



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**FORTALECIENDO EL INICIO TEMPRANO DEL
CONTROL PRENATAL EN LAS GESTANTES DEL
ÁMBITO DEL PUESTO DE SALUD DE MUSHO –
ANCASH, 2019**

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

**AUTOR:
ZOILA DELFINA CHAMPA NEPONOCENO
ORCID: 0000-0003-2921-0952**

**ASESORA:
ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA
ORCID: 0000-0003-2628-0824**

**HUARAZ – PERÚ
2019**

EQUIPO DE TRABAJO

AUTORA

Champa Neponoceno, Zoila Delfina

ORCID: 0000-0003-2921-0952

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 Popayán, Libertad Yovana

ORCID: 0000-0003-3646-909X

**JURADO EVALUADOR DE TRABAJO ACADÉMICO Y
ASESORA**

MS. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES

PRESIDENTE

MGTR. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJIA

MIEMBRO

MGTR. LIBERTAD YOVANA MOLINA POPAYAN

MIEMBRO

MGTR. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA

ASESORA

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme alcanzar mis metas y por las bendiciones de las que llena mi vida día a día.

A mi querida familia, por el gran amor y apoyo incondicional que me demuestran siempre.

DEDICATORIA

A mi familia, amigos y
Sobre todo, a mis hijos,
Quienes me muestran su apoyo
Incondicional en todo momento.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACIÓN	01
II. HOJA RESUMEN	03
2.1. Título del Proyecto	03
2.2. Localización (Distrito, Provincia, departamento, región)	03
2.3. Población beneficiaria	03
2.4. Institución(es) que lo presentan	03
2.5. Duración del trabajo académico	03
2.6. Costo total o aporte solicitado/aporte propio	04
2.7. Resumen del proyecto	04
III. JUSTIFICACIÓN	04
IV. OBJETIVOS	18
V. METAS	19
VI. METODOLOGÍA	20
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención.	20
6.2. Sostenibilidad del proyecto	23
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.	24
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	28
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	29
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	34
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
ANEXOS	40

I. PRESENTACIÓN:

Según la OMS el control prenatal en forma temprana, periódica e integral, disminuye el riesgo de complicaciones y muerte materna y perinatal; promueve además una adecuada atención del parto y, por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los periodos posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita (1).

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, dirigidos a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden conllevar a la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (2). Se ha demostrado que, con un número necesario de controles prenatales y efectuados en forma precoz, estas pacientes pueden ser manejadas en su situación y se llega a disminuir de manera relevante la mortalidad perinatal (2).

El control prenatal después del primer trimestre se relaciona significativamente con la anemia, infección del tracto urinario e infección de transmisión sexual, en las grávidas incrementando así el riesgo de enfermar o morir de la madre y su producto (3).

Se han propuesto los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que establecen una nueva agenda para mejorar la salud materna y perinatal para poder poner fin a la mortalidad materna prevenible; cuya meta es disminuir la RMM mundial a menos del 70 por 100 000 NV entre el 2016 y 2030 - ODS 3, y lograr que ningún país presente una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial (4).

evaluando los factores de riesgo para el inicio tardío del control prenatal, se observan que los factores socioeconómicos no son considerados de riesgo para el inicio tardío del control prenatal (5). Sin embargo, en cuanto a los factores personales como: ser víctima de violencia, si la familia muestra poco interés por la salud de la gestante, presentar problemas emocionales durante el embarazo, tener problemas de dinero para pagar la atención prenatal, tener dificultades de acudir al Control Prenatal por su trabajo, antecedentes de experiencias negativas durante las consultas en un establecimiento de salud y considerar no importante o poco importante la atención prenatal, tuvieron frecuencias significativas (5).

En el Puesto de Salud de Musho se ha observado un incremento significativo en el año 2018 en el porcentaje de gestantes que inician su control prenatal luego de las 14 semanas con respecto a los dos años anteriores; siendo de 29%, 26% y 34 % en los años 2016, 2017 y 2018 respectivamente. Por ello, el presente trabajo académico está dirigido a abordar las principales causas de inicio tardío de la atención prenatal que se han identificado en el ámbito del Puesto de Salud de Musho, a través de actividades de educación, capacitación y sensibilización principalmente, con la finalidad de contribuir a disminuir el porcentaje de captaciones tardías y por tanto a reducir el riesgo de morbilidad materna y perinatal en nuestro ámbito.

II. HOJA RESUMEN

2.1. TÍTULO DEL PROYECTO:

“FORTALECIENDO EL INICIO TEMPRANO DEL CONTROL PRENATAL EN LAS GESTANTES DEL ÁMBITO DEL PUESTO DE SALUD DE MUSHO – ANCASH, 2019”

2.2. LOCALIZACIÓN:

DISTRITO: YUNGAY

PROVINCIA: YUNGAY

DEPARTAMENTO: ANCASH

2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Gestantes que viven en el ámbito del Puesto de Salud de Musho.
- **Beneficiarios Indirectos:** Familias que viven en el ámbito del Puesto de Salud de Musho.

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Puesto de Salud de Musho, Micro Red Mancos, Red de Salud Huaylas Norte, DIRES-Ancash.

2.5. DURACIÓN DEL PROYECTO: 1 año

Fecha Inicio: enero 2020

Fecha Término: diciembre 2020

2.6. COSTO TOTAL: S/. 3,632.50

2.7. RESUMEN:

En el Puesto de Salud de Musho se ha observado un incremento significativo en el año 2018 en el porcentaje de gestantes que inician su atención prenatal luego de las 14 semanas con respecto a los dos años anteriores; siendo de 29%, 26% y 34 % en los años 2016, 2017 y 2018 respectivamente; éstos porcentajes revelan que el riesgo de morbilidad materna y neonatal se está incrementando en los últimos años, ya que las evidencias científicas nos demuestran que el inicio de la atención prenatal temprano es una herramienta fundamental para tener una madre y un recién nacido sano y saludable.

El presente trabajo académico busca reducir el número de gestantes que inician en forma tardía su Atención Prenatal; para lo cual se establecen como líneas de acción las sesiones educativas a las gestantes y sus familias, talleres de sensibilización y capacitación al personal de salud, talleres de capacitación a autoridades locales, organizaciones de base e Instituciones Educativas.

Se realizará la evaluación y monitoreo a través de encuestas, evaluación de indicadores y actas de supervisión y monitoreo; todo ello dentro de la normatividad vigente y las políticas de salud del

MINSA. Como profesional obstetra consiente de la problemática de salud materna, espero contribuir a la reducción de los porcentajes de Morbimortalidad Materna y perinatal en el ámbito del Puesto de Salud de Musho.

III. JUSTIFICACIÓN:

La morbimortalidad materna y perinatal es más elevada en los países en vías de desarrollo, lo cual es el reflejo de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial y sobre todo a las mujeres y sus hijos; por tanto la mortalidad materna, no es solamente un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social ya que evidencia la exclusión social por motivos de género, de cultura, económicas entre otras. Cada día mueren 830 mujeres en el mundo por complicaciones en el embarazo o parto, muchas de ellas por causas prevenibles y por múltiples razones que no permiten un inicio precoz de la atención prenatal (6).

La morbimortalidad materna y perinatal es un indicador muy sensible para evaluar el desempeño de los servicios de salud ya que evidencia el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos, la capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean. Mientras los niveles de mortalidad infantil en promedio son 10 veces más en países en vías de desarrollo que en países desarrollados, la mortalidad materna lo es 100 veces más alta. De igual manera es sensible para medir la inequidad que existe por razones de ruralidad del país ya que la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas (6).

A nivel internacional se describe que las intervenciones para disminuir o prevenir las muertes maternas, pueden darse a tres niveles: a) reducir las posibilidades de embarazo, b) reducir las posibilidades de complicaciones

durante el embarazo, parto y puerperio y c) disminuir las posibilidades de muerte entre mujeres que presenten complicaciones, optimizando y fortaleciendo la Atención Prenatal y la capacidad de respuesta de los establecimientos que brindan atención de emergencias obstétricas y neonatales (6).

En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan considerar morbimortalidad materna y perinatal, para lograr un recién nacido sano sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género o interculturalidad (7).

La Atención Prenatal se define como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, que realiza el personal de salud dirigido a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan incrementar el riesgo de morbimortalidad materna y perinatal; sus características son precoz, periódico e integral (7).

Una Atención Prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos: PRECOZ, la primera atención debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación, con la finalidad de detectar oportunamente patologías que puedan complicar la gestación, PERIÓDICO, la frecuencia de las atenciones prenatales varían según la edad gestacional de la gestante, siendo mensual hasta las 32 semanas, quincenal

hasta las 36 y luego semanal hasta el parto (7). COMPLETO, los contenidos mínimos de la Atención Prenatal deberán garantizar el cumplimiento de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y por último deberá ser de AMPLIA COBERTURA, en la medida que el porcentaje de la población controladas es más alto mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal (7).

La Atención Prenatal tiene como objetivos principalmente: evaluar integralmente a la gestante y al feto e identificar precoz y oportunamente la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna, Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente las complicaciones del embarazo, Preparar física, mental y emocionalmente a la gestante para el parto, así como también realizar la estimulación prenatal al feto, Promover el apoyo de la pareja, familia y del entorno social para el cuidado prenatal (7).

La Atención Prenatal Precoz es la que se inicia en el primer trimestre de embarazo de una gestante que fue captada de manera temprana por búsqueda activa de gestantes en el primer trimestre, por Agentes Comunitarios de Salud y/o personal de salud en la comunidad, tomando la estrategia de sectorización de calles, manzanas, barrios, comunidades, caseríos o anexos, haciendo uso del mapeo o radar de gestantes y del sistema de vigilancia comunitaria (SIVICO), u otro utilizado por la institución, todo ello con el objetivo de prevenir la morbilidad materna y perinatal (8).

Una estrategia muy importante para la reducción de la Morbimortalidad Materna y Perinatal es incrementar el número de gestantes reenfocadas que son a las que se les brinda una vigilancia y evaluación integral, idealmente desde el primer trimestre de gestación, para otorgarle un paquete básico de intervenciones que nos facilite la detección oportuna de señales de peligro, factores de riesgo, la educación para mejorar el autocuidado y la participación de la familia, así como también para el manejo más apropiado de las complicaciones, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos (9).

La muerte o discapacidad de una mujer debido a causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio tiene múltiples consecuencias serias en la familia, comunidad y sociedad en general. Representa un problema muy grave de salud pública especialmente en países en vías de desarrollo (10). La muerte materna se relaciona a la pobreza, la desigualdad social, mínimo o poco acceso a la educación y oportunidad laboral, por ello, actualmente ocupa un lugar muy importante en la agenda política nacional e internacional, como indicador de desarrollo refleja la desigualdad social, la inequidad de género y la capacidad o grado de respuesta del sistema de salud (10).

Se han propuesto los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) donde se establece una agenda para mejorar la salud materna y poner fin a la mortalidad materna prevenible; la meta es reducir la razón de muerte materna mundial a menos del 70 por 100 000 nacidos vivos entre el 2016 y 2030 - ODS 3, y

además lograr que ningún país obtenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial (10).

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, casi la totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria (10). En los últimos 16 años (2000 – 2018), el Perú ha tenido un total de 9077 muertes maternas y sólo en el 2018, 362 muertes maternas; y a nivel nuestro departamento de Ancash durante los últimos 16 años se ha tenido se ha tenido 352 muertes maternas y se observó que se incrementó de 8 muertes maternas en el 2017 a 15 muertes maternas en el 2018, habiéndose constituido en una causa fundamental de estas muertes el inicio tardío de los controles prenatales, el cual es una característica en común en más de la mitad de estas muertes (10).

La situación de la captación tardía de gestantes en el ámbito del Puesto de Salud de Musho se ha incrementado en el 2018 con respecto a los dos años anteriores; siendo de 29%, 26% y 34 % en los años 2016, 2017 y 2018 respectivamente; lo cual nos refleja un riesgo incrementado de morbimortalidad materna en nuestro ámbito, teniendo en cuenta que en 2017 se tuvo una muerte materna directa en nuestro ámbito, nos vemos en la necesidad de plantear acciones que nos permitan mejorar esta situación, sobre todo se espera contribuir de alguna manera al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030.

El presente trabajo académico tiene la siguiente base legal:

- Constitución Política del Perú
- Ley General de Salud
- D.S. N° 013-2002- SA – Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- Decreto Supremo N° 013 – 2002 – SA, que aprobó el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 023 – 2005- SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 114-98/SA/DM, que instituyó la “Semana de la Maternidad Saludable y Segura”.
- R.M.361-2011/MINSA “Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal”.
- Reglamento de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal
- Objetivos del Desarrollo Sostenible 2017 – 2018 – OPS – OMS.
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°105-MINSA/DGSP-V.01“Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna”.
- Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA, que aprobó la “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal”,

- Resolución Ministerial N° 518-2016/MINSA, que aprobó NTS N°121-MINSNDGIESP-V.01: Norma Técnica de Salud para la atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural.
- Resolución Ministerial N° 652-2016/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar NTS N° 124-2016-MINSA-V.01.
- Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances de los Programas Presupuestales”.
- Resolución Ministerial N° 007-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 130-MINSA/2017/DGIESP Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio.
- Resolución Ministerial N° 536-2017/MINSA, que aprueba la modificación de la NTS N° 124-2016-MINSA-V.01 Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar.
- Resolución Vice Ministerial N° 0026-2016-SA-DVM-SP, se aprueba el Protocolo Sanitario de Urgencia "Atención y seguimiento a mujeres en edad fértil y gestantes con infección por Virus Zika.

Se han llevado a cabo una serie de investigaciones sobre temas relacionados a la captación tardía de gestantes, factores de riesgo que están relacionados y sus consecuencias, entre éstos podemos mencionar los siguientes:

Córdoba R, Escobar L, Guzmán L. (11), En su tesis titulada “Factores que están asociados a la inasistencia durante el primer trimestre al control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, Colombia - 2014”. Se estudiaron 139 casos de gestantes con inicio tardío del control prenatal y 149 controles y concluyeron que los principales motivos asociados con el inicio del control prenatal luego del primer trimestre son el embarazo en adolescente, bajo nivel educativo y mujeres con 4 a 6 embarazos previos.

Moya D, Guiza I, Mora M. (2), En su estudio titulado “ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil, Colombia - 2014” llevaron a cabo un estudio descriptivo de corte transversal. Resultados: El control prenatal es una estrategia fundamental que permite identificar factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda gestante. Los resultados mostrados muestran el impacto favorable cuando no inciden las variables de riesgo. Discusión y Conclusiones: se ha demostrado que, con un número necesario y suficiente de controles prenatales y efectuados en manera precoz y temprana se llega a disminuir en forma muy importante la mortalidad perinatal.

Álvarez Y, Soto F, Álvarez A, Páez L. (12), En su estudio titulado “Análisis de la Captación Tardía de las Gestantes en el Primer Control Prenatal de la Empresa Social del Estado, Hospital Regional Noroccidental, IPS Abrego, en el primer semestre del año 2014”. Se llega a la conclusión que el 52.8% sólo algunas veces consideran importante iniciar precozmente el control prenatal, el 16.8% de estas gestantes piensan que es casi siempre importante el inicio temprano de los controles y sólo un 6.7% no consideran importante su inicio temprano (12). Este último grupo que no considera importante el inicio de los controles prenatales constituye la población de mayor riesgo en el desencadenamiento de los diferentes problemas en salud pública como es la Mortalidad Materna y Mortalidad perinatal, entre otros problemas derivados de una captación tardía.

Pécora A, San Martín M. (13), En su investigación titulada “Control Prenatal Tardío: ¿Barreras en el Sistema de Salud?” Argentina - 2014; concluyeron que: Las principales causas por las cuales las gestantes no acuden precozmente al control prenatal son por barreras presentes en el sistema de salud ya que el 61% proviene de la Provincia de Buenos Aires, demorando en llegar al hospital más de 2 horas; la cifra más alarmante es que el 33% no consiguió ningún turno para la apertura de la historia clínica durante en el primer trimestre, a lo que se suman además las largas horas de espera para obtenerlo.

Navarro J. (14), En su estudio titulado “Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes que acuden al consultorio de

Obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” enero - marzo del 2015”, Perú. Se Realizó un estudio de tipo observacional con diseño analítico de casos y controles, prospectivo, transversal cuyas conclusiones fueron: Los principales factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal fueron: la condición de multigesta, tener problemas económicos, tener dificultad para acudir al CPN por su empleo y el antecedente de experiencias negativas en alguna consulta en el establecimiento de salud.

Rondón A. (3), En su tesis titulada “Control prenatal tardío y patologías del embarazo en gestantes del puesto de salud cono norte del distrito de Ciudad Nueva –Tacna, 2015”, con el objetivo de determinar la relación existe entre el control prenatal tardío y las patologías del embarazo (3). Resultados: entre las gestantes con control prenatal tardío, el 57% son adultas jóvenes cuyas edades oscilan entre 18 y 29 años, el 39% tienen secundaria completa; el 75% presentó algún grado de anemia; el 80% presentó anemia leve y un 16% anemia moderada. Conclusión: el control prenatal tardío se relaciona de manera significativa con la anemia ($X^2:35.507$; $P: 0.001$). infección del tracto urinario, ($X^2: 60.750$; $P:001$) e infecciones de transmisión sexual ($X^2: 40.831$; $P: 0.001$), en gestantes del establecimiento de Salud de Cono Norte de Tacna.

Loayza F. (15), En su tesis titulada "factores de riesgo asociados al control prenatal inadecuado y tardío en madres adolescentes y sus consecuencias materno-perinatales en el hospital Hipólito Unanue - Tacna enero 2007 - diciembre 2017", concluye que la ausencia de control prenatal

habitual en una adolescente es lo que incrementa el riesgo de complicaciones en la madre y el niño y que no es un problema sólo de la madre adolescente, sino que afecta a toda la población gestante, 30.9% tiene control prenatal inadecuado y tiene en promedio 4.1 controles prenatales y con mayor frecuencia el primer control prenatal es tardío (45% en el 3^{er} trimestre).

Oliva V. (16), en su tesis titulada, “factores asociados al inicio tardío del control prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud de Moronacocha, enero a junio 2017”, con el objetivo de determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes adolescentes atendidas (16). Se concluyó que el embarazo no deseado, la distancia al centro de salud y la ausencia de pareja son factores que condicionan y propician el inicio tardío de la atención prenatal.

Fasabi G. (17), En su investigación titulada “Factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas en el Centro de Salud Húsares del Perú, julio 2017”. Perú – 2017. Objetivo: Determinar cuáles son los factores que influyeron en el inicio tardío de la atención prenatal (17). Conclusiones: existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el grado de instrucción con el inicio tardío de la atención prenatal. También se observó que el período intergenésico y el inicio tardío de la atención prenatal tienen asociación estadísticamente significativa. Por último, el factor de acceso a los servicios de salud se encontró que no existe asociación estadísticamente significativa entre la facilidad del acceso

a los servicios de salud y la satisfacción de las usuarias con el inicio tardío de la atención prenatal.

Espinoza A. (18), En su tesis titulada “Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el puesto de salud de San Carlos, distrito de Comas, periodo mayo - julio, 2017. Lima, Perú – 2017. Cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal (18). Conclusiones: Los principales factores que están asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las grávidas son: el trato y forma de atención inadecuada del personal administrativo, el desconocimiento de estar en estado de gestación, el horario de atención no compatible con el tiempo y horarios de la gestante, la presencia de algún problema familiar, el acceso difícil a la consulta prenatal debido a las largas colas para sacar una cita, la relación inadecuada o conflictiva con la pareja y la ausencia de apoyo emocional de la pareja para la atención prenatal.

Fernández N. (19), Realizó una tesis titulada “Factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” – Los Olivos, 2016 Lima, Perú – 2017. La presente investigación tuvo por Objetivo: Determinar los factores que influyeron en el inicio tardío de la atención prenatal (19). Método: Estudio de tipo descriptivo, prospectivo, cuantitativo y de corte transversal. (19). Conclusiones: los factores que influyeron en el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes, son

los factores sociodemográficos, factores personales, factores de entorno y factores institucionales.

Con el presente trabajo académico se espera contribuir a la reducción del número de gestantes con captación tardía y por ende disminuir el riesgo de morbilidad materna y perinatal e indirectamente la calidad de vida de las familias del ámbito del centro del Puesto de Salud de Musho.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Impulsar el inicio temprano del control pre natal en las gestantes del ámbito del Puesto de salud de Musho.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Mejora el conocimiento de las gestantes, sobre la importancia del control prenatal precoz.
- Familia de las gestantes con actitudes adecuadas sobre la importancia del Control Pre Natal.
- Personal de Salud capacitado sobre la importancia del control prenatal precoz.

V. METAS:

1. El 100 % de gestantes inician oportunamente su Control Prenatal.
2. 100% de las gestantes del ámbito del Puesto de Salud de Musho están informadas, educadas, sensibilizadas y promoverán el control prenatal precoz.
3. 100% de las familias de las gestantes de salud del Puesto de Salud de Musho tiene actitudes adecuadas el Control Pre natal.
4. 100% del personal de salud del Puesto de Salud de Musho está involucrado con la importancia del control prenatal precoz.
5. 100% de las familias reciben sesiones educativas sobre la importancia del control prenatal precoz.
6. 100% de autoridades locales, agentes comunitarios de salud, organizaciones de base e instituciones educativas de ámbito del Puesto de Salud de Musho están capacitados sobre la importancia del control prenatal precoz.
7. 100% de las familias de las gestantes visitadas y promueven la importancia del Control Pre natal.
8. 16 personales de la salud capacitados del Puesto de la salud para promover la importancia del Control Pre Natal.
9. 100% de la familia de las gestantes sensibilizadas sobre la importancia del Control Pre natal precoz.
10. 100% de los sectoristas del Puesto de Salud de Musho, que promueven la captación temprana de gestantes.

VI. METODOLOGIA:

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

Las estrategias para el presente trabajo académico es gestión de los servicios de salud, sesiones educativas, sensibilización y capacitación, e involucrarlas en las diferentes etapas del proyecto. Para comprender mejor las líneas de acción, se describen a continuación:

- A. EDUCACION:** Es un proceso de transferencia de conocimientos, a través de la aplicación de algunas técnicas educativas, el ministerio de salud propone una metodología en la que se considere cinco momentos: animación, motivación, apropiación, transferencia y evaluación (20).

Acción:

A.1.- Sesiones educativas a las gestantes sobre la importancia del control prenatal precoz.

- Elaboración del plan de sesiones educativas
- Ejecución del plan de sesiones educativas
- Monitoreo y evaluación

A.2.- Sesión educativa a las autoridades locales, agentes comunitarios, organizaciones de base e Instituciones Educativas sobre la importancia de la Atención Prenatal precoz.

- Elaboración del plan de capacitaciones a las autoridades locales, agentes comunitarios, organizaciones de base e instituciones educativas sobre la importancia de la Atención Prenatal precoz.
- Ejecución del plan de capacitaciones a las autoridades locales, organizaciones de base e Instituciones Educativas sobre la importancia de la Atención Prenatal precoz.
- Monitoreo y evaluación del plan de capacitaciones.

B. SENSIBILIZACIÓN: El proceso de sensibilización constituye el marco o pórtico inicial del aprendizaje. Está basado en concientizar a las personas, haciendo que éstas voluntariamente se den cuenta de la importancia de algo, constituye un fenómeno de modificación de respuesta, opuesta a la habituación y al condicionamiento, que provoca una respuesta innata sin necesidad de un estímulo adicional. La sensibilización está configurada por tres grandes procesos de carácter afectivo-motivacional que son la motivación, la emoción y las actitudes (21).

La motivación se refiere al conjunto de procesos de activación, dirección y persistencia de la conducta, mientras que el control emocional está basado en la inteligencia emocional para resistir a los impulsos y auto controlar las emociones. Las actitudes finalmente, se relacionan con el esfuerzo, el entusiasmo y la autodisciplina para asumir los nuevos retos y cambios (21).

Acciones:

B.1.- Talleres de sensibilización sobre de la importancia del Control Pre natal precoz dirigido a la familia de las gestantes.

- Elaboración del plan de actividades.
- Ejecución del plan.
- Evaluación del desempeño posterior al cumplimiento del plan de actividades.

B.2.- Visitas domiciliarias a la familia de las gestantes para promover la importancia del Control Pre natal Precoz.

- Conformación del equipo de Salud para las salidas extramurales
- Ejecución de actividades.
- Evaluación de resultados.

C. CAPACITACIÓN:

La capacitación ubica a la salud en el contexto socio-económico, político y cultural dentro de las comunidades, estimulando la producción generación del conocimiento que permite la transformación de los servicios de salud, basa su desarrollo en la necesidad de aproximar los procesos educativos dentro de las instituciones para aproximarnos a los objetivos propuestos con un enfoque humano (22). Además, desarrolla, consolida, genera, y sistematiza los métodos que nos permiten cualificar la fuerza de trabajo en los servicios de salud que se materializa con formas y

contenidos flexibles, participativos y horizontales destinados a lograr la transformación y mejora de los servicios y se relaciona en forma coherente y realista con la comunidad, generando así, una mayor implementación no sólo de acciones puntuales sino también, de planificación y evaluación de los servicios (22).

Acciones:

C.1.- Sesiones de capacitación al personal de salud sobre la importancia del control prenatal precoz.

- Elaboración del plan de capacitación y sensibilización
- Ejecución del plan de capacitación y sensibilización
- Evaluación y monitoreo del plan de capacitaciones.

C.2.- involucramiento del sectorista en las actividades extramurales para las captaciones tempranas de las gestantes.

- Reunión de acuerdos y compromisos del personal de Salud con la Jefatura.
- Personal con conocimiento para realizar la captación.
- Evaluación de resultados.

6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO:

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del jefe del Puesto de Salud de Musho, la coordinadora del área materno perinatal y todo el equipo de salud del establecimiento, previamente sensibilizado.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN:

MATRIZ DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUÍA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
Disminución de la tasa de morbilidad materno-perinatal						Lista de chequeo
Impulsar el inicio temprano del control pre natal.	100 % d la gestantes que inician el CPN precozmente.	El 100% de las gestantes que inicial su CPN temprano / total de gestantes que inician el CPN *100	Gestantes que inician su primer Control Prenatal antes de las 13 semanas de gestación.	Registro diario de gestantes. Evaluación de indicadores.	Trimestralmente	Lista de chequeo
A. Mejora del conocimiento de las gestantes, sobre la importancia del control prenatal precoz. B. familia de las gestantes con actitudes adecuadas sobre la importancia del CPN. C. Personal de Salud Capacitado sobre la importancia del CPN precoz	A. 90% de las familias del ámbito del Puesto de Salud de Musho estarán informadas, educadas, sensibilizadas y promoverán el CPN precoz. B. 100% de las familias con actitudes adecuadas sobre el CPN C. 100% del personal de salud del Puesto de Salud de Musho está Capacitado con la importancia del CPN precoz.	A. N° de gestantes informadas, educadas y sensibilizada sobre la importancia del CPN/Total de gestantes. *100 B. N° de familia de las gestantes con actitudes adecuadas sobre el CPN / total de familia de las gestantes *100. C. N° de personal de Salud capacitado con la importancia del CPN/Total del personal de salud *100	A. Las gestantes del ámbito del Puesto de Salud de Musho conocen la importancia del control prenatal y promueven el control prenatal precoz. B. Familias que conocen la Importancia del Control Prenatal. C. Personal de salud promueve y realiza la captación temprana de gestantes en sus respectivos sectores.	A. Encuestas a las gestantes sobre la importancia del CPN. B. Encuestas a las familias de las gestantes. C. Encuestas sobre la importancia del CPN dirigida al personal de salud.	A. Trimestralmente B. Trimestralmente C. Al inicio y al final de las capacitaciones y talleres.	Lista de chequeo

MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADO DE MARCO LOGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR ACTIVIDAD	INDICADORES DEL PRODUCTO O MONITOREO POR META	DEFINICION DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	FRECUENCIA	INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZARA PARA EL RECOJO DE LA INFORMACION
A. Mejora del conocimiento de las gestantes, sobre la importancia del control prenatal precoz.	A.1. Acción: Sesiones educativas a las familias sobre la importancia del control pre natal precoz.	100% de familias de los diferentes sectores reciben sesiones educativas sobre la importancia del control prenatal precoz	N° de familias que recibieron sesiones educativas /Total de familias*100	Proceso de enseñanza - aprendizaje, donde un facilitador capacitado educa, sensibiliza a las familias del ámbito del Puesto de Salud de Musho sobre la importancia del CPN precoz, además de ofertar los servicios respectivos	Resultados de aplicación de instrumento	Dos sesiones educativas por familia	Lista de chequeo
	A.2. Acción: Sesión educativa a las autoridades locales, agentes comunitarios, organizaciones de base e Instituciones Educativas sobre la importancia del CPN precoz.	100% de autoridades locales, agentes comunitarios, organizaciones de base e instituciones educativas son capacitados sobre la importancia del CPN precoz.	N° de autoridades locales Capacitados/ total de autoridades locales *100	Proceso de enseñanza – aprendizaje grupal (20 personas) realizado por un facilitador capacitado.	Registro de asistencia	trimestral	Lista de chequeo

B. familia de las gestantes con actitudes adecuadas sobre la importancia del CPN.	B.1 Talleres de sensibilización a la familia de las gestantes sobre la importancia del CPN precoz.	100% de las familias de las gestantes sensibilizadas.	N° de familias de las gestantes sensibilizadas/ total de la familia de gestantes *100	Familia de las gestantes sensibilizadas.	Actas y medios visuales	Me100nsu al	Lista de chequeo
	B.2.- visitas domiciliarias a las familias de las gestantes para promover la importancia del CPN precoz	100% de las familias de las gestantes visitadas y promueven la importancia dl CPN precoz	N°de familia de las gestantes visitadas / total de familia de las gestantes*100.	Familia de las gestantes visitadas	Actas y medios visuales de los participantes	mensual	Lista de chequeo
C.-involucramiento del personal de la Salud sobre la importancia dl CPN precoz	C.1 personal de la Salud capacitado sobre la importancia del CPN precoz	16 personales de la salud capacitado en la importancia del CPN precoz.	N° de personal de salud capacitado/total de personal de salud programado*100	Personal de salud Capacitado	Registros de atención	trimestral	Lista de chequeo
	C.2 Involucramiento del sectorista en las actividades extramurales para las captaciones tempranas de las gestantes.	100% de los sectoristas involucrados en la captación temprana de las gestantes	N° Sectoristas del puesto de Salud que realizan captación temprana de gestantes/ total de sectoristas dl P.S *100	Actividad extramural que lo ejecuta el sectoristas.	Resultados de aplicación de instrumento	mensual	Lista de chequeo

Beneficios:

Beneficios con proyecto:

- Disminución del número de gestantes que inician tardíamente su primer control prenatal en el ámbito del Puesto de Salud de Musho.
- Gestantes y sus familias informados, educados y sensibilizados sobre la importancia del control prenatal precoz
- Personal de salud con actitudes adecuadas hacia las gestantes y hacia el inicio precoz del control prenatal.
- Personal de salud sensibilizado con la importancia del control prenatal precoz.

Beneficios sin proyecto:

- Incremento del número de gestantes que inician tardíamente su primer control prenatal en el ámbito del Puesto de Salud de Musho.
- Gestantes y sus familias no informados, no educados y no sensibilizados sobre la importancia del control prenatal precoz.
- Personal de salud con actitudes inadecuadas hacia las gestantes y hacia el inicio precoz del control prenatal.
- Personal de salud no sensibilizado con la importancia del control prenatal.

VIII. RECURSOS REQUERIDOS:

A. RECURSOS MATERIALES:

Ítem	Detalle	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total
1	Mesa	2	unid.	S/.70	S/.140
2	Sillas	20	unid.	S/.30	S/.600
3	Equipo multimedia (alquiler)	1	unid.	S/. 35	S/.35
4	Laptop (alquiler)	1	unid.	S/.35	S/.35
5	USB	3	unid.	S/.20	S/.60
6	Pizarra acrílica	1	unid.	S/.40	S/.40
7	Rotafolios	4	unid.	S/.25	S/.100
8	Cartulina	20	unid.	S/.0.5	S/.10
9	Papel bond	3	millar	S/.25	S/.75
10	Lapicero	5	unidad	S/.1	S/.5
11	Lápiz	5	unidad	S/.1	S/.5
12	Plumón	12	docena	S/.15	S/.15
13	Borrador	5	unid.	S/.0.5	S/.2.5
14	Corrector	5	unid.	S/.3	S/.15
15	Gigantografías	3	unid.	S/.15	S/.45
17	Afiches	10	ciento	S/.25	S/.250
TOTAL					S/.1432.5

B. SERVICIOS:

SERVICIO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
IMPRESIONES	1500	S/.0.3	S/.450
COPIAS	1000	S/. 0.8	S/.800
MOVILIDAD LOCAL	4	S/.200	S/.200
FRIGERIO	150	S/.5	S/.750
TOTAL			S/.2200

C. RESUMEN DEL PRESUPUESTO:

DENOMINACIÓN	APORTE REQUERIDO	APORTE PROPIO	COSTO TOTAL
Recursos materiales	S/. 1432.5	S/.0.0	S/. 1432.5
Servicios	S/. 2200	S/.0.0	S/. 2200
TOTAL	S/. 3632.5	S/.0.000	S/. 3,632.50

IX. CRONOGRAMA:

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Impulsar el inicio temprano del control pre natal en las gestantes del ámbito del Puesto de salud de Musho.

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA				INDICADOR
					2020				
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	III	IV	
1	Elaboración del trabajo académico: FORTALECIENDO EL INICIO TEMPRANO DEL CONTROL PRENATAL EN LAS GESTANTES DEL ÁMBITO DEL PUESTO DE SALUD DE MUSHO – ANCASH, 2019	1	Informe		X				Trabajo elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo al jefe del Puesto de Salud de Musho.	1	Informe		X				Trabajo presentado
3	Reunión con el coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Red de Salud Huaylas Norte para la conformación del comité de apoyo en la ejecución del trabajo académico.	2	Reunión		X				Reuniones realizadas
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	S/3,632.50	X	X	X	X	Trabajo ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico	1	Informe					X	Trabajo desarrollado
7	Presentación del Informe Final	1	Informe					X	Trabajo presentado

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 01: Mejora el conocimiento de las gestantes, sobre la importancia del control prenatal precoz.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	III	IV
1	Sesiones educativas a las gestantes sobre la importancia del control prenatal precoz.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del plan de sesiones educativas • Ejecución del plan de sesiones educativas • Monitoreo y evaluación 	Plan		X			
			Cronograma			x	x	x
			Evaluación					x
2	Capacitaciones a las autoridades locales, agentes comunitarios, organizaciones de base e Instituciones Educativas sobre la importancia del Control Prenatal precoz.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del plan de capacitaciones a las autoridades locales, agentes comunitarios, organizaciones de base e instituciones educativas sobre la importancia del Control Prenatal precoz. • Ejecución del plan de capacitaciones a las autoridades locales, agentes comunitarios, organizaciones de base e instituciones educativas sobre la importancia del Control Prenatal precoz. • Monitoreo y evaluación del plan de capacitaciones. 	Plan		X			
			Cronograma	S/.920.00		x	x	x
			Evaluación					x

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 2: Familia de las gestantes con actitudes adecuadas sobre la importancia del Control Pre Natal.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2020				
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	III	IV	
1	Talleres de sensibilización a la familia de las gestantes sobre la importancia del CPN precoz	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del plan de actividades. • Ejecución del plan. • Evaluación del desempeño posterior al cumplimiento del plan de actividades. 	Plan Cronograma Evaluación	S/.700	X x		x	x	x
2	visitas domiciliarias a las familias de las gestantes para promover la importancia del CPN precoz	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación del equipo de Salud para las salidas extramurales • Ejecución de actividades. • Evaluación de resultados. 	equipo	S/.750	x	x	x	x	x

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 03: Involucramiento del Personal de Salud sobre la importancia del control prenatal precoz.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2020			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	III	IV
1	personal de la Salud capacitado sobre la importancia del CPN precoz	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del plan de capacitación y sensibilización • Ejecución del plan de capacitación y sensibilización • Evaluación y monitoreo del plan de capacitaciones. 	Plan	S/.850.50	x			
			Cronograma			x	x	x
			Evaluación					x
2	Involucramiento del sectorista en las actividades extramurales para las captaciones tempranas de las gestantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión de acuerdos y compromisos del personal de Salud con la Jefatura. • Personal con conocimiento para realizar la captación. • Evaluación de resultados 	Gestión	S/.412	x			
			Reunión		x			
			Evaluación			x	x	x

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El Proyecto de Intervención FORTALECIENDO EL INICIO TEMPRANO DEL CONTROL PRENATAL EN LAS GESTANTES DEL ÁMBITO DEL PUESTO DE SALUD DE MUSHO – ANCASH, 2019. Estará a cargo de la jefatura del Puesto de Salud de Musho, conjuntamente con la coordinadora del área materno perinatal, quienes realizarán las actividades de coordinación y abogacía para llevar a cabo las actividades programadas”.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Se coordinará y se trabajará conjuntamente con la Red de Salud Huaylas Norte, el gobierno local, agentes comunitarios, organizaciones de base e Instituciones educativas del ámbito del Puesto de Salud de Musho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización - MSP. Control Prenatal - Guía de Práctica Clínica. Ecuador. 2015. URL Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
2. Moya D, Guiza I, Mora M. Ingreso Temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil. Revista Cuidarte 2014; 1 (1): 44 - 52 URL Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73>
3. Rondón A. Control prenatal tardío y patologías del embarazo en gestantes del puesto de salud cono norte del distrito de Ciudad Nueva. [tesis de grado]. UJCM; Perú: Tacna; 2015. URL Disponible en: <http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/ujcm/235>
4. Centro Nacional de Epidemiología. Prevención y Control de Enfermedades. Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna. Lima. Perú 2016. URL Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/asistencia/24012017M_Materna/01.pdf
5. Navarro J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra - enero a marzo del 2015. [tesis de grado]. UNMSM. Perú; 2015. URL Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_352a4162c10bd8a4ed90fd7d00013ac6

6. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015”. Perú; 2015. URL Disponible en:
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-PEN-Reduccion-Mortalidad-Materna2009-2015.pdf>
7. Ministerio de Salud. Guías De Práctica Clínica Para La Atención De Emergencias Obstétricas Según Nivel De Capacidad Resolutiva. Perú; 2007. URL Disponible en:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiaGinecologia.pdf>
8. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud Para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Perú; 2017. URL Disponible en:
http://disalimasur.gob.pe/arch_categorias_servicios/archivos/1485188109.pdf
9. Ministerio de Salud. Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas. Perú; 2017. URL Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_250-2017-MINSA.PDF
10. Centro Nacional de Epidemiología. Prevención y Control de Enfermedades, Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna Perú. Perú; 2018. URL Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2019/SE012019/01.pdf>
11. Córdoba R, Escobar L, Guzmán L. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la

- Plata, Huila, 2014. [tesis de grado]. USC. Colombia; 2014. URL Disponible en:
<https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/118>
12. Álvarez B, Alexander A, Soto F. Análisis de la Captación Tardía de las gestantes al primer control prenatal de la empresa social del estado Hospital Regional Noroccidental, IPS Abrego en el primer semestre del año 2014. [tesis de grado]. Universidad Católica de Manizales. Colombia; 2014. URL Disponible en:
<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/1009>
13. Pécora A, San Martín M. Control Prenatal Tardío: Barreras en el Sistema de Salud. Rev. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Argentina 2013; 27 (3): 114 – 119.
URL Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91227304>
14. Navarro J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra - enero a marzo del 2015. [tesis de grado]. UNMSM. Perú; 2015. URL Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4194>
15. Loayza F. Factores de Riesgo Asociados al Control Prenatal Inadecuado y Tardío en Madres Adolescentes y sus Repercusiones Materno-Perinatales En El Hospital Hipólito Unanue - Tacna enero 2007 a diciembre 2017. [tesis de grado]. UNJBG. Perú; 2017. URL Disponible en:
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/242>

16. Oliva V. Factores Asociados al Inicio Tardío de la Atención Prenatal en Gestantes Adolescentes Atendidas en el Centro de Salud de Moronacocha, enero a junio 2016. [tesis de grado]. UCP. Perú; 2017. URL Disponible en:
<http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/69278/1/1-Oliva.pdf>
17. Fasabi G. Factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas en el Centro de Salud Húsares del Perú, julio 2016. [tesis de grado]. UAP. Perú; 2017. URL Disponible en:
http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/4211/5/FASABI_TELLO-Resumen.pdf
18. Espinoza A. Factores Asociados al Inicio Tardío de la Atención Prenatal en Gestantes Atendidas en el Puesto de Salud San Carlos, Distrito De Comas, Periodo Mayo - Julio, 2017. [tesis de grado]. UAP. Perú: Lima; 2017. URL Disponible en:
http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/177/2/ESPINOZA_QUIspe-Resumen.pdf
19. Fernández N. Factores que influyen en el inicio tardío de la Atención Prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II – los olivos, 2016. [tesis de grado]. UAP. Perú: Lima; 2017. URL Disponible en:
http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/6018/1/FERN%C3%81NDEZ_FERN%C3%81NDEZ-Resumen.pdf

20. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Módulo educativo promoción de prácticas saludables – 2013. Lima 2013. URL Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2379-1.pdf>
21. Beltrán J. El proceso de sensibilización. Madrid: Fundación Encuentro; 2014. URL Disponible en:
<http://www.fund-encuentro.org/foro/publicaciones/C1.pdf>
22. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social República de Paraguay. Modelo Nacional de Educación Permanente en Salud (Documento Técnico). Paraguay; 2014. URL Disponible en:
<http://www.rimais.net/documentos-rimais/informes-de-situacion-de-paises-de-la-rimais/40-paraguay-modelo-de-nacional-de-educacion-permanente-en-salud/file>

ANEXOS

ANEXO N° 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL:

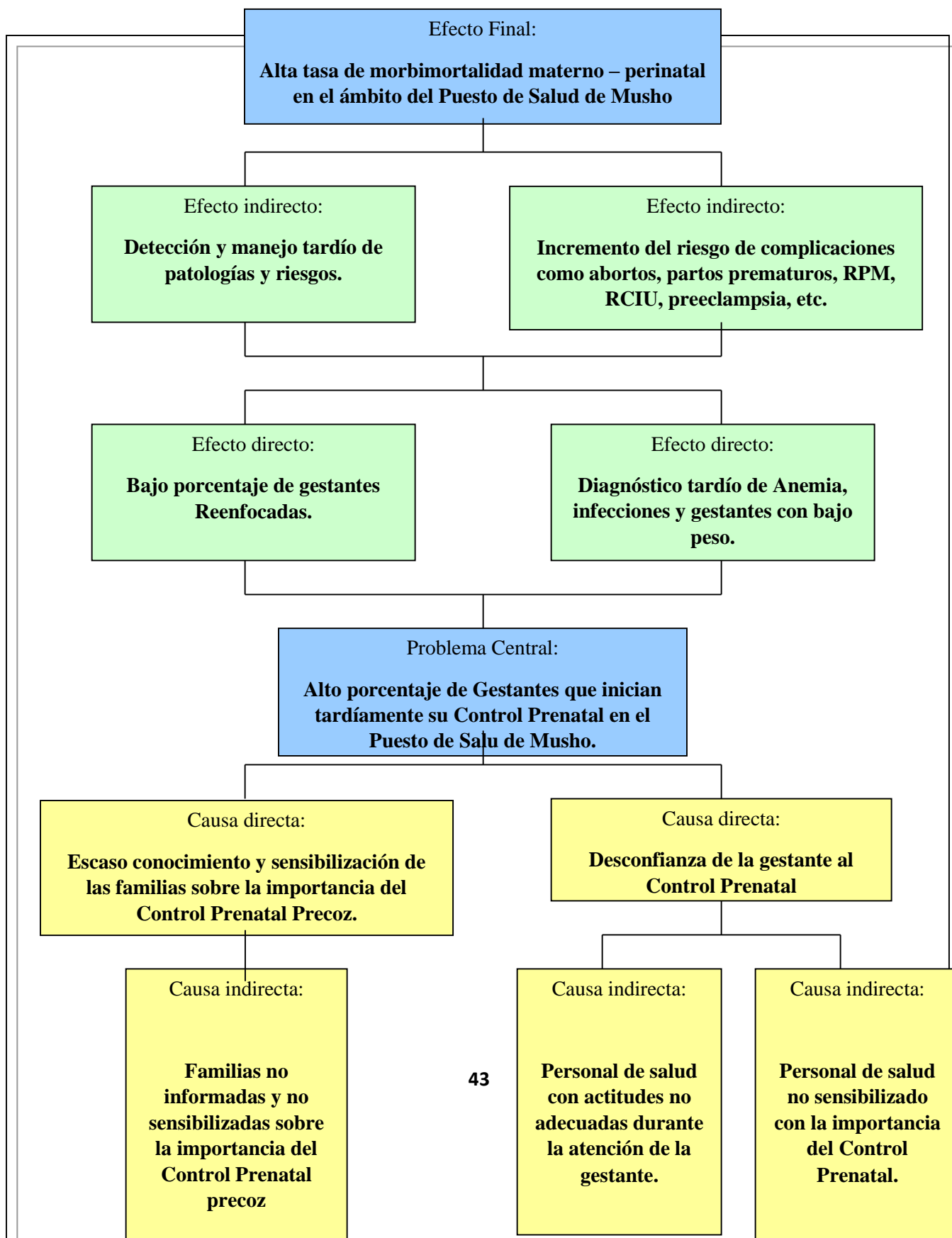
El Puesto de Salud de Musho cuenta con una infraestructura relativamente nueva y adecuada cantidad de ambientes, adecuadamente distribuidos, sin embargo, los recursos humanos son insuficientes, así como también los recursos materiales. No se cuenta con equipo básico de salud, por lo que la atención integral de la gestante aún tiene deficiencias marcadas ya que muchas de ellas se niegan a acudir a nuestro punto de referencia como es el Centro de Salud de Mancos, ya que no cuentan con suficientes recursos económicos para cubrir sus pasajes, teniendo una atención muchas veces incompleta. Los recursos materiales son insuficientes ya que se carece de algunos medicamentos indispensables para la suplementación adecuada de las gestantes, así como también para el manejo de las patologías más frecuentes de las mismas. Asimismo, el personal de salud no se abastece para cubrir todos los sectores de nuestro ámbito, se tiene deficiencia en el abastecimiento de fichas familiares para su adecuada aplicación y así mejorar la captación temprana, no se cuenta con agentes comunitarios en todos los sectores ya que no se ha encontrado compromiso de la población para el cuidado de su salud y la mayoría no desea realizar un trabajo que no sea remunerado o que según ellos no les otorgue ningún beneficio.

En el Centro Poblado de Musho se puede observar además barreras culturales y económicas que dificultan aún más el acceso temprano y oportuno al control prenatal, lo cual es el común denominador en la mayoría de los Centros Poblados de nuestra Zona

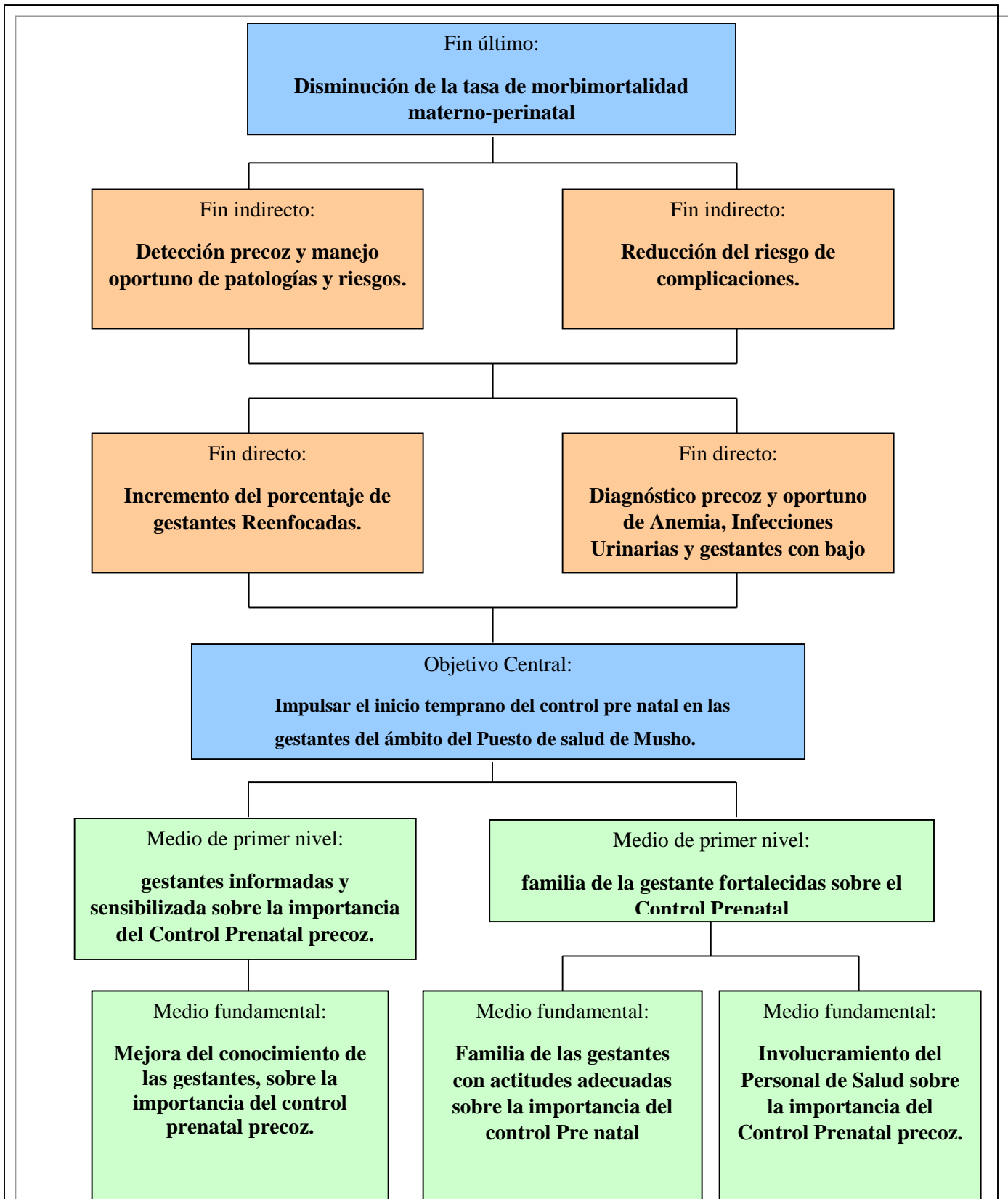
El 85% de la población económicamente activa se dedica a la agricultura, el cual es la principal fuente de ingreso de las familias de esa zona, dicha actividad, además muchas veces dificulta el acceso temprano al control prenatal, ya que la gran mayoría de la población, así como las gestantes tiene como prioridad su actividad agrícola y deja de lado el cuidado de su salud, aludiendo que “no tienen tiempo para acudir a su control”

Las autoridades de la zona tampoco son conscientes de la importancia del cuidado de su salud desde un enfoque preventivo, mucho menos del cuidado oportuno de la gestante lo que dificulta aún más el que las gestantes acudan tempranamente a su control prenatal.

ANEXO N° 2: Gráfico No. 1: Árbol de CAUSA - EFECTO

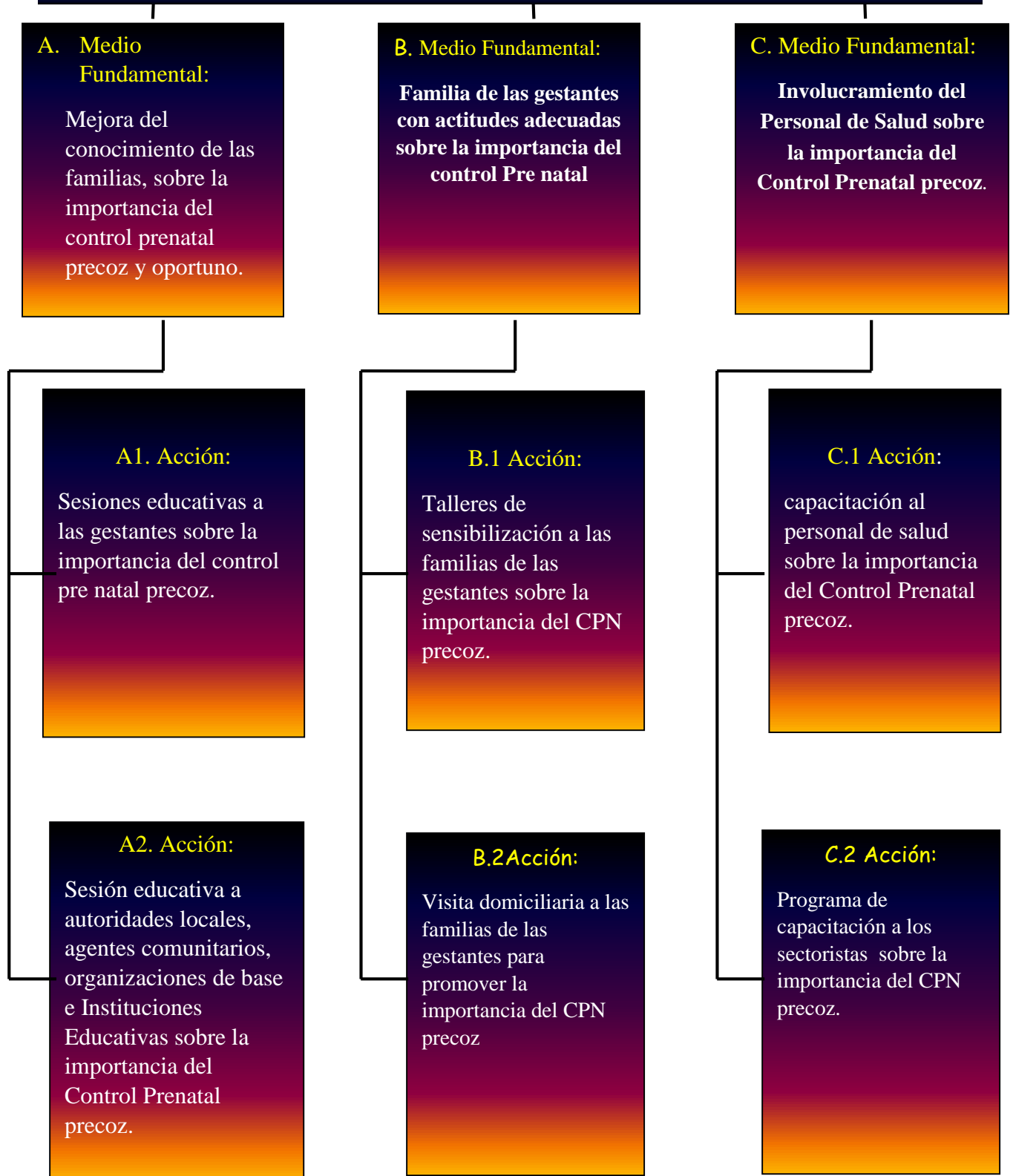


ANEXO N° 3: Gráfico No. 2: Árbol de fines y medios



ANEXO N° 4

Árbol de Medios Fundamentales y Acciones Propuestas



ANEXO N°5: MARCO LÓGICO

JERARQUIA DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN: Disminución de la tasa de morbilidad materno-perinatal				
PROPOSITO: Impulsar el inicio temprano del control pre natal en las gestantes del ámbito del Puesto de salud de Musho.	El 100 % de gestantes que inician oportunamente su Control Prenatal.	N° gestantes que inician oportunamente su Control Prenatal / Total de gestantes*100	Registro diario de gestantes. Evaluación trimestral de indicadores.	Las gestantes acuden en el primer trimestre de gestación al establecimiento de salud para iniciar su Control Prenatal.
COMPONENTES:				
A. Mejora del conocimiento de las gestantes, sobre la importancia del control prenatal precoz.	100% de las gestantes del ámbito del Puesto de Salud de Musho están informadas, educadas, sensibilizadas y promoverán el Control Prenatal precoz.	N° de gestantes informadas, educadas y sensibilizada sobre la importancia del Control Prenatal Precoz/Total de familias. *100	Encuestas a las gestantes sobre la importancia del Control Prenatal Precoz.	Las gestantes conocen, están sensibilizadas e informados sobre la importancia del Control Prenatal precoz y la promueven activamente.
B. Familia de las gestantes con actitudes adecuadas sobre la importancia del Control Pre Natal.	100% de las familias con actitudes adecuadas sobre el CPN	N° familia de las gestantes con actitudes adecuadas hacia las gestantes durante el control prenatal/Total del personal de salud*100	Encuestas de satisfacción a la familia de las gestantes, sobre actitudes adecuadas sobre la importancia del CPN	La familia de las gestantes que tiene actitudes adecuadas de la importancia del CPN precoz.

<p>C. Personal de Salud involucrado con la importancia del Control Prenatal precoz.</p>	<p>100% del personal de salud del Puesto de Salud de Musho está involucrado con la importancia del CPN precoz..</p>	<p>N° de personal de Salud involucrado con la importancia del Control Prenatal precoz/Total del personal de salud*100</p>	<p>Encuestas sobre la importancia del Control Prenatal precoz dirigida al personal de salud.</p>	<p>Todo el personal de salud está involucrado con la importancia del Control Prenatal Precoz y la promueve de manera activa.</p>
<p>ACTIVIDADES: A1. Sesiones educativas a las gestantes sobre la importancia del Control Prenatal precoz.</p>	<p>100% de las gestantes reciben sesiones educativas sobre la importancia del control prenatal precoz.</p>	<p>N° de gestantes que recibieron sesiones educativas /Total de familias*100</p>	<p>Actas de sesiones educativas a las familias.</p>	<p>Las familias participan activamente de las sesiones educativas sobre la importancia del control prenatal precoz.</p>
<p>A2. Capacitaciones a las autoridades locales, agentes comunitarios, organizaciones de base e Instituciones Educativas sobre la importancia del Control Prenatal precoz. Acción: Programa de capacitaciones a las autoridades locales, agentes comunitarios de salud, organizaciones de base e Instituciones Educativas sobre la importancia del Control Prenatal precoz.</p>	<p>100% de autoridades locales, agentes comunitarios, organizaciones de base e instituciones educativas son capacitados sobre la importancia del CPN precoz.</p>	<p>N° de autoridades locales Capacitados/ total de autoridades locales *100</p>	<p>Actas de talleres de capacitación a autoridades locales, agentes comunitarios, organizaciones de base e instituciones educativas capacitados sobre la importancia del Control Prenatal precoz.</p>	<p>Las autoridades locales, agentes comunitarios, organizaciones de base e instituciones educativas están capacitados e informados sobre la importancia del control prenatal precoz y la promueven en su ámbito laboral.</p>

B.1. Talleres de sensibilización a la familia de las gestantes sobre la importancia del CPN precoz	100% de las familias de las gestantes sensibilizadas.	N° de familias de las gestantes sensibilizadas/ total de la de familia de gestantes *100	Actas de talleres de capacitación sobre buen trato, deberes y derechos del usuario dirigido al personal de salud.	Sensibilización a la familia de las captaciones dl embarazo de forma temprana
B.2. Vsitas domiciliarias a las familias de las gestantes para promover la importancia del CPN precoz	100% de las familias de las gestantes visitadas y promueven la importancia dl CPN precoz	N°de familia de las gestantes visitadas / total de familia de las gestantes*100.	Actividad extramural a las familias de las gestantes	Se refleja a través de las visitas y que acude las gestantes para el Control Prenatal.
C.1. personal de la Salud capacitado sobre la importancia del CPN precoz	16 personales de la salud capacitado en la importancia del CPN precoz.	N° de personal de salud capacitado/total de personal de salud programado*100	Actas de capacitación sobre importancia del Control Prenatal al personal de salud.	El personal de salud está altamente sensibilizado y concientizado con la importancia que tiene el control prenatal precoz.
C.2. Involucramiento del sectoristas en las actividades extramurales para las captaciones tempranas de las gestantes.	100% de los sectoristas involucrados en la captación temprana de las gestantes	N° Sectoristas del puesto de Salud que realizan captación temprana de gestantes/ total de sectoristas del P.S *100	Acta de entrega capacitación al sectoristas	Los sectoristas que realicen captación temprana de las gestantes como estrategia para reducir las captaciones tardías.