QUIÉN LA ACOMPAÑARÁ PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO?

Esposo _____

Madre _____

Partera _____

Amigos o parientes _____



PREPARANDO MIS AHORROS PARA EL PARTO



¿Tiene dinero ahorrado para la atención del parto?

Sí NO

¿Qué hará usted y su familia para recoger el dinero?

Observaciones: _____

¿Si el hospital le queda lejos, piensa salir de su comunidad antes del parto?

Sí NO ¿DÓNDE?

Familia



Amigos



Casa Materna



Observaciones: _____

¿CÓMO PIENSA SALIR DE SU COMUNIDAD PARA LA ATENCIÓN DE SU PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

Variables	Vehículo	Brigada de transporte (hamaca)	Bestia
Nombre de la persona o personas responsables de transportar a la embarazada			
¿Dónde vive?			
Tiempo que tardará en llegar el transporte a su casa			
Tiempo que tardará de su casa al Hospital o Unidad de Salud para la atención del parto			

Números de teléfono de personas de la comunidad que harán el traslado o que pueden servir de enlace

¿Quién o quiénes le pueden donar sangre en caso de necesitarla?

CUIDADO DE LA FAMILIA

¿Quién cuidará a sus hijos?

Esposo

Mamá

Amigos/Parientes

Observaciones: _____

ANEXO No. 9 : Y EJEMPLAR DE LA FICHA DEL PLAN DE PARTO QUE QUEDA EN EL EXPEDIENTE Y AL PROMOTOR DE SALUD.



**Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social**



Ficha de Plan de Parto

Paso a paso
Hacia una Maternidad Segura

N° de Expediente: _____

Nombre de la embarazada: _____

Edad: _____ años

Dirección: _____

Cantón: _____ **Caserío:** _____

Establecimiento de salud: _____

Fecha de inicio Plan de Parto: _____

Quién lo inicia: _____

Seguimiento al Plan de Parto:

Fecha	Responsable
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y Niñez





CONTROL DEL EMBARAZO



Fecha última menstruación

Día Mes Año



Controles de embarazo

0 1 2 3 4 5



Vacunación

Fecha de mi parto		
Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° Embarazos	N° Partos	N° Hijos vivos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cesárea previa		
Sí		NO

Toma de tabletas de hierro más ácido fólico diariamente

Sí NO

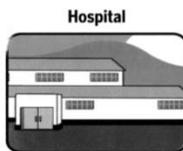
Toxoide tetánica

Fechas

1
2
3
4
5

PREPARATIVOS PARA EL PARTO

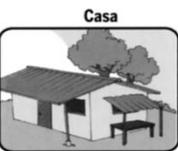
¿DÓNDE LE ATENDERÁN EL PARTO?



0 1 2 3 4 5



0 1 2 3 4 5



0 1 2 3 4 5

¿QUIÉN LE ATENDERÁ EL PARTO?



0 1 2 3 4 5



0 1 2 3 4 5

Otro: _____
Especifique: _____

¿QUIÉN LA ACOMPAÑARÁ PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO?

Esposo _____

Madre _____

Partera _____

Amigos o parientes _____



PREPARANDO MIS AHORROS PARA EL PARTO



¿Tiene dinero ahorrado para la atención del parto?

Sí NO

¿Qué hará usted y su familia para recoger el dinero?

Observaciones: _____

¿Si el hospital le queda lejos, piensa salir de su comunidad antes del parto?

Sí NO ¿DÓNDE? _____

Familia



Amigos



Casa Materna



Observaciones: _____

¿CÓMO PIENSA SALIR DE SU COMUNIDAD PARA LA ATENCIÓN DE SU PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

Variables	Vehículo	Brigada de transporte (hamaca)	Bestia
Nombre de la persona o personas responsables de transportar a la embarazada			
¿Dónde vive?			
Tiempo que tardará en llegar el transporte a su casa			
Tiempo que tardará de su casa al Hospital o Unidad de Salud para la atención del parto			

Números de teléfono de personas de la comunidad que harán el traslado o que pueden servir de enlace

¿Quién o quiénes le pueden donar sangre en caso de necesitarla?

CUIDADO DE LA FAMILIA

¿Quién cuidará a sus hijos?

Esposo

Mamá

Amigos/Parientes

Observaciones: _____

Reconocer señales de peligro es básico para la pareja, para buscar inmediatamente la atención médica.

SIGNOS DE PELIGRO DEL EMBARAZO

Pérdida de sangre o líquido por la parte  Dolores antes de la fecha del parto 

Convulsión o ataque  Dolor de cabeza fuerte e intenso 

Pies o cara hinchada  Ve oscuro 

El niño(a) no se mueve  Fiebre alta 

Palidez, respiración forzada 

SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL PARTO

El niño tiene mala posición, sentado de pie o atravesado  Sangrado abundante durante el parto 

Ataques y temblores  Ve oscuro 

Fiebre, escalofríos  Trabajo de parto por más de 12 horas 

Salida del cordón umbilical antes de nacer el niño(a)  Después de nacer el niño(a), no sale la placenta después de 30 minutos 

SEÑALES DE PELIGRO DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO

La hemorragia no se detiene después del parto  Ataques y temblores 

Ve oscuro  Fiebre y escalofríos 

Flujo vaginal con mal olor 

Es importante la atención de su embarazo y parto en un establecimiento de salud. ¡ES UN DERECHO!

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

PLAN DE PARTO

Toda mujer embarazada debe tener un Plan de Parto...

Si estás embarazada o sabes de alguien que está embarazada, ¡este folleto es para ti!

USAID LUX-DEVELOPMENT S.A.

Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y Niñez

El embarazo y el parto es un proceso natural, pero pueden darse complicaciones en cualquier momento, por eso es importante pensar con anticipación sobre la atención del parto en un hospital.

¿QUÉ ES EL PLAN DE PARTO?

- Es tener listo, con tiempo, todo lo que se va a necesitar para el parto.
- La pareja y la familia realizan los preparativos necesarios para el parto o una complicación de la madre o del recién nacido y aseguran la atención del parto en el hospital o en una Unidad de Salud autorizada.

Prepararse para el nacimiento de un niño o niña significa que la embarazada junto con su esposo y familia, deben hacer lo siguiente:

- Saber sobre su embarazo y fecha probable del parto.
- Visitar la Unidad de salud antes de las 12 semanas de gestación para iniciar el control de su embarazo y asistir regularmente a sus controles.
- Verificar la ganancia de peso adecuado, para garantizar la salud de la madre y del niño.
- Disminuir la carga de trabajo durante el embarazo.
- Reconocer señales de peligro durante el embarazo, parto y después del parto para buscar ayuda oportuna.
- Mantener una buena comunicación entre la pareja y su familia.
- Prepararse con dinero para el transporte y otras necesidades para la atención del parto.
- Asegurarse que su parto sea atendido en un hospital o en la Unidad de salud autorizada, para garantizar la vida de la madre y el niño.

- Coordinar con el comité de la comunidad como tener el apoyo para el traslado de la embarazada al hospital o establecimiento de salud.
- Identifique a los dueños de vehículos y otras instituciones que les puedan ayudar para el traslado de la embarazada a la Unidad de salud u hospital (PNC, Cruz Roja, ONG, alcaldías).
- Planificar el número de hijos que desea tener y el espaciamiento entre uno y el próximo.
- Asistir a la Unidad de salud al control postparto junto con el niño en los primeros siete días.

Yo me siento responsable de apoyar a mi señora, para contribuir a una maternidad saludable.

CON EL PLAN DE PARTO, CADA PASO ES UNA VIDA QUE SE SALVA. ¡COMIENZA YA!

- Tú con tu pareja y familia elaboren el plan de parto con ayuda del promotor(a) de salud, personal de la Unidad de salud y de la comunidad.
- Si de tu comunidad queda muy lejos el hospital donde has pensado tener tu parto, es conveniente salir unos días antes de la fecha del parto donde un familiar o amigo para estar cerca del hospital.
- Es importante decidir sobre el espaciamiento de los embarazos para vivir mejor.
- Toda mujer embarazada debe tener un plan de parto: ¡Elabora tu plan de parto!

ANEXO No 12: EJEMPLAR DE LA HOJA DE MI CONTROL DE MI PLAN DE PARTO. (QUE SE AGREGA EN EL TERCER TRIMESTERE DEL EMBARAZO).

HOJA DE CONTROL DE MI PLAN DE PARTO

Yo soy de la comunidad: _____ Municipio de: _____

Mi nombre es: _____

Este es mi embarazo número: _____ N° de expediente: _____

El niño que voy a tener va a ser el número: _____ Unidad de Salud: _____

Fecha de mi embarazo
 Día Mes Año

Fecha de mi parto
 Día Mes Año

Cuántos controles tengo
 1 2 3 4 5

• Durante los controles en la Unidad de Salud, ¿me han vacunado?
 Sí NO

• ¿Tomo las tabletas de hierro y ácido fólico diariamente?
 Sí NO

• La leche materna es el mejor alimento para mi niño(a). Desde que nazca el niño(a) hasta los 6 meses sólo le daré pecho
 Sí NO

• Tengo identificada la forma y quién me trasladará al hospital donde me atenderán el parto
 Sí NO

Firma o huellas digitales de la embarazada: _____

Mi hijo va a nacer en:
 Hospital
 Unidad de Salud autorizada para la atención del parto
 La Comunidad

• Conozco las señales de peligro durante el embarazo, parto y después del parto
 Sí NO

• 7 días después del parto, mi hijo(a) y yo asistiremos al Establecimiento de Salud para un chequeo
 Sí NO

• Mi familia y yo hemos ahorrado dinero para enfrentar cualquier emergencia
 Sí NO

• Después del parto, mi marido y yo vamos a utilizar un método de planificación familiar:
 Sí NO

MELA _____
 Orales _____
 Condones _____
 DIU _____
 Inyectables _____
 Esterilización _____







Gerencia de Atención Integral
en Salud a la Mujer y Niñez



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



LUX-DEVELOPMENT s.a.
Agencia de Asesoramiento para el Cooperación al Desarrollo

ANEXO N°13: AFICHE PARA PROMOCION DEL PLAN DE PARTOS

UNIDAD DE SALUD
Visitar la Unidad de salud antes de las 12 semanas de gestación para iniciar el control de su embarazo y asistir regularmente a sus controles.

AHORRO
El dinero recibido en la quincena es ahorrado poco a poco.

SEÑALES DE PELIGRO
Reconocer las señales de peligro durante el embarazo, el parto, el post parto y en el recién nacido y búsqueda inmediata de atención médica.

PLAN DE EMERGENCIA
Organizándose en la comunidad y participando todos en el traslado inmediato de la embarazada a un establecimiento de salud.

BRIGADAS DE TRANSPORTE
Identificar y ponerse de acuerdo anticipadamente con los dueños de vehículos en su comunidad y otras instituciones que les puedan ayudar, como: PNC, Cruz Roja, ONG'S, alcaldías.

HOSPITAL
Decidir con anticipación en cuál hospital o Unidad de Salud autorizada se atenderá el parto.

Nosotros ya estamos preparados con el Plan de Parto...

Pase a Paso Hacia una Maternidad Segura

¿y ustedes?

El Salvador
Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y Niñez
USAID
LUSA DEVELOPMENT SA

ANEXO N° 14 : CARNET MATERNO

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
El Salvador, C.A.

CARNET MATERNO PERINATAL

El embarazo no es una enfermedad pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Lívelelo con ud. en todo momento y entréguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo(a).

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____

NOMBRES _____

ESTABLECIMIENTO _____

N° DE EXPEDIENTE _____

EDAD _____ (AÑOS) ESTADO CIVIL _____

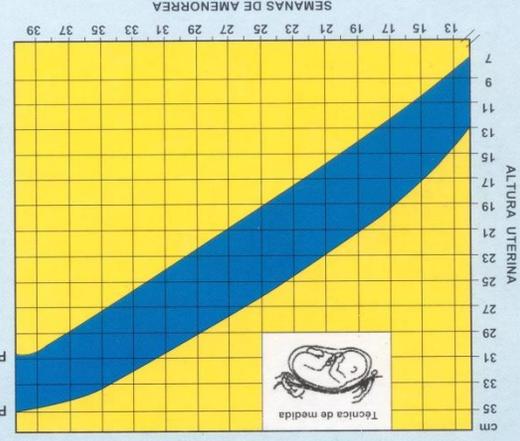
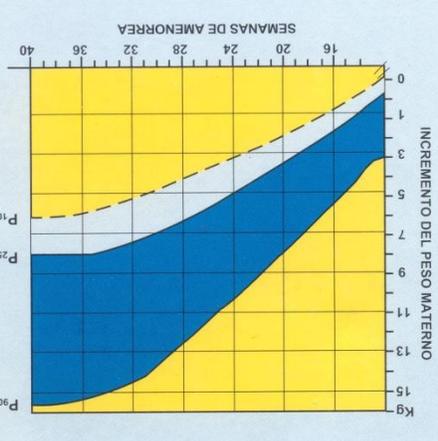
PROFESION U OFICIO _____

DIRECCIÓN _____

SI ESTE CUADRO APARECE PINTADO
COLOR ROJO INDICA QUE SU PARTO NO PUEDE SER
ATENDIDO EN CASA.

DEBE IR _____

* NO OLVIDAR SU CARNET EN SU PROXIMA CITA



VISITAS ANTENATAL	1a visita <12 semanas	2a visita 25 semanas	3a visita 32 semanas	4a visita 36 semanas
Sexo seguro				
Tabaco/Alcohol				
Lactancia	Si esta amamantando			Preparación
EMERGENCIA				
Plan de parto	En el embarazo			
La familia				
Proxima visita planificada				
General de Orina	A todas			
Proteinuria	A todas			
Hemoglobinemia	Si presenta dilución			
Hierro y Folatos				
Sifilis				
Antitétánica	Vigente o lt. dosis			

HOSPITALIZACIÓN	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

OBSERVACIONES



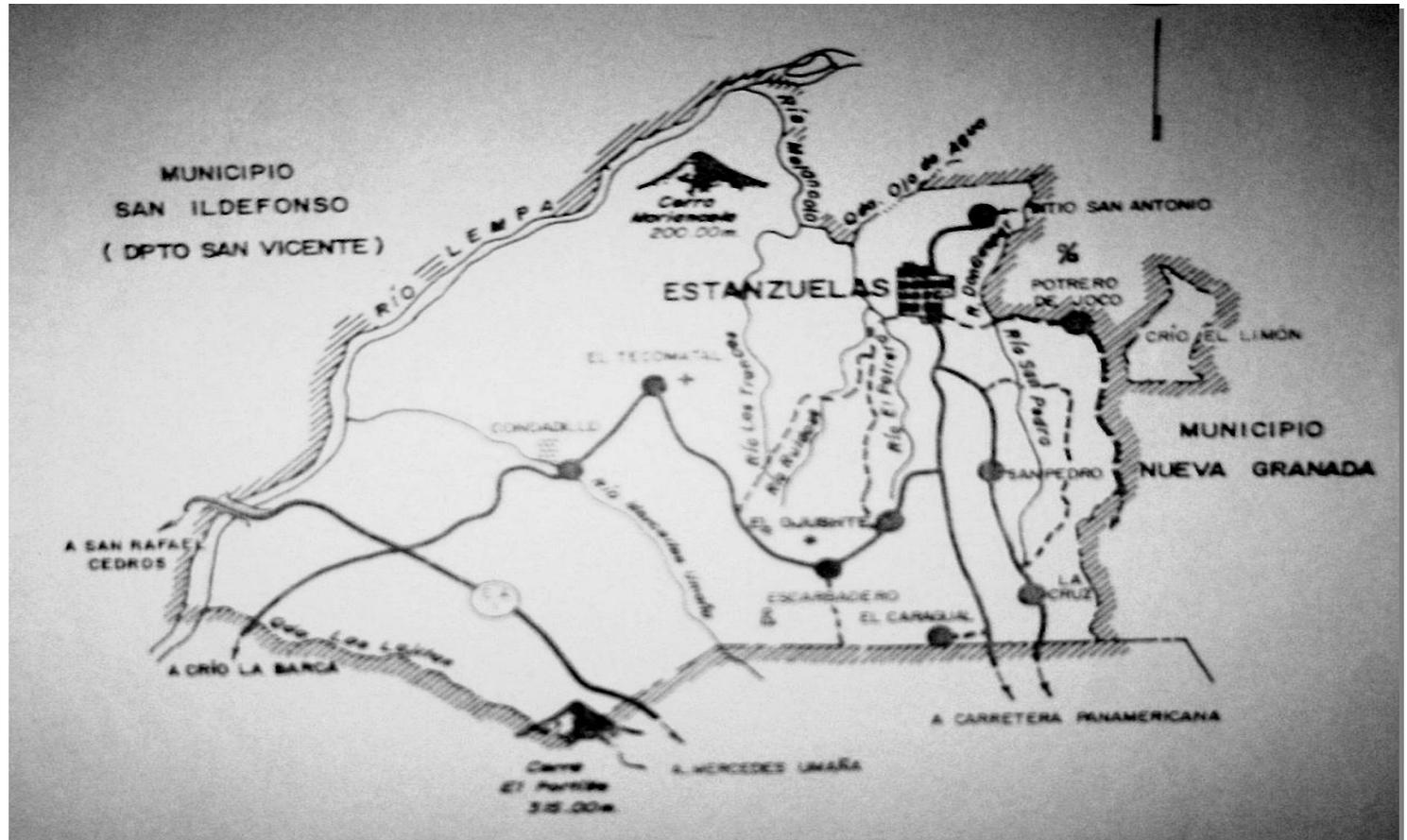
GERENCIA DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER Y LA NIÑEZ

El color amarillo no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas

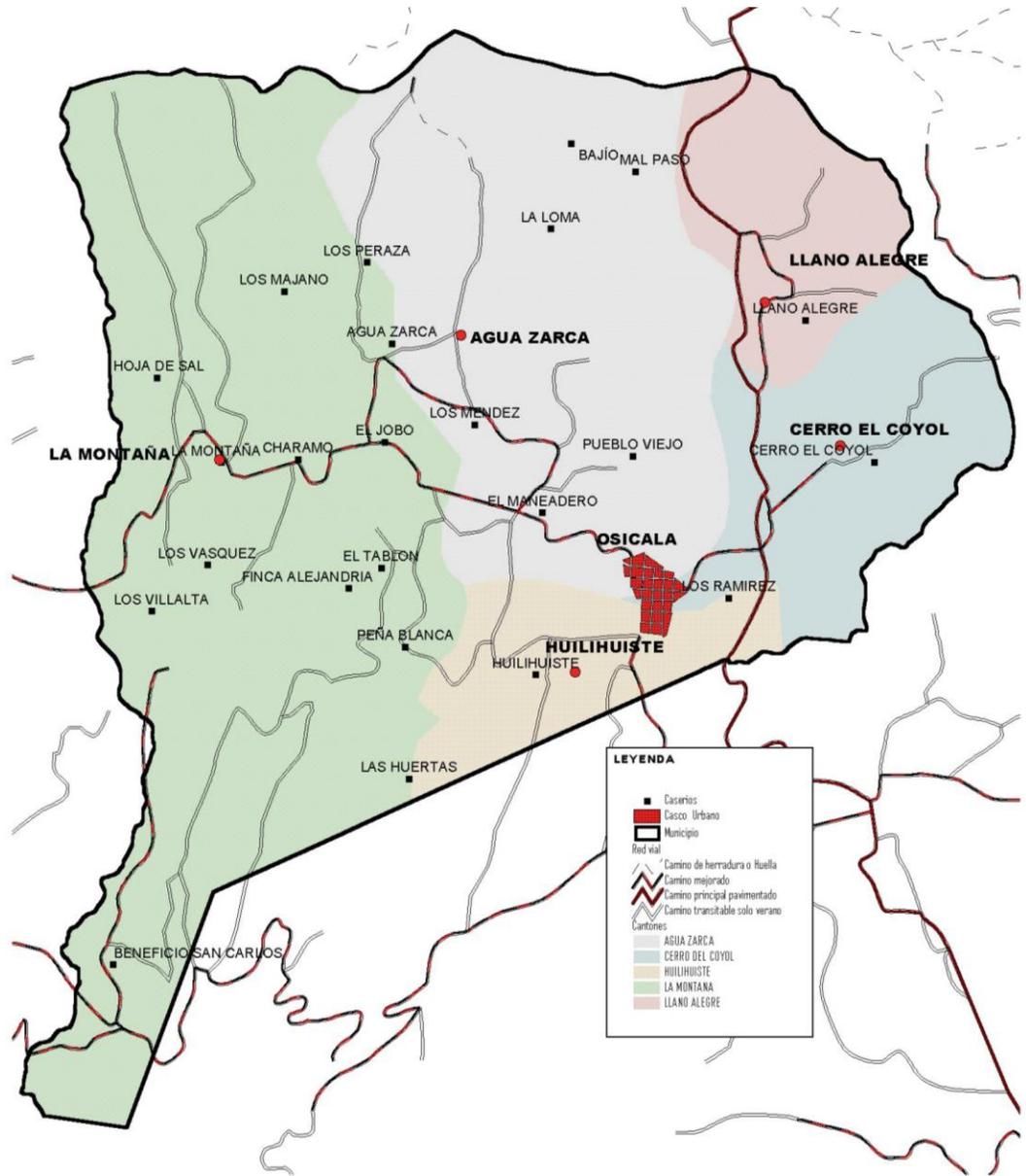
● Este color significa ALERTA

CLAP/OMS CARNET PERINATAL										FECHA DE NACIMIENTO		RAZA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		CONTROL PRENATAL EN															
NOMBRE										dia	mes	año	blanca	indígena	si	no	ninguno	primaria	casada estable	unión casual	PRENATAL EN	PARTO EN													
DOMICILIO										EDAD (años)		negra	meziza	si	no	secund. univers.	soltera	casado estable	otro	PRENATAL EN	PARTO EN														
LOCALIDAD										REF.		otra		si	no	añós en el mayor nivel		casado estable	otro	PRENATAL EN	PARTO EN														
ANTECEDENTES										gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR															
FAMILIARES					PERSONALES					ULTIMO PREVIO		partos		cesáreas		nacidos muertos		muertos		EMBARAZO PLANEADO															
no si					no si					< 2500g		3 espont. consecutivos		cesáreas		después 1a. sem.		después 1a. sem.		sí no															
diabetes					VIH +					> 4500g		partos		cesáreas		después 1a. sem.		después 1a. sem.		FRACASO METODO ANTICONCEP.															
hipertensión					cardiop/niotrop					gemelares		partos		cesáreas		después 1a. sem.		después 1a. sem.		no barrera DIU hormo emer natural usaba															
preeclampsia					cond. médica grave					cesáreas		partos		cesáreas		después 1a. sem.		después 1a. sem.		sí no															
otros																																			
GESTACION ACTUAL										EG CONFIABLE por FUM		FUMA		ALCOHOL		ANTITETANICA		ANTIRRUBEOLA		EX. NORMAL															
PESO ANTERIOR		TALLA (cm)		FUM		Eco < 20s.		si cigarrillos por día		no si		vigente si no		previa no sabe		ODONT.																			
Kg		1		FUM		no		pasiva		DROGAS		meses de gestación		embarazo no		sí no																			
GENERAL DE ORINA		GRUPO Rh		PAPANICOLAOU		VIH solicitado		VDRL/RPR		SIFILIS confirmada por FTA		VDRL/RPR		Hb < 20 sem		Fe/FOLATOS indicados		Hb ≥ 20 sem		ESTREPTOCOCCO B		PELVIANA VERSION EXTERNA													
+ no se hizo		+ -		no se hizo		si no		+ no se hizo		no si		+ no se hizo		no si		si no		+ no se hizo		sí no n/c		sí no													
Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.		Sensibil.													
edad gest.		peso		PA		altura uterina		presen-tación		latidos fetales		movim. fetales		signos de alarma, exámenes, tratamientos								próxima cita		responsable											
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
PARTO										FECHA DE INGRESO		CARNE		CONSULTAS PRENATALES		HOSPITALIZ. en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO		RUPTURA MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		tamaño fetal		PRESENT.							
										dia mes año		si no		total días		días		Ciclo único completo		esporádico		no si		semanas días		si no		cefálica							
										dia mes año		si no		total días		días		Ciclo único incompleto		inducido		hora min		por FUM		si no		pelviana							
										dia mes año		si no		total días		días		Ciclo único incompleto		cesar. elect.		temp ≥ 38°C		por ECO		si no		transversa							
ENFERMEDADES										ninguna		HTA previa		diabetes		otras cond.		corioamionitis		infecc. urinaria		HEMORRAGIA		infección puerperal											
										HTA inducida embarazo		diabetes		otras cond.		R.C.I.U.		1er. trim.		2do. trim.		3er. trim.		postparto											
										preeclampsia		diabetes		otras cond.		R.C.I.U.		1er. trim.		2do. trim.		3er. trim.		postparto											
										eclampsia		diabetes		otras cond.		R.C.I.U.		1er. trim.		2do. trim.		3er. trim.		postparto											
										cardiopat		diabetes		otras cond.		R.C.I.U.		1er. trim.		2do. trim.		3er. trim.		postparto											
										nefrop		diabetes		otras cond.		R.C.I.U.		1er. trim.		2do. trim.		3er. trim.		postparto											
										Ruptura Prematura de Membranas		diabetes		otras cond.		R.C.I.U.		1er. trim.		2do. trim.		3er. trim.		postparto											
										anemia		diabetes		otras cond.		R.C.I.U.		1er. trim.		2do. trim.		3er. trim.		postparto											
										anemia		diabetes		otras cond.		R.C.I.U.		1er. trim.		2do. trim.		3er. trim.		postparto											
NACIMIENTO										vivo		hora min		dia mes año		MULTIPLE		fotos		espor. fórceps		cesárea		INDICACION PRINCIPAL DE PARTO		INDUC. OPER.									
										muerto		hora min		dia mes año		único		espor. fórceps		cesárea		INDICACION PRINCIPAL DE PARTO		INDUC. OPER.											
										muerto		hora min		dia mes año		único		espor. fórceps		cesárea		INDICACION PRINCIPAL DE PARTO		INDUC. OPER.											
										muerto		hora min		dia mes año		único		espor. fórceps		cesárea		INDICACION PRINCIPAL DE PARTO		INDUC. OPER.											
ACOMPAÑANTE										posición PARTO		DESGARROS		OCITOSICOS		PLACENTA		LIGADURA CORDON		FALLO EN TPO		antibiot.		analgésic		anest. gen.		transfusión		otras					
										sentada cuclillas acostada		Grado 1 a 4		prelumi. si no		completa si no		< 30s - 30s-1m. > 1m- > 1m		no si		no si		no si		no si		no si							
										sentada cuclillas acostada		Grado 1 a 4		prelumi. si no		completa si no		< 30s - 30s-1m. > 1m- > 1m		no si		no si		no si		no si		no si							
										sentada cuclillas acostada		Grado 1 a 4		prelumi. si no		completa si no		< 30s - 30s-1m. > 1m- > 1m		no si		no si		no si		no si		no si							
RECIEEN NACIDO										SEXO		PESO AL NACER		PER. CEFALICO		EG CONFIABLE		PESO APGAR		REANIMACION		FALLECE en SALA		REFERIDO		ATENDIDO		Nombre							
										f m		menor 2500g		cm		sem días		1er. min		mascara tubo		otro		PARTO		Nombre									
										f m		menor 2500g		cm		sem días		1er. min		mascara tubo		otro		PARTO		Nombre									
										f m		menor 2500g		cm		sem días		1er. min		mascara tubo		otro		PARTO		Nombre									
DEFECTOS CONGENITOS										ninguna		menor		mayor		ENFERMEDADES		TAMIZAJE NEONATAL NORMAL		Meconio		Boca arriba		Hora min		T°C		pulso		PA		invol. uter.		loquios	
										ninguna		menor		mayor		ENFERMEDADES		VDRL TSH		1er. día		Hora min		T°C		pulso		PA		invol. uter.		loquios			
										ninguna		menor		mayor		ENFERMEDADES		Hbpatia Audición Bilir.		1er. día		Hora min		T°C		pulso		PA		invol. uter.		loquios			
										ninguna		menor		mayor		ENFERMEDADES		Meconio		1er. día		Hora min		T°C		pulso		PA		invol. uter.		loquios			
										ninguna		menor		mayor		ENFERMEDADES		Boca arriba		1er. día		Hora min		T°C		pulso		PA		invol. uter.		loquios			
										ninguna		menor		mayor		ENFERMEDADES		Meconio		1er. día		Hora min		T°C		pulso		PA		invol. uter.		loquios			
										ninguna		menor		mayor		ENFERMEDADES		Boca arriba		1er. día		Hora min		T°C		pulso		PA		invol. uter.		loquios			
										ninguna		menor		mayor		ENFERMEDADES		Meconio		1er. día		Hora min		T°C		pulso		PA		invol. uter.		loquios			
										ninguna		menor		mayor		ENFERMEDADES		Boca arriba		1er. día		Hora min		T°C		pulso		PA		invol. uter.		loquios			
EGRESO RN										vivo		EDAD		LACTANCIA		PESO AL EGRESO (g)		EGRESO MATERNO		viva		ANTIRRUBEOLA POST PARTO		ANTICONCEPCION											
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva		dia mes		viva después de traslado		vigente si no		no se informa		barrera		ligadura tubaria									
										vivo después de traslado		días completos		exclusiva																					

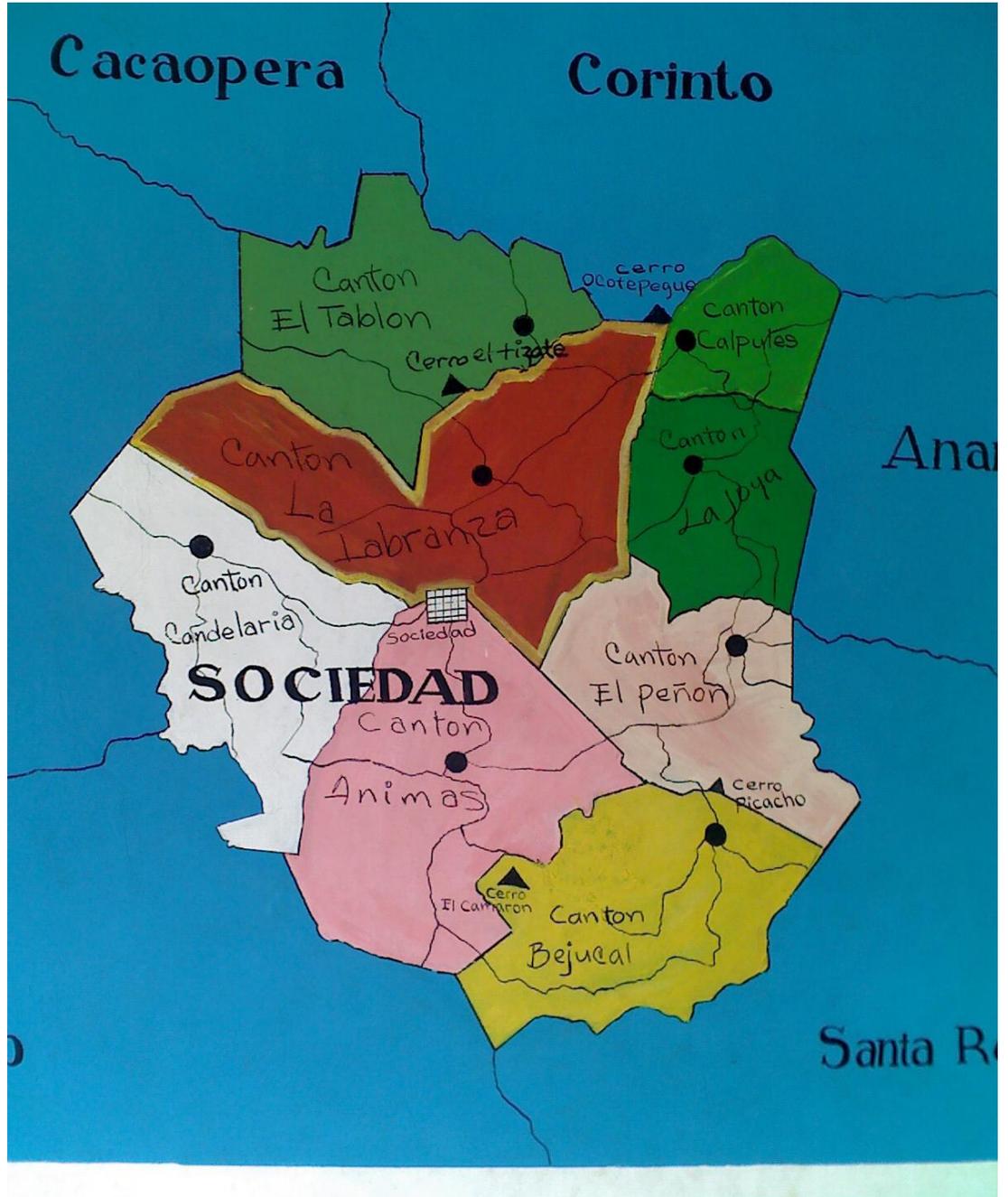
ANEXO N°15: MAPA DEL MUNICIPIO DE ESTANZUELA



ANEXO N° 16 MUNICIPIO DE OSICALA



ANEXO N° 17 MUNICIPIO DE SOCIEDAD



ANEXO N° 18

Respuestas más frecuentes de la definición plan de partos:

- Es una estrategia para evitar las muertes maternas e infantiles.
- Estrategia que nos ayuda a definir donde se atenderá el parto y evaluar los factores de riesgo.
- Es que la mujer reconozca señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio y prepararla para que el parto sea atendido por personal calificado.

ANEXO N° 19

Respuesta a la pregunta mencione el Modelo de las 3 demoras por la que se ha implementado el plan de partos.

1	En tomar la decisión de buscar ayuda.
2	En llegar ala institución prestadora de servicios de salud.
3	En recibir el tratamiento adecuado en la institución de salud

ANEXO N° 20 Respuestas más frecuentes de los instrumentos para la operativización de la estrategia.

	Frecuencia
Censo de gestantes	8
Mapa obstétrico	18
Ficha del plan de partos	23
Hoja de mi plan de partos	11
Listado de embarazadas con plan de parto	7
no responde	61
responde equivocado	52
Total	180

ANEXO N° 21 Respuestas más frecuentes sobre las fichas del plan de partos

Respuestas mas frecuentes

FUR	21
Datos personales	28
Señales de peligro del RN	14
Lugar del parto	11
FPP	18
	92