

T
1 SP
F4
2007

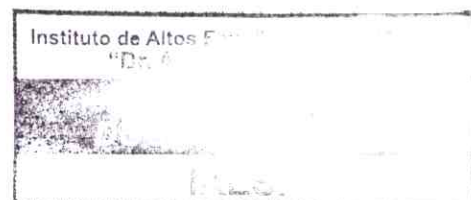
**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD.
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA.
"DR. ARNOLDO GABALDON"
POSTGRADO REGINALIZADO DE ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN
SALUD PÚBLICA**

**CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE SALA DE PARTO DE BAJO
RIESGO. BARCELONA, MUNICIPIO SIMÓN BOLIVAR ESTADO
ANZOÁTEGUI 2.008.**

**Proyecto de Trabajo Especial de Grado Presentado como Requisito
Parcial para Optar al Título de Especialista En Gestión de Salud Pública.**

**AUTORA: Ana Fermín Bueno.
TUTORA: Luisa Marín. Esp, en S.P.**

Barcelona, 03 de Diciembre de 2.007





AVAL DEL TUTOR

Yo, Luisa Figueroa Marín en mí

carácter de Tutor del Trabajo de Especialización Titulado:

**CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA SALA DE PARTOS DE BAJO
RIESGO. BARCELONA, MUNICIPIO SIMÓN BOLÍVAR, ANZOÁTEGUI.
2008**

presentado por el (la) ciudadano (a) Ana Fermín Bueno

titular de la cédula de identidad N° **3.752.201**

Considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Barcelona, a los 22 días del mes de Noviembre del año dos mil 2007.

Firma
C.I: 4.502.114

Nota: Esta Acta debe ser consignada en la Coordinación de Control de Estudios inmediatamente después de la constitución del Jurado y de tener un veredicto, debidamente firmada por los tres miembros, de manera tal, de agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Discusión Final del Trabajo.

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios
"Dr. Arnoldo Gabaldon"
POSTGRADO REGIONALIZADO DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA.

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de Especialización titulado: "**CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE SALA DE PARTOS DE BAJO RIESGO. BARCELONA, MUNICIPIO SIMÓN BOLÍVAR, ANZOÁTEGUI. 2008.**", presentado por la Ciudadana: **Ana Fermín Bueno**, para optar al Título de Especialista de Gestión en Salud Pública, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como APROBADO

Nombres y Apellidos	C.I.	Firma del Jurado
---------------------	------	------------------

Presidente:

Luisa Marín F. Esp. S. P.	4.502.114	
----------------------------------	------------------	--

Miembro: Emilio Fernández	82.299.200	
-------------------------------------	-------------------	--

Miembro: Julia Rattia	
---------------------------------	--

Maracay, 17 de diciembre de 2007.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecerle primeramente a Dios, Señor y dador de todo.

A mis compañeras de trabajo, con quienes conformo un equipo de alto desempeño.

A los profesores del Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” quienes han hecho el esfuerzo para trasladarse hasta los Estados con el fin de instruirnos en la difícil tarea de hacer de la Salud una realidad,

Y a los Profesores Dr. Emilio Fernández y Dra. Sandra Fernández, casi unos padres, siempre atentos y preocupados, especialmente por la cohorte 2005-2006 de la que sólo permanecemos 2 aspirantes por Anzoátegui, por brindarnos sus enseñanzas y su apoyo desinteresado, lo cual ha sido de gran valor para los que queremos hacer de nuestro país un lugar de bendición donde haya justicia y equidad.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
TABLA DE CONTENIDO	iv
LISTA DE CUADROS	vi
LISTA DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN	vii
INTODUCCIÓN.....	1

Capítulo I: EI PROBLEMA

Planteamiento del problema.....	05
Justificación	08
Objetivos	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Alcances y Limitaciones	11

Capítulo II MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación.....	14
Bases Teóricas	17
Bases Legales	23

Capítulo III: METODOLOGÍA

Tipo de Investigación.....	27
Población y Muestra	28
Técnicas de Recolección de Datos	28
Técnicas de Análisis de Datos	29

**Capítulo IV:
ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN**

Análisis de la Situación de Salud	30
Trama Causal	31
Árbol del Problema	34
Árbol de Objetivos.....	39
Descripción del Funcionamiento de la Sala de Parto de Bajo Riesgo..	44
Metas Físicas	44
Matriz del Marco Lógico	47
Flujograma de Resultados	49
Recursos Necesarios para las Actividades	50

Capítulo V:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
--	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	55
---	-----------

ANEXOS

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica de Mortalidad Materna, Defunciones y Riesgo en el Estado Anzoátegui desde 1991 hasta 2005.....	31
Gráfica Lineal de la Mortalidad Materna en el Estado Anzoátegui desde 2002 hasta 2005.....	32
Lista de Espacios de Infraestructura necesarios en La Sala de Partos de Bajo Riesgo.....	33
Lista de Equipamiento Para la Sala de Parto de Bajo Riesgo.....	34-35
Medicamentos para garantizar la Atención Con Calidad en la Sala de Partos Bajo Riesgo.....	36-37
Lista de Material Fungible necesario Para la Atención en Sala de Partos Bajo Riesgo.....	38
Análisis de Precios de Equipos Médicos Para la Sala de Partos de Bajo Riesgo.....	39
Resumen de Costo de Infraestructura De la Sala de Partos de Bajo Riesgo.....	40

LISTA DE CUADROS

Cuadro N°1 Trama Causal.....	31
Cuadro N° 2 Matriz de Selección del Problema.....	45
Cuadro N° 3 Alternativas para la Selección.....	46
Cuadro N° 4 Matriz del Marco Lógico.....	47
Cuadro N° 5 Análisis de los Involucrados.....	48
Cuadro N° 6 Flujograma para el logro de los Objetivos.....	49
Cuadro N°7 Recursos Necesarios para realizar el Proyecto.....	50

**MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"**

**CREACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE SALA DE PARTO DE
BAJO RIESGO (CENTRO DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA
BÁSICO). BARCELONA, MUNICIPIO SIMÓN BOLÍVAR. ESTADO
ANZOÁTEGUI. 2007**

**AUTORA: Ana Fermín Bueno
TUTORA: Luisa Marin Esp. En S.P.**

RESUMEN.

Este Trabajo consiste en la elaboración de un Proyecto de Intervención, Creación de Sala de Partos de Bajo Riesgo, para la Disminución de la Mortalidad Materna en el Estado Anzoátegui, el cual se consideró entre los estados priorizados, por presentar la más alta Tasa de Mortalidad Materna del país para el año 2005, con tendencia ascendente, además se manejan los Factores Determinantes de la Mortalidad Materna, identificados por estudios realizados por el Ministerio de Salud y Fondo de Poblaciones de la Naciones Unidas en el año 2001, quedando recogidos en el **MODELO DE LAS TRES DEMORAS**: 1ª Demora: Empoderamiento Comunitario de los Factores de Riesgo. 2ª Demora: Accesibilidad a los Centros de Atención Obstétrica de Emergencia. 3ª Demora: Existencia y Calidad de la Atención Obstétrica en los Servicios de Salud. Los soportes teóricos de este trabajo están contemplados en los Trabajos de Investigación (Modelo de las 3 Demoras M.S./2001 y Evaluación de la Disponibilidad y Utilización de los Servicios Obstétricos para la Definición de Estrategias que favorezcan la Reducción de la Mortalidad Materna a Nivel Estatal, M.S./U.N.FPA, Junio 2006). La Investigación se realizó con la modalidad de Campo, Descriptiva, y Trasversal, para lo cual se usaron las diferentes técnicas de recolección y análisis de datos. En su elaboración se empleó la Metodología del Marco Lógico, con miras a lograr mejorar la **ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA** y por ende a **DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA DEL ESTADO**.

DESCRPTORES: Tasa de Mortalidad Materna, Mortalidad Materna Sala de Parto de Bajo Riesgo.

**MINISTRY OF THE POPULAR POWER FOR THE HEALTH
INSTITUTE OF HIGH STUDIES IN PUBLIC HEALTH
"DR. ARNOLDO GABALDON"**

**CREATION OF DELIVERY ROOM OF LOW RISK, FOR THE DIMINUTION
OF MOTHERLY MORTALITY. MUNICIPALITY SIMÓN BOLÍVAR IN THE
ANZOÁTEGUI STATE. YEAR 2008**

**AUTHOR: DRA. ANA FERMÍN
TUTOR: LUISA MARÍN ESP. P.H.**

Summary

This work consists of the elaboration of project of intervention, Creation of Delivery room of Low Risk, for the Diminution of Motherly Mortality in the Anzoátegui State, which was considered between the prioritized states, to present/display the highest Rate of Motherly Mortality of the country for year 2005, with ascending tendency, in addition the determining factors of the Mortality Motherly, identified by studies made by the Ministry of Health and Bottom of Populations of the United Nations are handled in 2001, being gathered in : MODEL OF THE THREE DELAYS; 1th Delay: Communitarian Empoderamiento of the factor of risk. 2th Delay: Accessibility to the Centers Obstetrical Attention of Emergency. 3th Delay: Existence and quality of the Obstetrical Attention in the Services of Health. The theoretical supports of this work are contemplated in the works of investigation (Model of the 3/Delay (2001) M.S. and Evaluation of the Availability and Use of the Obstetrical Services for the Definition of Strategies that favour the Reduction of Motherly Mortality at Estatal Level, M.S/U.N.F.P.A, (June 2006). The investigation was made with the modality of Field, for which the different techniques from harvesting and analyses of data were used. Descriptive, and cross-sectional. In its elaboration the Methodology of Logical frame was used, with a view to managing to improve the OBSTETRICAL ATTENTION OF EMERGENCY and therefore to Diminish the Maternal Mortality of the State.

DESCRIPTIONS: Rate of Motherly Mortality, Motherly Mortality and Delivery room of low risk.

INTRODUCCIÓN

En el capítulo I de este trabajo se enuncia el problema de la inexistencia de Centros de Atención Obstétrica tanto de Bajo Riesgo como de Alto Riesgo identificados como COE básicos y COE ampliados respectivamente. La Alta Tasa de Mortalidad del Estado Anzoátegui con una tendencia ascendente expresa la notable gravedad de dicha problemática. La creación de los Centros de Atención Obstétrica de Emergencia en el Estado Anzoátegui necesarios para atender la Población Objeto, contribuirá de una manera importante a la disminución de la Mortalidad Materna, lo cual es el Objetivo General de este trabajo, que propone la construcción de la estructura física, equipamiento y contratación del recurso humano apropiado para el funcionamiento óptimo de una Sala de Parto de Bajo Riesgo, como se describe en los estudios hechos por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, El Fondo de Población para las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (Propuesta de Intervención Directa para disminuir la Mortalidad Materna en los Estados Priorizados, 2001), cuyo propósito principal es darle atención oportuna y eficiente con calidad y calidez a la embarazada, al producto de la gestación y a las familias de los estados priorizados por las elevadas Tasas de Mortalidad Materna que presentan en los últimos 5 años.

En este sentido, la construcción y puesta en funcionamiento de las Salas de Parto de Bajo Riesgo en el estado se transforman en una estrategia asistencial de gran significación, tomando en cuenta que se han realizado los estudios de campo a nivel nacional e internacional, (MS/UNFPA, 2001. Guías para Monitorear la Disponibilidad y la Utilización de los Servicios Obstétricos) que establecen el número de Salas de Parto de Bajo Riesgo designados por ellos, como Centros de Atención Obstétrica de Bajo Riesgo

(COE básicos, detallados en el capítulo II, Marco Teórico) en donde **NO** se realizan cirugías complejas, ni existe Banco de Sangre, sino que se atienden pacientes con criterios bien definidos de Bajo Riesgo, como lo contempla la Norma Oficial Vigente en su tomo Manual de Procedimientos para la Promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva del Ministerio del Poder Popular para la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Población de la Naciones Unidas, 2003.

Tanto la existencia, el número y la ubicación de los COE básicos además de determinar la posibilidad de dar atención obstétrica adecuada a las pacientes de este grupo, también mejoran la calidad de la atención en los Centros de Alto Riesgo Obstétrico, COE ampliados (detallados en el capítulo II, Marco teórico) ya que al descongestionarlos, facilitan y mejoran la calidad de atención a las pacientes con patologías que transforman el embarazo y el parto en situaciones de Alto Riesgo y que ameritan una atención más especializada.

En el Capítulo II se exponen los antecedentes de este problema y los avances para darle respuesta en el estado, igualmente se exponen los conceptos más relevantes para el abordaje del estudio.

En el Capítulo III se describe la metodología utilizada, que para esta investigación se usó la modalidad de Campo, Descriptiva, Transversal para Desarrollar un Proyecto de Intervención con la metodología del Marco Lógico.

En el Capítulo IV se desarrolla el análisis de la investigación, en base a la metodología del Marco Lógico donde el Problema identificado y priorizado por los involucrados es la inexistencia de Centros de Atención Obstétrica lo cual es uno de los nudos críticos para solucionar la Alta Tasa de Mortalidad Materna y sus causas claves, así como los efectos y consecuencias de esta problemática.

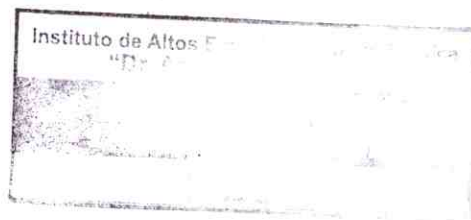
En el capítulo V se dan las conclusiones y se sugieren recomendaciones para la disminución sostenida de la Mortalidad Materna con estrategias que

reduzcan las muertes maternas a su mínima expresión, creando los de Centros de Atención Obstétrica en el número adecuado para el total de la población y con el recurso humano y tecnológico que impidan la muerte evitables por causas vinculadas con el embarazo, el parto o el puerperio.

Finalmente, se presentan y los insumos necesarios para la creación de la Sala de Partos de bajo Riesgo y un plano diseñado por el Proyecto Salud (SALUDANZ) del estado Anzoátegui ajustado al terreno adyacente al Ambulatorio Dr. Alí Romero ubicado en zona accesible del municipio Simón Bolívar.

CAPITULO I

EI PROBLEMA



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Estado Anzoátegui ubicado en la región Nor-oriental del país con una población de 1.453.274 habitantes (fuente: INE 2.006), presentó para el año 2.005, el número de muertes materna más alto del país, con una tasa de mortalidad materna de 117,46 x 100.000 NVR (Nacidos Vivos Registrados. Fuente: Registro epidemiológico regional).

El Municipio Bolívar fue el que tuvo mayor número de muertes maternas tanto por residencia como ocurrencia lo cual se debe, entre otros factores a que es el más densamente poblado con un total de 421.786 habitantes, que representa aproximadamente el 30% de total la población del Estado, la cual esta constituida por: 212.101 habitantes del sexo femenino y 209.685 habitantes del sexo masculino, con una población de mujeres de edad fértil (mujeres entre 12 y 49 años) de 59.360 que representa el 28% de la población femenina del municipio el cual es un valor significativo como población objetivo; y en este municipio está ubicado el único Hospital tipo IV del estado, que debe dar respuesta no sólo en el área de Gineco-Obstetricia sino también en todas las otras áreas de atención médico-quirúrgica, y además es el hospital de referencia obligada para toda la región, lo cual limita considerablemente la Atención Obstétrica de Emergencia ya sea esta de Bajo o Alto Riesgo.

La Mortalidad Materna no es un hecho aislado, es más bien la culminación de un proceso afectado por la suma de múltiples factores, unos vinculados con el desarrollo del embarazo en las mujeres, otros con las oportunidades existente en el hogar y el acceso a los servicios dentro de la comunidad o región y otros relacionados con la disponibilidad de los servicios obstétricos de emergencia, factores estos estudiados en el modelo de las 3 demoras (Modelo de las tres Demoras M.P.P.S. y FPNU,2.001); Tanto la disponibilidad como la calidad de los Servicios de Salud en relación a la

Atención Obstétrica de Emergencia, tienen un *rol fundamental* en la prevención de la mortalidad materna, por ello es importante comprender el importante papel de la atención obstétrica para reducir el número de defunciones maternas, de allí que la presente propuesta (Creación y Puesta en Funcionamiento de la Sala de Parto de Bajo Riesgo) pretende dar la respuesta del nuevo sistema de salud en función de reducir la mortalidad materna, logrando así niveles aceptables u óptimos para el manejo del problema; ya que las nuevas políticas de salud contempladas en la constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que plantean y orientan profundos cambios conceptuales en las políticas sociales y de salud, están dirigidas a la garantía plena del derecho a la salud y calidad de vida.

Es importante destacar que en los países que tienen Tasas de Mortalidad Materna bajas como los de la comunidad Europea la Tasa de Mortalidad Materna se ubica en un promedio entre 7-10 x 100.000 nacidos vivos para el mismo período, mientras que en los países en vías de desarrollo se ubica en un promedio de 200 x 100.000 nacidos vivos también hay ejemplo de países de América del Norte y del Sur como Canadá con 3,8 para el año 2001, y Chile con 7,8 para el año 2003,) en estos países la calidad de la Atención Obstétrica de Emergencia es muy alta especialmente en los niveles III y IV que es donde se lleva acabo la atención asistencial del parto propiamente dicha, ya sea esta como parto normal vaginal o quirúrgica en caso de cesárea, la Mortalidad Materna es prácticamente nula por causas obstétricas directas, ya que la calidad de la atención, la tecnología y los recursos logran solucionar cualquier situación de riesgo que pueda presentarse en la hora crítica peri-natal, cosa que no acontece en los países con Altas Tasas de Mortalidad Materna, en donde la respuesta en la hora crítica no resuelve problemas que pudieran ser evitables con una atención oportuna y con calidad. De allí que conociendo, que uno de los nudos críticos estudiados en el Modelo de las 3 Demoras, es la demora en darle a la

paciente la atención oportuna y adecuada, para lo cual es necesaria la existencia de los Centros de Atención Obstétrica de Emergencia, en el número o cantidad de ellos según corresponda al total de la población y calidad de los Centros de Atención Obstétrica, que prácticamente pueden resolver las debilidades de los niveles I, II y III, se requiere mejorar estas características prontamente en relación a los Centros de Atención Obstétrica de Emergencia tanto de Bajo como de Alto Riesgo.

En este trabajo se propone la creación de una Sala de Parto de Bajo Riesgo, que mejoraría de forma directa la atención a este grupo de pacientes, y de manera indirecta a las pacientes de Alto Riesgo al descongestionar los Centros Obstétricos de mayor complejidad, todo lo cual contribuiría la disminución de la Mortalidad Materna del estado.

JUSTIFICACION.

La necesidad imperiosa y urgente de la creación de Salas de Partos de Bajo Riesgo con Atención Humanizada es una realidad que se explica por sí misma en los derechos humanos y constitucionales (Art. 75, 76, 77, 83, 84, 85, 86, de la CRBV) que tiene la mujer su hijo la familia y la comunidad de ser atendidas oportunamente con calidez y calidad antes, durante y posterior a la obtención del producto de la concepción.

La cifra de muertes maternas ya sean absolutas y/o por tasas reflejan la urgente necesidad de dar respuesta contundente en el menor tiempo posible.

Basados en el diagnóstico y análisis de la mortalidad Materno-Infantil del estado (Datos del registro estadístico de Epidemiología Regional), estudios estos realizados por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva tanto a nivel Nacional como Estatal, plantean el desarrollo de estrategias para la solución de esta problemática, siendo una de ellas la creación de Salas de Partos de Bajo Riesgo, las cuales darán respuesta en función de:

1. Facilitar la accesibilidad geográfica de las usuarias a las mismas.
2. Garantizan una atención humanizada al manejar menor volumen de pacientes por creadas exclusivamente para esta actividad.
3. Descongestionan los Centros de Atención Obstétrica de mayor complejidad, lo cual brinda la posibilidad de atender las pacientes de Bajo Riesgo más eficientemente en las Salas de Bajo Riesgo y a las de Alto Riesgo en los Centros específicos.

La construcción, dotación y puesta en funcionamiento de estas salas es técnicamente factible a corto plazo ya que los requerimientos están contemplados en la Norma Oficial Vigente y basados en la evaluación de disponibilidad de los servicios de obstétricos para la definición de estrategias que favorezca la reducción de la mortalidad materna (Informe realizado por

el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas UNFPA y Gobierno Bolivariano de Venezuela a través del Ministerio de Salud y su Programa de Salud Sexual y Reproductiva 2.001).

Las políticas de salud del Gobierno Bolivariano de Venezuela a si mismo convergen en la necesidad de brindar una atención integral al binomio madre/hijo y al grupo familiar en su comunidad. La deuda social adquirida por las políticas neoliberales del pasado crearon situaciones de iniquidad social especialmente en le área de la salud, que deben encontrar respuesta efectiva y oportuna para este tiempo. El costo de este proyecto es relativamente pequeño comparado con el precio de la alta mortalidad materno/infantil lo cual redundaría en la disminución de las muertes evitables de mujeres y niños así como en la disminución de la desestabilización familiar y comunitaria por la pérdida de un elemento básico de la familia, disminuyendo la fuerza productiva del Estado.

En relación al Marco Legal que soporta y justifica el desarrollo de este Proyecto se registran desde 1948 en la Declaración de los Derechos Humanos, el derecho a una atención en Salud que garantice plena calidad de vida, y en adelante, acuerdos internacionales como La convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), La Conferencia internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y muchos otros,. hasta los derechos legales contemplados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que apuntan todos al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, lo cual debe constituir el norte para las acciones en este ámbito entendiendo su estrecha relación con la calidad de vida y la salud, así como con el desarrollo social.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Crear Sala de Parto de Bajo Riesgo en el Municipio Simón Bolívar. Estado Anzoátegui. 2008

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Construir la Estructura Física y poner en funcionamiento Sala de Atención Obstétrica de Bajo Riesgo, en el Municipio Simón Bolívar del Estado Anzoátegui. Año 2008
- 2.- Garantizar la Atención a pacientes embarazadas con Criterios de Bajo Riesgo con calidad y calidez y de forma oportuna y eficiente en el Municipio S. Bolívar
- 3.-Mejorar la accesibilidad a los Centros de Atención Obstétrica.
- 4.- Descongestionar la Sala de Atención Obstétrica de Emergencia del Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" del Municipio Simón Bolívar, promoviendo así la Atención Especializada a las pacientes de Alto Riesgo Obstétrico.

ALCANCES Y LIMITACIONES

ALCANCES

Este Proyecto permite favorecer en forma directa a todas las pacientes embarazadas de Bajo Riesgo Obstétrico del Municipio Simón Bolívar del estado Anzoátegui que para el año 2006 fueron un total de 12.440 lo cual representa el 70% de todas las embarazadas del municipio, considerando estadísticamente que el otro 30% esta constituido por las embarazadas de Alto Riesgo Obstétrico, las cuales así mismo serán beneficiadas de manera indirecta al descongestionarse los Centro de Atención Obstétricos de mayor complejidad.

Igualmente son beneficiadas pacientes de Bajo Riesgo Obstétrico que a pesar de no pertenecer al Municipio pueden encontrarse ocasionalmente en él, y acudir para ser atendidas en esta Sala siempre y cuando cumplan con los criterios establecidos por la Norma Oficial Vigente, en relación al Bajo Riesgo Obstétrico.

Y finalmente son beneficiadas todas las familias de las pacientes atendidas, ya que se les brinda la seguridad de una atención con calidad y calidez.

Así mismo se garantizará el derecho a la identidad de los niños nacidos en esta Sala, porque en ella se ubicará una Oficina de Registro Civil en donde se le realice la partida de nacimiento a dichos niños

LIMITACIONES

En esta Sala solo se podrán atender pacientes de Bajo Riesgo.

Otra limitación, aunque de índole económica, es el costo de Recurso Humano y de los insumos ya que deberán ser permanentemente asumidos y suministrados y no solo como el gasto en el momento de la creación de la Sala de Partos de Bajo Riesgo.

Es importante destacar que el problema de la Alta Tasa de Mortalidad Materna es multifactorial, por lo tanto para su resolución deben abordarse todas las causas determinantes de la misma y la propuesta de este Proyecto es solo una de ellas.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el establecimiento de la familia como Institución básica para el desarrollo social esta inmersa la maternidad, la cual debería ser una etapa de realización plena y regocijo para la embarazada, su familia y su comunidad, sin embargo en los países en desarrollo la maternidad representa para ellos una realidad desalentadora, ya que puede verse afectada por múltiples factores y complicaciones imprevistas, relacionadas con la concepción, la gestación, el parto y el puerperio, ocasionando a nivel mundial el fallecimiento de 529.000 mujeres al año por complicaciones derivadas de la atención obstétrica no segura, lo que significa aproximadamente la muerte de una mujer cada minuto. Cerca del 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo, en los que el riesgo de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo es casi 45 veces mayor que aquel que enfrentan las mujeres de los países desarrollados. (FPNU/UNICEF/OMS. (2001) Guías para monitorear la disponibilidad de los servicios obstétricos. Nueva York.

Venezuela no escapa de esta realidad, durante el año 2005 la tasa de mortalidad se triplicó en relación a la del año 1999 (ver gráfico en anexos Registro de Epidemiología Regional, Anzoátegui 1999-2005) observándose desde ese entonces una tendencia de marcado ascenso.

Los estudios realizados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social para el año 2004 junto con trabajos realizados con el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (M.S/UNFPA-2006) en un Proyecto denominado "EVALUACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS OBSTÉTRICOS PARA LA DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS QUE FAVOREZCAN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA A

NIVEL ESTADAL” son los que han marcado la pauta a seguir, por su gran alcance, su conocimiento cabal de la realidad y su definitiva aproximación a la necesidad sentida de la población de tener una mejor calidad de vida y un desarrollo social sostenido, que cumpla con los derechos establecidos en la nueva Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela.

En Asambleas de Ciudadanos realizadas junto con los Coordinadores de los Comités de Salud de las comunidades del Municipio Simón Bolívar del Estado Anzoátegui se plantearon los problemas de mayor relevancia por ellos considerados, y utilizando el método de Priorización de Problemas de Hanlom, se obtuvo una concordancia con los estudios realizados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Fondo de Poblaciones de Las Naciones Unidas en la necesidad priorizada de una Atención Obstétrica de Emergencia oportuna, accesible y de calidad.

En este Proyecto tomando en cuenta la decisión comunitaria se identificaron así mismo los siguientes indicadores para la reducción de la mortalidad materna: EXISTENCIA, ACCESO, UTILIZACIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA, no existiendo otro antecedente en el Estado de la envergadura del mismo, por otra parte el Estado Anzoátegui para el 2005 fue Estado priorizado por poseer la Tasa de Mortalidad más alta del país en ese año, por lo que el Programa de Salud Sexual y Reproductiva junto con el Ministerio de Salud realizaron un trabajo conjunto de caracterización (2006) de los establecimientos de salud existentes para conocer si cumplían con las características especificadas en el Proyecto señalado que determinó la necesidad de la existencia de cuatro (4) salas de parto de bajo riesgo (Centro de Atención Obstétrica Básico: COE básico) cada 500.000 habitantes la cual se identifica a través de sus funciones, que incluyen:

- 1.-Administración de Antibióticos parenterales.
- 2.-Administración de Oxitócicos parenterales.
- 3.-Administración de Anticonvulsivantes parenterales.

BASES

4.-Retiro Manual de Placenta.

5.-Retiro de Productos retenidos

6.-Atención instrumental del Parto. (Por parte de Especialista).

Asimismo establece la necesidad de una sala de parto de emergencia ampliada (Centro de Atención Obstétrica Ampliado. COE ampliado) cada 500.000 habitantes que incluya en sus funciones las 6 anteriores más Quirófano y Banco de Sangre, que puedan dar respuesta a las pacientes de Alto Riesgo Obstétrico y que pudieran requerir tratamiento quirúrgico y/o de Emergencia médica o quirúrgica.

En el estudio señalado de caracterización de los establecimientos de salud del Estado, se evidenció la existencia muy limitada de salas de parto de bajo riesgo en el Estado ya que los Ambulatorios Urbanos no poseen ni las áreas, ni el instrumental ni el personal para tal atención, y sabiendo que en nuestro país más del 99% de los partos es institucional, el Hospital Universitario Dr. Luis Razetti y el Hospital Dr. Domingo Guzmán Lander, deben resolver todos los partos y emergencias obstétricas del Municipio Simón Bolívar así como las pacientes de Alto Riesgo del resto de los municipios del estado por ser el Hospital "Dr. Luis Razetti" el único hospital tipo IV del Estado de referencia obligada.

BASES TEÓRICAS

En este Proyecto de Intervención "Creación de Sala de Parto de Bajo Riesgo, Barcelona, Estado Anzoátegui, 2008", se manejan conceptos vinculados a la Salud Sexual y Reproductiva y la Norma de Atención Vigente, que se consideran a continuación:

Salud Sexual y Reproductiva:

Se puede entender como: Un estado general de bienestar físico mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, asociado a todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, con libertad de procrear y decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia... (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo [CIPD], 1994). Es expresión de la Calidad de vida y salud, así como de la satisfacción de las necesidades en esta área y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva:

La atención de salud sexual y reproductiva, se ofrece en todos los niveles del Ministerio del Poder Popular para la Salud, y en otras estructuras de las redes de apoyo con responsabilidades definidas y articuladas para enfrentar las necesidades de los usuarios (as), brindada por un equipo de personas que pertenecen a diferentes disciplinas y que tienen capacitación específica, comparten conocimientos, talentos, habilidades y experiencias de manera coordinada e interdependientes, lo cual les permite una transformación y enriquecimiento mutuo, para funcionar eficientemente con el propósito de lograr metas y objetivos comunes. Estas personas trabajan con y por las usuarias (os), fomentando su Empoderamiento para que participen activamente en la promoción y auto cuidado de su salud sexual y reproductiva. Además se incorporan al equipo de salud, promotores

comunitarios de salud y otros miembros de las diferentes estructuras integradas a las redes sociales de apoyo. (Ministerio de Salud y desarrollo Social [MSDS], 2003).

Derechos Sexuales y Reproductivos:

A partir de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, en 1994, la Conferencia Mundial de Desarrollo Social en Copenhague en 1995 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995 se aceptan los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva integral, involucrando lo relativo a la toma de decisiones libres, responsables e informadas sobre la sexualidad y la reproducción.

La Salud es un derecho humano fundamental y como expresión humana, una sexualidad plena es una instancia básica de la salud, el bienestar y la calidad de vida. Por ello, la salud está vinculada a los derechos sexuales y reproductivos. Es importante reconocer, que un conjunto relevante de problemas de salud pública, podrían disminuirse con estrategias que están establecidas como garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como determinantes de los procesos para mantener y mejorar la salud de acuerdo a las expresiones y necesidades individuales.

A continuación se enuncian algunos de ellos, especialmente relacionados con el propósito de este Proyecto, extraídos del compendio Derechos sexuales y reproductivos de la psicóloga y pedagoga Mari Lady Londoño, (1996).

- 1.- Derecho a una maternidad y paternidad, sana, responsable, voluntaria y sin riesgos, a decidirla y a vivirla por elección y no por obligación.
- 2.- Derechos a servicios integrales de salud gratuitos y de calidad.
- 3.- Derecho a participar como ciudadanas/os en el diseño, ejecución de políticas y programas de población y desarrollo.
- 4.- Derecho a información basada en el conocimiento científico.

5.- Derecho a la atención segura de la salud sexual.

Entre otros.

Muerte Materna:

Se define como la muerte de una mujer que está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la culminación de su embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada con el embarazo mismo o con su atención, pero no incluye muertes por causas accidentales o incidentales.

Muerte Materna Tardía:

Extiende el período considerado de la muerte materna no solo hasta los 42 días, sino hasta un año de la culminación del embarazo, siempre que sean por causas obstétricas directas o indirectas.

Las Causas de Mortalidad Materna pueden dividirse en:

- 1.- Obstétricas Directas
- 2,. Obstétricas Indirectas.

Muerte Obstétrica Directa:

Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, o por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o derivados de la cadena de acontecimientos originada en cualquiera de esas circunstancias.

Muerte Obstétrica Indirecta:

Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Centros de Atención Obstétrica básicos (COE básico):

Es un Centro de Atención exclusivamente para la asistencia de las emergencias y cuidados obstétricos, en donde **no** se realizan cirugías ni se tratan complicaciones relacionadas con el parto y el puerperio, ya que no existe los recursos para ello, ni Banco de Sangre, que incluye las siguientes funciones: 1. Administración de antibióticos parenterales. 2.-Administración de oxitócicos parenterales. 3.- Administración de anticonvulsivantes parenterales 4.- Retiro manual de placenta. 5.-Retiro de productos retenidos. 6.- Realización de Alumbramiento vaginal asistido. Se considera como óptimo la existencia por lo menos de 1 unidad de ellos por cada 500.000 habitantes.

Centros de Atención Obstétrica ampliados (COE ampliado):

Es un Centro de Atención exclusivamente para la asistencia de las emergencias y cuidados obstétricos en donde se realiza atención especializada con cirugía y Banco de Sangre y que además de las funciones del COE básico se agregan: Cirugía y transfusiones sanguíneas

Comités para el estudio de la Mortalidad Materna:

Son comités interinstitucionales, multidisciplinarios y confidenciales, que tiene como principal objetivo, identificar todas las muertes maternas y proponer medidas de intervención de intervención para la reducción de la mortalidad materna dentro de su área de influencia.

Tasa de Mortalidad Materna:

Es la medida de la Mortalidad Materna más frecuentemente utilizada y se define como el número de defunciones maternas durante un período de tiempo determinado por cada 100.000 nacidos vivos en el mismo período, y constituye una medida del riesgo de muerte que tiene una mujer una vez que queda embarazada.

Es además un indicador de desarrollo humano para los países y muestra la disparidad entre los países de diferentes niveles de desarrollo.

Las Tasas de Mortalidad Materna son hasta cien veces más alta en los países en vías de desarrollo que en los que actualmente son potencialmente mas favorecidos.

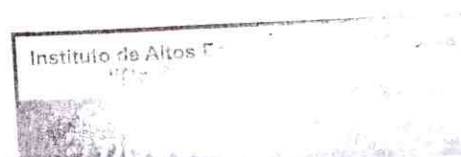
Las acciones para combatir el problema de la Mortalidad Materna han sido recientes y han tenido un carácter más retórico que efectivo a pesar de constituir las muertes maternas una de las mayores inequidades de género a ser resueltas presentes en muchas naciones.

En 1999 se realizó una declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), El Fondo de poblaciones para las Naciones Unidas (UNFPA), El Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Mundial para tratar de unir esfuerzos en la atención en salud y evitar las muertes maternas y neonatal.

Para el año 2000 representantes de 189 países, s dieron cita en Nueva York en la Cumbre del Milenio para adoptar la **Declaración del Milenio**, donde se enuncian propuestas y valores que debían regir las relaciones Internacionales en el siglo XXI en lo relativo a: Erradicación de la Pobreza, Lograr la Enseñanza primaria Universal, Promover la Equidad de Género, Reducir la Mortalidad Infantil, **Mejorar la Mortalidad Materna**, Combatir el VIH/SIDA el Paludismo y otras enfermedades., Garantizar la sostenibilidad del ambiente y Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Estableciendo metas y objetivos a alcanzar para el año 2015 en cada una de las áreas mencionadas.

Cabe destacar que el 5º objetivo de las Metas del Milenio que es el de Mejorar la Mortalidad Materna, consideró una meta especifica de reducirla en las $\frac{3}{4}$ partes de su valor para el 2015.

Para el 2004 , Venezuela tuvo una Tasa de Mortalidad Materna de 59.9 x 100.000 nacidos vivos y en el estado Anzoátegui para ese mismo año la



BASES LEGALES

Durante la última década se han producido avances notables respecto al reconocimiento de la Salud Sexual y Reproductiva como campo de la Salud que amerita atención especial, en virtud de los impactos que ocasionan en el desarrollo de la población y su calidad de vida.

Entre los acuerdos internacionales de mayor relevancia destacan los siguientes:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
- Convención para la eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. (1979)
- Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (1993).
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. De El Cairo (1994).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, Convención de Belem Do Pará (1994).
- IV Conferencia Regional sobre la Integración de la mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y del Caribe (1994).
- IV Conferencia Mundial de la Mujer (1995)
- Mujer 200: Equidad de géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI (Beijing + 5).

En todas estas conferencias pero en especial a partir de la IV Conferencia Mundial de la mujer (1995) realizada en Beijing, China. Se aprobó la llamada Declaración d Beijing y una Plataforma de acción.

Esta Declaración comprometió a los gobiernos a impulsar antes del termino de siglo XX todas las estrategias acordadas en Nairobi en 1985, y a movilizar recursos para la realización de dicha plataforma, la cual consiste en el documento más completo producido a partir de la IV

Conferencia Mundial de la Mujer, en relación a los derechos de las mujeres ya que incorpora lo logrado en conferencias y tratados anteriores señalados en la lista anterior en este texto, en donde se llegaron acuerdos sobre los siguientes puntos:

- 1.- Eliminar toda discriminación de género.
- 2.- Erradicar la pobreza y adoptar medidas para que un número decisivo de mujeres ocupen puestos estratégicos.
- 3.- Se reconocen todos los derechos de las mujeres sobre sexualidad y reproducción y se revisan las leyes que establecen castigos para las mujeres que se practican abortos.

En la Conferencia del Cairo señalada anteriormente en la lista del texto: Cairo (1994). Se consideró que las muertes maternas por causas evitables es una forma de violencia contra la mujer y una de las expresiones mas graves de inequidad de género., y se estableció que los derechos reproductivo de las mujeres son derechos humanos y que la violencia de género es un obstáculo para la salud reproductiva y sexual de las mujeres, la educación y el desarrollo.

Las últimas estimaciones revelan al número de muertes maternas inaceptablemente elevado de desuniones durante el parto y el puerperio, y destacan la urgente necesidad de mejorar la Atención Obstétrica de Emergencia. La directora ejecutiva de UNICEF Carol Bellary declaró: "Si queremos reducir el número de muertes maternas, es esencial que ampliamos la prestación de Atención Obstétrica de Emergencia."

A partir de estos eventos Internacionales se han desarrollado en el mundo, Leyes, Reglamentos, Programas y Estrategias orientados a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de sus habitantes.

En la **Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)** establecida el 22 Julio de 1.946 en Nueva York, la cual fue firmada por 61 representantes de gobierno y entro en vigor en 1948, realizándose reformas en reuniones posteriores 26^a, 29^a y 39^a de las Asambleas Mundiales de la Salud y cuyos principios fueron reafirmados en la declaración del Alma-Ata (Conferencia Internacional sobre la Atención de la Salud Primaria), en donde se establece que: “La Salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedades”.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, sexo, religión, ideología política, condición económica o social. **La Declaración Universal de los Derechos Humanos** adaptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217.A (III) el 10 de Diciembre de 1948 en su artículo 25 expresa:

1.- “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, así mismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2.- **La Maternidad y la Infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales.**

Los derechos establecidos universalmente son no sólo un aporte para mejorar la Atención Médica sin compromiso para resolver el problema de la Alta Tasa de Mortalidad Materna en los países de América Latina, y se encuentra contemplado en el 5º objetivo de las Metas del Milenio (2000) “**Mejorar la Salud Materna**”.

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce: " El derecho a disfrutar del nivel mas alto posible salud física y mental" (Artículo 12). Y desarrolla una serie de disposiciones jurídicamente vinculantes que se aplican a todas las sociedades. El derecho a la salud se refleja también en **la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)**.

Paul Hunt, relator especial de los derechos de la Salud del Sistema de Naciones Unidas (2003) desarrollo algunas observaciones sobre el contenido jurisprudencial del derecho a la salud, entre las que se plantean:

1.- La Atención sanitaria y los determinantes básicos de la salud.

Lo cual incluye tanto la atención oportuna y apropiada (que en este informe se destaca en la construcción de una Sala de parto de Bajo Riesgo, que apoya la solución del la 3ª demora, relacionada con la calidad de la Atención de los Servicios de Salud, ya que al no existir suficientes Centros de Atención Obstétrica de Emergencia, la atención a la embarazada se retrasa pudiendo ocasionar complicaciones y muertes evitables) como los principales determinantes de la salud.

2.- Libertades y Derechos.

El derecho a la salud entraña tanto libertades como derechos, entre las que se encuentra el derecho relativo a un sistema de protección de la salud.

3.- Derechos Concretos

Como el derecho a la salud es un concepto muy amplio, se desglosan de forma más concreta algunas áreas de vital importancia:

- a) Derecho a Salud Materna e Infantil
- b) Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva
- c) Derecho a la salud Laboral y Medio Ambiente.

- d) Derecho a la prevención de enfermedades de salud pública (endémicas, trasmisibles etc.) así como a su tratamiento e incluido el acceso a medicamentos
- e) Derecho al agua limpia y potable.

En Venezuela estos Derechos están garantizados en varios instrumentos legales:

- La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1993): Art. 75, 76, 77, 83, 84, 85, 86 entre los más relevantes.
- Ley Orgánica de Protección Integral del Niño y del Adolescente (1998). Art. 33, 41, 44, 45, 48, 50 y 124-D.
- La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1998)
- Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia (1998) Art. 2, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, y 24.
- El Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud (2002).
- La Resolución 1762 del Ministerio de Educación (1996).

Todos estos derechos están contemplados en la **Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela** entre los cuales de los señalados anteriormente, destacamos a continuación:

Artículo N° 75

“ El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la **igualdad de los derechos y deberes**, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes. **El Estado garantizará la protección a la madre**, el padre o a quien ejerza la jefatura de la familia.”

Todo lo cual apoya la protección de la Salud de las mujeres en el período de su embarazo, parto y puerperio, así como la garantía de brindarle a la mujer un tratamiento especial en esta etapa, porque lo contrario niega los

principios básicos establecidos en la Constitución y se hace discriminación de género.

Artículo N° 76

“ La Maternidad y la Paternidad serán protegidas integralmente sea cual fuere el estado civil de la madre o el padre. Las parejas tienen derecho libre y responsablemente a decidir el número de hijos que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará la asistencia y protección integral a la Maternidad en general a partir del momento de la concepción durante el embarazo y el puerperio, y asegura servicios de planificación familiar integrales basados en valores éticos y científicos.

Artículo N° 83

“La Salud es un derecho social fundamental obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa y de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que se establezcan en la ley conforme a los tratados internacionales suscritos y ratificados en la República.

Todos estos instrumentos legales apuntan a la definición de Políticas que buscan lograr una sociedad con la mayor posibilidad de desarrollo y calidad de vida.

CAPITULO III
METODOLOGÍA

CAPITULO III

METODOLOGÍA

Tipo de investigación:

El presente estudio esta enmarcado dentro de los denominados Proyectos de Desarrollo Local, en donde se establece una intervención planificada, la cual se realiza para solucionar un problema de Salud (Inexistencia de Centros de Atención Obstétrica de Emergencia) para dar satisfacción a la necesidad colectiva presente en las comunidades del Municipio Simón Bolívar del Estado Anzoátegui, de mejorar la atención en salud.

Diseño de la investigación

El presente Proyecto se basa en una **investigación de campo**: "Investigación en la cual los datos se toman "en el campo", de individuos desempeñando sus actividades cotidianas, con objeto de conocer sus costumbres, conductas, ideas y creencias de individuos o grupos inmersos en su realidad". (Pólit, Hungler, 1999, p. 672)

Definida también por Cazares, Jaramillo, Christen, Villaseñor y Zamudio (2000. p 18) como: "Aquella en la que el mismo objeto de estudio sirve como fuente de información sobre la investigación"

En esta investigación los datos se recogen de manera directa en el ambiente natural donde se desarrollo la investigación, mediante la interacción con las comunidades del municipio. La observación directa y en vivo del comportamiento de las personas, su dinámica al enfrentar la situación

problemática y las circunstancias en las que ocurren los hechos, constituyo la base de datos para el desarrollo de la misma.

Esta investigación es también de **tipo Descriptiva**: “ Según el análisis y alcance de los resultados, ya que se dirige a determinar el “como es” y “ como esta” la situación en relación a la frecuencia de los fenómenos que ocurren o ambos”.(Pólit, Hungler, 1999, p. 672).

Y es de **tipo Trasversal**: Ya que se estudian las variables simultáneamente en determinado momento.

Población y muestra

De acuerdo a Belestrini (1999, p.122) “La población o universo en estudio puede estar referida a cualquier conjunto de elementos de los cuales pretendemos indagar y conocer sus características, o una de ellas y para la cual son válidas las conclusiones obtenidas en la investigación

La población esta representada por los habitantes de Municipio Simón Bolívar del Estado Anzoátegui, los cuales son un total de 421.786 habitantes, con una población objeto de 59.360 (Mujeres en edad fértil 12 a 49 años).

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

En esta investigación entre las técnicas de recolección de datos usadas se destacan:

Observación directa, la entrevista, lluvia de ideas, grupos focales, priorización de problemas, revisión bibliográfica y documentales apoyadas en los registros estadísticos y epidemiológicos, nacionales y regionales, y en estudios del Ministerio del Poder popular para la Salud y el Fondo de Poblaciones de la Naciones Unidas.

Otro instrumento de recolección de datos fue la asesoría técnica por parte de la Dirección del Proyecto Salud de SALUDANZ, a través del departamento de Ingeniería Sanitaria, para el diseño según las normas vigentes del desarrollo de las Metas Físicas del Proyecto.

Técnicas de Análisis de datos:

En última instancia, los fenómenos que interesan al investigador deben traducirse en datos que puedan ser objeto de análisis, la exactitud y solidez de las conclusiones resultaran siempre discutibles sino se aplican los métodos idóneos de recolección de datos.

A través de la sistematización de los datos, se permite obtener una información que produzca conclusiones y decisiones gerenciales para el logro de la resolución de los problemas que se planteen en la Investigación.

A continuación se describen brevemente las técnicas usadas:

Observación: Consiste en el registro visual de lo que ocurre en la realidad circundante, siendo un medio para establecer relación entre el investigador y el objeto de estudio con todos sus componentes.

Entrevista: Es la comunicación interpersonal entre el investigador y el sujeto de estudio, con el fin de obtener información que de respuestas a muchas de las interrogantes planteadas en el estudio.

Lluvia de Ideas: Técnica didáctica que estimula y enriquece la participación de todos los miembros de un equipo, ayudando a mejorar el enfoque y planteamiento de la situación de estudio.

Análisis de la Situación de Salud

En este trabajo se realizó un Análisis de la Situación de Salud en el Municipio Simón Bolívar del estado Anzoátegui en forma local con el apoyo organismos a nivel Nacional e Internacional y de trabajos presentados M.S/UNFPA Evaluación de la Disponibilidad y Utilización de los Servicios Obstétricos para la Definición de Estrategias que Favorezcan la Reducción

de la Mortalidad Materna a Nivel Estatal, 2006. y Diagnóstico de las fuentes y flujo de información sobre la Mortalidad Materna en el Estado Aragua, Mayo 2006,

Así mismo este estudio se basó en un enfoque Sistémico y Epidemiológico, donde se pudo identificar la problemática existente a partir de la Situación de Salud del Municipio Simón Bolívar (Anzoátegui).

Después de seleccionados los Problemas, mediante el método de lluvia de ideas, se aplicó el método de Priorización de Hanlom el cual se basa en cuatro criterios a saber:

- 1.- Magnitud del Problema
- 2.- Severidad del Problema
- 3.- Resolutividad del Problema
- 4.- Factibilidad de la Investigación

En este caso se seleccionó la inexistencia de los Centros de Atención Obstétrica de Emergencia como problema en el Municipio Simón Bolívar del Estado Anzoátegui y se realizó una técnica de Análisis Causal basada en los determinantes de la salud, propuesto por Lalonde, que se expone a continuación:

TRAMA CAUSAL:

Se realiza el análisis a través de una matriz donde se establecen relaciones entre los Factores de Riesgo para la enfermedad y al muerte y los Determinantes de la Salud identificados por Lalonde.

Cuadro N° 1

Determinantes	Factores de Riesgo	Daño	Daño Mayor
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> *Malnutrición *Enfermedades inducidas por el Embarazo. *Enfermedades crónicas *Infecciones *Hemorragias *Factor RH neg *Presentaciones distócicas *Sufrimiento Fetal agudo 	<ul style="list-style-type: none"> *Obesidad-Desnutrición *Preclampsia *Diabetes gestacional. *Hipertensiva *Metabólicas *Mentales etc. *VIH *Toxoplasmos *Bacterianas y Virales *Intervención. Quirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> Shock Séptico Hipovolémico y/o Metabólico Eclampsia Síndrome de Help Sida Toxoplasmosis cerebral Hemorragia
Estilos de Vida	<ul style="list-style-type: none"> * Hábitos de Higiene inadecuados *Malos hábitos alimentarios *Desconocimiento de los factores de riesgo *Alcoholismo *Tabaquismo *Consumo de drogas. *Baja autoestima *Poca o Abuso de la actividad física 	<ul style="list-style-type: none"> *Desnutrición *Parto prematuros. *Discapacid. *Cancer *Abortos. *Vaginitis Amnionitis, Colitis. *Obesidad. *Anemia. *Complicacion es del Embz. *Cirrosis *Hipoalbumin *Enf. Respirit. *Depresión *Traumatismo 	<ul style="list-style-type: none"> *Anemia severa *Mortalidad Neonatal *Falla multiorgánica. *Sepsis *Suicidio

Medio Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> *Riego Ocupacional *Reducción del crecimiento uterino *Exposición a radiaciones. *Déficit de Transporte *Pobreza crítica *Difícil acceso al los Centros de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> *Discapacidad *Aborto, Bajo peso, Prematuridad. *Cáncer. *Complicación del embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> *Mortinatos. *Shock Séptico, Metabólico, Hipovolémico. *Falla multiorgánica
Calidad de los Servicios de Salud	<ul style="list-style-type: none"> *Inexistencia de Centros de Atención Obstét. Ampliados. *Inexistencia de Centros de Atención Obstét. Básicos. *Inadecuado control prenatal. 	<ul style="list-style-type: none"> *Complicación del Embarazo, Leves, Moderadas y/o Graves *Eclampsia. 	<ul style="list-style-type: none"> *Mortinatos *Shock Séptico, Metabólico, Hipovolémico. *Falla Multiorgánica

En esta Investigación también se realizaron Asambleas de los Ciudadanos del Municipio Simón Bolívar, y los 57 Consejos Comunales de las parroquias del municipio para priorizar los problemas de mayor importancia para la comunidad..

CAPITULO IV
ANALISIS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPITULO IV

Marco lógico

La mayoría de los autores lo define como: Un método de estructurar los principales elementos de un proyecto, subrayando los lazos lógicos entre los insumos previstos, las actividades planeadas y los resultados esperados.

En el desarrollo de la elaboración del Marco Lógico se realiza una Técnica conocida como Árbol del Problema, la cual consiste en la elaboración de un diagrama, donde se registra el enunciado del problema y se identifican las causas claves que lo producen así como las relaciones que se establecen entre ellas y las consecuencias y efectos directos. A continuación se expone el Árbol del Problema y su gráfico (Nº!).

ÁRBOL DEL PROBLEMA

Como Metodología recomendada para el resumen de la descripción de un Proyecto Social o de Intervención se empleó el Marco Lógico, que relaciona los elementos del Proyecto y su interacción en un sistema y su entorno ampliando y mejorando las posibilidades del logro de la intervención.

Marco Lógico propone una MATRIZ Conceptual para organizar y visualizar la interacción de los distintos elementos de un Proyecto entre si y su entorno, y permite facilitar el proceso de Conceptualización, Diseño, Ejecución, y Evaluación de los Proyectos.

La construcción del ÁRBOL DEL PROBLEMA se inicia con la identificación del Problema o Situación a intervenir, con la necesaria participación de todos los grupos afectados, seguidamente se identifican las Causas Claves que lo producen, ya sean estas, de orden social, político, educativo, económico, etc.

En este Trabajo se identificó el Problema como la INEXISTENCIA DE CENTROS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EL MUNICIPIO SIMÓN BOLÍVAR DEL ESTADO ANZOÁTEGUI, que como se señala anteriormente es un factor determinante para la Alta Tasa de Mortalidad Materna en el estado, con tendencia ascendente, que transformó al estado Anzoátegui para el año 2005, en el estado de mayor Tasa de Mortalidad Materna del País.

Se consideraron como Causas Claves:

1.- Inexistencia de Centros de Atención Obstétrica Básicos (cuyas características ya fueron descritas en el marco teórico de este informe) En este trabajo se plantea como problema la inexistencia de Centros de Atención Obstétrica Básico, ya que no existe una infraestructura para el funcionamiento de estos Centros. Se realizó un proyecto de caracterización de todos los Centros de Atención en Salud en el estado en el año 2000, en donde fue evaluado cada centro, tanto de la red primaria como de los niveles de atención II, III y IV, observándose que no cumplían con los requerimientos para la Atención de la Emergencia Obstétrica en el nivel primario, II y III, sólo en el Nivel IV existe El Hospital General del estado que no sólo da respuesta a la emergencia obstétrica sino a todas las otras especialidades), en donde se resuelven todos los casos de Emergencia Obstétrica ya sean de Bajo o de Alto Riesgo, pero especialmente los de Alto Riesgo ya que ameritan una atención más especializada y tecnología de Nivel IV (Equipos de Imaginología, Anestesia, Cirugía, Banco de Sangre, Unidad de Cuidados Intensivos) para el manejo óptimo de las pacientes, pudiendo evitar los desenlaces fatales.

2.- Congestionamiento de la Sala de Partos del Hospital Razetti (único Hospital tipo IV de la zona) El cual es insuficiente por el aumento de la población General y consecuentemente por el aumento de la Población de

Riesgo, así como por otros factores que también aumentan la población de riesgo como es el caso del embarazo en adolescentes y de mujeres multíparas (con más de 3 partos).

3.- Inadecuada Atención a la Paciente de Bajo Riesgo :

El déficit en Centros tanto de médicos generales como especialistas en el sector público de salud, así como la poca actualización de los médicos del nivel primario de Atención en salud en cuanto a la Atención Integral en Salud sexual y reproductiva, que condicionan el déficit de Promoción y prevención la falta de control médico temprano durante la gestación, lo cual aumenta considerablemente el riesgo de complicaciones que pueden terminar con la vida de las pacientes y el producto de la gestación.

4.- Dificultad de acceso a los Centros de Atención Obstétrica:

El déficit de ambulancias en los Centro de Salud, el déficit del transporte público y la ubicación escasa y distante de los 2 únicos Centros de Emergencia Obstétrica en el municipio Simón Bolívar, propician el retraso de la intervención médica, lo cual aumenta el riesgo de las muertes maternas.

Es importante destacar que el desconocimiento por parte de los gobernantes y autoridades, condicionado posiblemente por la falta de integración entre la parte política y el componente técnico del Sector Salud, no permite una planificación efectiva para dar una respuesta óptima a los problemas de salud, tal es el caso en nuestro estado, que conociéndose por los estudios ampliamente señalados en este trabajo realizados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud/ Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas /Organización Panamericana de la Salud, que establecen la necesidad de 4 Salas de Parto de Bajo Riesgo (COE básicos) por cada 500.000 habitantes, no existiendo actualmente ninguna de este tipo en el municipio Simón Bolívar, que es el mas densamente poblado del estado, con una población

que alcanza aproximadamente los 500.000 habitantes (Fuente: INE 2006) y donde se registran el mayor número de muertes maternas del estado.

Por esta razón, y por ser de mayor factibilidad por su menor costo tanto de estructura física como de equipamiento y del recurso necesario para su realización, se seleccionó este Objetivo (Creación y funcionamiento de Sala de Parto de Bajo Riesgo, técnicamente descrito como Centro de Atención Obstétrica básico (COE básico), para intervenir en la disminución de la Mortalidad Materna en el Municipio, para el año 2008.

Árbol de Problemas

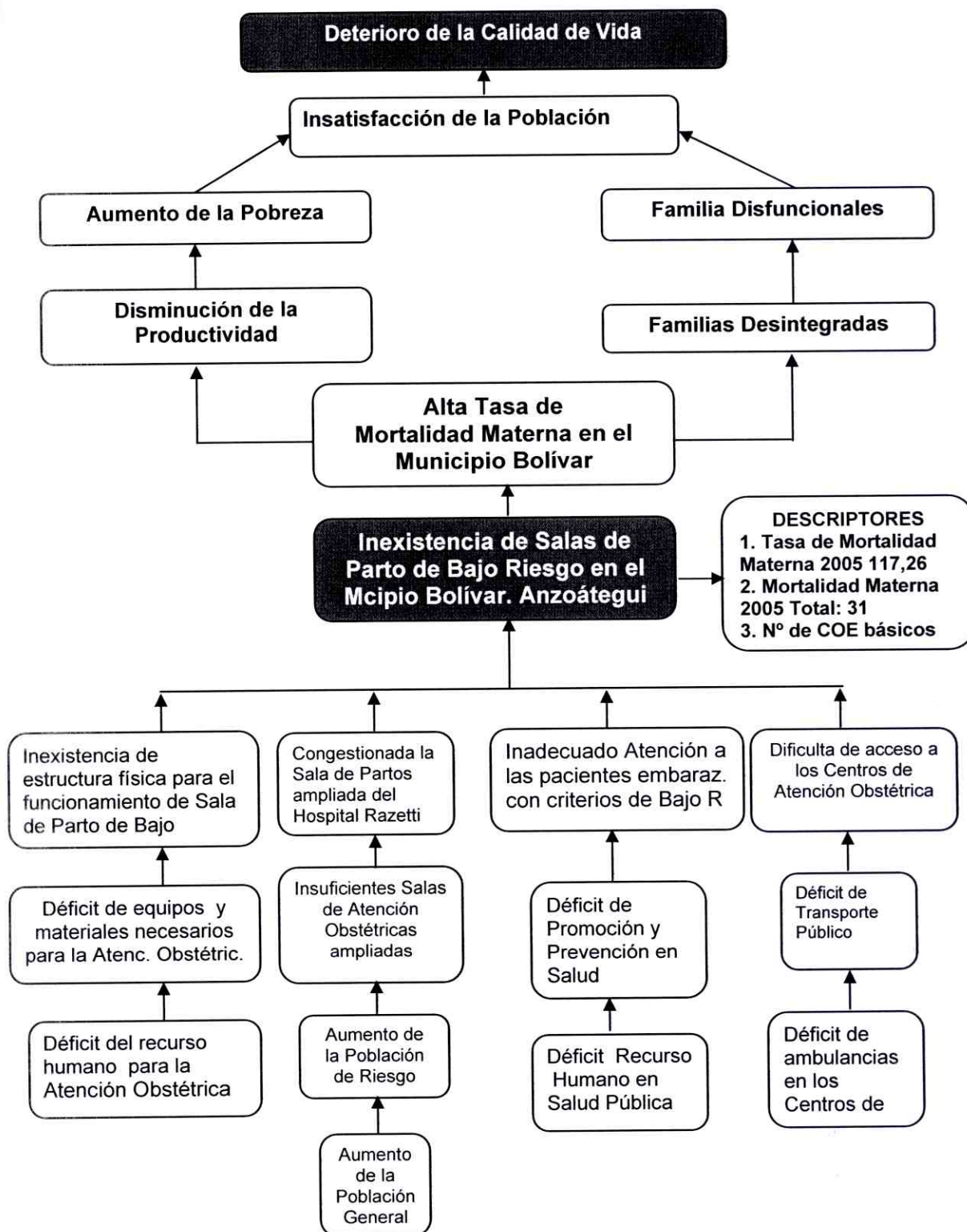


GRÁFICO Nº 1

ÁRBOL DE OBJETIVOS

Para el desarrollo del Árbol de Objetivos, se transforma el Árbol del Problema, en el Árbol de Objetivos sustituyendo cada causa de la situación problemática, en afirmaciones positivas que se plantean como futuras soluciones

En este trabajo, cuyo Objetivo General es LA CREACIÓN DE UNA SALA DE PARTOS DE BAJO RIESGO EN EL MUNICIPIO SIMÓN BOLÍVAR DEL ESTADO ANZOÁTEGUI, lo cual mejoraría francamente el Desarrollo y la Calidad de Vida del Municipio, debido a que al disminuir de las Muertes Maternas, lo cual influye directamente en la Disminución de la Mortalidad Materna del Estado, la familia no es desintegrada, por la pérdida de un miembro fundamental (la madre), lo que se transforma en un factor protector de la disfunción familiar, sabiendo que la desintegración de la familia predispone sensiblemente a la Disfuncionalidad de la misma, en consecuencia la Productividad Laboral se mantendrá estable mejorando los niveles de ingresos y provocando igualmente el Desarrollo y Calidad de Vida.

Para lograr modificar una situación problemática, ocasionada por causas claves, identificadas en el Árbol del Problema, se operacionalizan estas causas, transformándolas en Objetivos del proyecto que lograrán la transformación del Problema en la "Situación Deseada" (Objetivo General)

En este Proyecto se consideró como un Objetivo "Creadas las Salas de Atención Obstétrica de Bajo Riesgo" en el número de ellas acorde con la población total y con una ubicación accesible a la población objeto, y en las cuales la calidad del servicio de salud en cuanto al recurso humano y tecnológico, sea óptimo.

La Creación de una Sala de Parto Ampliada es un Objetivo (Maternidad del Estado) es de gran valor en la resolución de la Mortalidad materna, pero siendo de más largo plazo para su realización así como de un costo

muchísimo mayor se vuelve en este momento considerablemente menos factible y no se descartaría la posibilidad de que su desarrollo mientras podemos ir avanzando con un proyecto de menos envergadura financiera, pero que mejore sensiblemente la Atención Obstétrica de Emergencia y que además tenga repercusión en el nivel IV al descongestionar los Centros donde se atienden las Emergencias Obstétricas que son Hospitales Generales, que atienden no solo las Emergencias Obstétricas sino también todas las emergencias médico-quirúrgicas del estado.

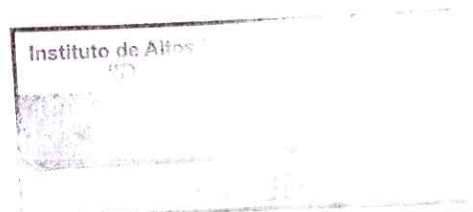
Es por eso que la " Creación de una Sala de Parto de Bajo Riesgo (Centro de Atención Obstétrica básico) es el Objetivo seleccionado en este trabajo para lograr a corto plazo la disminución de la Mortalidad Materna del Municipio Simón Bolívar del estado Anzoátegui. A continuación se exponen los criterios de selección de los Objetivos Específicos planteados con la Metodología de MARCO LÓGICO para darle respuesta al Objetivo General del proyecto.

Conociendo la problemática de la Alta Tasa de Mortalidad Materna en el Estado Anzoátegui, la cual, se ha determinado tanto por estudios de campo como por investigación documental, que se puede disminuir con la resolución de los nudos críticos del Modelo de las 3 Demoras antes planteado (MPPS/UNFPA, 2001) el cual considera entre las demoras: 1.-La Existencia de Salas de parto de Bajo Riesgo, o sea de los Centros de atención Obstétrica de Emergencia, tanto básico (C.O.E básicos), en número de 4 por cada 500.000 habitantes, como ampliados, (C.O.E ampliado), en número de 1 por cada 500.000 habitantes (los cuales ya fueron detallados en este trabajo), 2.- La Calidad de la Atención en los mismos y 3.- La Facilidad de acceso a dichos Centros.

Tomando en cuenta estos nudos críticos y en especial la existencia o no de los Centros de Atención para las embarazadas, debido a que está registrado que en nuestro país más que en cualquier otro de Latinoamérica el 98% de los nacimientos son intrahospitalarios, lo cual expone la real situación de

congestión en el área obstétrica que sufren nuestros hospitales debido al escaso número de Centros de Atención Obstétrica de Emergencia existentes actualmente y a la Alta Tasa de Natalidad del país se seleccionó como Proyecto Factible: " La Creación y puesta en Funcionamiento de una Sala de Parto de Bajo Riesgo, en el Municipio Bolívar, del Estado Anzoátegui, para el año 2008".

Es importante DESTACAR la inexistencia de siquiera, 1 de las 4 requeridas, Salas de Parto de Bajo Riesgo (C.O.E básico) en el Municipio Bolívar del Estado Anzoátegui que es además el más densamente poblado y el de mayor índice de Mortalidad Materna, tanto por residencia, como por ocurrencia en todo el Estado, así mismo debe resolverse el acceso a los centros de Atención Obstétrica que es una de las 3 demoras estudiadas, por la que la paciente al no acceder fácilmente a la atención pueda complicarse más severamente ocasionando un fatal desenlace.



Árbol de Objetivos

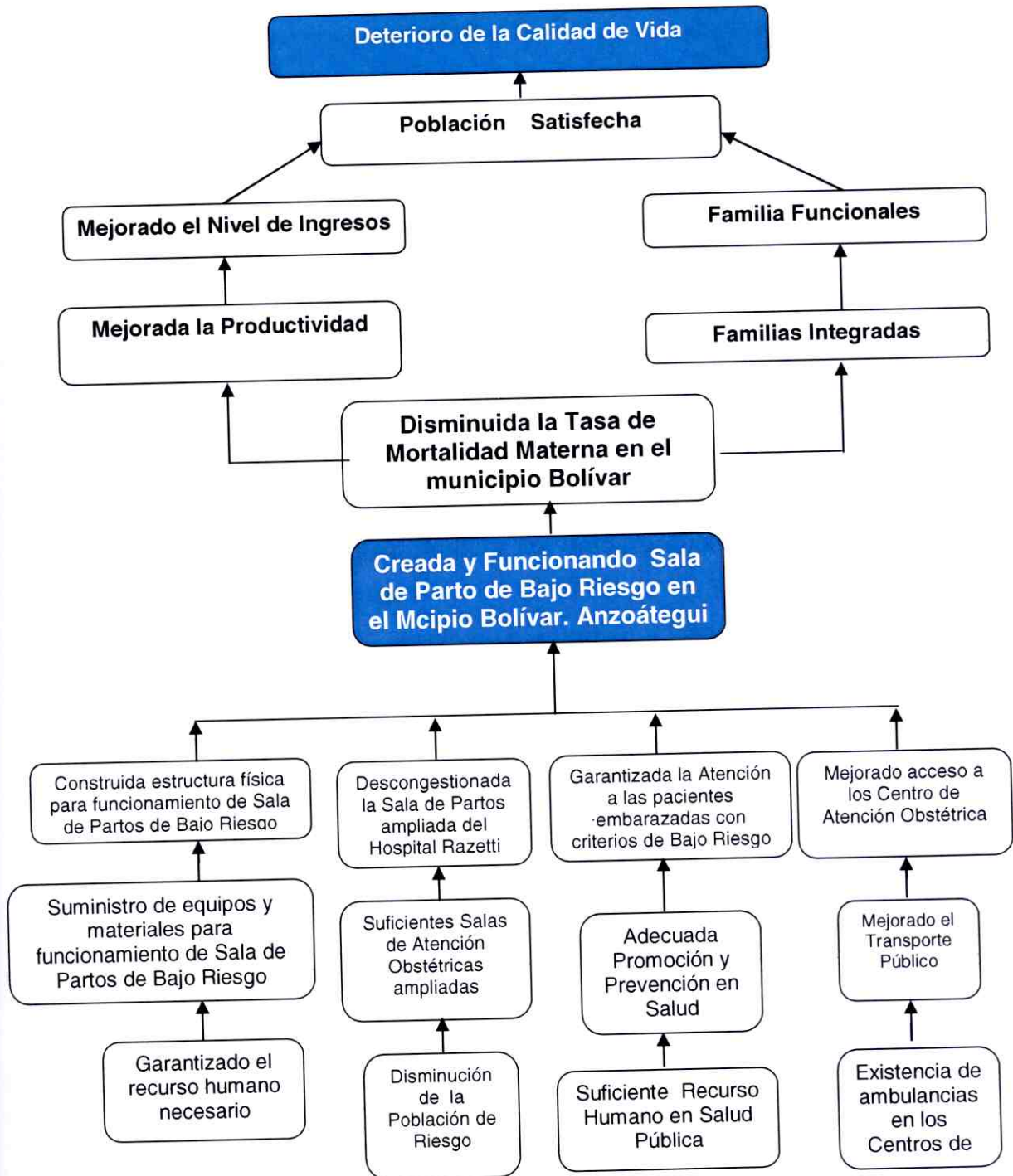


Gráfico N° 2

DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA SALA DE PARTOS DE BAJO RIESGO

Una vez creada la Sala de Parto de Bajo Riesgo e iniciado su funcionamiento, las pacientes que recibirán atención en este establecimiento vendrán referidas de los Ambulatorios Urbanos y Rurales del Distrito 1- B (Lo que no quiere decir que pacientes de otros Distritos no sean igualmente recibidas.) siempre y cuando cumplan estrictamente con los criterios de Bajo Riesgo establecidos en la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (Actualización 2003) y con el siguiente ordenamiento de los procesos:

- 1.-Recepción de las pacientes en la sala de espera por parte de enfermera asistencial, quien tomará los datos de cada paciente para su posterior evaluación Clínica.
- 2.-Evaluación Clínica de la paciente por parte del Médico Gineco-Obstetra de turno (mañana o tarde), y en la Noche por parte del Residente del Post-grado de Gineco-Obstetricia y en caso de cualquier eventualidad por el especialista de guardia., los cuales decidirán si amerita su ingreso realizando la historia de admisión.
- 3.-La paciente será trasladada a la sala de pre-parto donde será ubicada de acuerdo a su preferencia para el trabajo de parto, y podrá ser acompañada por una persona allegada de su elección, siempre y cuando se sujete a las Normas de la Dirección de Salud.
- 4.- Al alcanzar la dilatación completa y en el período próximo expulsivo, será trasladada a la Sala de Partos en donde será igualmente atendida en la posición de su preferencia (acostada, sentada, cuclillas), aunque con las condiciones de Atención Integral con calidad y calidez requerida, se establece Apego Precoz e inicio de la Lactancia Materna a los 30 minutos de nacimiento.

5.-Posterior al alumbramiento de la placenta y una vez estabilizada y preparada la paciente, y habiéndose cumplido los cuidados propios del Neonato (que incluyen la valoración pediátrica neonatal y la vacunación) será trasladado el binomio madre-hijo a la Sala de Hospitalización por 18 horas, donde serán evaluados según se requiera.

6.-Para el alta médica, requerirá la madre la evaluación clínica correspondiente y el niño la evaluación pediátrica de egreso, así como la vacunación correspondiente según el esquema vigente, asimismo deberá realizarse el Registro de nacimiento en la oficina encargada dentro del establecimiento (Trío por la Vida).

7.-La paciente deberá asistir a la consulta postnatal de acuerdo a lo establecido en la Norma Oficial para la Atención de Salud Sexual y Reproductiva, para las usuarias de bajo riesgo.

METAS FÍSICAS

1.- Construcción de Infraestructura de la Sala de Parto de Bajo Riesgo:

En Terreno adyacente al Ambulatorio Urbano tipo II del Municipio Simón Bolívar del Estado Anzoátegui, que tiene un área de 462,70 x 276,34 mts².

2.- Equipamiento:

Adquisición de todo el material instrumental Médico-quirúrgico, Mobiliario Clínico y administrativo y de oficina, equipos audiovisuales y ambulancia, así como todos los Insumos requeridos (se especificad con detalle en anexos).

3.- Contratación del Recurso Humano:

Llamado Interno y externo para introducción de credenciales, a través de medios de comunicación, concurso y selección del Recurso Humano capacitado y sensibilizada para el funcionamiento de est

Cuadro N° 2 MATRIZ DE SELECCIÓN DEL PROBLEMA

El Problema	CRITERIOS DE VALORACIÓN					
	PRIORIDAD PARA EL PLAN MUNICIPAL	TRASCENDENCIA DEL PROBLEMA	COSTO DE POSTERGARLO	EFICIENCIA	SUMA	PRIORIDAD
Inexistencia de Centros de Atención Obstétrica	3	3	3	3	12	1°
Alto Índice Embarazo en Adolescentes	3	3	2	2	10	3°
Alta Tasa Mortalidad Infantil	3	3	3	2	11	2°

Escala: Alta 3 Media 2 Baja 1 Nula 0

Estos 3 Problemas Seleccionados como Prioritarios de Salud Pública, sometidos a los Criterios de Valoración por parte de los representantes comunitarios y Consejos Comunales del Municipio Simón Bolívar para su posterior elección arrojan como resultado, que la Alta Tasa de Mortalidad Materna, es la de 1ª en Prioridad, ya que no solo afecta a la Madre, sino también a la Familia y a la Comunidad y por ende al Estado, porque al perderse un miembro fundamental de la Familia, esta se desintegra creando situaciones que conducen a la Disfuncionalidad familiar, lo cual asimismo disminuye la Productividad, el Desarrollo, la Calidad de Vida y Aumenta la Pobreza en el Municipio y el Estado

**ALTERNATIVAS PARA LA DISMINUCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA
EN EL MUNICIPIO SIMÓN BOLÍVAR. ANZOÁTEGUI 2007**

MODELO DE LAS 3 DEMORAS:

1 Empoderamiento comunitario

2 Accesibilidad a los centros de atención Obstétrica de Emergencia

3 Existencia y calidad de los servicios de salud

Criterios de Valoración	ALTERNATIVAS				
	1	2	3	4	5
	Creación de Sala de Parto Bajo Riesgo (COE Bás)	Optimizando Calidad del Control Prenatal	Creación Maternidad (COE Ampliado)	Mejorando la Educación Comunitaria	Facilitando el acceso a los COE Básico y Ampliado)
Beneficio a los Grupos Prioritarios.	Directa Mejoría de la Calidad de los Servicios de Salud	Atención Integral suficiente y de Calidad a los Usuarios	Atención Integral, oportuna y eficiente	Empoderamiento Comunitario de los Factores de Riesgo	Ubicación Accesible de cada Nuevo COE Basic o Ampliad
Posibilidad de alcanzar los Objetivos	Muy Buena	Muy Buena	Muy Buena	Buena (Depende de muchos factores)	Muy Buena
Recursos Financieros disponibles para hacerlo	Relativamente Económico	Relativamente Económico	Costoso	Relativamente Económico	Relativamente Económico
Recurso Humano Requerido	Numéricamente Bajo	Numéricamente Medio	Numéricamente Alto	Numéricamente Alto	Numéricamente bajo
Tiempo de logro	Corto Plazo	Corto Plazo	Largo Plazo	Largo Plazo	Corto Plazo

Cuadro N° 4 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FACTORES EXTERNOS
FIN Mejorar la calidad de vida en el Municipio Simón Bolívar Anzoátegui	Grado de satisfacción de la población del Mncpio. S.Bolívar	Diagnóstico de salud Encuesta y otros Métodos. Informes.	Recursos financieros Estabilidad política.
PROPÓSITO Creada Sala de Partos de Bajo riesgo en el Mcpio. Bolívar - Anzoátegui	1. Disminución de la Tasa de Mortalidad Materna. 2. Disminución del número de muertes materna	Informe del Comité de Mortalidad Materna. Informe de Epidemiología Regional	Existencia y calidad de los Centros de Atención Obst. Empoderamiento comunitario. Accesibilidad.
RESULTADO I Construida Estructura Física, Equipada y con el RR HH necesario Sala de Partos de Bajo Riesgo	1.- Existencia de una Sala de Partos de Bajo Riesgo en el Municipio S. Bolívar	Informe de Caracterización de los Centros de Atención de Salud	Recursos económicos, Materiales y Humanos
RESULTADO II Garantizada la Atención Optimizada de Emergencia Obstétrica a pacientes de bajo riesgo	1.Nº de Pacientes Obst. de Bajo Riesgo atendidas oportunamente. 2.Nº de Partos de Bajo Riesgo Atendidos. 3.Nº de R.N.V.R 4.Nº de R.N. Vacunados 5.Nº de R.N. con Apego Precoz y Alojamiento Conjunto	Registros Estadísticos de la Sala de Parto de Bajo Riesgo. Registro de Inmunizaciones	Recursos Técnicos. Materiales Humanos
RESULTADO III Mejorada la Accesibilidad a los Centros de Atención Obstétrica	1.Disminución de las complicaciones Obstétricas por el acceso rápido al COE.	Registros Estadísticos de Epidemiología Regional	Recursos Humanos, Materiales y Técnicos
RESULTADO IV Descongestionada la Sala de Partos del (HULR)	1.Nº de Pacientes de Bajo Riesgo atendidas en la Sala de Bajo Riesgo 2.% de Pacientes de Bajo Riesgo atendidas en H.U.L.R	Registros Estadísticos de la Sala de Parto de Bajo Riesgo. Registros Estadísticos del (H.U.L.R)	Recursos Humanos, Materiales y Técnicos

MATRIZ DE ANÁLISIS DE LOS INVOLUCRADOS

Participantes	Problemas Percibidos	Intereses	Recursos	Conflictos o alianzas
Destinatarios	Limitado solo a pacientes de Bajo Riesgo.	Necesidad de los Centros de Atención Obst. Emergencia	Cooperativas de Servicios y Suministros	Apoyo Comunitario
Autoridades Gubernamentales	Manejo Priorizado de los Recursos Financieros	Dar Respuesta a las políticas de Salud	Financieros	Gobernabilidad
Organizaciones no Gubernamentales	Competencia con otros Proyectos	Tributario Apoyo Social	Financieros	Respuesta Rápida

Los Destinatarios de este proyecto no se limitan solo a la población Objeto de la Sala de Parto de Bajo Riesgo, que se contemplarían como: todas las Pacientes en edad Fértil con Riesgo de embarazarse y que tengan Criterios de Bajo Riesgo, sino también sus familias y su comunidad.

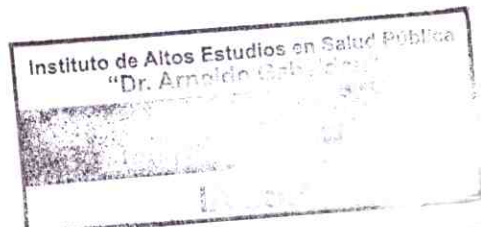
En cuanto a las Autoridades Gubernamentales, su interés por dar una respuesta a las Políticas de Salud, determina el manejo Priorizado de los Recursos dándole Prioridad a los Problemas más relevantes de Salud Pública.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

RESULTADOS N° 1	Construida estructura física, equipada y con el RR HH necesario Sala de Partos de Bajo Riesgo			
	Actividades	Responsable	Lugar	Cuando
1.1 Presentar el Proyecto ante entidades Públicas o privadas para obtener financiamiento.	*Coordinador del Proyecto *Concejos Comunales	Municipio Simón Bolívar Anzoátegui	1° Trimestre del 2008	Humano Técnicos y Materiales
1.2 Construcción de Estructura Física	SALUDANZ Proyecto Salud Ing. Sanitaria	Área Adyacente al Amb. Ali Romero. Mcpio Bolívar	2° Semestre 2008	Financieros Humanos Técnicos
1.3 Equipamiento con Instrumental y Material Med-Quirúrgico. Mobiliario Clínico y Administrativo	SALUDANZ Dir. Proyecto Salud	Sala de Parto de Bajo Riesgo	4° Trimestre 2008	Financieros Técnicos y Materiales
1.4 Contratación del Recurso Humano Completo para Funcionamiento Óptimo	SALUDANZ Dir. Recursos Humanos	Sala de Parto de Bajo de Bajo Riesgo	4° Trimestre 2008	Humano
1.5 Capacitación del personal contratado en la Norma Oficial de Salud Sexual y Reproductiva.	Coordinación del Programa Salud Sexual y Reproductiva	Dirección de Salud Pública. Sala de Partos de Bajo Riesgo	4° Trimestre 2008	Humano Técnico y Materiales

1.6 Elaboración de Reglamento Técnico-Administrativo para el funcionamiento de la Sala de Partos de Bajo Riesgo	Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva	Dirección de Salud Pública SALUDANZ	4º Trimestre 2008	Humanos Técnicos y Materiales
RESULTADO N° 2 Garantizada la Atención Optimizada de Emergencia Obstétrica a pacientes de Bajo Riesgo				
2.1 Capacitar al personal de Salud de la Red Primaria en la Norma Oficial de Salud Sexual y Reproductiva en relación a los criterios de Riesgo Obstétrico	Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva	4º Trimestre 2008	Humanos Técnicos y Materiales
2.2 Desarrollar acciones de información del funcionamiento de la Sala Parto de bajo Riesgo a través de los Medios de Comunicación Social.	Medios de Comunicación Social	Radio Prensa Televisión	4º Trimestre 2008	Humanos Técnicos y Materiales
2.3 Elaborar Programas de Orientación a la Comunidad (Concejos Comunales, Comités de Salud, Población en edad fértil y usuarias) en relación a la existencia y funcionamiento de la Sala de Partos de Bajo Riesgo	Coord. S.S.R Red Primaria de Salud	Salud Pública Ambulats. Red Primaria	4º Trimestre 2008	Humanos Técnicos y Materiales
RESULTADO N° 3 Mejorada la Accesibilidad a los Centros d Atención Obstétrica				
3.1 Ubicación y Funcionamiento de la Sala de Partos de Bajo Riesgo en lugar de fácil acceso Ambulatorio Dr. Alí Romero	SALUDANZ Proyecto Salud	Barcelona Municipio Simón Bolívar	4º Trimestre 2008	Humano Técnico Materiales

3.2 Implementar el traslado a través de Red de Ambulancias de las usuarias que lo ameriten	Salud Pública SALUDANZ	Municipio Simón Bolívar Anzoátegui	4° Trimestre 2008	Humanos y Económicos
RESULTADO N° 4 Descongestionada la Sala de Partos del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti				
4.1 Capacitar a la Comunidad en relación al servicio que se presta en la Sala de Partos de Bajo Riesgo, sus oportunidades y Limitaciones	Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva	Dirección de Salud Pública	4° Trimestre	Humanos Materiales y Económicos
4.2 Implementar Sistema de Referencia y Contrareferencia para la derivación correcta de las usuarias según el riesgo Obstétrico.	Sistemas de Información Estadística del Modelo de Atención Integral	Estado Anzoátegui	4° Trimestre	Humanos y Materiales



RECURSOS NECESARIOS PARA LAS ACTIVIDADES

Área de Construcción	Terreno Adyacente al Amb. Alí Romero con 276,70 x 276,34 mts2. Mcpio. S.Bolívar		Costos en Bolívares y Bolv. Fuertes
MATERIALES	Construcción de Infraestructura	Todas las áreas de la Sala de Parto de Bajo Riesgo *	1.900.000.000 1.900.000
EQUIPAMIENTO	Médico-Quirúrgico	Equipos, Instrumental, Medicamentos *	100.000.000 100.000
	Insumos	Material Fungible *	10.000.000
Mobiliario	Médico	Clínico, *Hospitalización	150.000.000 150.000
	Administrativo	Equipos Audiovisuales y de Oficina *	15.000.000 15.000
		Materiales de Oficina	2.000.000 2.000
Recurso Humano	Médico	6 Gineco-Obstetras 4 Pediatras 7 Residentes	680.000.000 680.000
	Enfermería	10 Enfermeras	
	Administrativo	1 Secretaria de Registros Médico 05 Aseadoras 2 Chóferes de Ambulancia. Personal de Vigilancia	7.000.000 7.000
TOTAL			2.844.000.000 2.844.0

Ver especificaciones de Material

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- 1.- La construcción y puesta en funcionamiento de la Sala de Partos de Bajo Riesgo en el Municipio Simón Bolívar es una necesidad sentida de la población.
- 2.- La Construcción de dicha Sala es un proyecto factible ya que se cuenta con el terreno y el costo es relativamente económico.
- 3.- La Capacitación en la Norma Oficial de Salud Sexual y Reproductiva al personal de Salud, comunidades y usuarias, permitirá optimizar la Atención de la embarazada con criterios de bajo riesgo.
- 4.- La Atención de las pacientes con criterios de bajo riesgo en este Centro descongestionara la Sala de Partos del Hospital Razetti permitiendo mejorar la Atención de alto riesgo e influirá positivamente en la disminución de la Mortalidad Materna del Estado
- 5.- El apoyo de los medios de comunicación es fundamental para la difusión de la existencia de dicho Centro.
- 6.- El conocimiento de los servicios dispensados en este Centro es fundamental para el uso adecuado de mismo

RECOMENDACIONES

- 1.- Aprobar el proyecto presentado en este informe.

- 2.- Evaluar los resultados en cuanto a indicadores de Mortalidad Materna en este Centro para replicar la experiencia en el Municipio y/o en otros Municipios priorizados por las Altas Tasas de Mortalidad Materna .

- 3.- Crear por lo menos una Sala de Atención Obstétrica ampliada para el municipio Simón Bolívar del Estado Anzoátegui. (La Maternidad de Anzoátegui). Para que se garantice una Atención Obstétrica optimizada que brinde seguridad y confianza

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alan, Denver. (1991)** *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. Serie PAITEX. Organización Panamericana de la Salud.
- American Psychological Association.** *Guía breve para la Presentación de un trabajo de investigación según el Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association (APA)* [Documento www] URL <http://www.pastyle.org/pubmanual>
- Anuario Estadístico de Venezuela. (2003)** Instituto Nacional de Estadística. Republica Bolivariana d Venezuela.
- Ballesteros Bayardo, H. (1997).** *Bases Científicas de la Investigación* Editorial Mc. Graw-Hill, Interamericana. México.
- Bernardo, José Luis (2004).** *Proyectos de Desarrollo Local*. Documento De Trabajo. Caracas , Venezuela.
- Biblioteca Virtual, I.A.E.S.P. "Dr. Arnoldo Gabaldón"**
<http://www.iaesp.edu.ve>.
- Biblioteca Virtual, Enfoque del Marco Lógico como herramienta**
Formato de Archivo PDF/Adobe Acrobat
- Diplomado de Gestión en Salud Pública (2005).** *Eje de Epidemiología* Dr. Arnoldo Gabaldón. Maracay, Venezuela
- Dirección de Epidemiología Regional. (2005)** *Informe Estadístico* Recién Nacidos Vivos, Tasa de Natalidad Estatal. Anzoátegui, Vzla.
- Dirección de Epidemiología Regional, (2005)** *Informe Estadístico de Morbi-Mortalidad Materna*. Anzoátegui, Venezuela.
- Instituto Nacional de Estadística, (INE 2006).** *Informe Estadístico Nacional*, Anzoátegui, Venezuela
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social, (2003)** *Norma Oficial para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva*.
- Ministerio de Salud/Dirección Poblacional /Comité de Prevención y Control de la Mortalidad Materna (2005).** *Plan Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna*. Anzoátegui, Venezuela.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social, (2003) *Lineamientos para la Promoción y el desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva*. Caracas, Venezuela.

Ministerio de Salud /UNFPA, (2006). *Evaluación de la Disponibilidad y Utilización de los Servicios Obstétricos para la Definición de Estrategia* Estrategias que Favorezcan la Reducción de la Mortalidad Materna a nivel Estatal. Caracas, Venezuela.

Ministerio de Salud, (2002). Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud Caracas, Venezuela

Organización Panamericana de la Salud, (1999). *Manual sobre el Enfoque de Riesgo*, México

OPS/OMS, (2004). *Estrategia Regional para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna*. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. México.

Pólit, Dense. Hungler, B (2000). *Investigación Científica en Ciencias de La Salud*. Interamericana, México.

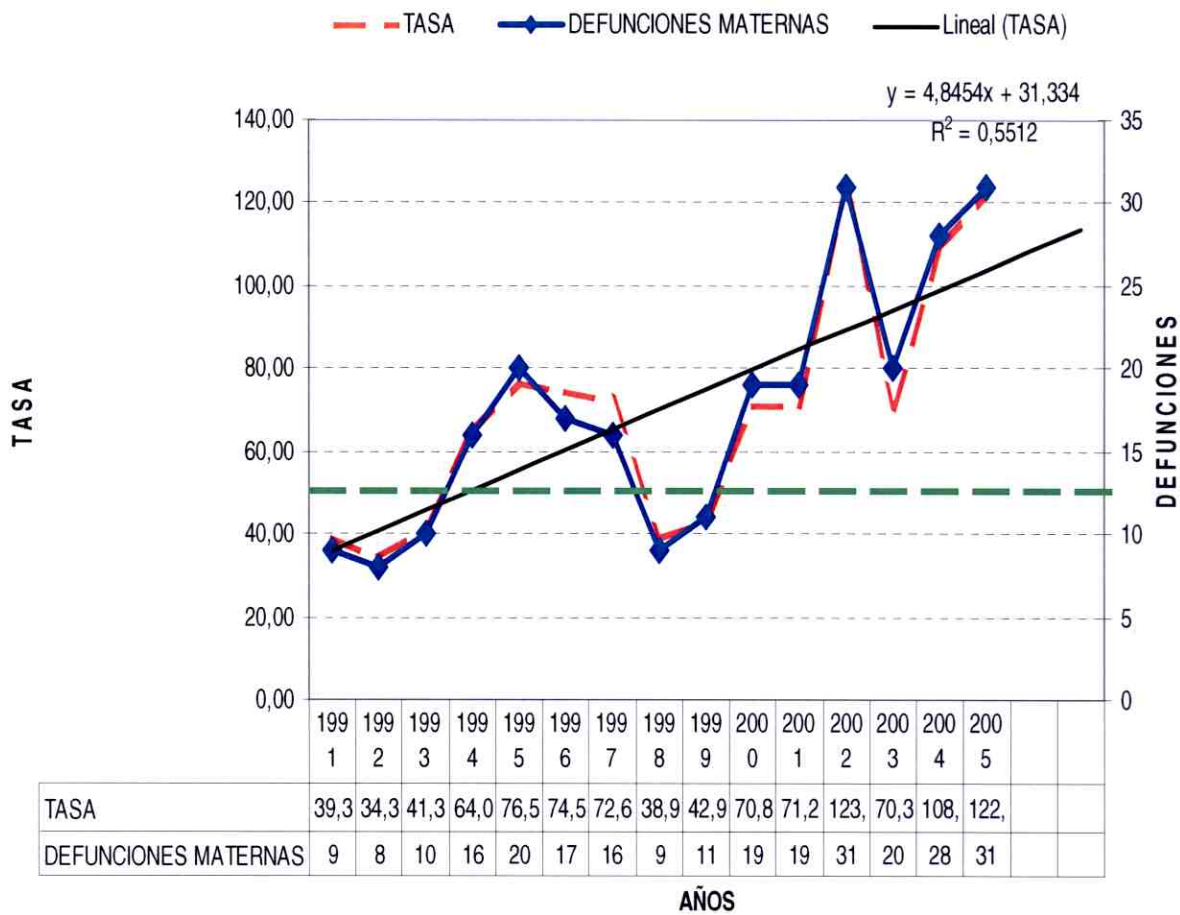
Sabino, C. (1996). *Proceso de Investigación*. Buenos Aires, Argentina.

UNFPA,(2004). *Modelo de las 3 Demoras*. Interamericana. México

ANEXOS

Grafico N° 3

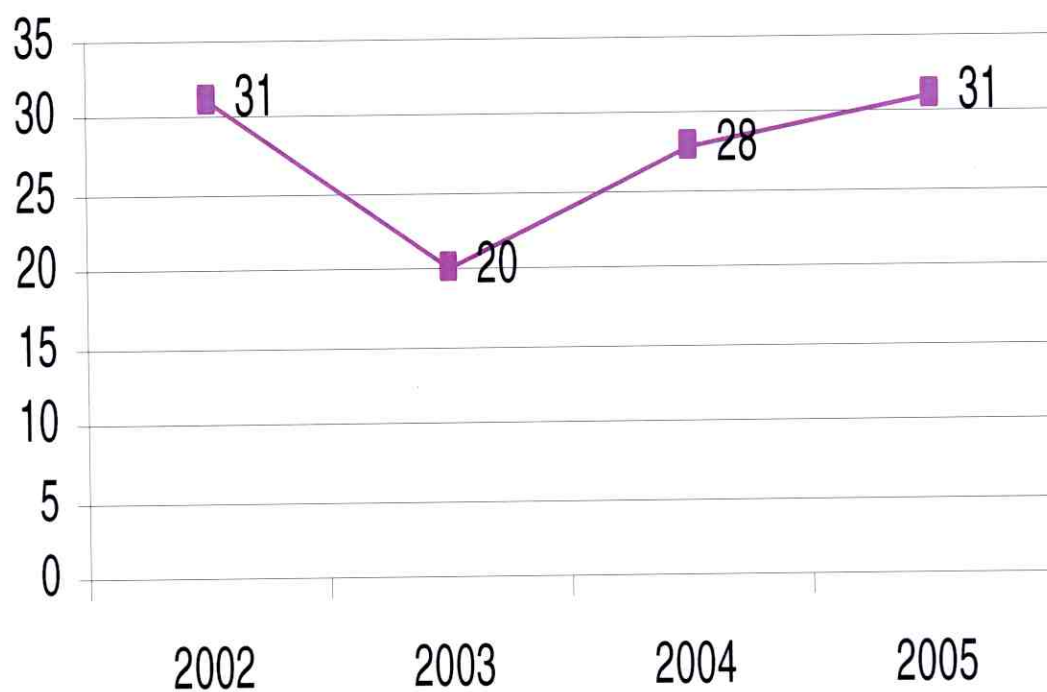
**MORTALIDAD MATERNA, DEFUNCIONES Y RIESGO
ESTADO ANZOÁTEGUI 1.991 - 2.004
(TASA POR 100.000 N.V.R.)**



Coordinación Regional SSR:

Fuente: Epidemiología Reg

**MORTALIDAD MATERNA
ESTADO ANZOATEGUI
AÑOS 2002-2003-2004-2005**



Fuente: Epidemiología Regional

Coordinación Regional SSR

Lista de áreas de la Sala de Partos

INFRAESTRUCTURA SALA DE PARTOS DE BAJO RIESGO.

1. Terreno con área de superficie adecuado (Adyacente al Amb. “ Dr. Ali Romero “ ya disponible).
2. AREAS:
 - Sala de espera y baño.
 - Consultorio.
 - Admisión obstétrica.
 - Baño común para estas dos áreas.
 - Sala de pre-partos y baño.
 - Sala de partos propiamente dicha.
 - Sala de hospitalización y baño con duchas.
 - Habitación para reposo médico.
 - Habitación para reposo de enfermería.
 - Baño común a las áreas de reposo.
 - Faena limpia.
 - Faena sucia.
 - Depósito.
 - Oficina de Registro Civil de Nacimientos.
 - Oficina administrativa.
 - Tanque de agua blanca.
 - Caseta de vigilancia.

Lista de Equipamiento

EQUIPAMIENTO.

- 02- Mesas Ginecológicas.
- 01- Estetoscopio de Pinard.
- 02- Cintas Métricas.
- 01- Equipo Doppler Fetal.
- 02- Equipos de Partos para Primigestas.
- 02- Equipos de Partos para Múltiparas.
- 02- Tensiómetros (01 Transportable de Pedestal y 01 Portátil Manual).
- 01- Equipo de Revisión Uterino.
- 01- Mesa de Atención y Reanimación al Recién Nacido.
- 01- Incubadora de Transporte.
- 01- Laringoscopio con partes para Atención de Adultos y Recién Nacidos.
- 01- Ambú Adulto y Pediátricos (Neonatal).
- Estetoscopios Adultos y Dos (02) de Recién Nacidos.
- 06- Camas para Hospitalización Adultos con Colchones.
- 08- Escabeles.
- 02- Banquillos de Metal para Atención del parto
- 04- Párales.
- 02- Lámparas Cuello de Cisne.
- 01- Mesón para Preparar Medicamentos y Material. Médico Quirúrgico.
- 01- Mesa de Mayo.
- 02- Enchufes para Toma de Oxígeno.
- 02- Estantes para Colocación de Instrumentos y Materiales.
- 01- Balanza de Talla-Peso Adulto.
- 01- Balanza para Recién Nacidos.
- 01- Equipo de ORL.
- 01- Aspirador Portátil.
- 01- Televisor.

01- DVD.

01- Computadora.

01- Radio (comunicación).

01- Video Beam.

01- Bombonas de Q2 de Traslado.

01- Ambulancia.

Mobiliario.

01- Bomba Hidroneumática.

Lámparas de Emergencias.

01- Freezer Verticales.

01- Equipo de Ecosonografía.

02- Divanes de consultas

03- Camillas de traslado.

Teléfonos.

Lista de Medicamentos de la Sala de Partos de Bajo R.

MEDICAMENTOS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALA DE PARTOS SEGÚN NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Andrenalina (amp)
Alfa metil Dopa (tab. 250mgr)
Antibióticos.
Atropina (amp)
Bicarbonato de Sodio al 5% 8amp).
Clorhidrato de Isoxuprina (amp)
Cloruro e Potasio.
Cloruro de Sodio.
Diazepam 8 amp 10mgr.
Difenilhidantonía Sódica (amp 100 mgr)
Dipirona (amp)
Fenobarbital 8 amp 100mgr.
Fenoterol (amp)
Furosemida 8amp)
Gentamicina (gotas ó unguento)
Gluconato de Calcio al 10%.
Ketoprofeno (amp)
Lidocaina Solucion al 1%
Lidocaina Solucion al 2%
Metilergonovina (amp)
Metoclopramida (amp)

Morfina (amp)

Oxitocina (amp)

Solución al 0,45%

Solución Dextrosa al 10%

Solución Dextrosa al 5%

Solución Fisiológica (0,9%)

Solución Ringer Lactato.

Sulfato de Magnesio al 50% (amp)

Vitamina K (amp).

Lista de Insumos de material fungible**MATERIAL FUNGIBLE**

Adhesivo
Gasa y Algodón
Amniostomos
Cánulas de Mayo adulto
Cánulas de Mayo Neonatal
Catéter de Succión N° 10 Y 10 fr, 6 y 10 fr, 8 y 10 fr.
Catéter Endovenoso tipo Yelmo
Catéter Umbilical N° 3,5 y 5 fr
Cepillos Quirúrgicos
Clamps Umbilicales
Electrodos
Equipos de Parto Descartable Estéril
Recolector de Orina
Guantes Estériles
Jeringas Descartables
Microgoteros
Macxogoteros
Mascarilla descartable
Obturadores
Peras de Succión Nasal
Ropa Descartable
Scalps N° 19, 21, 23, 25.
Sondas Nasogástricas
Sondas de Foley
Sondas de Nelaton
Sondas de Aspiración
Suturas Reabsorbibles y permanente

ANALISIS DE PRECIOS EQUIPOS MEDICOS

DESCRIPCIÓN	CANT	Bs.
Mesas Ginecológicas para partos	2	13.490.000,00
Mesas Ginecológicas Standard	2	3.800.000,00
Estetoscopio de Pinard	1	52.000,00
Equipo Doppler Fetal	1	2.000.000,00
Equipos de Partos para Primigestas	2	1.500.000,00
Equipos de Partos para Múltiparas	2	1.600.000,00
Tensiometros Pedestal	1	815.950,00
Tensiometros Portátil	1	695.000,00
Equipo de Revisión Uterino	1	5.000.000,00
Mesa de atención y Reanimación al Recién Nacido	1	5.000.000,00
Incubadora de transporte	1	22.285.714,00
Laringoscopio con partes Atención Recién Nacidos	1	860.000,00
Laringoscopio con partes Atención de Adultos	1	1.690.000,00
Ambu Adultos y pediátricos (Neonatal)	1	1.319.443,70
Estetoscopios Adultos marca Litman	2	250.000,00
Estetoscopios Pediátricos marca Litman	2	250.000,00
Camas para Hospitalización Adultos	6	1.600.000,00
Escabeles	8	45.000,00
Banquillos de metal para atención al Parto	2	300.000,00
Parales	4	87.836,00
Lámpara de Cuello Cisne	2	1.120.000,00
Mesa de Mayo	1	450.000,00
Estante para la colocación de Instrumentos y Materiales	2	850.000,00
Balanza de talla-peso Adulto	1	900.000,00
Balanza para Recién Nacidos	1	2.400.000,00
Equipo de O.R.L. de pared marca Wech Allyn	1	4.872.437,10
Equipo de O.R.L. portátil marca Wech Allyn	1	5.428.571,40
Aspirador portátil	1	140.000.000,00
Ambulancia	1	1.450.000,00
Divanes de consulta	2	1.200.000,00
Camillas de Traslado	2	639.646,85
Bomba hidroneumatica 1 hp	1	300.000,00
Televisor 21"	1	350.000,00
DVD	1	120.000,00
Radio (comunicación)	1	180.000,00
Friezer vertical	1	2.500.000,00

RESUMEN DE COSTOS DE INFRAESTRUCTURA

En términos generales las especificaciones para la construcción de la sala de parto de bajo riesgo adyacente al Ambulatorio Alí Romero, se describen a continuación; aclarando que estos costos son aproximados y están sujetos a cambios. Monto en bolívares

- Replanteo en superficie plana: Bs. 37.168, 16
- Excavación para asiento de fundaciones: Bs. 2.532.225,01
- Metros cuadrados de bloque, pared de e =15 cm: Bs. 98.675.514,4
- Construcción de piso de granito:
- Construcción de revestimiento en paredes ambas caras, obra limpia con mortero cemento – arena:
Bs. 949.410,00
- Construcción de revestimiento en paredes de baños con cerámica: Bs. 854.907,69
- Acondicionamiento de baños con todos los accesorios y equipos necesarios (suma global) : Bs. 5.000.000
- Ductería para aire acondicionado central, debe usarse pitre (poliuretano de alta densidad): Bs. 10.000.000
- Equipos de aire acondicionado central (3 equipos aprox.): Bs. 20.232.831,54
- Puertas entamboradas de madera (16 puertas aprox.: Bs. 3.078.103,84
- Construcción de techo con tabelones: Bs. 22.350.951,2
- Impermeabilización en techo con sika fill: Bs.18.000.000,00
- Instalaciones eléctricas en general: Bs. 5.000.000,00 Monto total aproximado.: Bs. 1.989.564.484,00 Fuente:Oficina

Fuente: Oficina Proyecto Salud SALUDAZ