



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS
ÁNGELES CHIMBOTE**

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

**DISMINUCIÓN DE PARTOS DOMICILIARIOS EN EL
ÁMBITO DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD
PARIA - ANCASH, 2019**

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

AUTORA

BLANCA LUZ LEON HUAMAN

ORCID: 0000-0002-9530-8416.

ASESORA

Palacios Carranza, Elsa Lidia

ORCID:0000-0003-2628-0824

HUARAZ – PERU

2019

EQUIPO DE TRABAJO

AUTORA

León Huamán, Blanca Luz

ORCID: 0000-0002-9530-8416

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Segunda
Especialidad, Huaraz, Perú

ASESORA

Palacios Carranza, Elsa Lidia

ORCID: 0000-0003-2628-0824

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de ciencias de la salud,
Escuela profesional de Enfermería, Huaraz, Perú

JURADO

Charcape Benites, Susana Valentina

ORCID: 0000-0002-1978-3418

Cano Mejía, Alejandro Alberto

ORCID: 0000-0002-9166-7358

Molina Popayan, Libertad Yovana

ORCID: 0000-0003-3646-909X

JURADO EVALUADOR DE TRABAJO ACADÉMICO Y ASESORA

MS. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES

PRESIDENTE

MGTR. ALEJANDRO ALBERTO CANOMEJIA

MIEMBRO

MGTR. LIBERTAD YOVANA MOLINA POPAYAN

MIEMBRO

MGTR. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA

ASESORA

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento a todo el personal docente de la especialidad de salud familiar de la universidad católica los Ángeles de Chimbote, mi alma mater, por haber contribuido a mi superación personal y profesional.

A la Dra. Palacios Carranza, Elsa Por el apoyo brindado como asesora en la realización y culminación del trabajo académico.

DEDICATORIA

Con profundo amor y agradecimiento eterno a mis queridos padres Zenón y Sofía por el apoyo que en todo momento me proporcionaron enseñándome con sus consejos y con confianza a través de las dificultades guiándome los pasos por la senda del bien y la superación.

A mi hijo a mis hermanos a mis sobrinos por ser ejemplo de trabajo valor y perseverancia cuyos esfuerzos y sacrificios hicieron posible la culminación de mi carrera para optar el grado de especialista en salud familiar y comunitaria.

A mis compañeras y colegas de aula quienes en todo momento hemos puesto a prueba nuestras capacidades y conocimientos en el desarrollo de este trabajo académico el cual ha finalizado llenando todas nuestras expectativas.

La autora

ÍNDICE

EQUIPO DE TRABAJO	ii
JURADO EVALUADOR DE TRABAJO ACADÉMICO Y ASESORA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
ÍNDICE.....	vi
I. PRESENTACIÓN	1
II. HOJA RESUMEN	3
2.1. TITULO DEL PROYECTO.....	3
2.2. LOCALIZACIÓN.....	3
2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA	3
2.4. INSTITUCIONES QUE LO PRESENTAN	3
2.5. DURACIÓN DEL TRABAJO ACADEMICO	3
2.6. COSTO TOTAL.....	4
2.7. RESUMEN DEL TRABAJO ACADEMICO.....	4
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. OBJETIVOS	24
V. METAS.....	25
VI. METODOLOGÍA.....	26
6.1. LINEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	26
6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	28

VII.	SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION	29
VIII.	RECURSOS REQUERIDOS	32
IX.	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	34
X.	ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	38
XI.	COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	38
	RERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39

I. PRESENTACIÓN

El propósito de este trabajo académico fue buscar las causas que la gestante no utilizan los servicios públicos de salud conocer cuáles son los factores, percepciones y/o prácticas de las mujeres rurales sobre la atención del parto, creó la necesidad de averiguar cuáles son las motivaciones y razones para no aprovechar un recurso gratuito que oferta el Ministerio de Salud Pública y, para generar recomendaciones que permitan la aceptación del servicio por parte de las mujeres, sus familias y la comunidad. Es un estudio que se buscó a las mujeres que realizaron su parto en su casa y no en un centro de salud. La información obtenida permitirá promover los servicios de una manera culturalmente aceptable además de proporcionar a los trabajadores de salud los conocimientos necesarios al tema para generar nuevas prácticas que inventen a las usuarias y a sus familias a acercarse a los servicios de salud. Es necesario abordar la problemática, a través de un marco teórico y antecedentes sobre el tema, que permitirán tener una situación más apropiada de abordarla. Por lo que se recomienda fortalecer los procesos educativos, agilizar la atención de las usuarias y disminuir las brechas asociadas a las determinantes estructurales entre ellas el acceso geográfico aceptable. Además de proporcionar a los profesionales de salud, los conocimientos necesarios en torno al tema, para generar recomendaciones que permita la aceptación de los servicios de salud por parte de las mujeres, familias y la comunidad en la aceptación del parto institucional.

El objetivo principal de este estudio es identificar las causas culturales que impide a darse un parto institucional y aportar conocimientos de la problemática

relacionada con la salud materna y del recién nacido, con el propósito de indagar porque un alto porcentaje de mujeres no utilizan los servicios de salud.

Es un estudio que se realizó a las mujeres gestantes para conocer por que se da el parto domiciliario. Se entrevistó a mujeres gestantes del ámbito de la jurisdicción del Puesto de Salud Paria en el año 2019, que se realizó a través del cuestionario, lo que permitió tener información para promover los servicios de una manera culturalmente aceptable para generar recomendaciones que permita la aceptación de los servicios de salud por parte de las mujeres, familia y la comunidad.

II. HOJA RESUMEN

2.1. TITULO DEL PROYECTO:

DISMINUCION DE PARTOS DOMICILIARIOS EN EL AMBITO DE
LA JURISDICCION DEL PUESTO DE SALUD PARIA - 2019

2.2. LOCALIZACIÓN:

Distrito : Independencia

Provincia : Huaraz

Departamento : Ancash

Región: Ancash

2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA

POBLACION DIRECTA: Gestantes del Ámbito de la Jurisdicción del Puesto de Salud Paria.

POBLACION INDIRECTA: Familias de las gestantes, comunidad y personal de salud involucrados en la atención de partos.

2.4. INSTITUCIONES QUE LO PRESENTAN:

Puesto de Salud Paria, Micro red Palmira Red de Salud Huaylas Sur

2.5. DURACIÓN DEL TRABAJO ACADEMICO

2 años.

Fecha de inicio: octubre del 2019.

Fecha de término: octubre del 2021

2.6. COSTO TOTAL:

S/ 10,000.00

2.7. RESUMEN DEL TRABAJO ACADEMICO

El presente trabajo Académico nace a raíz de la problemática que se presenta en el Centro poblado de Paria, debido al aumento del número de partos domiciliarios.

El parto y nacimiento constituye un importante hecho social, cuyo estudio permite ahondar en los aspectos ideológicos que construye una cultura.

Durante gran parte de la historia que conocemos en el nacimiento el protagonismo era de la familia y el parto ocurría en los hogares. En los dos últimos dos siglos ha ocurrido un rápido proceso de institucionalización y profesionalización de la atención del nacimiento, que paso a ser atendido en hospitales y por profesionales de salud.

Hasta hace un siglo atrás, el parto domiciliario era visualizado como un hecho fisiológico en el cuerpo de la mujer, por lo que era concebido como algo tradicional y un acontecimiento natural en el seno de cada familia.

Uno de los grandes motivos para la realización de este trabajo es recabar información acerca de los partos domiciliarios, buscando conocer las diferentes experiencias de mujeres que hayan buscado que la finalización de su embarazo sea en un parto domiciliario y lo hayan logrado, intentando comprender porque desean finalizar su embarazo de esta forma.

Los hallazgos apuntan a que la decisión de tener y atender un parto en

casa busca principalmente recuperar el protagonismo de la mujer, su pareja y el bebé que nace en el marco de un “territorio” que garantiza su autonomía (5).

El presente trabajo académico , busca incrementar la atención de partos institucionales con enfoque intercultural a través de Líneas de acción como Gestión, Capacitación, Información, Educación y Comunicación (IEC): Ampliación de la oferta de los servicios de salud, elaborando el Plan de capacitación al personal de salud en la adaptación de los patrones culturales y el plan de sensibilización a través de la difusión comunitaria a las familias sobre los beneficios e importancia del control prenatal.

Como personal de salud obstetra, espero contribuir a mejorar la disminución de partos domiciliarios a través de la difusión comunitaria, captación oportuna de las gestantes y capacitando al personal de salud en la adaptación de los patrones culturales en el Puesto de salud de paria, para mejorar las altas tasas de mortalidad materna y partos domiciliarios.

III. JUSTIFICACIÓN

El presente Trabajo Académico se justifica por su contribución a mejorar los índices de los partos institucionales que se presentan en el centro poblado de paria, expresando de alguna forma, la preferencia de ciertas prácticas, costumbres, actitudes, creencias dentro de la comunidad, respecto al parto domiciliario o en circunstancias que las gestantes no explican el porqué del primer control prenatal y para luego abandonarlos.

Es un problema que merece atención, debido al poco acceso de algunos sectores de la población a la oferta de servicios de salud por parte del Estado a las altas tasas de morbi-mortalidad materna e infantil por causas evitables.

Por esta razón, se pretende realizar este trabajo académico con la finalidad de mejorar las coberturas de los partos institucionales en el puesto de salud de paria, sensibilizando a la población gestante no gestante en las ofertas que brinda el sector salud en forma gratuita como también sensibilizando en salud materna y del recién nacido.

Asimismo, el presente trabajo académico tiene como fin sensibilizar a la población gestante y a la comunidad en general sobre la importancia del control prenatal y la captación oportuna de las gestantes, proporcionando conocimiento específico, sobre los riesgos del parto domiciliario, a si mismo promover el desarrollo de estrategias y/o actividades preventivo promocional, con participación de la familia, la gestante y la comunidad.

El presente proyecto contiene Líneas de Acción que van a mejorar la disminución de las tasas de mortalidad perinatal.

A nivel mundial, en países bajos como: Canadá y Australia; el parto domiciliario no sólo es un evento reconocido, sino que también se siente alentado por el sistema de salud pública. Esto se debe a que, en estos países, el parto domiciliario se considera una modalidad de atención tan seguro como el parto hospitalario; es una experiencia satisfactoria tanto para las mujeres y sus familias y, sobre todo, se trata de un servicio potencialmente más barato para el estado. Tales cuestiones componen las principales razones para apoyar y fomentar el parto domiciliario en estos países (1).

Son muchas las causas de que las mujeres no reciban la asistencia que necesitan antes, durante y después del parto. En algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, que la atención no sea buena. En otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte o porque no puede pagar el costo del transporte y de las atenciones de salud (2).

Las creencias culturales y el estado social de la madre también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita. Para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a nivel comunitario las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud (2).

En 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó la meta mundial de lograr una cobertura del 80% para 2005, y del 90% para 2015. Aunque la proporción de partos atendidos por asistentes de partería cualificados ha aumentado continuamente desde el 47% existente en 1990.

En España cada vez son más las familias que solicitan un parto diferente al habitual de los hospitales. Una mala experiencia en un parto anterior suele ser la razón principal por la que las parturientas deciden tomar un papel más activo en el nacimiento de sus respectivos hijos (2).

En Estados Unidos de América (EUA), el porcentaje de partos domiciliarios se incrementó de 0.6% a 0.7%, principalmente se incrementó el 36% en los partos domiciliarios en la población de mujeres blancas no hispanas. En 2009 aproximadamente 1 de cada 90 nacimientos en mujeres blancas no hispanas ocurrió en el hogar, proporción 3 a 5 veces mayor que para cualquier otro grupo étnico o racial. Del total de partos domiciliarios 62% fue atendido por parteras; 5% fueron atendidos por médicos y 33% por otro tipo de asistentes (un miembro de la familia o un técnico en urgencias médicas). Con la información proveniente de 26 estados de la Unión Americana se determinó que 13% de los partos domiciliarios no fueron planeados (3).

El parto domiciliario en Argentina representa sólo el 2% del total de nacidos vivos. Constituye un grupo heterogéneo ya que sus causas van desde las puramente accidentales hasta las relacionadas con la falta de control del embarazo, estos recién nacidos pueden presentar una mayor morbilidad y también mortalidad (4).

En Holanda se promueve el parto domiciliario para mujeres de bajo riesgo sin limitar la libertad de elección. El parto en casa está cubierto por la sanidad pública, la cual subcontrata a los pequeños grupos locales de comadronas y lo cubre todo. En Holanda el 28% de los partos son domiciliarios, y el 9% escoge parir en una habitación alquilada por una comadrona. El resto de los partos son en centros hospitalarios (4).

En América Latina y El Caribe, 3'240.000 de las gestantes no cuentan asistencia durante la gravidez y 3'440.000 gestantes no obtienen cuidado institucional para la atención del alumbramiento; según la OPS: existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la Región, como Guatemala y Honduras, más del 50% de los partos son atendidos en casa por personal no calificado y 1/3 de las gestantes mueren en casa, sin recibir atención alguna en una institución de salud". 53% de los alumbramientos a nivel mundial son atendidos por asistentes de salud o trabajadores de salud entrenados en la atención de partos, 75 % de los nacimientos en América Latina y El Caribe son asistidos por personal competente (5).

Algunas mujeres en el Perú, eligen dar a luz sin usar ningún medicamento y confían en técnicas tales como la relajación y la respiración controlada para manejar el dolor. En el parto natural, la madre tiene el control de su cuerpo y habitualmente cuenta con un acompañante durante el trabajo de parto que, con mucha delicadeza, la guía y apoya durante las etapas del proceso (6).

El 88,6% de los últimos nacimientos en los cinco años anteriores a la Encuesta 2013 tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado). Esta

proporción se incrementó en 6,6 puntos porcentuales respecto a lo observado en el año 2009 (82,0%). La ocurrencia del parto en casa bajó de 16,7% en el año 2009 hasta 10,6% en el año 2013 (7).

Sin embargo, un número mayor de gestantes no cuentan con asistencia médica hasta el momento que se produce el nacimiento, 57% de los fallecimientos se produce en la vivienda, el 29% en los nosocomios, 4.5% en los centros de salud, el 3,5% en los Puestos de Salud y el 6% en el trayecto; el 37% de muertes se presentan en los establecimientos de salud, mientras tanto las defunciones ocurridas en casa y en el camino suman el 63%. A nivel nacional 85% de las gestantes que tienen asistencia prenatal, solo el 58% terminan su parto en un establecimiento de salud, y el resto lo tiene en su vivienda, sin la asistencia de especialistas como él (medico, obstetrix, enfermera o técnico sanitario) (8).

Según el lugar de origen de la gestante, el mayor número de muertes está en el departamento Cajamarca con (38%), Puno con un (28%), Piura con (41%), La Libertad con (29%), Cusco con (18%) y Loreto con (28%), se ha observado que en esta etapa se han producido el mayor número de muertes a nivel nacional, teniendo en los últimos dieciséis años el 56.5 % del total de casos, incorporando Lima que cuenta el con 59% de muertes maternas según (MINSA, 2016) (9).

Un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad

materna. Por tal razón, el Ministerio de Salud del Perú tiene como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal para lo cual se propuso diversas estrategias de Intervención contenidas en el Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna. Estas estrategias han estado orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional, el cual tiene como objetivo garantizar un parto seguro que no ponga en riesgo la vida de la gestante (10).

Sin embargo, persisten los reportes discordantes entre las coberturas de la atención del control prenatal (77,2 %) y la atención del parto institucional (49,5 %). Entre las causas que incrementan la preferencia del parto domiciliario tenemos. Personales: la edad, el bajo nivel educativo, el estado conyugal, el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario, y la procedencia rural. Causas de la atención prenatal: el inicio tardío del control prenatal, el inadecuado número de controles prenatales, la puntualidad en la atención recibida, la falta de visita domiciliaria, la poca capacidad resolutoria del establecimiento de salud y el tipo de personal de salud que tiene a su cargo la atención prenatal (11).

Antiguamente las investigaciones antropológicas que se realizaron indican que hace muchos años atrás las gestantes realizaban el parto vertical. Alumbraban a sus hijos de pie, colgándose de un árbol, arrodilladas, en cuclillas, sentadas sobre las piernas del esposo o en sillas o sillones. Pero nunca acostadas (12).

Durante el siglo XVIII, las parturientas del Río de la Plata alumbraban en

secreto, no requerían ayuda se encargaban personalmente del cordón umbilical. Algunas ocasiones eran atendidas por los vecindarios o familiares y en ocasiones por los varones que tenían dudosos certificados de origen español, que los acreditaban como galenos y cirujanos. “el parto era cosas de mujeres” el alumbramiento era únicamente de la mano de las mujeres y sé que daban en su hogar rodeada de su familia (13).

Durante el siglo XVIII llegan a la ciudad de argentina desde España las primeras vigilantes de las parturientas” a quienes se les dio como nombre de” comadrona”, que posteriormente se convertían en la cuidadora del niño. Tenían entendimiento de mucha habilidad, que habían superado sus propios partos y se encargaban de aconsejar y dar apoyo a sus hijas y a jóvenes sin experiencia a estos socorros asistidos con éxito daban poco a poco la autoridad y con los años esta popularidad iba creciendo (13).

Durante el SIGLO XX aparecen las casa de maternidad, pero las madres gestantes proseguían dando a luz en sus domicilios atendidas por las parteras y algunas recibían honorarios accesibles. Gratificaciones de maternidad dirigidas por comadronas inscritas que difundían sus servicios en los diarios, y se hacían llamar doctoras para identificarse de las ilegales (14).

La mayoría de las complicaciones que aparecen durante el parto suceden en mujeres que al principio no presentaban un embarazo de riesgo. Entre las más graves están la pérdida de bienestar fetal, la hemorragia aguda, las lesiones y desgarros del canal del parto. “El riesgo del parto domiciliario es que no se puedan atender y dar solución a esas complicaciones por falta de conocimiento o de

medios para hacerlo en el domicilio, o bien que no pueda hacerse con la rapidez necesaria”, advierte Díaz De Terán (15).

Para evitar este riesgo, y al mismo tiempo atender a la demanda de las embarazadas de tener un parto más “fisiológico”, surge el parto humanizado, también llamado parto no intervenido o parto mínimamente medicalizado. “Se basa en el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que solo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad. Se trata de favorecer el proceso del parto con el mínimo intervencionismo necesario que permita garantizar la seguridad materna y fetal, pero sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto. Para ello, se ofrecen cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, y favoreciendo un clima de confianza, seguridad e intimidad”, explica la ginecóloga de Sanitas La Zarzuela (16).

El parto, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo, el periodo de salida del bebé del útero materno. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino (15).

El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el Borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. El parto puede verse asistido con medicamentos como ciertos anestésicos o la oxitocina, utilizada ante complicaciones de retraso

grave de alumbramiento. Junto con la episiotomía (incisión quirúrgica en la zona del perineo), todo esto no debe hacerse nunca de manera rutinaria, ya que el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente. En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por cesárea: la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen (15).

Entre los tipos de parto:

Parto vaginal espontáneo

En el parto natural, el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, con la asistencia de poca o ninguna tecnología y sin la ayuda de fármacos. En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico (13).

Parto vaginal instrumental

El parto instrumentado es aquel que en el momento del expulsivo el parto se complica y el médico requiere de la utilización de un instrumento especial, como el vacío o el fórceps (pinza obstétrica), que presan la cabeza del feto con la finalidad de sacarlo fuera del canal de parto.

Parto abdominal

Cerca del 20% de los partos en países desarrollados como los Estados Unidos, se realizan quirúrgicamente mediante una operación abdominal llamada cesárea. No

todas las cesáreas son por indicación médica en casos de partos de alto riesgo, un porcentaje de ellos son electivos, cuando la madre elige por preferencia que su bebé no nazca vaginal (13).

Inicio del parto

Se espera que el parto de una mujer ocurra entre las semanas 37 y 42 completas desde la fecha de la última menstruación. El inicio del trabajo de parto varía entre una mujer y otra, siendo las signos más frecuentes, la expulsión del tapón mucoso cervical, la aparición de leves espasmos uterinos a intervalos menores de uno cada diez minutos, aumento de la presión pélvica con frecuencia urinaria, la ruptura de las membranas que envuelven al líquido amniótico —con el consecuente derramamiento del voluminoso líquido— con indicios de secreciones con sangre (16).

Etapas del parto

Se desconocen cuáles son las causas que precipitan el parto, pero se cree que determinadas sustancias producidas por la placenta, la madre o el feto, y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino contribuyen al parto. Por lo tanto, los efectos coordinados de todos estos factores son probablemente la causa de la aparición del trabajo del parto (16).

Se habla de inicio del parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cérvix) y la dilatación del cuello uterino. La fase activa del parto suele iniciarse a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino (16).

Dilatación

El primer período del trabajo de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 segundos o más cada una y de una intensidad creciente (16).

Nacimiento o expulsión

También llamada período expulsivo o período de pujar y termina con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos (16).

Alumbramiento

Comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más sale el cordón, más avanza la placenta hacia fuera de la cavidad uterina (16).

FAMILIA

La familia no es un grupo indeterminado de personas, es un centro socio cálido estructurado en contexto a una red de roles y cargos que la define de acuerdo a un ambiente definido, con el objetivo de la generación social de la vida y el desarrollo humano, más allá de un acuerdo conyugal concedido por ambas partes y la consagración de cualquiera religión. El núcleo que asienta la familia es el único que se basa en la libre decisión personal, realmente, es la decisión de esposos. Sin embargo y con la decadencia de las prácticas de la actualidad y el aumento de las

características (postmodernidad) son pocas las madres que creen en el amor para siempre y muchas de estas mujeres priorizan un pensamiento personal más que una idea de pareja, que en el caso de las mujeres y en algunas ocasiones no aceptan ser madres (14).

DEFINICION DE TERMINOS

Tucho Perrussi, doctor y biólogo argentino especialista en antropología y, como tal, fascinado en las prácticas de distintos grupos humanos, noto que en modo natural las esposas no se encamaban para parir, sino que ayudaban la verticalidad. Para tener a sus hijos se ponían de pie, colgaban, arrodillaban o sentaban. Para reanudar a esa forma de alumbrar, fabrico una silla para la atención partos que fue estrenado en la Maternidad Pardo en 1962. Con mucha dificultad elaboró la silla que le devolvía a la mujer una posición digna y natural en el momento más importante de su vida (14).

Embarazo

El embarazo une a la madre y a su ambiente con el reflejo de un nuevo ser, alcanza un misterioso vinculo hacia el futuro y de pronto ¡todo cambia! algo es cierto, un oculto poblador ha llegado. Una trama social rodeará a esta criatura obsequiándole una historia que unida a sus genes nacerá con él.

Alumbramiento Apreciado.

Gestar en salud la mujer es contenida desde lo natural, afectivo y emocional, confortándola para que pueda escoger el mejor modo de traer su hijo a este mundo, de una manera responsable y agradable, sintiéndose protagonista junto a su pareja.

naturaleza e inclinación que le consientan a elegir lo que necesita: caminar, moverse, sentarse, acuclillarse, bañarse o meterse en una pileta con agua tibia (14).

En el parto respetado aumentan los medios y la preferencia, cada gestante conoce cómo desea dar a luz, y no se oponen a las prácticas como el goteo innecesario, episiotomía o peridural y sí se utilizan alternativas como la protección del periné con masaje y aceites, música, cantos, aromas, acupuntura y reflexología (14).

Tanto la madre gestante y el padre deben ser atendidos, venerados dentro de sus expectativas acerca del modelo de parto. La psicoprofilaxis favorece la fuerza de los vínculos, porque conocemos la importancia que tiene para la pareja que el futuro padre sea también comprendido en sus necesidades (14).

Alumbrar con Independencia.

Para empezar a entender la realidad de una satisfacción amplia e intensa en la mujer que conduce al hecho de alumbrar, en el momento de la expulsión de la criatura, hay que comprender al parto como un hecho completamente sexual, que es más parecido al coito que a otras funciones corporales.

Parto domiciliario

El número de parejas que aceptan el parto en el hogar ha ido aumentando. El rol de la madre y su pareja en estos nacimientos es muy activo, el alumbramiento se desarrolla a su ritmo, sin prisa y los asistentes en salud solo señalan la actitud más favorable en el caso de que sean consultados por los mismos padres. En el transcurso del alumbramiento se controla el latido del corazón del bebé y se cuenta con todos

los insumos que ayuden a facilitar el alumbramiento como, soluciones (sueros), y entre otros (14).

Alumbramiento con padre como entrenador.

Procedimiento de preparación psicofísica para el alumbramiento desarrollado por Robert Bradley, M.D.; engloba la educación sobre la fisiología del parto, sobre el entrenamiento y la alimentación durante la gestación como técnicas de respiración y relajación para el control y el bienestar durante el parto.

El padre colabora considerablemente en las clases y actúa como el "preparador" de la madre durante el parto. Apoya a la madre a calmarse recordándole reiteradas veces que se relaje masajéandola y tocándola de la forma que él sabe la relaja y arreglando los cojines para sostenerla en una posición semisentada. Durante las contracciones, ella respira profunda y lentamente, tomando el aire por la nariz y expulsándolo por la boca. En el momento que nace el niño, y con la madre aun todavía en posición semisentada, se le pone al niño sobre su abdomen y se le amamanta tan rápido como él o ella quieran.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Perinatal (ENSMI) solo 66 de cada 100 partos son atendidos por personal calificado médico y obstetras. Según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 963, sólo 67% de las mujeres que ha tenido un parto recibe control prenatal por un profesional de la salud y 54% de ellas tuvo por lo menos 4 controles. En las zonas urbanas, el control del embarazo alcanzó 81%, mientras que, en las zonas rurales, apenas 47%. Entre las mujeres que tienen instrucción superior, el control prenatal llegó al 95%, y tan sólo 39% entre las madres sin educación.

PARTO INSTITUCIONAL:

El parto institucional está comprendido por el Parto en servicio y por el parto en domicilio atendido por personal de salud.

PARTO DOMICILIARIO

Es aquel parto atendido por una partera o familiar ajena al servicio de salud. Para que la mujer pueda dar a luz en casa el embarazo no debe ser de riesgo. El plan de nacimiento debe establecerse antes de la semana 28 de gestación, y el alumbramiento debe tener lugar entre las semanas 37 y la 42.

Rol de la obstetra durante el parto

En el Perú antes conocidas como matronas o parteras, siempre existieron personas que apoyaron la labor de parto de las mujeres. Podemos decir, que la labor obstétrica tiene un origen ancestral en el desarrollo de la historia humana desempeñando un papel esencial en la supervivencia de la especie.

Hoy en día, los profesionales en obstetricia continúan desempeñando un papel fundamental en actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud. La Organización Mundial de la Salud reconoce al obstetra, como el profesional adecuado para la reducción eficaz y sostenible de la mortalidad materna neonatal.

Que, por resolución ministerial N 668 -2004/MINSA, se aprobaron las guías nacionales de atención integral de salud sexual y reproductiva, con el objetivo de estandarizar conceptos uniformizar practicas para los proveedores de salud de los servicios de atención a la mujer y al recién nacido.

Guía de práctica clínicas para la atención de emergencias obstetricas según nivel de capacidad resolutive se aprobo mediante la resolucion ministerial N 769 – 2004/MINSA, se aprobo la nosma técnica N 021 – MINSA- DGSP –V.01.

Resolucion Ministerial 1001 -20005- MINSA, se aprobo la Directiva Sanitaria N 001 – MINSA – DGSP –V01. Directiva para la elaboraciòn de las funciones obstetricas y neonatales (FON) en los establecimientos de salud.

Que con resolucion ministerial N 751 – 2004/ MINSA, se aprobo la norma tecnica N018-MINSA/DGSP V 01 norma tecnica del sistema de Referencia y contrareferencia de los establecimientos del Ministerio de salud, que regula la organización los procesos del referido sistema entre los establecimientos de salud mediante lineamientos técnicos normativos homogeneos, que garantice la continuidad de la atención de la salud de la población a nivel nacional.

Parto en la cultura de los Andes

El conocimiento de la madre andina sobre el embarazo, pueden dirigir a las gestantes a determinar el estado y el sexo de su bebé a partir de sus movimientos, y a las comadronas a conducir una postura o participar naturalmente con sus manos para palpar o reposicionar una imagen cultural del feto dentro del cuerpo de la madre.

Adecuación cultural e interculturalidad

En Salud es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud - enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas. Ello

no implica privar a dichas poblaciones del derecho a acceder a la información y al conocimiento del desarrollo científico actual, así como a beneficiarse de dicha práctica, en especial si se trata de recuperar la salud o de salvar la vida. A la vez implica asegurar que tal relación intercultural se establezca sin discriminación, ni estableciendo relaciones de poder o de coerción, de ninguna de las partes.

La interculturalidad propone una conversación abierta entre personas los procedimientos que se conocen con una u otra cultura médica.

El alumbramiento en casa es una práctica cada vez más frecuente en nuestra población, cuya decisión se basa generalmente en la necesidad de intimidad y contención familiar durante el nacimiento del niño. Sin embargo, para que el parto en el hogar sea exitoso, se requiere de una madre sana, de un embarazo controlado y sin patologías, y de personal entrenado con capacidad para asistir a la madre y al niño ante circunstancias adversas y para informar a los padres sobre los controles posteriores que el niño debe recibir.

Para poder mejorar su posibilidad de mejorar su, condición, oportunidad y eficiencia, se tendrán que entender y distinguir apariencias vinculados con los trabajos, que, aun actualmente, han sido poco abordados desde la posición histórica y la salud pública. Tal es el caso de los cambios presentados en el cuidado del parto. Por esta razón, el reciente trabajo académico pretende disponer algunas consideraciones sobre la posición actual a partir de algunas características tradicionales, contemplando que esta deberá ser una de las muchas reflexiones que al respecto se establezcan.

Se procura también de aportar el entendimiento de los hechos, motivando una

serie de debates con todos y con cada uno de los participantes para la mejora del proceso de estudio de la salud materno-infantil. Como se ha explicado antes, no sólo es una forma diferente de averiguar, sino que se trata de una variación de ejemplos, de cómo puede el paciente modificar la realidad de nuestro ambiente laboral, basándose en el análisis de las apariencias que ocasionan la conducta del hombre.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Disminución de partos domiciliarios en el ámbito de la jurisdicción del Puesto de Salud Paria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Lograr la conformación de brigadistas para mejorar la captación oportuna de las gestantes para realizar el control prenatal.
- Mejorar la difusión comunitaria de los beneficios del control prenatal de la gestante.
- Lograr capacitar al personal de Salud en la adaptación de los patrones culturales de la zona rural.

V. METAS

- El 100% de las gestantes que culminan sus partos en los hospitales.
- El 100% de las gestantes reciben la oferta suficiente de los servicios de materno perinatal en el ámbito de la jurisdicción del puesto de salud de paria.
- El 100% de las gestantes con conocimientos sobre los beneficios de la adecuada atención materno perinatal.
- El 100% del personal de salud concilian los patrones culturales.
- Cuatro brigadistas capacitadas para la captación oportuna de gestantes.
- Seis gestantes captadas por cada sectorista.
- Cuatro difusiones comunitarias sobre los beneficios del control prenatal.
- Ocho talleres de sensibilización a las familias relacionados con el cuidado de la madre y el niño durante el periodo perinatal.
- Cuatro capacitaciones al personal de salud en la adaptación de los patrones culturales

VI. METODOLOGÍA

6.1. LINEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

Las estrategias para el presente trabajo es organizar el servicio de obstetricia en comités de calidad, capacitación e investigación, para involucrarlas en las diferentes etapas del proyecto.

Formar el comité de Mejora Continua de la Calidad del Puesto de Salud para la sostenibilidad del presente trabajo y para comprender mejor las líneas de acción, se describen a continuación:

A. GESTIÓN

Se entiende por Gestión al conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito; en cuyo resultado influye la utilización de los recursos. El conjunto de acciones ejecutadas por el profesional representa grados variables de eficiencia, eficacia y efectividad, susceptibles de ser mejorados mediante la aplicación de técnicas y métodos que garanticen la óptima calidad.

Debido al aumento del parto domiciliario en el Puesto de Salud Paria, el profesional de obstetricia cuya misión es de sensibilizar a la población gestantes y a la comunidad en el parto institucional, tiene el compromiso de planificar y organizar con el equipo multidisciplinario de la prevención de la mortalidad materna para proveer estrategias útiles que se deben realizar acciones encaminadas a buscar nuevos recursos para el cuidado de la persona, familia y comunidad.

ACTIVIDADES:

A1. Conformación de brigadistas de atención en salud materno perinatal.

Capacitar y sensibilizar a los sectoristas y brigadistas en la importancia de la disminución de los partos domiciliario.

A2. Captación de sectoristas de gestantes en la comunidad.

Captación oportuna de las gestantes a través de los sectoristas o brigadistas para la disminución de los partos domiciliarios.

B. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

La IEC es una estrategia fundamental para la información y transmisión de conocimientos, que promuevan la sensibilización y movilización de los individuos hacia el cambio de comportamientos y entornos saludables. Esta constituye una herramienta básica para el personal del Ministerio de Salud y de diferentes instituciones proveedoras de salud para la realización de intervenciones dirigidas a contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad.

Las acciones de IEC del Plan, que incluye la Comunicación para el Cambio de Comportamiento, se realizarán con un enfoque participativo y hacia las diferentes audiencias a nivel institucional y comunitario, incorporando a todos los actores sociales claves, que los haga partícipes y responsables de la gestión de su salud.

ACTIVIDADES:

B1. Difusión:

Se realizará la difusión comunitaria acerca de los beneficios del control prenatal en coordinación con las organizaciones de base del centro poblado de Paria.

B2. Sensibilización:

Se realizará talleres de sensibilización a las familias acerca de la importancia del control prenatal en coordinación con el responsable del servicio de obstetricia para llevar a cabo los talleres.

C. CAPACITACIÓN

Se denomina capacitación al acto y el resultado de capacitar: formar, instruir, entrenar o educar a alguien. La capacitación busca que una persona adquiera capacidades o habilidades para el desarrollo de determinadas acciones. Hace más de veinticinco años, el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, decidió impulsar una nueva orientación de su cooperación técnica sobre la educación del personal que trabaja en los servicios de salud. En esa época, las preocupaciones principales tenían que ver con la rápida obsolescencia de los conocimientos y habilidades que el personal obtenía en las escuelas y facultades en las que se formaba y con la idoneidad de los métodos de capacitación.

ACTIVIDADES

C1. Capacitación:

Elaboración del plan de capacitaciones con el apoyo del jefe del establecimiento de salud.

6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La sostenibilidad del trabajo estará a cargo del equipo multidisciplinario del servicio de obstetricia, la Jefatura de obstetricia tiene el compromiso de interrelacionarse con la Jefatura del Puesto de Salud Paria con la finalidad de impulsar, mantener este proyecto en forma sostenible a través del tiempo.

Las Políticas institucionales apoyan las estrategias para la disminución de los partos domiciliarios y estamos sujetos ser sancionados si no se cumplen con las normas del MINSA, dado que tienen derechos establecidos por ley. Trimestralmente también se realiza la evaluación de indicadores para dar a conocer las coberturas, con indicador del FET y de Gestión.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION

MATRIZ DE SUPERVISIÓN

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUIA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN
Propósito: Disminución de partos domiciliarios en el ámbito de la jurisdicción del puesto de Salud Paria.	100% de las gestantes que culminan sus partos en los Hospitales.	N° de personas de la zona de aplicación del proyecto que afirman tener mayores facilidades de acceso a los servicios de salud Materno Perinatal	N° de personas de la zona rural con aplicación de la encuesta.	✓ Registro diario de atenciones del servicio de salud materno perinatal. ✓ Verificación de las historias clínicas	Mensual.	Lista de atenciones
Resultados 1. Oferta suficiente de los servicios de salud Materno Perinatal del Puesto de Salud Paria.	1.-Oferta suficiente de los servicios de Materno Perinatal en el ámbito de la jurisdicción del Puesto de Salud de Paria. <ul style="list-style-type: none"> • 1er año 60% • 2do año 80% • 3er año 100% 	1. Porcentaje de la capacidad de atención en el servicio materno perinatal.	1. N° de Atenciones diarias en el servicio Materno Perinatal	1. Registro diario de atenciones del servicio de obstetricia. 2. Registro His.	Semestral	Lista de atenciones
2 Conocimiento de las familias sobre los beneficios de la adecuada atención materno perinatal.	2.1 N° de familias con conocimientos sobre los beneficios de la adecuada atención Materno Perinatal. <ul style="list-style-type: none"> • 1er año 50% • 2do año 70% • 3er año 100% 	2.1. N° de familias que han mejorado su conocimiento sobre los beneficios de la adecuada atención perinatal	2.1 N° de familias que mejoran su conocimiento.	2.1. Registro de actividades extramurales. <ul style="list-style-type: none"> • Registro His. • Informes mensuales de promoción de Salud 	Trimestral	Lista de actividades extramurales.

3. Conciliación de los patrones culturales de los servicios de salud y los familiares de la zona rural.	3.1. El personal de salud conciliara los patrones culturales en: 50% al finalizar el primer año. 100% al finalizar el segundo año	3.1. N° de capacitaciones al personal de salud sobre los patrones culturales	3.1 N° de personal de salud que han conciliado los patrones culturales	3.1. Informes mensuales de capacitaciones. Actas de compromiso	Mensual	Lista de Capacitaciones.
---	---	--	--	---	---------	--------------------------

MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DEL MARCO LÓGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	INDICADORES DE PRODUCTO O MONITOREO POR META	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	FRECUENCIA	INSTRUMENTO QUE SE UTILIZARÁ PARA EL RECOJO DE LA INFORMACIÓN
1.- Oferta suficiente de los servicios de materno perinatal del ámbito de la jurisdicción del puesto de salud paria	1a. Con formación de brigadistas para mejorar la captación oportuna de las gestantes para realizar el control pre natal. 1b. Captación de los sectoristas de gestantes en la comunidad.	1a. 04 brigadistas capacitadas para la captación oportuna de gestantes 1b.- 06 gestantes captadas por sectoristas	1a.- N° de personal responsable de cada brigadista 1b.- N° de personal de salud responsable de cada brigadista	1ª.- Numero de brigadas por cada sector 1b.- Numero de brigadistas por cada sector.	1a. Libro de actas. Mapa geo sanitario. 1b.- Libro de actas. Mapa geo sanitario.	Semestral	Registro de asistencia.

2.- Conocimiento de las familiares sobre los beneficios de la adecuada atención Materno Perinatal	2a.- Difusión comunitaria de los beneficios del control prenatal 2b.- Talleres de sensibilización en las familias en temas relacionados con el cuidado de la madre y el niño durante el periodo perinatal	2a.- 04 difusiones comunitarias sobre los beneficios del control prenatal. 2b.- 08 talleres de sensibilización a las familias en temas relacionados con el cuidado de la madre y el niño durante el periodo perinatal	2 ^a .- N° de difusiones ejecutadas / total de difusiones programadas. 2b.- N.º de talleres ejecutadas / total talleres programadas	2a.- N° de difusiones, ferias y talleres 2b.- Informe mensual	2a.- Fotos difusión y registro de promoción de la salud 2b.- entrevistas y visitas domiciliarias Registro de capacitaciones Acta de reuniones.	Trimestral	Registro de asistencia
3.- Conciliación de los patrones culturales de los servicios de salud y los familiares de la zona rural	3a- Capacitación al personal de salud en la adaptación de los patrones culturales de la zona rural	3 ^a .04 capacitaciones al personal de salud en la adaptación de los patrones culturales.	3 ^a N° de capacitaciones ejecutadas / total de capacitaciones programadas.	3c. Retroalimentación de los temas de capacitación	3a. Informes trimestrales de las activadas realizadas	3a.- Semestral	3a.- Acta de taller de capacitación

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. MATERIALES PARA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD

(Taller para 20 personas)

N°	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	APORTE PROPIO	APORTE REQUERIDO
1	Local	800.00	2		1600.00
2	Equipo de sonido	500.00	2		1000.00
3	Impresiones, fotocopias	0.1	500		500.00
4	Gigantografías	350.00	2		700.00
5	Materiales de trabajo: Fólderes, lapiceros, papel bond	12.00	50		600.00
6	Equipo multimedia	300.00	2	600.00	
7	Refrigerio	300.00	2		
8	Ponentes	300.00	2		600.00
9	Agua para ponentes	1.50	30	45.00	
10	Movilidad local	25.00	2		50.00
	Sub Total			645.00	5050.00

8.2. MATERIALES PARA LOS TALLERES DE SENCIBILIZACIÓN A LAS FAMILIAS (Taller para 12 personas)

N°	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	APORTE PROPIO	APORTE REQUERIDO
1	Local	80.00	1		80.00
2	Equipo de sonido	100.00	1		100.00
3	Impresiones, fotocopias	0.1	50	5.00	
4	Gigantografías	350.00	1		350.00
5	Materiales de trabajo: Fólderes, lapiceros, papel bond	12.00	25		300.00
6	Equipo multimedia	300.00	1	300.00	
7	Refrigerio	120.00	1		120.00
8	Ponentes	200.00	1		200.00
9	Agua para ponentes	1.50	24	45.00	
10	Movilidad local	30.00	1		50.00
	Sub Total			350.00	1200.00

RESUMEN DE PRESUPUESTO

DENOMINACION	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.	COSTO TOTAL S/.
Capacitaciones	645.00	5050.00	S/. 5695.00
Talleres de sensibilización	350.00	1200.00	S/. 1550.00
TOTAL			S/. 7,245.00

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Disminución de partos domiciliarios en el ámbito de la jurisdicción del Puesto de Salud Paria.

Nº	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA						INDICADOR
					2019			2021			
			DESCRIPCIO	COSTOS	II	I	II	I	II	I	
1	Elaboración del trabajo académico.	1	Informe	200	X						Trabajo académico Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo académico a la Jefatura del Puesto de Salud Paria y a la Red de Salud Huaylas sur.	1	Informe	50.00	X						Trabajo académico Presentado
3	Reunión con la Jefatura y personal de Obstetricia Para formar Comité de Mejora	3	Informe	30		X					Reuniones realizadas
4	Ejecución del trabajo académico de Desarrollo.	1	Informe	200,000.			X				Trabajo académico ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico de Desarrollo.	1	Informe	250.00					X		Trabajo académico desarrollado
6	Presentación del Informe Final	1	Informe	150.00						X	Trabajo académico Presentado

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.: Conformación de brigadistas para mejorar la captación oportuna de las gestantes para realizar el control prenatal.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019-2021						
			Descripción	Costos	II	I	II	I	II	I	
1	Conformación de brigadistas para mejorar la captación oportuna de las gestantes para realizar el control prenatal.	- Capacitación oportuna de las gestantes a través de los sectoristas o brigadistas para la disminución de partos domiciliarios.	Gestión	50.00	X	X					
2	Captación de los sectoristas de gestantes en la comunidad	- Captación oportuna de las gestantes a través de los sectoristas o brigadistas para la disminución de partos domiciliarios.	Gestión				X			X	

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Difusión Comunitaria de los beneficios del Control Prenatal de la Gestante.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019-2021						
			DESCRIPCIO	COSTOS	I	II	I	II	I	II	
1	Difusión comunitaria de los beneficios del control prenatal de la gestante.	Se realizará la difusión comunitaria acerca de los beneficios del control prenatal en coordinación con las organizaciones de base del centro poblado de Paria.	Gestión	250.00	X						
2	Taller de sensibilización en las familias en temas relacionados con el cuidado de la madre y el niño durante el periodo perinatal	Se realizará talleres de sensibilización a las familias acerca de la importancia del control prenatal en coordinación con el responsable del servicio de obstetricia para llevar acabo los talleres.	Gestión			X					
			Solicitud					X			
			Informe							X	

OBJETIVO ESPECIFICO 3. Capacitación al personal de Salud en la adaptación de los patrones culturales de la zona rural.

	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAM A 2019-2021						
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	I	II	I	II	
1	Capacita al personal de salud en la adaptación de los patrones culturales de la zona rural.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación con el jefe del establecimiento de salud - Convocar al personal de salud para sensibilización. 	Gestión	50.00		X					
			Plan					X			

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El Trabajo Académico **DISMINUCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO EN EL AMBITO DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD PARI-ANCASH, 2018** estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo multidisciplinario de la estrategia Materno Perinatal, jefatura de servicio de obstetricia y jefatura del establecimiento de salud, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el trabajo lo requiera y participar de las actividades propias del trabajo.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Se establecerán **coordinaciones** con la Red de Salud Huaylas Sur, con quienes establecerá coordinaciones para el logro del Trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fróes de Oliveira C, y Kakuda A. Parto en casa: Hacia Adelante o Hacia Atrás. Revista Gaucha de Enfermería. 2014 enero; 35(1).
2. Eroski C. Partos Domiciliarios. [Online].; 2011 [cited 2019 febrero 07. Available from: www.consumer.es/useb/es/salud/investigacio.medica/2011/11/03.
3. Villanueva L, Moralez E, Lezana M. Parto fortuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México. Revista CONAMED. 2014 Junio; 19(2).
4. Sabastiani M. ¿Es seguro el parto dominciliario? [Online].; 2015 [cited 2019 marzo 23. Available from: [Mariosebastianiblog.com/2015/04/12 es seguro-el-parto-domiciliario](http://Mariosebastianiblog.com/2015/04/12-es-seguro-el-parto-domiciliario).
5. Organización Mundial de Salud. Salud reproductiva y maternidad saludable. [Online].; 2013 [cited 2019 marzo 05. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/healthy_motherhood/es/.
6. Pinto I. Parto domiciliario, ¿una elección de futuro? Tesis. Jaén: Universidad de Jaén, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
7. Alvarado C. materno perinatal. Revista peruana de investigación materno perinatal. 2013 Mayo; 2(1).

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y salud familiar. [Online].; 2012 [cited 2019 marzo 27. Available from:
<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1075/index.html>.
9. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico. [Online].; 2016 [cited 2019 abril 23. Available from:
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>.
- 10 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar - ENDES. [Online].; 2014 [cited 2019 abril 12. Available from:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf.
- 11 Tarqui C, Barreda A. Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2005 junio; 22(2).
- 12 Rodriguez Y. Parto, embarazo y puerperio. [Online].; 2004 [cited 2019 abril 15. Available from: <https://www.monografias.com/trabajos27/parto-embarazo/parto-embarazo.shtml>.
- 13 Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2006 marzo; 23(1).
- 14 Gómez I, Sandoval M. Análisis del comportamiento de compra en un contexto experimental simulado. Revista Suma Psicologica. 2011 diciembre; 18(2).

15 EcuRed. Parto. [Online].; 2007 [cited 2019 abril 28. Available from:

. <https://www.ecured.cu/Parto>.

16 Sevilla M. Las tres complicaciones principales del parto. [Online].; 2016 [cited 2019

. mayo 03. Available from:

<https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/parto/2016/08/16/tres-complicaciones-principales-parto-114150.html>.

ANEXOS

ANEXO 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Puesto de Salud de Paria cuenta con una inadecuada infraestructura y pocos recursos, tanto humanos como materiales, conllevan muchas veces a que la atención integral al usuario sea limitada. Así mismo, la distribución de sus ambientes hace que la mayor cantidad de estrategias sanitarias funcionen en un solo ambiente, como por ejemplo Tuberculosis funciona en el primer piso, en un solo ambiente donde se hace el ingreso del afectado por TB, evaluación por el equipo multidisciplinario, administración de tratamiento supervisado y consejerías, produciendo incomodidad tanto para el personal como para los demás afectados, debido al reducido espacio en donde funcionan dichos ambientes.

Asimismo, el personal de salud no se abastece para cubrir todos los sectores del distrito debido al número reducido de promotores de salud y la ausencia de éstos en algunos sectores dificultando así la aplicación de fichas familiares e intervención de las familias de riesgo.

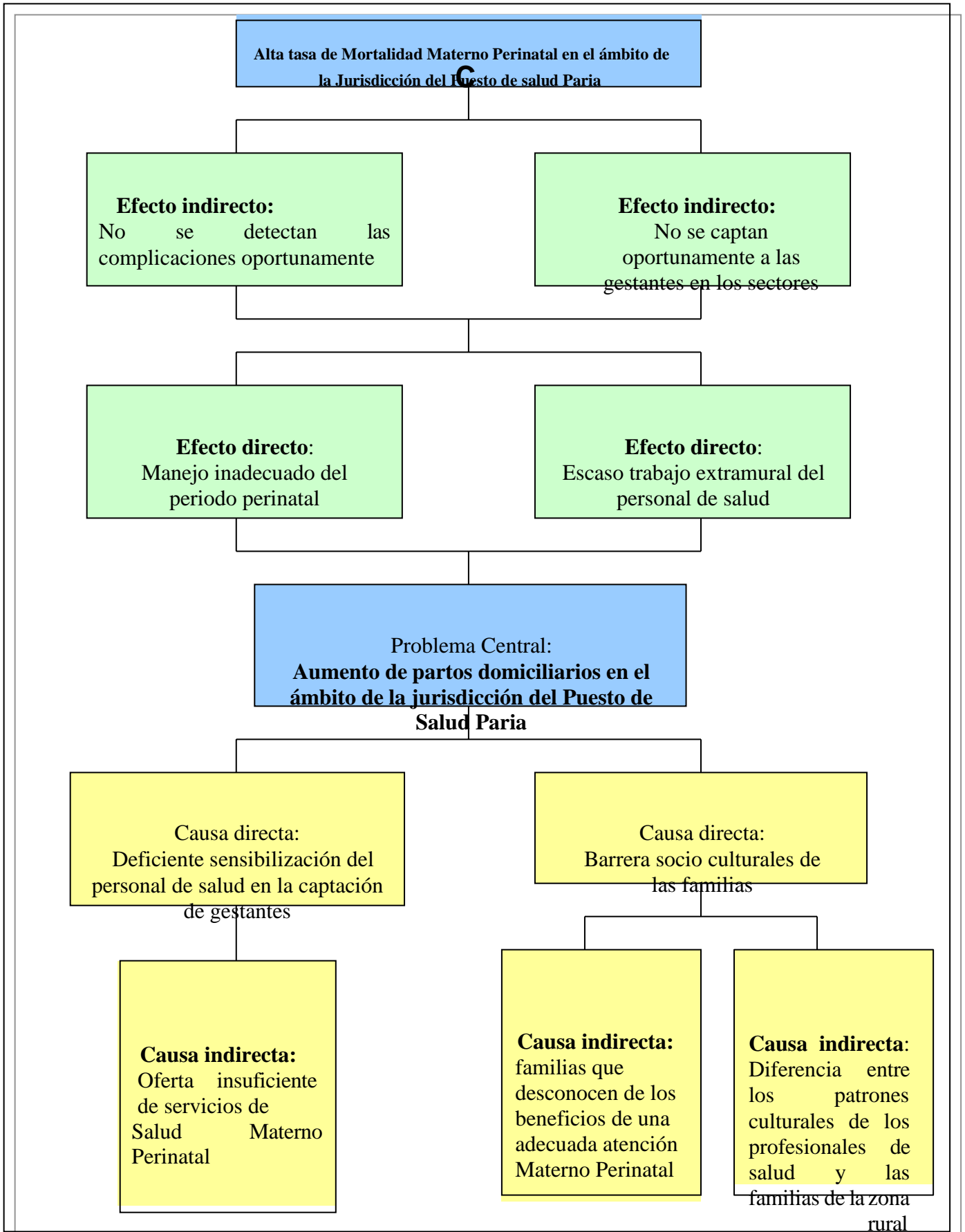
El Centro Poblado de Paria no es más que el reflejo de la situación de desarrollo por la que atraviesa el país; por lo que es una comunidad con problemas de salud múltiples que se encuentran interactuando en los diferentes procesos biológicos, ecológicos, sociales, económicos y culturales. En la parte alta de Paria (cerros) se evidencian viviendas hacinadas, con un solo ambiente que es multiuso como, por ejemplo: sala, comedor y dormitorio, mascotas domiciliarias sin medidas sanitarias y preventivas.

El Subempleo es un problema presente en el centro poblado de Paria, siendo una de sus causas la escasez de las fuentes de trabajo que existe en el lugar; así mismo, su principal fuente de trabajo es la agricultura. Es así que la PEA de 15 ó más realiza actividades Agrícolas y ganadería en un 80%, es por eso que la mayor parte de la PEA trabaja en la condición de obreros en las construcciones de viviendas.

También presenta problemas respecto a una inadecuada cultura sanitaria y ambiental como son los hábitos y estilos de vida saludables, incrementando de esta manera la probabilidad de enfermar debido a la práctica de hábitos y costumbres que ha regulado su comportamiento.

ANEXO 2
Gráfico N° 1: ÁRBOL DE CAUSA – EFECTO

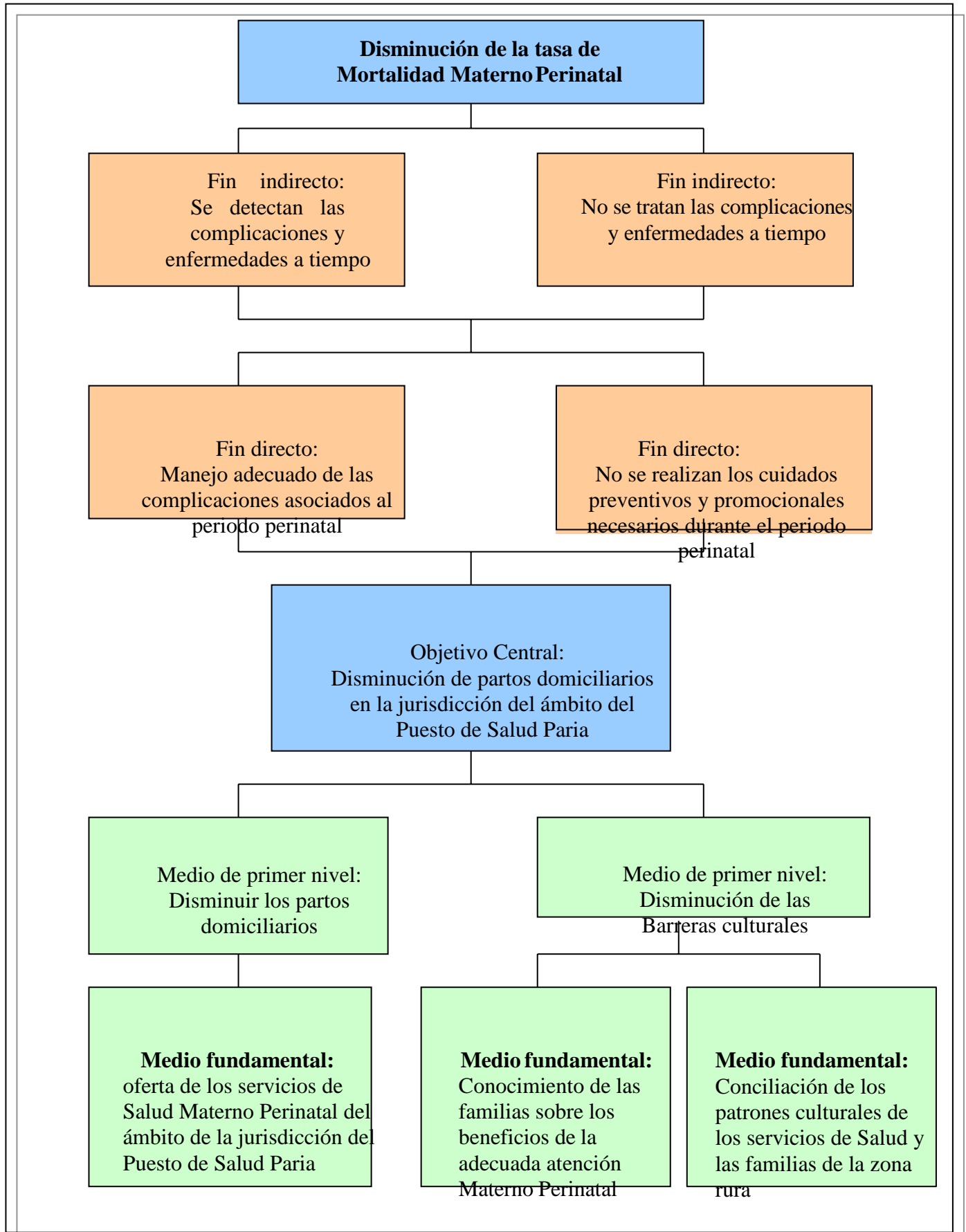
Efecto Final:



ANEXO 3

Gráfico N° 2: ÁRBOL DE FINES Y MEDIOS

Fin último:



ANEXO N° 4

Árbol de Medios Fundamentales y Acciones Propuestas

Medio Fundamental:

Oferta suficiente de los servicios de materno perinatal del ámbito de la jurisdicción del puesto de salud paria

Acción:

A1. Conformación de brigadistas para mejorar la captación oportuna de las gestantes para realizar el control pre natal.

Acción:

A2. Captación de los sectoristas de gestantes en la comunidad.

Medio Fundamental:

Conocimiento de las familiares sobre los beneficios de la adecuada atención Materno Perinatal

Acción:

B1. Difusión comunitaria de los beneficios del control prenatal de la gestante

Acción:

B2. Taller de sensibilización en las familias en temas relacionados con el cuidado de la madre y el niño durante el periodo perinatal

Medio Fundamental:

Conciliación de los patrones culturales de los servicios de salud y los familiares de la zona rural

Acción:

C1. Capacitación al personal de salud en la adaptación de los patrones culturales de la zona rural.

ANEXO 5

MARCO LOGICO

C					
	Resume de Objetivos	Metas	Indicadores	Medios de verificación	Supuesto
Fin	Disminución la tasa de Mortalidad Materno Perinatal				
Propósito	Disminución de Partos domiciliarios en la jurisdicción del ámbito del Puesto de Salud Paria.	100% de las gestantes que culminan sus partos en los Hospitales	N° de gestantes con partos institucionales / N° de gestantes programadas.	Registro diario de atenciones del servicio Materno Perinatal	El EESS. cuentan con los materiales y/o equipos necesarios para brindar atención
Componentes	<p>1. Oferta de los servicios Materno Perinatal del ámbito de la jurisdicción del Puesto de Salud Paria</p> <p>2. Conocimiento de las familias sobre los beneficios de la adecuada atención materno perinatal. .</p>	<p>1.1. El 100% de las gestantes reciben oferta suficiente de los servicios de Materno Perinatal.</p> <p>2.2. El 100% de gestantes con conocimientos sobre los beneficios de la adecuada atención Materno Perinatal.</p>	<p>1.1. N° de gestantes que han recibido oferta suficiente/ total de gestantes que mejoran con los servicios materno perinatal.</p> <p>2.1. N° de gestantes que han mejoran su conocimiento/total de gestantes que mejoran su conocimiento.</p>	<p>1.1. Registro diario de atenciones del servicio de obstetricia.</p> <p>I Registro His.</p> <p>2.1. Registro de actividades extramurales.</p> <p>Registro His Informes mensuales de promoción de la salud.</p>	<p>Madres gestantes que reciben la atención oportuna.</p> <p>Familias con conocimientos sobre los beneficios de la adecuada atención Materno Perinatal.</p>

	3. Conciliación de los patrones culturales de los servicios de Salud y los familiares de la zona rural.	3.1. El 100% del Personal de salud concilia los patrones culturales.	3.1. N° de personal de salud que conciliaran sobre patrones culturales/ total de personal de salud	3.1. Actividades educativas Actas de compromiso.	Se cuenta con personal de salud capacitado sobre patrones culturales.
Acciones	A1. Con formación de brigadistas para mejorar la captación oportuna de las gestantes para realizar el control pre natal. A2. Captación de los sectoristas de gestantes en la comunidad	A1. 04 brigadistas capacitadas para la captación oportuna de gestantes. A2. 06 gestantes captadas por cada sectorista.	A1. N° de personal responsable de cada brigadista/ total de brigadistas. A2. total, de gestantes captadas por sectoristas/ total de gestantes.	A1. Libro de actas. Mapa geo sanitario. A2. Libro de actas. Mapa geo sanitario.	A1. El personal de salud asume actividades Materno Perinatal. A2. Personal de Salud asume actividades Materno Perinatal.
	B1. Difusión comunitaria de los beneficios del control prenatal.	B1. 04 difusiones comunitarias sobre los beneficios del control prenatal.	B1. N° de difusiones ejecutadas/ total de difusiones programadas.	B1. Registros de promoción de la salud. Fotografías.	B1. Personal de salud cumple con la difusión y promoción de la importancia del control prenatal.

	B2. Talleres de sensibilización en las familias en temas relacionados con el cuidado de la madre y el niño durante el periodo perinatal	B 2 08 talleres de sensibilización a las familias relacionados con el cuidado de la madre y el niño durante el periodo perinatal.	B2. N.º de talleres ejecutadas/ total de talleres programadas.	B2. Entrevistas y visitas domiciliarias. Registro de capacitaciones. Actas de reuniones.	B2. Las familias que reciben los talleres comprometidos a la aplicación de conocimientos adquiridos.
	C1. Capacitación al personal de salud en la adaptación de los patrones culturales de la zona rural.	C 1 04 capacitaciones al personal de salud en la adaptación de los patrones culturales.	C1. N.º de capacitaciones ejecutadas/ total de capacitaciones programadas.	C1. Retroalimentación anual de sobre el tema y retención de los conocimientos adquiridos en las capacitaciones.	C1. Personal de salud que reciben la capacitación y su compromiso

ANEXO 6

Proyectos de Salud

Indicadores de resultado por tipo de proyecto

<i>Tipos de proyectos y líneas de acción</i>	<i>Indicadores</i>	
	<i>Inmediatos</i>	<i>De mediano plazo</i>
1) Trabajo de conformación de brigadistas en el Establecimiento de Salud (Gestión)		
a. Conformación de brigadistas de atención en salud Materno Perinatal Coordinación con el jefe del servicio de obstetricia	<ul style="list-style-type: none"> Número de personal de salud a cargo de los brigadistas. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la demanda de personal de obstetricia a cargo de cada sector.
b. Establecer brigadistas en la jurisdicción para la duración optima de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Numero de brigadistas por cada sector 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurarse que cada sector cuente por lo menos con un brigadista.
2) Trabajo de Información, Educación y Comunicación		
a.- difusión comunitaria de los beneficios del control prenatal. - Coordinación con las organizaciones de base del centro poblado de Paria.	<ul style="list-style-type: none"> Número de campañas informativas y de difusión Número de personas capacitadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de la población informada de los conocimientos básicos sobre la importancia del control prenatal. Porcentaje de la población informada de los beneficios del control prenatal. Porcentaje de la población informada que aplica los conocimientos aprendidos.

<p>b.-Talleres de sensibilización en las familias en temas relacionados con el cuidado de la madre y el niño durante el periodo perinatal.</p> <p>Coordinación con el jefe del establecimiento de salud y la jefatura del servicio materno perinatal.</p> <p>Acuerdos y compromisos con el personal de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de familias que aplican los conocimientos aprendidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de la población informada de los conocimientos sobre la importancia del control prenatal.
<p>3) Trabajo Capacitación.</p>		
<p>a.- Capacitación al personal de salud en la adaptación de los patrones culturales de la zona rural</p> <p>Coordinación con el jefe del establecimiento de salud</p> <p>Convocar al personal de salud para sensibilizar.</p>	<p>¶ Número de personal de salud capacitados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personal de salud que aplica los conocimientos recibidos en las capacitaciones. • Aumento de la calidad de la atención entre el personal de salud. • Aumento de las coberturas de partos institucionales.

ANEXO 7



MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN REGIONAL DE ANCASH MICRORRED PALMIRA CENTRO DE SALUD PALMIRA

PUESTO DE SALUD PARIA

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO	:	I-1
NOMBRE INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE	:	PUESTO DE SALUD PARIA MINSA
DIRECCIÓN COMPLETA DEPARTAMENTO	:	Centro Poblado de Paria Ancash
PROVINCIA	:	Huaraz
DISTRITO	:	Independencia
SERVICIOS QUE BRINDA	:	<ol style="list-style-type: none">1. Medicina General2. Odontología3. Obstetricia4. Enfermería5. Inmunizaciones6. Farmacia7. Tópico8. Tuberculosis
HORARIO DE ATENCIÓN	:	Lunes a Sábado: de 7.00 a 1.00 pm
JEFE DEL CENTRO DE SALUD	:	Lic. Vilmer Loayza Aguilar
COLEGIO PROFESIONAL	:	COLEGIO OBSTETRICES DEL PERU

SITUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

ESTADO	:	Activo
CONDICIÓN	:	En Funcionamiento
INSPECCIÓN	:	Por inspeccionar