



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**FOMENTANDO CONOCIMIENTO DE LOS AGENTES
COMUNITARIOS EN SALUD MATERNO PERINATAL.
CENTRO POBLADO DE CHONTAYOC, 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORA:

LIC. OBST. MARLENY BEATRIZ GUTIERREZ PALOMARES

ASESORA:

DRA. SONIA AVELINA GIRON LUCIANO

HUARAZ – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR

Dra. Enf. María Adriana Vilchez Reyes

Presidenta

Mgtr. Rosa María Sánchez Nazario.

Miembro

Virginia Ramos Llumpo.

Miembro

AGRADECIMIENTO

A Jehova Jiret , por el privilegio de otorgarme la oportunidad de fortalecer mis capacidades y conocimientos.

A mi MADRE por su ejemplo y apoyo incondicional.

A mi asesora por su comprensión y apoyo.

DEDICATORIA

A mi Padre Celestial, porque estoy segura que va a permitir la ejecución del presente Trabajo Académico.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I.PRESENTACIÓN	2
II.HOJA RESUMEN	4
2.1. Título del Proyecto:	4
2.2. Localización:	4
2.3. Población Beneficiaria:	4
2.4. Institución que lo Presenta:	4
2.5. Duración del Proyecto:	4
2.6. Costo Total:	4
2.7. Resumen:	5
III.JUSTIFICACIÓN:	7
IV.OBJETIVOS	34
V.METAS:	34
VI.METODOLOGIA	35
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención:	35
6.2. Sostenibilidad del proyecto	39
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN	40

VIII.RECURSOS REQUERIDOS	48
IX.CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	50
X.ASPECTOS ORGANIZATIVOS E NSTITUCIONALES	55
XI.COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	55
XII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	60

I. PRESENTACIÓN

Las confusiones entre el embarazo y el post parto son una de las razones más importantes de la muerte materna en Perú, ya que lo que queda de las naciones latinoamericanas con algunos casos especiales tiene un bajo alcance en el post parto en medio de la obstetricia. Un número significativo de los inconvenientes creados en los traslados domiciliarios llegan tarde o no alcanzan los objetivos de atención, lo que causa que la muerte se relacione directamente con la baja calidad de la atención durante el embarazo y el post parto, al instante en cimientos de bienestar. Según lo indicado por la OPS, la mortalidad materna se refiere a un problema en los servicios de la salud, sus causas son prevenibles si se realiza una adecuada y oportuna intervención (1).

Constantemente en algún lugar del planeta, una mujer presenta fallecimiento a causas de las complejidades que surgen en medio del embarazo, el parto y el puerperio, la eliminación del feto, la pre eclampsia, la eclampsia, las hemorragias y la sepsis. La mortalidad materna mundial detallada en el momento del parto es de 500,000 a 600,000 fallecimientos anuales (2).

La mayor parte de estos fallecimientos (88%) son el efecto posterior de los enredos en el tercer periodo del parto y específicamente de la hemorragia en las primeras cuatro horas del postparto. El drenaje o hemorragia puerperal severa, causado principalmente por el mantenimiento de la placenta y las capas por la atonía uterina, son causas frecuentes para la pesadez y la mortalidad maternas. En consecuencia, la

hemorragia es uno más de los procedimientos lúgubres que ocurren más habitualmente entre el puerperio y es la segunda razón de muerte en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha evaluado que en todo el mundo alrededor de cinco millones de mujeres experimentan los efectos nocivos de las dolencias básicas relacionadas con la maternidad, y de estas aproximadamente increíbles, la mayor parte de estas pases ocurren en naciones subdesarrolladas (2).

Dentro de la problemática del centro poblado de Chontayoc, se percibe que el centro de salud no cuenta con un plan de desarrollo sobre salud materna, ni de agentes comunitarios, por tales razones la investigación plantea realizar un plan de mejora para desarrollar los conocimientos de las mujeres del centro poblado de Chontayoc.

Por lo expuesto se propone el trabajo académico titulado: FOMENTANDO EL CONOCIMIENTO DE LOS AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD MATERNA PERINATAL DEL CENTRO POBLADO DE CHONTAYOC, 2018, se elabora todo un proceso metodológico para identificar las causas y consecuencias, posterior a ello se elaborara líneas de acción para mejorar el conocimiento de las pobladoras sobre los métodos anticonceptivos y sus referentes. Se espera con el proyecto aportar a los gestores de salud en la localidad y profesionales le sirva como herramienta para prevenir estos casos, está especialmente dirigido a todos los agentes comunitarios de salud, lo cual logrará disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de salud.

II. HOJA RESUMEN

2.1. TITULO DEL PROYECTO:

FOMENTANDO CONOCIMIENTO DE LOS AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD MATERNO PERINATAL. CENTRO POBLADO DE CHONTAYOC, 2018.

2.1. UBICACIÓN:

Centro Poblado : Chontayoc
Distrito : Independencia
Provincia : Huaraz
Departamento : Ancash
Región : Ancash

2.2. POBLACION BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Agentes comunitarios de salud del centro poblado de Chontayoc, 2018.
- **Beneficiarios Indirectos:**
Población gestante del centro poblado de Chontayoc y personal de salud del Puesto de Salud de Chontayoc.

2.1. REPRESENTANTES:

Agentes Comunitarios en salud materna perinatal del centro poblado de Chontayoc.

2.2. DURACION DEL PROYECTO: 2 años.

Fecha Inicio : Enero 2018.

Fecha Término : Enero 2020.

2.3. COSTO TOTAL: S/. 89,582

2.4. RESUMEN:

El trabajo académico, narra la problemática del bajo nivel de conocimiento de los agentes comunitarios en salud materna perinatal del centro poblado de Chontayoc, así mismo la falta de preocupación por el personal médico y asistencia que brinda el centro de salud, trayendo consigo que las mujeres durante su proceso de embarazo no toman las precauciones necesarias para llevar su control prenatal, por otro lado el centro de salud no cuenta con personal capacitado para concientizar a las mujeres del centro poblado de Chontayoc, por tales razones se busca capacitar a la población femenina para que se atiendan en el centro de salud cuando están gestando debido a que es el medio más adecuado y perder la vergüenza de ser atendido por un médico u Obstetra.

Por este motivo el trabajo académico fortalecerá la atención y concientice a las mujeres del centro poblado para acudir al Puesto de salud a realizar consultas y atenderse para que tengan una supervisión adecuada y evitar riesgos en el periodo de gestación , parto y puerperio y evitar secuelas que puedan quedar a corto y largo plazo. Por lo tanto, la administración, la atención y la preparación se establecen a medida que se proponen líneas de actividad y diseños de actividades, por ejemplo, gestión, atención plena y preparación. También incorpora la preparación del plan de sensibilización y adiestramiento a los trabajadores de salud y capacitación para acercarlos a las necesidades de salud materna perinatal del centro poblado de Chontayoc. Como

profesional de Obstetricia, se espera contribuir con la mejora de la calidad en la atención del usuario que acude al Puesto de salud.

3. JUSTIFICACIÓN:

La investigación tendrá una justificación práctica porque el Trabajo Académico puede servir a futuras investigaciones como una iniciativa a seguir estudiando, sobre este tema y problemática que afecta a muchas mujeres en diferentes partes del mundo, por lo general en lugares alejados de la ciudad donde aún se conserva y se tiene miedo a médicos y obstetras.

Por otra parte, la mortalidad materna, como un importante problema médico individual y agregado, permaneció relativamente imperceptible hasta la "Conferencia Global sobre la Maternidad Segura" celebrada en Nairobi y Kenia en 1987. En esta ocasión, "morir dando vida" tomó medidas y semblanzas en todo el mundo de la nada (1).

Después de más de veinte años de actividades, recomendaciones y afirmaciones de deberes, el fallecimiento materno sigue siendo uno de los pesos de la humanidad. De hecho, incluso en este siglo, ser madre es un peligro increíble para las mujeres en numerosas naciones. Dada su importancia, los Jefes de Estado y de Gobierno, reunidos en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, del 6 al 8 de septiembre de 2000, marcaron la Declaración del Milenio. En este informe, se pronunciaron, entre diferentes tareas, que se resolverían para reducir, en 2015, la mortalidad materna en un 75% y la mortalidad de los menores de 5 años en un 66% de sus tasas para el año 2000 (2).

Entre los lugares en proceso de desarrollo, entro uno de ellos, África tuvo la proporción de mortalidad materna más notable (900 por cada 100.000 nacidos vivos), seguida por Asia meridional (490 por cada 100.000 nacidos

vivos), Oceanía (430 por cada 100.000 nacidos vivos) , Sudeste de Asia (300 por cada 100 mil nacidos vivos), Asia occidental (160 por cada 100 mil nacidos vivos), África del Norte (160 por cada 100 mil nacidos vivos), América Latina y el Caribe (130 por cada 100 mil nacidos vivos) y Asia Oriental (50 por cada 100 mil nacidos vivos). Se observó que la proporción de mortalidad materna de no menos de 1000 por cada 100 mil nacidos vivos se encontró en un total de 14 naciones, de las cuales 13 (a excepción de Afganistán) tienen un lugar en el lugar del África subsahariana (2).

El peligro de fallecimiento de la mujer durante la gestación se considera importante y de vital atención a lo largo de todo el período del embarazo, parto y puerperio del mismo modo la concientización a todas las mujeres en edad fértil en el cuidado de su salud.

La investigación demostró que el peligro de fallecer por causas maternas es mayor en África (1 de 26), seguido por Oceanía (1 de 62 MEF) y Asia (1 de 120 MEF); mientras que los países desarrollados incluyeron los peligros más reducidos para la duración de la vida de las damas (1 en cada 7300 MEF). A nivel nacional, de las 171 naciones y dominios en los que se hicieron medidores, Níger introdujo el riesgo evaluado más elevado a lo largo de la vida (1 de cada 7 MEF), en clara diferencia con Irlanda, que presenta el menor riesgo para toda vida (1 de 48 MEF) (3).

En un informe similar, en las proximidades de 1990 y 2005, a nivel internacional, la mortalidad materna disminuyó en menos del 1% cada año (de 576 mil a 536 mil pasados maternos). Esta cifra está muy por debajo del 5,5% anual esperado para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio con

respecto a la disminución de la mortalidad materna (disminuyendo la tasa mundial en un 75% en los alrededores de 1990 y 2015). Para lograr este objetivo (ODM5), la disminución debería ocurrir a un ritmo más alto hasta 2015, particularmente en el África subsahariana, donde la disminución hasta 2005 fue de alrededor del 0,1% cada año (OMS, UNICEF, UNFP y BM (2).

Además, en todo el mundo hubo una disminución del 5,4% en la proporción de mortalidad materna, entre los años 1990 y 2005. Asia oriental registró la mayor reducción (47,1%) en contraste con África subsahariana (1,8%). A diferencia de las áreas alternativas, África subsahariana encontró una expansión en la cantidad de pases maternos (de 212 mil de 1990 a 270 mil de 2005) con un incremento asociativo en la cantidad de nacidos vivos (de 23 millones de 1990 a 30 millones de cada 2005), que se convirtió en una variedad base de la proporción de mortalidad materna en las cercanías del año 1990 y 2005 (2).

Loreto: Especialistas comunitarios de grupos indígenas preparados en la aversión a la deficiencia y mortalidad materna de hierro. Dentro de la estructura de la ejecución del Modelo de Atención Integral e Intercultural de Salud impulsado por el Ministerio de Salud (Minsa), una suma de 100 operadores de bienestar grupal de los grupos indígenas Kukama kamiria y Urarinas, de los cuencos de los ríos Maraón y Chambira, se preparó para ayudar a prevenir la enfermedad, la insalubridad y la mortalidad materna (3).

Los talleres de capacitación: "Diálogo de saberes con Agentes Comunitarios de Salud, APUS y líderes comunitarios" se desarrollaron con el propósito que los pueblos indígenas se capaciten en gestión sanitaria, como por

ejemplo en el cuidado de la salud materna, durante los signos de peligro que se presentan en el embarazo, parto y puerperio. Además, recibieron charlas sobre el abordaje de anemia y desnutrición crónica (3).

Agentes comunitarios de pueblos indígenas promoverán la salud en cuencas de Loreto, Como parte de las acciones para proteger la salud de los pueblos indígenas de la región Loreto, un equipo de especialistas del Ministerio de Salud (Minsa) viene brindando capacitación a los agentes comunitarios de salud de las comunidades de las cuencas de los ríos Pastaza, Marañón, Tigre, Corrientes y Chambira (4).

La intervención se efectúa en el distrito de Nauta, provincia de Loreto, en el marco de la implementación del nuevo Modelo de Atención de Salud Integral e Intercultural, aprobado por R.M. N° 594-2017/MINSA, el cual incluye diversas acciones de gestión y participación comunitaria para fortalecer los servicios de salud en las comunidades indígenas en donde participaron agentes comunitarios de comunidades indígenas, quienes fueron capacitados en temas relacionados al cuidado integral del niño y la gestante, anemia, desnutrición, alimentación del niño, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo del niño (CRED), así como control prenatal, seguimiento a gestantes, signos de alarma, entre otros (4).

El trabajo “FOMENTANDO CONOCIMIENTO DE LOS AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD MATERNA PERINATAL DEL CENTRO POBLADO DE CHONTAYOC, 2018”, se considera de suma importancia debido a que al igual que en diferentes aspectos se considera que las mujeres andinas son muy reservadas en cuanto a la maternidad por diversos factores,

entre ellos sus costumbres, la falta de asesoría médica, entre otros, por tales razones cuando tienen un parto recurren a parteras las cuales son mujeres que por la experiencia que tienen ayudan a las mujeres de su comunidad para la atención del parto domiciliario, pero no tienen en cuenta las precauciones médicas y otros factores, por tales razones nace la iniciativa de crear el programa para brindar asesoría a las mujeres sobre los métodos anticonceptivos y los procedimientos para un control maternal cuando quedan embarazadas (2).

Se considera en el presente Trabajo, fomentando el conocimiento de los Agentes Comunitarios de Salud, en salud materna perinatal, siendo éstos pobladores de la misma zona, con las mismas barreras socio culturales, costumbres, mitos y lenguaje original, compartiendo las mismas experiencias y temores al enfrentar la atención sofisticada y moderna en los Establecimientos de Salud de la zona urbana, la capacitación que reciban será de gran ayuda para concientizar y sensibilizar a la población gestante a poder acudir al Establecimiento de Salud para recibir atención pre natal lo más pronto posible después de la ausencia de menstruación o confirmación del embarazo.

Al buscar antecedentes de investigaciones similares se encontró a los siguientes Watanabe, en su investigación titulada “La reducción de la mortalidad materna y su relación con factores sociosanitarios asociados Perú, quien realizó una investigación en la Universidad Nacional Mayor De San Marcos, quien concluyó: (La investigación presenta, referencialmente, datos sobre la grandeza de la mortalidad materna hasta el año 2010) (5).

Otra investigación importante es la de Catacora y Pastor, en su estudio titulado “Estudio del servicio de salud materna en el hospital general del

distrito de Jaén, brindado a través del seguro integral de salud. análisis desde el enfoque intercultural durante los meses de marzo a setiembre de 2012”, realizado en la Pontificia Universidad Católica del Perú”, quien concluyó: (Según los descubrimientos, para el primer indicador suponemos que no hay situaciones de parto ejecutadas con un enfoque intercultural, y además para el segundo marcador no hay equipos, materiales y mobiliario satisfactorios, ya que el Hospital General de Jaén no ofrece una mente de transporte con una concentración intercultural Así, el Hospital actualmente no tiene habitaciones moldeadas para ofrecer atención con un enfoque intercultural, se debe notar que esta moldura debe fundarse en las direcciones determinadas en la Norma Técnica, que demuestran el vital materiales, equipo y medicamentos) (6).

Dentro del sustento teórico la salud, la muerte materna y las políticas públicas en el Perú, según Verdera, en los últimos 25 años, el Estado peruano ha jugado un papel más dinámico atendiendo las solicitudes sociales que el mercado no puede cumplir. Esto convirtió a la población en general los enfoques que han experimentado, desde centrarse en la difusión de los salarios a la necesidad de disminuir. (Sostiene que esto dejó de lado la importante consideración que el Estado debe poner en la disminución de las disparidades sociales en sí mismas, como un factor que recrea y sostiene la indigencia, hasta el punto de transformarlo en un problema básico) (6).

Verdera, Él sostiene que, con un objetivo final específico para disminuir la pobreza, es importante avanzar en los enfoques que consideran los derechos humanos, y también los derechos sociales. En este sentido, atacaría la cuestión

fundamental: la disparidad en esencia y la miseria, que es uno de sus resultados más famosos (6).

El Estado peruano tiene uno de los niveles de interés más bajos en bienestar de la región (Amnistía Internacional). La reducción en el respaldo financiero distribuido al área de bienestar a pesar de la forma en que los indicadores son bajos tanto en cuanto a alcance como a calidad, presenta la débil responsabilidad de aceptar acuerdos universales. Por ejemplo, desde 2008 hasta la fecha, aproximadamente el 2% del plan agregado de gasto de bienestar se ha asignado a actividades identificadas con bienestar materno (Defensoría del Pueblo) (7).

El Ministerio de Salud coordina un nivel de inversión del consumo con las instalaciones del médico, a pesar de que se centran principalmente en los centros urbanos y atienden a menos clientes pobres. En consecuencia, la parte dominante de los clientes va a los centros y puestos de bienestar, en particular los que viven en zonas provinciales (Ministerio de Salud). Merece considerar que, debido a los estados de vida problemáticos de numerosas personas, el interés por el seguro social es alto, lo que aumenta el gasto de la unidad familiar (7).

Según lo indicado por la Organización Mundial de la Salud, el Fondo Nacional de la Infancia para los Niños, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, en el año 2000, Perú se ubicó 119 de un total de 191 naciones en cuanto al valor y ejecución de su marco de bienestar. Además, ocupaba el puesto 184 de 191 naciones en cuanto a equidad de compromiso relacionada con el dinero (es decir, la capacidad de agregar al marco de

bienestar según el salario que recibe un hombre), poniéndolo más cerca en esta solicitud a naciones como Somalia, Myanmar y Sierra Leona, que sus vecinos territoriales. No obstante, debe decirse que en los últimos 3 años el Estado ha realizado actividades sólidas para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio identificados con la mortalidad materna (8).

Entre los más críticos se encuentran la Implementación del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Perinatal Materna y el Programa Estratégico Materno Neonatal. El primero es un esfuerzo por establecer y fortalecer reglas y métodos que deben cumplirse en las ocasiones distintivas del Ministerio de Salud para disminuir la mortalidad materna y perinatal (8).

Esta es la razón para crear, según la ley, un acuerdo vital multisectorial que incluye todos los elementos abiertos y privados que conforman la división de bienestar. Del mismo modo, el Programa Estratégico Materno Neonatal es una actividad dirigida a ampliar el suministro y el acceso a las administraciones de bienestar de calidad. Esto, bajo el control de punteros de observación y ejecución, tal como lo requieren las normas de la asignación monetaria, de la cual este programa resultó ser una parte del año 2010 (5).

Se puede mencionar que las personas en las políticas públicas de bienestar materno perinatal y los niveles de agente que obtienen de ellos son fundamentalmente los mismos que los tiempos de gobierno y años contrastantes. En el caso particular de mortalidad materna, todos dependen de las responsabilidades mundiales y nacionales para su disminución. Desde la supuesta sociedad común, los exámenes se vuelven accesibles a las

organizaciones estatales que demuestran la necesidad de actualizar estos enfoques de manera suficiente y hacen la comparación de observación y responsabilidad, de tal manera que la nación consiente las atenciones y con el número de habitantes en mujeres que solicitar activos y cuidado para lograr una paternidad protegida (8).

Percibimos la necesidad de garantizar el bienestar materno en nuestra nación, en el Acuerdo sobre Partidos Políticos en Salud, marcado en 2005, dice "[...] nos hemos impuesto la prueba de recibir entendimientos por acuerdo en relación con el bienestar general que, como una declaración del privilegio de la fuerza de los peruanos, hacer una interpretación de los acuerdos de bienestar en el siguiente período de gobierno 2006-2011 para la ventaja de la población, progresando en lo que acaba de ser trabajado por la nación ». Este asentimiento estuvo marcado por 16 reuniones políticas (Acción Popular, Alianza para el Progreso, Avanza País, Coordinadora Nacional de Independientes, Frente Amplio de Izquierda, Fuerza Democrática, Movimiento Humanista Peruano, Partido Aprista Peruano, Partido Justicia Nacional, Partido Popular Cristiano, Partido Social Democracia, Partido Regional "Auto Gobierno Ayllu", Partido Socialista, Posible Perú, Somos Perú y Solidaridad Nacional) (9).

Uno de los aspectos más importantes que enfrenta nuestro país es el de la muerte materna. Durante bastante tiempo, este problema ha devorado la vida de numerosas mujeres, que, por diferentes razones, incluida la de no ir a una oficina de bienestar, han perdido la vida y en consecuencia, han entregado a sus familias. En vista de esto, el Plan Nacional Concertado de Salud considera la disminución de la mortalidad materna como el principal objetivo de

bienestar, reflejando la necesidad de hacer un trabajo coordinado, con el objetivo de "completar una forma multisectorial para enfrentar el problema médico, colocándolo sobre la motivación de un número considerable de áreas pendientes al cambio de los principales determinantes del bienestar, así contribuirá de manera viable a llegar a un mundo más beneficioso y más seguro que todos los peruanos intentan "(MINSA) (9).

Cabe destacar que, en Perú, desde finales de los años 90 hasta el año 2003, la proporción de mortalidad materna se calculó en 185 pases maternos por cada 100.000 nacidos vivos (MINSA), con este marcador el país se ubica dentro de aquellos con la mortalidad materna más notable en América Latina (9).

También debe notarse que en nuestra nación consistentemente más allá de las complejidades de las palabras en medio de su embarazo y la mayor parte de ellas tienen un lugar con zonas provinciales en estados de indigencia y necesidad extraordinaria, la alta proporción de mortalidad materna ocurre en los más pobres y prohibidos regiones de la nación. Esta circunstancia se ve clarificada por varios elementos, incluida la falta de ajuste de las administraciones de bienestar a las necesidades de los clientes, que en general son mujeres que mantienen sus tradiciones genealógicas en la temporada de transporte. Estas fundaciones, generalmente, no tienen el aprendizaje, las aptitudes y el equipo necesarios para proporcionar atención obstétrica básica y con un enfoque intercultural (9).

Por otra parte, se comprende que el marco de bienestar con un enfoque biomédico no ofrece espacios para que las mujeres embarazadas se interesen en

los formularios de atención médica que les han faltado. Esto se ve perturbado por las fronteras sociales y las conexiones relacionales entre las mujeres embarazadas y la fuerza de trabajo de bienestar: "pasado el tema del dialecto, presente hasta cierto punto en la mayoría de las fundaciones del país, el marco oficial de bienestar se ve como predominantemente remoto, incorporado en sí mismo, no incorporado a la rutina diaria con respecto al grupo que la alberga "(MINSA-PROJECT) (10).

Por otra parte, UNICEF, en su investigación llamada "Maternidad Segura", ofrece ascender a las convenciones y la impresión de éstas en la fortaleza de las mujeres embarazadas que las ensayan, considerando la separación como la razón fundamental que produce el despido hacia su forma de vida, apoyando significativamente más la evitación y el poco reconocimiento hacia el nacimiento institucional. Afirma que la muerte materna es inadmisibles y la concentra en favor de la consideración de las tradiciones cuando dice que "el respeto es la clave que abre la entrada a la vida" (UNICEF). El examen también comunica la cuestión de la evasión en la que las mujeres embarazadas viven en territorios remotos y contrasta en los servicios médicos maternos entre una dama del territorio urbano y la de zonas remotas (10).

En cuanto al tema, el examen hace referencia a la importancia de que los expertos en bienestar consideren su transmisión como uno de los principales impulsores de la mortalidad materna, ya que los especialistas en partos no están preparados para tratar dificultades imaginables en el trabajo. Ella piensa que la expansión en el nacimiento institucional en nuestra nación es empoderante,

pero mientras tanto percibe que las profundas disparidades sociales "no permiten la paternidad libre de azar" (UNICEF). UNICEF dice que, en diferentes regiones del Perú, las mujeres quieren concebir un hijo en casa y no en la oficina de bienestar, dando como razones fundamentales una progresión de motivos socio-sociales, entre ellos, que los ensayos de bienestar de su vecindario no son la facultad percibida y de bienestar no estima y no tiene la menor idea de su forma de vida (10).

Por fin, el trabajo realizado por Sandro Parodi en el informe "Evaluación de los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre el valor en el bienestar materno con respecto a las obstrucciones no financieras para acceder a las administraciones de bienestar" se ha tomado como una fuente de perspectiva para nuestro examen , lo hizo con la ayuda de GRADE. En él, Parodi distingue variables no monetarias (comportamientos sociales, la energía relativa de las mujeres dentro del hogar y la geología), que restringen el acceso a las administraciones de bienestar y que el SIS" no es reflexionando dentro de su sistema de desarrollo "(Parodi). La evaluación afirma que el SIS afecta positivamente el acceso al transporte institucional y ha superado el obstáculo monetario, sin embargo, no ha mejorado el valor, sobre la base de que mientras territorio El 88% de las madres embarazadas buscan una evaluación competente en su introducción al mundo, en la región provincial solo el 44% lo hizo (10).

Además, reconoció que los obstáculos no financieros tienen acceso restringido al SIS de las mujeres embarazadas más pobres y que son las porciones del salario central las que han tomado la mejor posición favorable

"mientras que el SIS expandido en una tasa del 26% enfoca la probabilidad normal de que las mujeres embarazadas los quintiles, los más pobres en ir al MINSA, la expansión de las afiliaciones de los quintiles más ricos fue de 34% y 55.8% "(Parodi). El efecto posterior de estos componentes nos permite confirmar que el SIS no ha logrado grandes mejoras en el valor. La investigación se centra en tres tipos de límites no monetarios que restringen el acceso a las administraciones de bienestar: los comportamientos sociales que la situación del trabajo considera, por ejemplo, el reconocimiento del bienestar, las convicciones religiosas y los estados de ánimo (11).

El segundo es la energía relativa de las mujeres en el hogar; que percibe que el liderazgo básico no es restrictivo para la dama, pero que sucede entre la familia. El tercero tiene que ver con la topografía; ya que las separaciones a fundaciones de bienestar disminuyen la probabilidad de descubrir una consideración competente. Parodi concluye señalando que los expertos en bienestar deben percibir la naturaleza multifacética de la realidad peruana, por lo que el marco de bienestar debe ser adaptable y versátil. Propone algunas medidas: distinguir a las poblaciones indefensas en cada región, un marco de bienestar que se ajusta a la solicitud, considerar al cómplice de la mujer embarazada en los enfoques de bienestar materno, por último, ampliar el alcance del SIS a las mujeres embarazadas que viven en zonas remotas (11).

Los elementos peligrosos y confusiones identificados con el embarazo son la principal fuente de muerte y discapacidad entre las mujeres de edad conceptual en todo el mundo. La mayor parte de los pases maternos ocurren debido a cinco enredos obstétricos: secreción, sepsis, nacimientos prematuros

provocados peligrosos, hipertensión en medio del embarazo, trabajo obstaculizado, procedimientos obstétricos irresistibles; Si bien la mayoría de los países maternos ocurren en la creación de naciones, esto no implica que las mujeres solitarias en estas naciones produzcan confusiones terapéuticas en el embarazo o después de éste (11).

Las mujeres de cualquier nación y de cualquier población pueden tener complejidades, sin embargo, las mujeres en las naciones creadoras están menos inclinadas a obtener un tratamiento rápido satisfactorio, por lo que probablemente morderán el polvo. Los enredos que causan el paso de la madre entre el embarazo, el trabajo de parto o el puerperio no pueden mantenerse, los países maternos se obtienen de estas complejidades con la posibilidad de que se puedan prevenir. La prueba es construir los resultados imaginables de administrar estas dificultades a través de intercesiones para expandir el alcance de la atención obstétrica fundamental, ayudando a las mujeres y sus familias a percibir las indicaciones de amenaza, avanzando la exploración para una atención conveniente y calificada, alentando la entrada a administraciones que dan una consideración refinada y calificada (11).

Hay datos mínimos confiables sobre la recurrencia de la severidad materna, sin embargo, la cantidad de mujeres influenciadas es, con mayor probabilidad, unas pocas veces más prominente que la suma que muerde el polvo. La descarga de balas azules es la principal fuente de muerte materna en el planeta, representando la mitad de todos los países maternos de los bebés azules en las naciones creadoras (12).

Dentro de las hemorragias, la que más grandeza prominente gana, es la que aparece en el momento del nacimiento y el puerperio inmediato. El período de gestación en el que ocurre la cantidad más notable de hemorragias es en realidad, el período del bebé blues, siendo la atonía uterina el factor de atención en una gran parte de los casos. La mayor parte de estos casos (88%) son consecuencia de confusiones en el tercer tiempo de transporte y específicamente de la descarga en las primeras cuatro horas bebé blues (12).

A pesar del cambio en la atención obstétrica que se ha producido en las últimas décadas y la disminución resultante en la mortalidad materna, que se evalúa en 10 pases maternos por cada 100 mil nacidos vivos, el drenaje sigue siendo un destacado entre las causas más sucesivas. De esta forma, en el Collaborative de Mortalidad Materna, se registraron 601 pases maternos en las cercanías de 1989 y 1994, de los cuales el drenaje fue el motor fundamental de la muerte, en el 9.1% mientras que en otro 15.1%, a pesar de que el drenaje fue no es el motivo inmediato de la muerte, pasar agregado al resultado letal (10).

Por otra parte, a través de la investigación de los endosos de muerte en las cercanías de 1990 y 1995, encontraron un total de 2,475 pases maternos, 13,4% de los cuales se debieron a drenaje de blues de bebés (12). En nuestra nación, los marcadores de mortalidad materna en 2001 informan una tasa de 74,3% de mortalidad materna; complejidades del trabajo y baby blues 18,7%.

De otro modo, algunas definiciones que ayudan a la investigación es riesgo obstétrico: La probabilidad de una circunstancia perjudicial imprevista se caracteriza como riesgo obstétrico. En la solución materna fetal, esta realidad, es decir, el punto final indeseable; el fallecimiento fetal, la muerte

materna, el impedimento del desarrollo intrauterino, el trabajo inesperado, para cualquier situación, como dice Pacheco (13).

Hay dos condiciones que básicamente constituyen circunstancias fortuitas; el primero se identifica con pacientes con un pasado lleno de pobre historia obstétrica o circunstancias neuróticas atrincheradas; el segundo y el más esencial, debido a su recurrencia, es el relativo a pacientes que controlan su embarazo y en un momento dado, crean una confusión sorprendente. La última parte del tiempo requiere opciones problemáticas y no es inusual que el avance fetal o materno sea negativo. Posteriormente, la importancia de tener la capacidad de distinguir de la anterior reunión teniendo en cuenta el objetivo final para impulsar la conclusión, y en consecuencia limitar los efectos negativos en el procedimiento de gestación (13).

Otra definición es primiparidad precoz. Se ve de esa manera cuando el nacimiento principal ocurre antes de la edad de 19 años. En la década de 1970, resultó evidente que el embarazo juvenil era un problema predominantemente sociológico con resultados restaurativos. Los peligros obstétricos para los adolescentes eran necesidad, carentes de sustento y debilidad antes del embarazo. Estos factores de riesgo, cuando fueron examinados posteriormente por McAnarney, incluyeron alimentación deficiente, tabaco, alcohol y mal manejo de medicamentos y contaminación genital (13).

Santin y Col. Investigaron las consecuencias del embarazo en más de 16,500 mujeres nulíparas y descubrieron que había un gran incremento en los traslados pre término, además, hemorragias de blues del bebé. El embarazo asombra a la joven con un marco genital juvenil inmaduro. Puede haber partos

infructuosos o nacimientos prematuros debido al ajuste deficiente del útero a su sustancia. En el trabajo, la distocia puede ocurrir debido a la ausencia de mejoría pélvica y aquí, como en el transporte, las irregularidades pueden iniciarse por insuficiencias de la constricción uterina (13).

La definición acompañante es primiparidad tardía, cuando una mujer tiene su primer nacimiento después de la edad de 30 años, se la denomina primípara madurada. En la década anterior, con el argumento de que las mujeres más establecidas y regularmente informadas posponían la paternidad, la extensión de las damas estadounidenses que conciben un descendiente de más de 35 se ha expandido por completo (National Center for Health Statistics). En 1995 hubo 357,053 nacimientos en mujeres de entre 40 y 44 años, y 2,329 en mujeres de entre 45 y 49 años esta tendencia ha continuado intensificándose entre las mujeres de más de 30 años. Al mismo tiempo, la cantidad de mujeres de 30 años que permanecen sin hijos ha aumentado bruscamente en las últimas dos décadas (13).

El útero que durante años ha estado recibiendo periódica y cíclicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica.

Los filamentos musculares dejan de tener dos de sus propiedades clave: flexibilidad y contractilidad, para soportar la degeneración fibrosa. La ausencia de extensibilidad del músculo uterino puede ser una razón para la interferencia del embarazo. En trabajo de parto y parto, el útero se contrae con poca vitalidad (inactividad, hemorragias secuenciales). La articulación del cóccix es anquilostoma. Las partes delicadas (cuello, vagina, vulva y periné) ofrecen protección intemperante ya que han perdido su flexibilidad y delicadeza, esto

provoca prolongación y captura del nacimiento (debido a anomalías en el ensanchamiento), lágrimas o explosiones, hemorragias del transporte, pobres Involución uterina y sucesivas intercesiones (13).

Multiparidad, constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio relacionándose estrechamente con la morbilidad materna, según estudios realizados por diferentes autores (14). Los que refieren que el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractilidad, por lo que en el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de partos prolongados, uso de oxitócicos, retención de la placenta, desgarros de las partes blandas, sangrados post parto por atonía uterina (14).

Una próxima definición son las patologías hemorrágicas. El drenaje ocurre a través de la vagina en medio del embarazo por cualquier motivo. Las hemorragias vaginales en medio del embarazo se separan en dos grandes reuniones, ya que sus causas son famosas por su singularidad. Están aislados en hemorragias de la parte principal del embarazo y la segunda mitad. Las principales condiciones clínicas relacionadas con el drenaje de esa razón son el estallido de un embarazo ectópico, la eliminación del feto, la repentina placentera típicamente incrustada (DPPNI), la coagulación intravascular diseminada (CID), la placenta previa, el mantenimiento de la placenta (14).

Por otra parte, dentro de las hemorragias de la mitad principal del embarazo, la eliminación del feto en nuestra nación es uno de los impulsores fundamentales del fallecimiento materno. Esto se caracteriza como una

interferencia no restringida o instigada antes de las 20 semanas de amenorrea que pesan menos de 500 gramos. La mortalidad revelada por la extracción del feto realizada legalmente es una de las más mínimas, de tal vez un par por cada cien mil partos prematuros legales, en cualquier caso, la extracción ilícita del feto es una razón crítica para el fallecimiento de la madre (15).

Entre las primeras complicaciones del aborto se observan: perforaciones traumas, hemorragias, sepsis y retención de los productos de la concepción. Las perforaciones que ocurren a una tasa de uno por mil, representan el problema más grave y se asocia directamente con la persona que realiza el aborto. Entre las secuelas posteriores del aborto como la infertilidad, el síndrome de Asherman, incompetencia cervical, embarazo ectópico, isoimmunización a Rh y efectos psicológicos (15).

El ciclo de nacimiento no natural o la eliminación del feto no restringido se debe a las imperfecciones tanto paternas como maternas. Con respecto a lo anterior, es significativo que entre el 40% y la mitad de los trabajos infructuosos de causa materna se atribuyan a la sífilis, con frecuencia son oscuros, pasados por alto o deliberadamente denegados. La mitad restante se debe a la adicción al licor constante e interminable, la fatiga física o académica, la madurez entre otros (16).

El motivo de la solicitud materna ha cambiado. Las mutaciones de cada uno de los órganos del tracto genital femenino; pólipos, fibromas, tumores, endometritis, entre otros. Del mismo modo, algunas dolencias, por ejemplo, diabetes, hipertensión o enfermedades causadas por contaminaciones bacterianas o virales, están causando un nacimiento prematuro sin

restricciones. Como causas conjuntas, paternas y maternas, y actuando mientras tanto, podemos especificar uniones relacionales extremadamente juveniles, uniones relacionales tardías, antigüedad indefinida o la fragilidad de uno de los compañeros de vida, desesperanza, hambre, privaciones, pavor, perder la esperanza, normalidad el abuso del licor, la sífilis o la tuberculosis, también perduraron juntos. Cada una de estas causas puede actuar en este momento que impulsa el tratamiento. Diferentes razones para el nacimiento prematuro sin restricciones son mutaciones del organismo incipiente (16).

Eliminación provocadora o criminal del feto, algunos grupos de personas no consideran el nacimiento prematuro como una manifestación criminal, ya que entre ellos se considera una demostración característica. Esta regla se ha mantenido en desarrollos específicos y hoy se perfora con exención en órdenes sociales específicos. En Europa occidental, el nacimiento prematuro se reprime cruelmente, como lo indica el enfoque de nacimiento de las naciones a las que se hace referencia. En cualquier caso, a pesar de la acusación penal a la que está sujeta, sus prácticas se hacen subrepticamente, y con frecuencia, sin las garantías esenciales de limpieza y asepsia, lo que hace heridas genuinas o la muerte de la mujer embarazada. Dentro de esta reunión se incorpora el nacimiento prematuro entregado por la temeridad. Su marca registrada es su naturaleza negativa de la supervisión deliberada o el descuido combinado con el reconocimiento de la falla (17).

Aborto terapéutico, es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo su contenido. Este aborto lo verifica un médico especializado y se toman las

medidas precisas para salvaguardar la vida de la paciente, seriamente amenazada. Se realiza cuando la vida del feto se considera perdida (producto muerto) o representa un gravísimo peligro para la madre (18).

Embolia pulmonar debido a nacimiento prematuro. Es la razón de los pases maternos que suceden cuando el embarazo se cierra en la extirpación del feto, la embolia de comienzo trombótico es la más incesante de las pasadas por embolia aspirativa, seguida por embolia de líquido amniótico 29% y embolia gaseosa 17%. Las complejidades analgésicas están a cargo del 9% de los pases maternos. Los incrementos de la mortalidad materna con la edad gestacional cuando el nacimiento prematuro se realiza en las proximidades de las 16 y 20 semanas es 20 veces mayor cuando se realiza antes de la octava semana (19).

Enfermedad relacionada con el nacimiento prematuro. La contaminación es la segunda razón ordenada por la recurrencia de pases relacionados con la eliminación del feto, en esta circunstancia el 35% de los pases son por enfermedad del tracto genital, el 31% por una septicemia y el 38% por otro tipo de enfermedad. Diferentes razones para pasar a la madre en embarazos que terminan con una muerte fetal son contaminación (8%), miocardiopatía (2%) y confusiones soporíficas. De los pases maternos a causa de la enfermedad, el 41% se debe a la septicemia, el 32% a una corioamnionitis y el 18% a una contaminación tracto genital (20).

Embarazo ectópico. Esto ocurre principalmente en el trimestre principal del embarazo. La conclusión de la duda a través de la atención prenatal temprana y de primera clase, el tratamiento y la evitación de confusiones. En las naciones inmaduras, por ejemplo, la nuestra, es difícil decidir la tasa de

embarazo ectópico, ya que en las zonas rurales se analiza de vez en cuando y en esta línea no se conoce como una razón y / o un factor de riesgo materno. (18, 21, 23). 13% de los pases maternos se deben a un embarazo ectópico, el factor fundamental es el drenaje del 89% (20).

El embarazo ectópico es más riesgoso para la madre que el parto y la extracción del feto ilegal. Una mujer con un embarazo ectópico tiene un riesgo de muerte 10 veces más grave que una mujer que cierra el embarazo con un nacimiento vivo y 50 veces más que una mujer que experimenta una eliminación del feto accionada legalmente (Durfman). La tasa de mortalidad debido a un mayor embarazo ectópico se observa en mujeres menores de 20 años. El embarazo molar constituye el 1% de los pases maternos, la mayoría se debe a drenaje, embolia pulmonar y / o enfermedad y ocurre después de 42 días después del final del embarazo (21).

Mole hidatidiforme, en la medicación una mola hidatidiforme o embarazo molar es un término para aludir a un problema de embarazo retratado por la cercanía de un desarrollo irregular que contiene un feto no viable incrustado y que se multiplica en el útero. De vez en cuando, el útero contiene una vida en desarrollo típica a pesar de una mola hidatidiforme. La conducta es terminar el embarazo molar cuando se ha realizado la determinación, debido al alto riesgo que conlleva la aparición de un tipo de enfermedad llamada coriocarcinoma (22).

El término hidatidiforme proviene del griego que toma después de un racimo de uvas, aludiendo al tipo de desarrollo intrauterino; y mola es del molino latino. Una mola hidatiforme puede aparecer en dos estructuras

fundamentales: el final, en el cual el tejido embrionario irregular se obtiene solo del padre, y el tejido extraño se origina de los dos guardianes incompletos (22).

Existe la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, RESOLUCIÓN MINISTERIAL, N° 670-2015/MINSA, con la finalidad de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal brindando una atención integral de salud a la mujer durante el periodo preconcepcional y concepcional, en donde se incluyen también exámenes auxiliares basales, el del tamizaje de metales pesados en zonas de riesgo a fin de considerar un servicio de calidad (22).

Que, mediante el Informe N° 1323-2015-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión favorable; Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Asimismo se suma a esta norma, las prestaciones y aseguramiento en Salud de forma gratuita a poblaciones vulnerables a fin de disminuir el riesgo de enfermar y morir, ya que a la fecha aún existen brechas para la atención de gestante, seguimiento oportuno, padrón desactualizado, todo ello como respuesta al déficit de profesionales de la salud, insumos, equipamiento, infraestructura(23).

También en el desarrollo del proyecto académico se recurrió a la búsqueda de investigaciones similares en diferentes ámbitos los cuales se detallan a continuación:

Yupangui en su investigación titulada “Riesgo De Mortalidad Materna En Embarazadas En El Cantón Saquisilí” realizada en la Universidad de

Guayaquil, quien concluyó: La edad de 20 a 29 años prevaleció, y una tutoría baja del 70% de la escuela primaria se fragmentó. Menos de 5 controles antes del parto 41% tomaron después un 32% sin control prenatal. La descarga de bebés azules fue el motor fundamental de la severidad, arrastrada por la eliminación inadecuada del feto. La edad acumulada de más de 30 años de edad se identificó con la mortalidad materna. El principal impulsor de la muerte materna fue el drenaje de los bebés azules, que se ajustaba a las enfermedades puerperales, seguidas por la eclampsia. la mitad de los pases maternos fueron institucionales y, además, pases domiciliarios (23).

Otra investigación a nivel internacional Espinoza y Flores en su tesis titulada “Factores Biológicos, socioculturales y económicos de la mortalidad perinatal del Municipio de San Miguel registrada en el Hospital Regional, Octubre 2010 a Agosto 2011”, concluyendo: Algunos componentes orgánicos maternos afectan la tasa de mortalidad perinatal, por ejemplo, la cercanía de las enfermedades perpetuas, entre ellas la hipertensión más grande de los vasos sanguíneos, la diabetes mellitus, la debilidad y la preeclampsia específica del embarazo. La mayor parte de los pases perinatales fueron a término, a pesar de que las mujeres embarazadas en su mayoría obtuvieron más de un registro de prenacimiento en la oficina de bienestar cerca de sus hogar (24).

La mayor parte de los pacientes con alistamiento tardío, en su control prenatal fueron embarazos espontáneos, de esta forma se constriñó el seguimiento al desarrollo y avance del ítem desde su origen y de esta manera se tiene la capacidad de otorgar una calidad prenatal como lo indica el estándar en el programa de comparación.

En el mismo ámbito Armando en su investigación titulada “Estudio de Casos y Controles que se realizó en los municipios de Patzicía, Santa Cruz Balanyá y Zaragoza Departamento de Chimaltenango”, realizada en la Universidad de San Carlos de Guatemala, quien concluyó: No es concebible favorecer o excluir las teorías propuestas para haber distinguido una instancia solitaria de fallecimiento materno. Una gran parte de los pases de mujeres en edad fértil ocurrieron en el hogar, con una edad normal de 38.7 años, casados, con tutoría esencial, amas de casa, etnia maya y sumergidos en una necesidad extraordinaria. El efecto de las enfermedades en las "áreas urbanas" sobre los motivos del paso de mujeres en edad fértil es sólido. El abuso de licor interminable se identifica en gran medida con la falta perpetua de sustento saludable, estas causas son imperativas en las mujeres en edad fértil (24).

A nivel nacional Watanabe en su estudio titulada “La reducción de la mortalidad materna y su relación con factores sociosanitarios asociados Perú 2001 – 2010”, quien concluyó: (La investigación presenta, referencialmente, datos sobre el alcance de la mortalidad materna hasta el año 2010, a través de las evaluaciones de pases maternos a través del Método Indirecto de Supervivencia de Hermanas. Se evalúa que hubo 1,481 pasados maternos, lo que representa una tasa de fallecimiento materna de 18,7 por cada 100,000 mujeres en edad de procrear y una proporción pasajera materna de 239,9 por cada 100,000 nacidos vivos. En el período de investigación 2001-2010, hubo una disminución de los pases maternos del 22%. Los indicadores de la mortalidad materna también mostraron una disminución, la tasa de mortalidad materna se redujo en un 31,60% y la tasa de mortalidad materna en un 19,70%.

Catacora y Pastor titulada “Estudio del servicio de salud materna en el hospital general del distrito de Jaén, brindado a través del seguro integral de salud. Análisis desde el enfoque intercultural durante los meses de marzo a setiembre de 2012”, realizada en la Pontificia Universidad Católica del Perú, quien concluyó: Por otra parte, según los descubrimientos, la fuerza de trabajo de bienestar tiene un nivel de evaluación de la mitad del camino viendo el bienestar como un privilegio de las mujeres embarazadas. El reconocimiento está a la mitad a la luz del hecho de que, si bien cada entrevistado considera que el bienestar es un privilegio de los destinatarios del SIS, existen perspectivas que mantienen el reconocimiento agregado) (25).

El primero de ellos tiene que ver con los datos incorrectos y retorcidos que las mujeres embarazadas supervisan sobre sus ventajas, ya que en algunos grupos se dice que cuando los destinatarios vayan al Hospital no se les proporcionará asentamiento y sustento, esta información errónea Provoca conflictos con la fuerza de trabajo de bienestar. En cuanto a la pregunta de investigación, según nuestros descubrimientos, las ventajas del SIS son consideradas como un privilegio por la mayor parte de las mujeres embarazadas con las que se habló, esto se debe a que en la temporada de su alianza fueron educadas al respecto, sin embargo, estos datos contienen puntos de vista que están muy lejos de la verdad y por lo tanto hacen choques con la fuerza de trabajo de bienestar. Lo anterior tiene como resultado que los peritos no perciban por completo el privilegio de la fortaleza de los destinatarios del SIS, ya que consideran que esos derechos que solicitan dependen de datos

engañosos que les causan numerosos conflictos en la temporada de ir a ellos (26).

Es necesario indicar que el trabajo propuesto, reducirá el bajo nivel de conocimiento de los agentes comunitarios en salud materna perinatal del centro poblado de Chontayoc, 2017 a través de la intervención oportuna, capacitación y personal calificado, requerimiento de insumos, equipos y materiales de este modo suplir sus necesidades de salud de las mujeres por lo cual será de gran impacto en la disminución de morbilidad y mortalidad.

El estudio se justifica en diferentes aspectos, entre ellos está el aspecto social, el cual involucra concientizar a las mujeres a acudir al Puesto de salud a atenderse y realizar consultas sobre su estado materno y lo importante que es el parto seguro en un centro de atención con los ambientes adecuados para cualquier contingencia que pudiera darse, al mismo tiempo evitar los partos en sus hogares con parteras y de ésta manera evitar complicaciones que pongan en riesgo la vida de la mujer, además de poder contraer infecciones.

4. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Alto nivel de conocimiento de los agentes comunitaria en salud materna perinatal del Centro Poblado de Chontayoc, 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocimiento del personal de salud sobre metodología educativa para adultos.
2. Costumbres, tradiciones, creencia de las familias que favorece la salud materna perinatal.
3. Conciliación de los patrones culturales de los servicios de salud con ACS y el personal de salud.

5. METAS:

1. 100 % de las familias empadronadas.
2. 100% de ACS Capacitados.
3. 100 % del personal de salud capacitado.
4. 100 % de las familias fortalecidas en sus creencias.
5. 100 % de familias capacitadas en patrones culturales y salud materna.
6. 06 talleres de sensibilización al personal de salud.
7. 04 Talleres de capacitación en metodología educativa.
8. 04 talleres de capacitación en adaptación cultural.
9. 100 % de las familias capacitadas en salud materna prenatal.
10. 100 % de las casas liderados por agentes comunitarios de salud.
11. 100 % de las familias aceptando su cultura y la importancia de salud materna.

6. METODOLOGIA

6.1. LINEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE

INTERVENCIÓN: La metodología para el trabajo académico, es gestión de los servicios de salud, sensibilización, capacitación y adecuación cultural, considerándose en todo el proceso de desarrollo.

Para entender la metodología , se menciona a continuación:

A. Metodología educativa para adultos:

Capacitación para el personal que laboran en el centro de salud a través de consejerías, sesiones demostrativas y talleres de capacitación, usando diversas estrategias para fortalecer sus habilidades y capacidades de enseñanza y las mujeres que viven en el centro poblado en investigación, para lo cual se realizara charlas para involucrar a las mujeres y trabajadores, para llevar y culminar con éxito el plan de fomentar conocimiento de los agentes comunitarios en salud materna perinatal.

También se hace referencia al aspecto motivacional de los involucrados en el estudio, reflejando los procesos que le brindara a las mujeres que se involucraran en el proceso y el beneficio que obtendrán, así mismo motivar a los trabajadores para que sean lo más amables posibles con las mujeres que intervengan en las charlas para lograr comprometerlas con los objetivos de la investigación.

Acciones:

A1. Talleres de sensibilización, concientización y capacitación al personal de salud en adecuación cultural.

- Elabora un plan para la ejecución de los talleres de sensibilización en el centro poblado de **Chontayoc**.
- Ejecución de los talleres de sensibilización
- Evaluación e informe.

A1. Capacitación al personal de salud en metodología educativa para adultos.

- Elabora un plan para la ejecución de los talleres de sensibilización al personal del centro de salud.
- Ejecución de los talleres de sensibilización al personal del centro de salud.
- Elaboración de evaluaciones y aplicación.

B.- Costumbres, tradiciones, creencia de las familias.

El sector de la salud precisa, cada vez más, mejorar el desempeño, destrezas y capacidades del personal y de los líderes comunales en términos de eficiencia, eficacia y calidad de los servicios de salud.

Es necesario mencionar que iniciar el trabajo por etapas en el trabajo comunitario sin duda traerá consigo muchas dificultades; existen antecedentes que al no ser tomadas en cuenta pueden resultar en barreras para la ejecución, algunas de ellas son: Las barreras culturales , desconocimiento del Quechua ,importante para

lograr acceso y confianza con la población; la intervención , apoyo y respaldo de la Jefatura así como el compromiso del mismo para lograr la participación e involucramiento de los trabajadores de salud y su participación activa .

B.1. Programa de capacitación a las familias sobre la interculturalidad de la salud materno perinatal

- Conformación del equipo responsable para la elaboración del plan operativo
- Elaboración del plan operativo
- Implementación del plan operativo
- Ejecución del plan operativo
- Evaluación del plan operativo

B.2 Talleres de capacitación sobre participación de la familia en el cuidado materno perinatal

- Conformación del equipo responsable para la elaboración del plan de capacitaciones
- Elaboración del manual de procedimientos
- Capacitación sobre el manual de procedimientos
- Implementación del manual de procedimientos
- Elaboración de registros sobre la calidad de la capacitación, rendimiento del centro de salud.

C. Conciliación de los patrones culturales de los servicios de salud.

El trabajador de salud es el actor principal en la implementación , organización y ejecución del planes y proyectos

que fomenten alianzas estratégicas con la población con la finalidad de crear una mejora en el flujo de atención a la población creando estrategias que fortalezca el cuidado de la salud priorizando la salud materna , para ello es necesario romper las barreras culturales y desarrollar actividades conjuntas respetando sus costumbres , creencias y sobre todo adecuándose culturalmente. Asimismo el personal de salud, se constituyen, en la actualidad, el ente más valioso con que cuenta una organización. Los avances tecnológicos, los materiales, incluso los recursos financieros, no son valiosos por sí mismos sin la intervención humana. Es el hombre, quien con sus conocimientos, experiencia, sensibilidad, compromiso, esfuerzo y trabajo, hace posible integrar y potenciar el desarrollo de la organización, y por ende, mejora la calidad de atención.

En el puesto de salud del centro poblado de Chontayoc solo se cuenta con una Obstetra y personal técnico que trabaja medios turnos (mañana)

Acciones:

C. 1. Adecuación y/o implementación de casas de esperas liderados por agentes comunitarios de salud

- Elaboración de planes de capacitación al personal de salud
- Elaboración de planes de capacitación a los Agentes comunitarios de salud.

- Elaboración de plan de contingencia frente a traslados y emergencias

C. 2. Elaboración de Protocolos de atención de la salud materna con adecuación cultural y articulada con sus costumbres y tradiciones.

- Implementación del equipo para la justificación técnica del personal de salud.
- Realización de la Justificación técnica
- Requerimiento del personal en las jefaturas indicadas.

6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del responsable del Establecimiento de salud y del personal que trabajan en el Puesto de salud de Chontayoc, quienes deben estar comprometidos con los objetivos trazados en el proyecto e involucrar a las mujeres del centro poblado para que acudan a realizar consultas y del beneficio que les puede traer, con la finalidad de promover y consolidar este proyecto de manera sostenible a lo largo del tiempo.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN

MATRIZ DE EVALUACIÓN

MARCO DE EVALUACION				
JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Disminución de la mortalidad materna	100% de las familias cuidan su salud con responsabilidad	Población responsable de su salud/Población en general.	Registro de usuarias atendidas	Familias practican estilos saludables
Alto nivel de conocimiento de los agentes comunitarios en salud materna perinatal del centro poblado de chontayoc.	100% de ACS Capacitados	N° de ACS capacitados /N° de ACS en general.	Registro de ACS capacitado	Talleres de capacitación dinámicos
A.-Fortalecimiento del compromiso y empatía del personal de salud.	100 % del personal de salud comprometido	N° Personal de salud comprometido/personal de salud del establecimiento	Registro de personal sensibilizado por talleres	Personal de salud con adecuación cultural

B.-Personal de salud capacitado en metodología educativa para adultos.	100 % del personal de salud capacitado en metodología educativa	N° de personal de salud capacitado /N° de personal de salud del establecimiento	Registros del personal capacitado	Personal de capacita con estrategia educativa
C.- Adecuación cultural a las creencias y costumbres de la población.	100 % del personal de salud atiende con adecuación cultural.	N° de personal de salud con adecuación cultural/N° de personal de salud del establecimiento	Registro de incidencias y ocurridas en la atención	Personal de salud adecuado a la cultura de la población
D.-Conciliación de los patrones culturales de los servicios de salud y las familias de la zona.	80 % de la población conciliada con los servicios de salud	N° de la población conciliada con los servicios de salud/ N° de población en general	Registro de población atendida satisfecha	Personal de salud brinda atención sin barreras culturales

<p>A.- Taller de sensibilización, concientización y capacitación a los ACS en salud materna perinatal.</p>	<p>06 talleres al año. 02 talleres al año de sensibilización en salud materna perinatal y 02 talleres de concientización y 02 talleres de capacitación</p>	<p>N° de ACS capacitados/N° de ACS del CP Chontayoc</p>	<p>Poblacion acude al Establecimiento para atenderse</p>	<p>Se realizará bi mensualmente</p>
<p>B.- Capacitación de los profesionales de la salud en la adaptación de los procedimientos médicos a los patrones culturales de las gestantes.</p>	<p>03 capacitaciones al año al personal de salud en patrones culturales</p>	<p>Personal de salud capacitado</p>	<p>Registros de capacitación</p>	<p>Incremento de asistencia de la población al Establecimiento de Salud</p>

C.-Realiza un cronograma de capacitaciones para los ACS en temas de salud materna perinatal.	01 cronograma al año con temas de capacitación a los ACS	N° de personal de salud capacitado/Barreras culturales	Registro de capacitación del personal	Asistencia al establecimiento de salud de la población materna
D.-Personal de salud atiende con adecuación cultural y articulada con sus costumbres y tradiciones.	100 % del personal atiende con adecuación cultural	100% de ACS capacitados	Registro de asistencia	Población gestante acude a sus controles pre natales al Establecimiento de Salud

MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DEL MARCO LOGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	INDICADORES DE PRODUCTO O MONITOREO POR META	DEFINICION DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	FRECUENCIA	INSTRUMENTO QUE SE UTILIZARA PARA EL RECOJO DE INFORMACION
A. Conocimiento del personal de salud sobre metodología educativa para adultos	Capacitación al personal de salud en Metodología Educativa para adultos	04 talleres de capacitación para el personal	N° de personal del Establecimiento/personal de salud x 100	El personal comprometido y empoderado en metodología educativa para adultos	Registro del personal de salud capacitado.	Trimestral	ACTAS

<p>B. Costumbres</p> <p>Tradiciones</p> <p>Creencias de las familias que favorecen la salud materna perinatal</p>	<p>Capacitación de los profesionales de la salud en la adaptación de los procedimientos médicos a los patrones culturales de las gestantes.</p>	<p>100% del personal de salud conciliado</p>	<p>Número de profesionales capacitados/número de profesionales en general x 100</p>	<p>Población y personal de salud prestando atención de articulada y adecuada a sus costumbres y tradiciones</p>	<p>Registros de actividades del personal.</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Consultorios interculturales</p>
--	---	---	---	---	---	-------------------	-------------------------------------

c. Conciliación de los patrones culturales de los servicios de salud con ACS y el personal de salud	Personal de salud atiende con adecuación cultural y articulada con sus costumbres y tradiciones	100 % del personal atiende con adecuación cultural	N° de personal adecuado culturalmente/personal en general x 100		Registro de la población atendida con adecuación cultural.	Mensualmente	Informes mensuales
--	---	---	--	--	--	--------------	--------------------

6.3. Beneficios

➤ Logros con el Trabajo Académico

- ✓ Mejora de la calidad de atención del Puesto de salud
- ✓ Menguar la morbimortalidad perinatal
- ✓ Fortalecimiento los procesos de capacitación
- ✓ Personal sensibilizado y capacitado
- ✓ Documentos de gestión

➤ Beneficios sin Trabajo Académico

➤ Mejora de la calidad de atención del Puesto de salud

- ✓ Incremento de las morbimortalidades
- ✓ Falta de calidad en los procesos de capacitación
- ✓ Personal no sensibilizado , ni capacitado
- ✓ Falta de documentos de gestión
- ✓ Incremento de la tasa de morbilidad en el ámbito del centro poblado.

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

a. Humanos:

RECURSO HUMANO	HORAS	COSTO X	COSTO
	MENSUAL	HORAS S/.	TOTAL EN 2 AÑOS S/.
1 Obstetra	90	20.00	43,200.00
3 Técnico de Enfermería	90	15.00	32,400.00
Costo Total Recurso Humano	180		75,600.00

b. Materiales para Capacitación.

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROP. S/.	APORTE REQ. S/.
1	Auditorio del Puesto de salud	0.00	0	0.00	0.00
2	Servicio de obstetricia	0.00	0	0.00	0.00
3	Impresiones	0.50	200	0.00	100.00
4	Fotocopias	0.10	2000	0.00	200.00
5	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	10.00	40	0.00	400.00
6	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	0.00
7	Refrigerio	5.00	100	0.00	500.00
8	Movilidad local	4.00	18	0.00	72.00
	SUBTOTAL				1272.00
COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN				S/.	1272.00

C. PRESUPUESTO PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROP. S/.	APORTE REQ. S/.
1	Auditorio del Puesto de salud	0.00	0	0.00	0.00
2	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	0.00
3	Impresiones	0.50	200	0.00	100.00
4	Fotocopias	0.10	2000	0.00	200.00
5	Ponentes	100.00	2	0.00	200.00
6	Refrigerio	5.00	100	0.00	500.00
7	Movilidad local	4.00	18	0.00	72.00
	SUBTOTAL				10720.00
COSTO TOTAL PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN					1,0720.00
S/.					

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

OBJETIVO GENERAL: Alto nivel de conocimiento de los agentes comunitarios en salud materno perinatal del centro poblado de Chontayoc

Nº	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA						INDICADOR	
					2018		2020					
					2019	2020						
DESCRIPCION	COSTOS	II semestre	I- semestre	II	I	II	I					
1	Elaboración del trabajo académico “Fortaleciendo el bajo nivel de conocimiento de los agentes comunitarios en salud materna perinatal del centro poblado de Chontayoc”	1	Informe	200	X							Trabajo Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo	1	Informe	20.00	x							Trabajo Presentado

	a la dirección del centro poblado de Chontayoc										
3	Reunión con la Jefa del departamento de Obstetricia y personal de Obstetricia para formar Comité de mejora continua para el apoyo en la ejecución del proyecto.	2	Informe	20		X					Reuniones realizadas
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	77944			X				Trabajo ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico.	1	Informe	20					X		Trabajo desarrollado
7	Presentación del Informe Final	1	Informe	150.00						X	Trabajo presentado

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO 1: Conocimiento del personal de salud sobre metodología educativa para adultos

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2018-2020			
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	I	II
1	Talleres de capacitación en metodología educativa para adultos	<ul style="list-style-type: none"> · Elaboración del plan del taller de capacitación · Presentación del plan al área de capacitación. · Solicitar su aprobación del plan. · Ejecución de los talleres de capacitación · Evaluación e informe. 	Taller	S. 77,944.00	X			
					X			
					X			
						X	X	X
						X		X

OBJETIVO 2: Costumbres, tradiciones, creencias de las familias que favorecen la salud materna perinatal.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2018-2020			
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	I	II
1	Programa de capacitación a familias sobre interculturalidad sobre salud materno perinatal	<ul style="list-style-type: none"> · Elaboración del plan del taller de capacitación · Presentación del plan al área de capacitación. · Solicitar su aprobación del plan. · Ejecución de los talleres de capacitación · Evaluación e informe. 	Taller	S. 77,944.00	X			
					X			
					X			
						X	X	X
						X		X

OBJETIVO 3: Conciliación de los patrones culturales de los servicios de salud con ACS y personal de salud.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2018-2020				
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	I	II	
1	Capacitación permanente de los recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> · Conformación del equipo responsable de la capacitación permanente · Elaboración del plan de capacitación anual · Ejecución del plan de capacitación permanente en las reuniones mensuales del servicio. · Evaluación del plan de capacitación 	Capacitación	S. 75,600	X				
					X				
						X	X		
									X

VIII. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El trabajo académico fomentando conocimiento de los agentes comunitarios en salud materno perinatal del centro poblado de Chontayoc estará a cargo de la responsable del Establecimiento de salud en coordinación con el personal de enfermería y personal técnico, calificados y empoderados para organizar, dirigir y ejecutar el proyecto propuesto.

IX. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

- Puesto de Salud Chontayoc.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Aúnan J. Pelvimetro de tite pregnant adolescent Pelvic size and the pregnancy of contraction: Editorial Obstet Gynecol; 1976.
2. Adier NE: Roles and unwanted pregnancy in adolescent and adult women. Profession Psychol; 1981.
3. ALAN GUT1'. Teenage pregnancy the pro Idem that hasn't gone away: Editorial New York,; 1981.
4. Albert A, Aspectos sociales de las adolescentes gestantes en la provincia de Sevilla. Revista Iberoamericana de Fertilidad; 1985.
5. Rev MedInst. [En línea] [Fecha de acceso 10 Noviembre 2014]. URL disponible en: www.scielo.cl/pdf/rhog/v69n1/art04.pdf.
6. Adierne. S. Roles and unwanted pregnancy in adolescent and adult women. Profession Psychol; 1981.
7. Fuentes M. Progreso para la infancia 2009. [En línea]. CEIDAS. [Fecha de acceso 16 de abril del 2009]. URL disponible en <http://www.ceidas.org>.
8. MARRUGO R. Comparación de las Prácticas de Cuidado Que Realizan Conigo Mismas y Con Sus Hijos Por Nacer Gestantes Adolescentes y Adultas Que Consultan a la E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias en Cartagena; Cartagena, Colombia, Trabajo de Grado [Maestría Enfermería]. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2006.

9. MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA 2011. Programa Materno Infantil de la Nación, Buenos Aires – Argentina. [En línea], [Fecha de acceso Agosto 01 de 2011] URL disponible en: <http://www.comminit.com/es/node/271692>.
10. MONROY M. La Adolescente Gestante Conoce la Infección Vaginal, A Partir de Consejos Realiza Acciones de Protección Para Cuidarse en la Infección y Evitar la Reinfeción; Bogotá, Colombia. Trabajo de Grado [Maestría Enfermería]. Hojas. 120, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2008.
11. MORSE. Citado por CASTILLO E. y Vásquez M. EL RIGOR METODOLÓGICO EN LA INVESTIGACION CUALITATIVA, revista Colombia Médica vol. 34, Número 003, Universidad del Valle: Editorial Corporación Editora médica del valle, Cali - Colombia; 2003.
12. MORSE J. et al, Concepts of caring and carig as a concept. Advances in Nursing Science; 1990.
13. NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe. Nueva York; 2008.
14. NEWMAN, M.; Sime, A. y Corcoran P, S. A. “The fous of the discipline of nursing”, Advances in Nursing Science; 1991.
15. PACANCHIQUE, Mónica, Maternidad y Paternidad un Proyecto de Vida Respondiendo Adecuadamente a Situaciones de Riesgo de la Vida Familiar. Bogotá, Colombia. Trabajo de Grado (Enfermería). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería Materno perinatal; 2008.

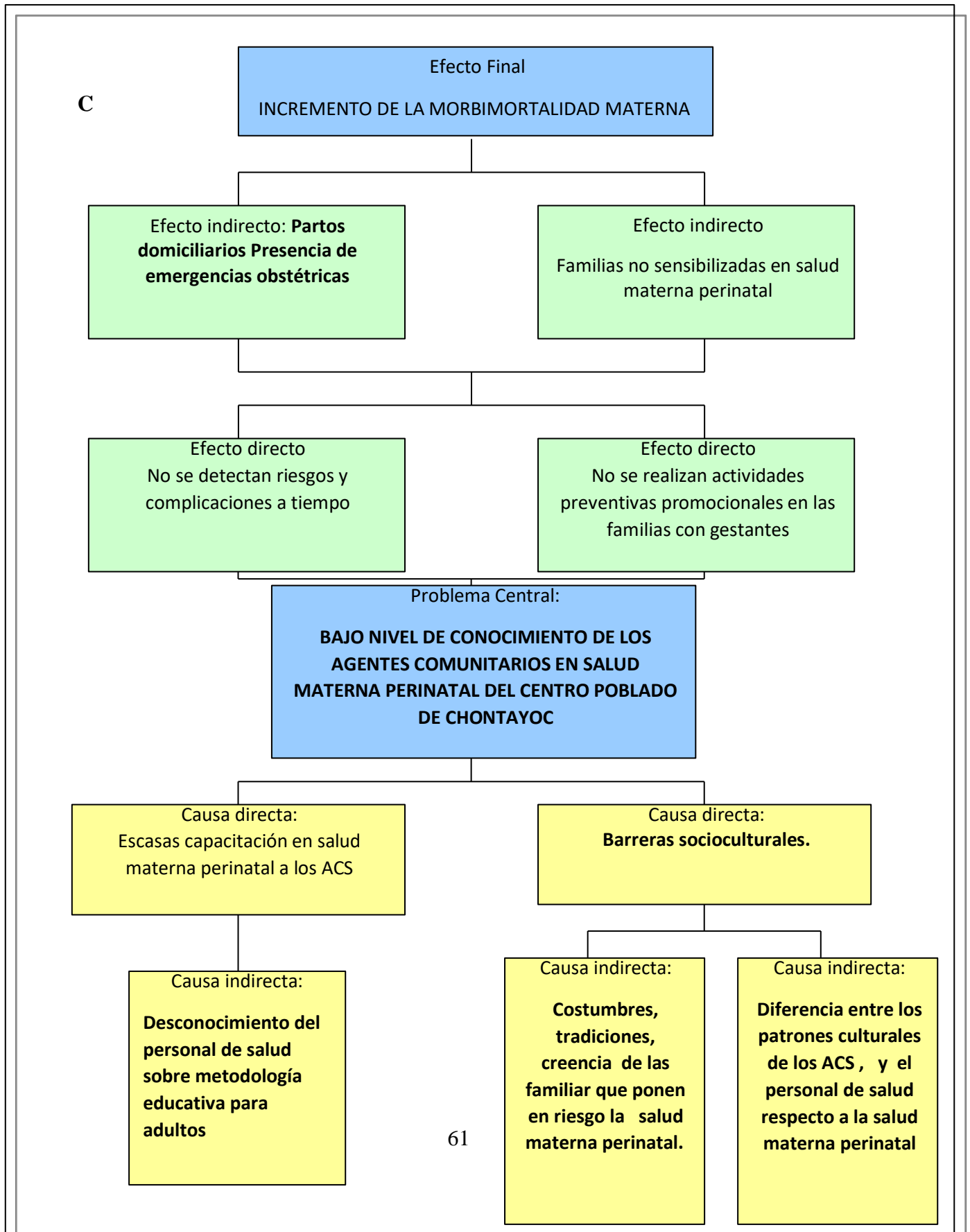
16. Normatividad Ética de la investigación. Citado por BEJARANO M. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LAS GESTANTES SOBRE LA ASESORÍA EN VIH EN UNA ESE DE PRIMER NIVEL DE BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL, [Magister en Enfermería], Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Bogota: Colombia; 2010
17. Alonso I, Alonso T, Arizcun L. Análisis perinatólogico comparativo de una muestra de primiparas añasas y primíparas jóvenes: Act Oinec; 1977.
18. Ángulo F. Presencia y ausencia de la crisis adolescente. Revista Jano vol XXIX; 2009.
19. Job JC. Anomalías de la pubertad. En P. Mauvais- iarvis; Medicina de la Reproducción. Ginecología Endocrinológica: editorial Toray Barcelona; 1979.
20. Junceda E, Villaverde S, Pañeda F. La primiparidad juvenil:. Act Ginec; 1977.
21. Kaminetzy HA, Larger A, Baker H. Tite effect of nutrition ita teenage gravidas ita pregnancy; 2007.
22. Khwaja S, Sibai M. Obstetñc implicazuions of pregnancy in adolescence. Acta Obste Gyneco Scand; 1986.
23. Klein L. Actualización sobre ginecología de la adolescente. Clínicas Pediátricas de Nofleamerica; 1980.
24. Kulin H. The maturation of ovolato ypotential ita man. Honnone Res; 1980.

25. Organización Panamericana de la salud. [En línea]. 2003. [Fecha de acceso setiembre del 2003]. URL disponible en http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3931.

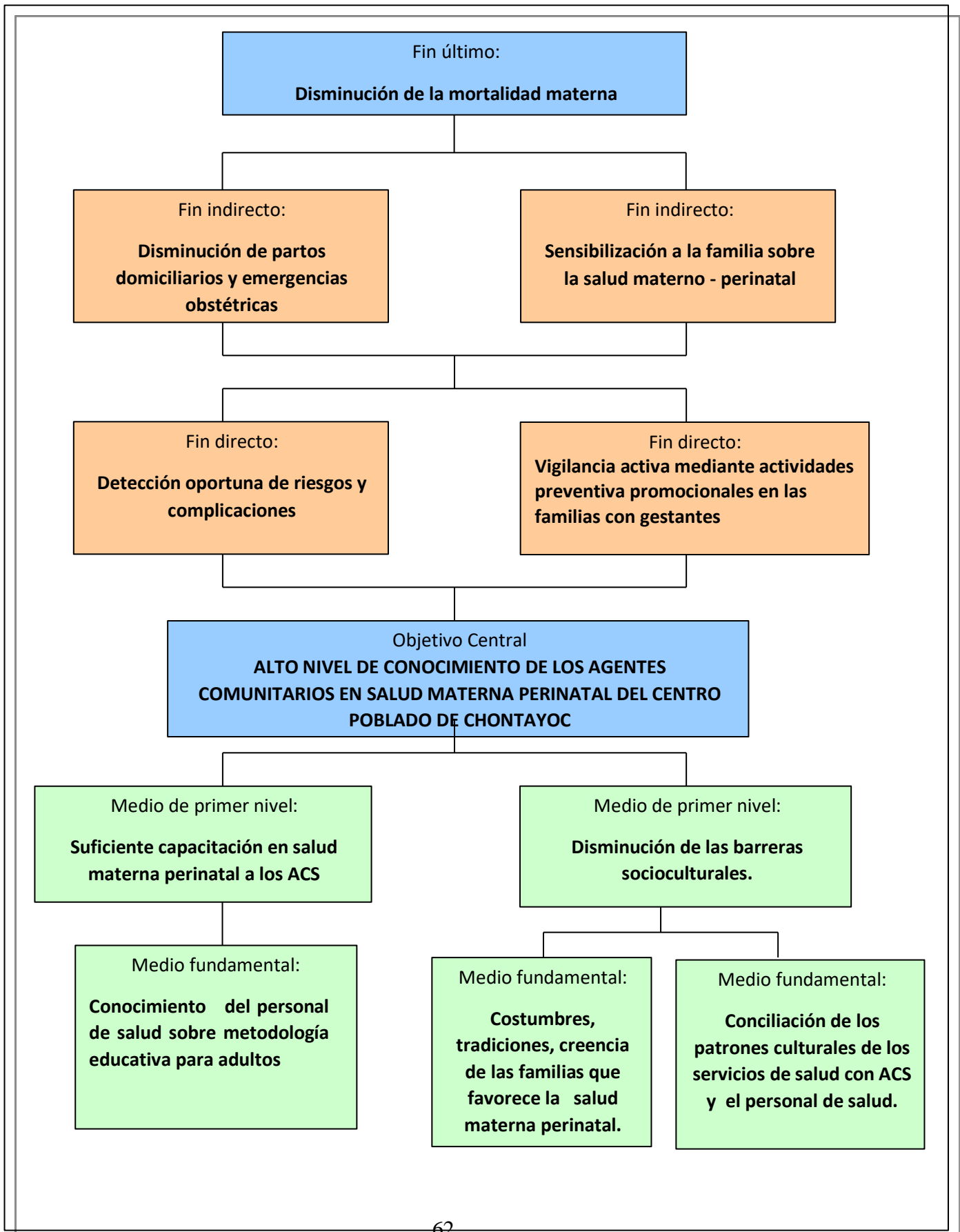
ANEXOS

ANEXOS

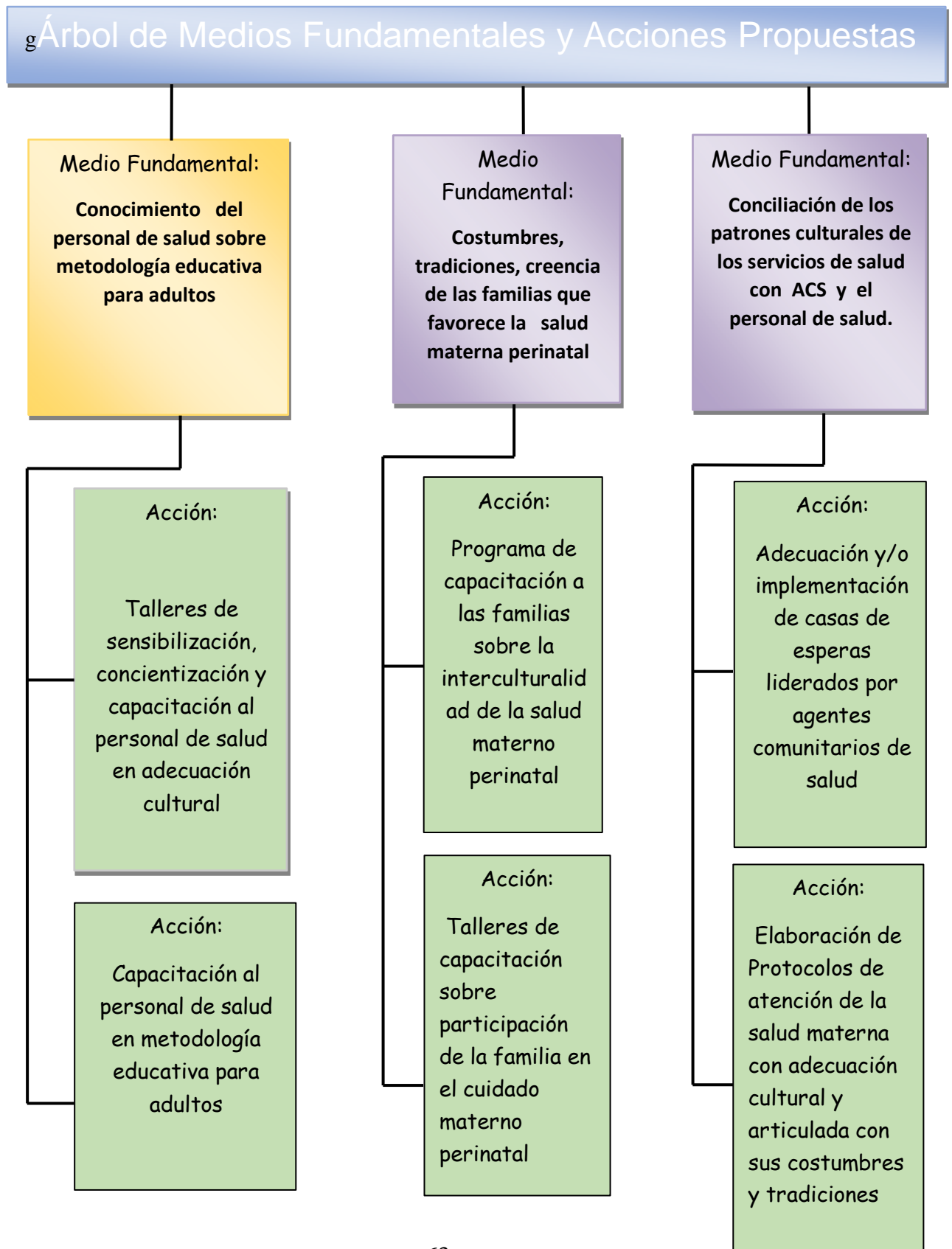
ARBOL DE CAUSA Y EFECTO



ARBOL DE FINES Y MEDIOS



ÁRBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



MATRIZ DE MARCO LÓGICO

MARCO LÓGICO				
JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
DISMINUCION DE LA MORTALIDAD MATERNA	Lograr el 100 % de las familias empadronadas.	Número de familias empadronadas en el centro poblado de chontayoc.	Actas y planillas de Agentes comunitarios activos	Participación eficiente de las familias.
ALTO NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD MATERNA PERINATAL DEL CENTRO POBLADO DE CHONTAYOC	100% de ACS Capacitados	N° de ACS capacitados/N° DE ACS en general.x 100	Actas y planillas de Agentes comunitarios activos	ACS, participan en el cuidado de la salud materna perinatal en forma eficiente

A.- Conocimiento del personal de salud sobre metodología educativa para adultos	100 % del personal de salud capacitado	N° Personal de salud capacitado/personal de salud del establecimiento x 100	Registro de actividades del Personal de salud	Personal de salud conoce metodología educativa de adulto
B.-Costumbres, tradiciones, creencia de las familias que favorece la salud materna perinatal	100 % de las familias fortalecidas en sus creencias	N° de familias concientizadas/N° de familias del establecimiento x 100	Registro del personal de capacitaciones	Familias favorecen la salud materna respetando la interculturalidad
C.- Conciliación de los patrones culturales de los servicios de salud con ACS y el personal de salud.	100 % de familias capacitadas en patrones culturales y salud materna.	N° de familiar con patrones culturales negativos. N° de familiar con patrones culturales positivos.	Actas de familias capacitadas.	Aceptación de las familias de las charlas de salud materna.

A.1- Talleres de sensibilización al personal de salud en adecuación cultural	06 talleres de sensibilización al personal de salud	N° de ACS capacitados/N° de ACS del CP Chontayoc	Reporte de actividades de los ACS	Apoyo de jefaturas y coordinadores de la micro red
A.2- Capacitación al personal de salud en metodología educativa para adultos.	04 Talleres de capacitación en metodología educativa	Numero de personal del Establecimiento/Personal de salud en general x 100	Actas y planillas de participantes a las capacitaciones	Personal de salud conoce metodología educativa de adulto
B.1- Programa de capacitación a las familias sobre la interculturalidad de la salud materno perinatal	04 talleres de capacitación en adaptación cultural	Numero de capacitaciones y alcance de personas participes de la capacitación.	Registro de capacitaciones	Familias practican la interculturalidad

B.2- Talleres de capacitación sobre participación de la familia en el cuidado materno perinatal	100 % de las familias capacitadas en salud materna prenatal.	Número de participantes de las capacitaciones de cuidado materno.	Actas de asistencias de las personas participes de la capacitación de cuidado prenatal	Familias participan en el cuidado perinatal
C1. Adecuación y/o implementación de casas de esperas liderados por agentes comunitarios de salud	100 % de las casas liderados por agentes comunitarios de salud	Nº de participantes en las capacitaciones en agentes comunitarios de salud.	Acta de participantes	Agente comunitarios adecuados en el centro poblado de Chontayoc.

<p>C2. Elaboración de Protocolos de atención de la salud materna con adecuación cultural y articulada con sus costumbres y tradiciones</p>	<p>100 % de las familias aceptando sus cultura y la importancia de salud materna.</p>	<p>N° de protocolos en atención.</p>	<p>Registro de asistencia</p>	<p>Familias de Chontayoc capacitadas en atención de la salud materna con adecuación cultural y articulada.</p>
---	---	--------------------------------------	-------------------------------	--

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE ANCASH

RED DE SALUD HUAYLAS SUR

**DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD DEL
PUESTO DE SALUD CHONTAYOC**



HUARAZ, 2018

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la situación de salud en el Perú es difícil predecir el riesgo de enfermar y morir en los diferentes estratos de la población se agudiza cada vez más sobre todo en la población más vulnerable como los más pobres y de pobreza extrema; principalmente en el área materna perinatal de las zonas rurales es vital identificar los factores de riesgos de salud de la población en general ; tener presente los determinantes de la salud que se manifiestan en el estado de gravidez , ya sea ambiental, cultural, psicológico, costumbres o hábitos y socioeconómicos, evaluando los recursos disponibles que nos permita recabar información necesaria para acercarnos a un diagnóstico comunitario oportuno.

Frente a ello, el personal de salud del Puesto de Salud de Chontayoc , tiene como prioridad la prevención del riesgo y daño, básicamente en el área materna perinatal con enfoque en Salud familiar y Comunitaria con la intervención de líderes comunales.

El diagnóstico de Situación de Salud es una forma de conocer y analizar la brecha de salud-enfermedad de grupos, comunidades o poblaciones, identificar sus causas y factores determinantes para analizar el grado en que los servicios de salud responden a las necesidades de la población; con el fin de identificar o diagnosticar problemas y necesidades prioritarios de salud, los cuales deben servir como parte del proceso de planificación local y la toma de decisiones.

I. JUSTIFICACIÓN:

La evaluación de la situación pretende ser una motivación para ir resolviendo los problemas de la propia familia, como las situaciones que se pueden mejorar en salud. El análisis situacional de la familia es muy importante ya que nos permitirá realizar dicha investigación desde un enfoque social, cultural, educacional, religioso, económico debido a los problemas que trae consigo la morbilidad materna.

Con el presente trabajo nos propusimos hacer una revisión de un conjunto de aspectos relacionados con la maternidad, considerando ésta como un proceso único e irrepetible, que se caracteriza por no ser la suma de los problemas de salud individual de sus miembros y por tener un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos, sociopsicológicos, psicosociales, barreras culturales.

II. OBJETIVOS:

A. OBJETIVO GENERAL:

Realizar un diagnóstico situacional de salud de las familias con gestantes, que permita al personal de salud involucrarse en éste proceso con la participación de los agentes comunitarios de salud brindando atención materna perinatal con adecuación cultural.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar las necesidades de salud de las gestantes.
2. Análisis de la participación de la población en la identificación oportuna de signos de alarma del embarazo, atención prenatal en Establecimiento de Salud y Parto Institucional.
3. Fortalecer el vínculo del establecimiento de salud con las familias a través de los equipos básicos, priorizando el trabajo extramural con adecuación intercultural.

III. COMITÉ TECNICO:

- Personal de salud del Puesto de Salud Chontayoc

UBICACIÓN:

Distrito	: Independencia
Provincia	: Huaraz
Región	: Ancash
Ubigeo	: 020105
Altitud	: 3121 m.s.n.m.
Clasificación	: Rural
Categoría	: Caserío
Viviendas	: Aproximada 266
Servicio educativo	Inicial: 2 instituciones
	Primaria: 2 instituciones
Servicio de salud	: Puesto de Salud Chontayoc nivel I/I
Personal de salud	- 01 obstetra
	- 01 enfermera
	- 01 Tec. En enfermería
Habitantes según INEI	: 808
Según SIVICO	: 1023
Población Masculina	: 494
Población Femenina	: 529
Población gestante	: 17

VI. ANTECEDENTES:

La familia históricamente están expuestas a diferentes cambios, no solamente por cambios en su estructura sino también por las barreras culturales, sociales y económicas a lo largo de la vida siendo de mayor incidencia en la zona rural donde las costumbres, estilos de vida y el machismo prevalece de generación en generación.

Razón por la cual las estadísticas de captaciones tempranas, embarazos ocultos, partos domiciliarios, infecciones durante el puerperio y la presencia de signos de alarma del recién nacido y las complicaciones de los mismos se ve en aumento en la zona rural, podemos agregar a éstas causas los malos hábitos de higiene y la poca participación del personal de salud en la orientación domiciliaria por las diferentes barreras culturales y negativa de las familias.