

**CARACTERIZACIÓN DEL PARTO NO INSTITUCIONAL EN EL MUNICIPIO DE
ACEVEDO HUILA 2007-2008**

**REINALDO ARCE CASANOVA
MARIA FERNANDA RUBIANO PERDOMO
LUZDEY ARTUNDUAGA CASTRO
JOSE ALEJANDRO MURILLO AUDOR**

**CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SALUD**

NEIVA, OCTUBRE DE 2009

**CARACTERIZACIÓN DEL PARTO NO INSTITUCIONAL EN EL MUNICIPIO DE
ACEVEDO HUILA 2007-2008**

**Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gerencia de las
Organizaciones de la Salud**

**REILNALDO ARCE CASANOVA
MARIA FERNANDA RUBIANO PERDOMO
LUZDEY ARTUNDUAGA CASTRO
JOSE ALEJANDRO MURILLO AUDOR**

**DR. EDGAR PEÑA RODRIGUEZ
DIRECTOR**

**CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SALUD
NEIVA, OCTUBRE DE 2009**

Nosotros, **REINALDO ARCE CASANOVA, MARIA FERNANDA RUBIANO PERDOMO, LUZDEY ARTUNDUAGA CASTRO, JOSÉ ALEJANDRO MURILLO AUDOR** manifestamos en este documento nuestra voluntad de ceder a la Corporación Universitaria Iberoamericana, los derechos patrimoniales, consagrados en el Artículo 72 de la Ley 23 de 1982, de la Investigación denominada: **“CARACTERIZACIÓN DEL PARTO NO INSTITUCIONAL EN EL MUNICIPIO DE ACEVEDO HUILA 2007-2008 ”**. La Corporación Universitaria Iberoamericana, entidad académica sin ánimo de lucro, queda por lo tanto facultada para ejercer plenamente los derechos anteriores cedidos en su actividad ordinaria de Investigación, Docencia y Publicación. La cesión otorgada se ajusta a lo que establece la Ley 23 de 1982.

En nuestra condición de autor nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada de conformidad con el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982. En concordancia suscribimos éste documento y hacemos entrega del trabajo final a la Biblioteca General de la Corporación Universitaria Iberoamericana.

NOMBRE	FIRMA	CEDULA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. “Los derechos de autor recaen sobre las obras científicas, literarias y artísticas las cuales se comprenden todas las creaciones del espíritu en el campo científico, literario y artístico, cualquiera que sea el modo o forma de expresión y cualquiera que sea su destinación, tales como: los libros, folletos y otros escritos; las conferencias, alocuciones, sermones y otras obras de la misma naturaleza; las obras dramáticas o dramático-musicales; las obras coreográficas y las pantomimas; las composiciones musicales con letra o sin ella; las obras cinematográficas, a las cuales se asimilan las obras expresadas por procedimiento análogo a la cinematografía, inclusive los videogramas; las obras de dibujo, pintura, arquitectura, escultura, grabado, litografía; las obras fotográficas a las cuales se asimilan las expresadas por procedimiento análogo a la fotografía; las obras de arte aplicadas; las ilustraciones, mapas, planos, croquis y obras plásticas relativas a la geografía, a la topografía, a la arquitectura o a las ciencias, y, en fin, toda producción del dominio científico, literario o artístico que pueda reproducirse, o definirse por cualquier forma de impresión o de reproducción, por fonografía, radiotelefonía o cualquier otro medio conocido o por conocer”

El Vicerrector Académico y el Director del Programa, oído el concepto del respectivo Director y de los evaluadores, hace constar que el Proyecto Titulado **“CARACTERIZACIÓN DEL PARTO NO INSTITUCIONAL EN EL MUNICIPIO DE ACEVEDO HUILA 2007-2008”**, fue debidamente aprobado de acuerdo con los Reglamentos de la Corporación.

En Constancia se firma a los _____ días del mes de _____ de 2009.

Dr. Henry Eduardo Vargas A.
Vicerrector Académico

Dra. Adriana Jimena Garces
Directora del Programa

TABLA DE CONTENIDO

	Página
0. INTERES	10
1. ÁREA	11
2. ÉNFASIS	11
3. ANTECEDENTES	11
3.1 Directos	11
3.2 Indirectos	14
4. ESCENARIOS	19
4.1 Geográfico	19
4.2 Poblacional	22
4.3 Temporal	22
5. APOYO	22
5.1 Político	22
5.2 Institucional	22
5.3 Comunitario	22
5.4 Financiero	23
6. IMPACTO	23
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
7.1 Diagnóstico	23
7.1.2 Análisis Estructural	24
7.1.2.1 Síntomas	24
7.1.2.2 Factores Asociados	24
7.2 Pronóstico	26
7.3 Control al Pronóstico	27
8. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	27
9. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	27
10. OBJETIVO GENERAL	28
11. OBJETIVOS ESPECIFICOS	28
12. ANÁLISIS ESTRATEGICO	28
12.1 Análisis de Condiciones	28
12.2 Análisis DOFA	29
12.3 Diseño de Estrategias	30
12.4 Análisis de Impacto y Gobernabilidad	31
12.5 Plan de Acción	32
13. JUSTIFICACIÓN	33
14. MARCO DE REFERENCIA	33

	Página
15.A MARCO LÓGICO	36
15.B MARCO METODOLOGICO	38
15.1 Tipo de Estudio	38
15.2 Método	38
15.3 Población a Estudiar	38
15.4 Unidad de Análisis	38
15.5 Formulación de Preguntas	38
15.6 Instrumento	39
16. PLAN OPERATIVO	39
17. PRESUPUESTO	40
18. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	40
19. REFERENCIAS	43

ÍNDICE DE TABLAS

	Pagina
TABLA 1	21
TABLA 2	24
TABLA 3	24
TABLA 4	28
TABLA 5	39
TABLA 6	42

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
FIGURA 1	25
FIGURA 2	29
FIGURA 3	30
FIGURA 4	41

ÍNDICE DE ANEXOS

	Página
ANEXO 1	44
ANEXO 2	45
ANEXO 3	46
ANEXO 4	49
ANEXO 5	51
ANEXO 6	52

0. IDENTIFICACION DEL INTERÉS

El principal interés de trabajar en el proyecto es el vacío de información que existe, ya que se desconocen los factores asociados al parto no institucional en el municipio de Acevedo, por tanto a partir de la información que arroje la investigación lograr implementar acciones necesarias para que en lo posible todos los nacimientos se realicen en la institución de salud en donde podrán recibir de manera oportuna e inmediata una atención de calidad para el binomio madre-hijo.

En el municipio de Acevedo para el año 2008 se atendieron 398 gestantes a quienes se les realizaron 1619 controles prenatales y fueron atendidos 178 partos en la institución. Por lo anterior es de mucho interés para la institución dilucidar la razón por la cual las gestantes no están acudiendo a recibir los servicios de atención del parto en la institución de salud.

Así mismo concurre un interés profesional y social dirigidos a mejorar y fortalecer la calidad en la prestación del servicio con el fin de disminuir de manera significativa el riesgo de las gestantes y de los recién nacidos al momento del parto por fuera de la institución, como el desprendimiento placentario que pueden presentarse incluso en mujeres con embarazo de bajo riesgo, que de no ser tratadas de forma inmediata y en un ambiente quirúrgico, pueden llegar a ser fatales; la hemorragia uterina o la hemorragia ocasionada por lesiones del canal del parto, que podrían aparecer luego del nacimiento y cuyo control o resolución (medicación endovenosa, sutura de desgarros) se torna dificultosa en el ambiente domiciliario. Otra de las situaciones más peligrosas es el sufrimiento fetal agudo (asfixia fetal) que requiere una intervención inmediata con fórceps u operación cesárea de urgencia, para prevenir secuelas neurológicas en el recién nacido o incluso la muerte del bebé. Asimismo, en el parto domiciliario es muy difícil realizar maniobras de reanimación del recién nacido, ya que se requiere de instrumental y equipamiento especial (laringoscopio, tubo endotraqueal, oxígeno).

Es importante destacar que existen beneficios para el Recién Nacido y la madre al ser canalizados a los planes de detección temprana y protección específica, como por ejemplo, planificación familiar, cuidado en el puerperio, educación sobre los beneficios de la lactancia materna, educación con respecto al cuidado y a la crianza de los hijos, atención y seguimiento oportuno del proceso de gestación con el fin de prevenir y controlar los factores de riesgo asociados al embarazo, identificar tempranamente las pacientes de alto riesgo, empoderar a la madre y acompañantes

para que sean actores activos en la detección de los riesgos maternos antes, durante y después del proceso de la gestación, educar a la madre y pareja para que se integren y participen activamente en el proceso de la gestación y el nacimiento de un nuevo ser; en cuanto al recién nacido brindar atención oportuna por médico y enfermería, realizar la vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), llevar a cabo la inscripción al programa de Crecimiento y Desarrollo, entre otras.

1. ÁREA

El área de desempeño del presente proyecto es en salud, una vez que se pretende establecer las razones por las cuales existe un gran porcentaje de madres gestantes que tienen sus bebés en otro sitio diferente a la institución de salud que opera en el municipio.

El proyecto es de desarrollo institucional con el cual se pretende atender una necesidad observada a través de datos estadísticos que corresponden al año 2007 y 2008 en la ESE Hospital San Francisco Javier del municipio de Acevedo.

2. ENFASIS

El proyecto es de carácter comprensivo, ya que existe un vacío de información sobre los factores asociados por los cuales las madres gestantes no asisten al hospital local para la atención en el momento del parto, esto permitirá a la ESE Hospital San Francisco Javier construir unas estrategias institucionales concretas que impactaran directamente en el aumento del parto institucional y en la calidad del servicio a esta población.

3. ANTECEDENTES

3.1 Directos

En el año 2007 la institución prestó los servicios de control prenatal a 315 gestantes, de las cuales el 73.3 % de ellas tuvieron parto institucional; para el año 2008, solo el 44.7 % de un total de gestantes en CPN de 398 tuvo el parto en la institución.

La ESE San Francisco Javier en sus archivos no cuenta con la información disponible sobre los motivos por los cuales las gestantes no asisten a la institución

de salud para la atención del parto, debido a esto se realiza un acercamiento con el personal de la ESE como promotoras y auxiliares de enfermería para indagar cuales podrían ser los factores asociados al parto no institucional y concluyeron, que hace falta humanización por parte de los médicos y enfermeras para la atención de gestantes, ausencia de un sitio apropiado para la estancia de ellas y su acompañante, así como también se denota la falta conocimiento y responsabilidad sobre el embarazo, al igual que las parteras quienes atienden partos sin medir consecuencias.

Así mismo se realiza un acercamiento con el Enfermero Jefe Roberto Niño Polo uno de los funcionarios responsables del programa de promoción y prevención de la Institución, con el fin de indagar sobre los factores asociados a la problemática en estudio, quién nos expresa que durante sus años laborados, la dificultad que se ha venido presentando con el parto no institucional es la falta de culturización, lejanía de las veredas y estímulos para las madres.

Estas situaciones se complican más porque las maternas sobre todo las del área rural, generalmente tienen un nivel cultural leve o moderado que no les permite reclamar oportunamente sus derechos y desconocen que son prioridad dentro del sistema de salud, y aun más si residen en una vereda distante de la IPS municipal.

Para lograr disminuir los riesgos que presentan las gestantes con el parto No Institucional se han creado estrategias como IAMI ¹ cuyo propósito inicial fue recuperar la práctica de la lactancia materna como una estrategia de supervivencia infantil, por su contenido de factores inmunes que protegen al niño de las enfermedades más frecuentes, causantes en muchas ocasiones de muerte en la primera infancia. Así mismo se plantearon acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia natural en las instituciones con atención materna e infantil, a través del cumplimiento de “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”, conocidos como los criterios globales. La dinámica de la implementación de la IAMI ha demostrado que resulta provechosa cuando se articula a otras estrategias, programas o iniciativas como maternidad segura, planificación familiar, vacunación, control de crecimiento y desarrollo, salud bucal, prevención de ITS y VIH/SIDA y Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, para citar solo algunas.

¹ IAMI Manual de Aplicación. Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud, Universidad Industrial de Santander, PROINAPSA-UIS. Abril 2005

3.2 Indirectos

De acuerdo a la información que reposa en la Secretaria de Salud Departamental con respecto al municipio de Acevedo tenemos que para el año 2007², se presentaron 20 partos desagregados de la siguiente manera, 4 partos atendidos por promotora, 16 partos atendidos por partera. Esto nos permite analizar que en el municipio a pesar de los programas y estrategias puestos en marcha existen factores asociados que no les permiten a las madres gestantes tener su parto en la institución de salud.

Al analizar la cobertura del parto institucional VS el parto domiciliario en el Departamento se tiene que para el año 2007 la proporción de partos domiciliarios fue solo del 1.6%, los cuales en su mayoría: 47% (114) de los partos extra institucionales fueron atendidos por otras personas como familiares; el 30.5% (74) partos atendidos por parteras y los restantes: 54 atendidos por promotoras de salud. Esto indica la importancia de trabajar con los grupos de apoyo comunitarios para que conozcan sobre el parto institucional y participen en la canalización de las usuarias; promover la consulta de control prenatal con acompañamiento y brindar atención con calidad, calidez en el marco de la IAMI (Institución Amiga de la Infancia) integral, para lograr que el 100% de los partos sean institucionales³.

COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL vs DOMICILIARIO



Fuente: Secretaria de Salud Departamental

² Boletín Salud Sexual y Reproductiva, Secretaria de Salud Departamental del Huila, Consolidado de Informes Trimestrales SSR 2000-2007.

³ Boletín Salud Sexual y Reproductiva, Secretaria de Salud Departamental del Huila, Consolidado de Informes Trimestrales SSR 2000-2007.

El departamento del Huila posee población indígena y grupos de Parteras a nivel municipal (Algeciras, La Plata, Acevedo, Oporapa, Santa María, Baraya, Isnos, Tarqui, Iquira, La Argentina y Suaza), lo cual se presenta como una problemática en la atención del parto institucional en relación al parto domiciliario, pero es de recalcar que se han implementado estrategias a nivel departamental, de sensibilización en pro de la concientización de esta población para evitar la atención del parto por las mismas y de igual forma mostrándoles los compromisos legales que se pueden presentar por la inadecuada atención que estas le dan a las maternas en la atención del parto, pero rescatándoles la importancia de ellas, en el proceso de canalización y acompañamiento en el proceso de la atención del parto institucional por parte del personal debidamente capacitado para este fin.

COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL vs DOMICILIARIO



Fuente: Secretaría de Salud de Departamental

Para el año 2008 el Parto Institucional vs El Domiciliario en 0.9% con respecto al año anterior, teniendo como consecuencia un aumento del parto domiciliario en un 2.5%.

En Colombia el Plan Nacional de Desarrollo⁴ del actual presidente plasmado en el periodo 2006-2010, tiene entre sus metas mantener en 95% la cobertura de atención institucional del parto. De tal manera que en el Plan Nacional de Salud Pública⁵ para igual periodo, en su objetivo número dos, Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva presenta estrategias divididas en la líneas de políticas, en este orden de ideas la línea de política 2 y 3 se refiere a la Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud en uno de sus puntos designa la Identificación y capacitación por competencias de las alternativas no institucionales para la atención, esto constituye una tarea de los organismos de salud en cabeza de todos los actores del sistema para erradicar este tipo de prácticas que atentan contra la salud materna.

⁴ Plan Nacional de Desarrollo. Hacia un Estado Comunitario: Desarrollo para Todos. Presidente Álvaro Uribe de Colombia.

⁵ Plan Nacional de Salud Pública. Decreto 3039. Presidencia de la República. Año 2007.

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud⁶ del año 2005 en el componente de Salud Materno Infantil, el 87% de los embarazos de los últimos cinco años fue atendido por médicos y 7% por enfermeras; entre 2000 y 2005, la atención por parte de médicos es igual y la de las enfermeras aumentó en tres puntos porcentuales. Las parteras atendieron muy pocos embarazos y 6% de las embarazadas no fue atendida por nadie; así mismo el 92% de los partos tuvo lugar en una institución de salud, la gran mayoría (88%) del sector público y el resto del sector privado; el 8% de los nacimientos ocurrieron en la casa. El 91% fue atendido por médicos y enfermeras. El 27% de los nacimientos fueron por cesárea.

En la ciudad de Bogotá se realizó durante los años 1999 y 2000 una investigación cualitativa cuyo título fue Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá D.C.⁷. En los aspectos culturales encontraron lo siguiente, el 77,6 % de las mujeres entrevistadas expresaron haber vivido experiencias de partos en casa, ya sea por parte de sus familiares cercanas (abuelas, tías y mamá) ó por ellas mismas.

Según los comentarios escuchados provenientes de sus madres y abuelas, la percepción negativa de las mujeres en torno a los hospitales y a los médicos se ha manifestado desde tiempo atrás y se transmite de generación en generación.

Uno de los factores con mayor fuerza explicativa fue la convicción por parte de las mujeres de que el parto en casa es lo mejor y lo más natural, valorando las vivencias y consejos de las madres y abuelas y experiencias propias exitosas. Se valoraron los aspectos positivos del parto en casa representados en la seguridad, tranquilidad y confianza que da el hogar.

Con respecto a la calidad de los servicios hallaron lo siguiente, la percepción negativa de los servicios de salud fue un factor importante para optar por el parto en casa. Se evidenció una clara insatisfacción en el ámbito de las relaciones interpersonales: usuarias – personal de salud (maltrato verbal, abuso, humillación). Además manifestaron inconformidad en aspectos técnicos de la atención. Varias de estas percepciones se basaron en experiencias previas negativas vividas en los hospitales, incluyendo las cesáreas.

El miedo y la desconfianza a los hospitales y a los médicos aparecieron con mucha fuerza. Las mujeres expresaron sentir pánico de lo que les pueda suceder en un hospital. Se manifestó en algunos casos como un riesgo. Las mujeres plantearon la

⁶ Encuesta de Demografía y Salud. Profamilia, Colombia 2005.

⁷ Revista de salud Pública. <http://w.w.w.revmed.unal.edu.co/revistas/v3n2/v3n2a3.htm>

imposibilidad de establecer diálogo con el personal de salud y opinar sobre las decisiones a tomar sobre su cuerpo y su salud.

Algunas mujeres acudieron al hospital, y una vez examinadas fueron devueltas a sus casas por considerar que todavía faltaba tiempo (en algunos casos días) para el parto. Según los relatos, los partos sucedieron transcurridas pocas horas de haber llegado de vuelta a la casa. En estos casos el factor condicionante es muy claro y su explicación está relacionada con deficiente atención por parte del personal de salud, fallas en la capacidad técnica y subvaloración de las apreciaciones de las mujeres. Se evidenció la incapacidad del personal de salud para detectar síntomas más allá de lo que está descrito en la literatura, en los casos de las mujeres que fueron devueltas, porque aún no habían roto membranas y al volver a sus casas se produce el nacimiento.

Se encontró una alta satisfacción de las mujeres (73 %) durante el trabajo de parto y parto, asociada a bienestar, tranquilidad, buena atención, buen trato, presencia y apoyo del esposo y ayuda de la partera. Las mujeres destacaron la importancia que tiene el estar acompañadas de sus seres queridos, especialmente el esposo. También hubo mujeres asustadas, inseguras y nerviosas, al igual que algunas que tuvieron problemas en el parto (3,9 %) y expresan su inconformidad.

El 52,4 % de los partos fueron atendidos por partera ó partero, 36,2 % por familiares y conocidos. En el 81,9 % de los casos las personas acompañantes (incluidas parteras y parteros) tuvieron actitudes de apoyo y atención lo cual fue valorado por las mujeres y lo recuerdan en forma gratificante. Algunas personas acompañantes manifestaron preocupación y desespero en el momento del parto, viéndose imposibilitadas para colaborar. Estas corresponden con mayor frecuencia a los casos de las mujeres que habían planeado su parto en el hospital quienes no tenían las condiciones previstas, ni la disposición psicológica para abordar esta situación.

El 75 % de las mujeres se sintieron bien después del parto, relacionando el bienestar con abrigo, comida caliente, sueño tranquilo, alivio, descanso, tranquilidad y felicidad. Las mujeres expresaron continuamente en los relatos las diferencias entre el hospital y la casa en cuanto a bienestar se refiere.

Para el año 2000, los líderes de 189 países se reunieron en la sede de Naciones Unidas en Nueva York y aprobaron la Declaración del Milenio. La declaración se tradujo en un plan de acción que creó 8 objetivos medibles y con límite de tiempo que debían alcanzarse para el año 2015, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM⁸): Uno de los objetivos es Mejorar la Salud Materna y dentro de los

⁸ Objetivos del Desarrollo del Milenio. Naciones Unidas. Nueva York. Año 2008.

indicadores tenemos: -Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado, -Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas).

En Santa Cruz de la Sierra, Bolivia en el año 2003⁹ se motivo la realización de una Consulta Técnica Regional sobre Atención Calificada del Parto en América Latina y el Caribe, esta consulta fue convocada por el Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna que conto con la participación de equipos nacionales de once países priorizados del Centro y Suramérica; cuya conclusiones fueron:

- La importancia de asegurar el acceso de todas las mujeres embarazadas a “una atención de salud digna y calificada en el parto y el nacimiento” ya que toda muerte materna es un exceso y una vergüenza.
- Que si bien la mejora de las competencias clínicas debe abarcar el embarazo, el parto/nacimiento y el puerperio, existe un reconocimiento y acuerdo en que el enfoque en el parto es crucial, porque alrededor de éste ocurren el 80% de las muertes maternas.
- Que el mejoramiento clínico de las competencias debe incluir una dimensión personal, para mejorar el trato humano mediante el diálogo y una dimensión cultural. Ambas con especial énfasis a favor de las mujeres pobres y las mujeres indígenas, porque son las que más sufren y entre las que se cuentan más muertes maternas.
- Que es necesario trabajar en equipo, en la medida en que la reducción de la mortalidad materna y la atención calificada del parto son responsabilidades de todo el personal de salud. Es portante y necesario mejorar la calificación de los proveedores no médicos así como su autoestima, a fin de que tengan la seguridad que son parte del equipo de salud.

⁹ Consulta Técnica Regional Atención calificada del parto en América Latina y el Caribe. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.2003

4. ESCENARIO

4.1. Geográfico:

Localidad: El municipio de Acevedo es de origen indígena de la nación Andaki; llegada a Colombia en el año 700; se conocen datos desde 1660 año en el cual se estableció la misión de los padres Franciscanos en San Francisco Javier de la Ceja, hoy sitio de Pueblo Viejo.

La reducción de los Andaki fue una de las preocupaciones principales de las autoridades españolas. Los padres franciscanos recibieron el encargo de adelantar la fundación de un centro en pleno territorio Andaki. Fue así como echaron los fundamentos de San Antonio sobre la vía que conduce al Caquetá en una eminencia sobre la margen derecha del río Suaza y los del pueblo de San Francisco Javier sobre la margen izquierda del mismo río frente a los dominios de la poderosa tribu de los Anayacos, en el sitio de pueblo viejo. Desde principios del siglo XVIII, los poblados tuvieron diversas alternativas, pues los indígenas reducidos eran pocos, frecuentemente se fugaban y los indígenas no reducidos atacaban las poblaciones. El poblado de San Antonio, donde alcanzó a existir convento, fue abandonado, pero el pueblo de San Francisco se asentó definitivamente en el sitio actual, propio para la defensa, alrededor de la donación que estas tierras hiciera a los indios doñas Helena de Valderrama el 6 de Agosto de 1756.

Desde los primeros tiempos se veneró la imagen San Francisco Javier; en 1.776 Fray José de la concepción Vicuña llevó la imagen de Nuestra Señora de las Gracias que comenzó a ser venerada como vicepatrona.

En 1825 el pueblo de San Francisco Javier de la Ceja de Andaquies, fue declarado como distrito; en 1.824 fue suprimido el municipio y agregado a Suaza; nueve años más tarde fue elevado nuevamente a municipio con el nombre de la Cea, pero fue agregado a Santa librada (Suaza), nuevamente.

A instancias de Don Santiago Motta la asamblea del Tolima expidió la Ordenanza número 32 del 25 de junio de 1898 que lo erigió en municipio con el nombre de La Concepción. Fue su primer alcalde don Gabriel Motta Sterling, así como su primer Párroco lo fue el padre Esteban Rojas, después Obispo de la Diócesis.

En 1935, la asamblea Departamental, mediante ordenanza 025, cambia el nombre

de LA CONCEPCION por ACEVEDO, en nombre del tribuno del pueblo JOSÉ ACEVEDO Y GOMEZ.

El templo fue proyectado por monseñor Rojas y Construido por el padre Ignacio Curt, sacerdote español de grata memoria, Destruído por el terremoto de 1.967 fue levantado nuevamente bajo la administración de Padre Jesús Antonio Munar.

El nombre actual de Acevedo se debe al deseo de honrar la memoria del Tribuno del Pueblo José de Acevedo y Gómez, muerto en sus montañas. Por iniciativa del historiador huilense ingeniero Joaquín García Borrero la Asamblea Departamental de 1935 aprobó la Ordenanza Número 25 que rindió homenaje al prócer de la Independencia mutándole el nombre al Municipio de la Concepción por el que hoy ostenta.

El proyecto se desarrollara en el municipio de Acevedo Huila, ESE Hospital san Francisco Javier, localizado al sur del departamento Huila, sobre las estribaciones de le cordillera oriental y su ramal llamado Serranía de la Ceja, no solo constituye su límite natural sino que enmarca el municipio orientándolo hacia el Norte. Esta circunstancia hace que la topografía de Acevedo sea muy quebrada ya que no goza sino de valles pequeños o vegas en las márgenes del río Suaza.

Las principales alturas comprendidas dentro de la superficie municipal son: en la cordillera Oriental Cerro Punta que se prolonga en una serranía hacia el Norte bajo la cual se encuentra la asombrosa Cueva de los Guacharos y el filo de la Esperanza; Serranía de la Ceja; Mesa Alta en los confines con Suaza y el filo del Frisol en los límites con Timaná.

Sobre la cordillera se encuentra la depresión de La Ceja o paso de los Andaquies a 2.000 metros de altura sobre el nivel del mar, la menor altura que tiene esta mole andina en toda su extensión.

Límites al Norte: Con el municipio de Suaza, desde el nacimiento de la quebrada Queso en el cerro de Mesa Alta, siguiendo éstas aguas abajo hasta su desembocadura en el río Suaza arriba hasta su nacimiento en la cordillera. *Sur:* Limita con los municipios de San José del Fragua - Caquetá y Piamonte - Cauca siguiendo el filo de la cordillera oriental por los picos de la Fragua y cerro Punta hasta encontrar el nacimiento del río Mandiyaco. *Oriente:* Con el municipio de Belén de los Andaquies Caquetá, desde el nacimiento de la quebrada Anayaco siguiendo en dirección Sur-Oeste por el filo de la cordillera oriental hasta los picos de la Fragua. *Occidente:* Con el municipio de Palestina, desde el nacimiento del río Mandiyaco en dirección Norte hasta el punto conocido como el Alto de Riecito, luego con el municipio de nacimiento de la quebrada el Guadual, luego con el municipio de Timaná desde este punto hasta el cerro de mesa alta.

Temperatura media: 22° C.

Población: 26.594 Habitantes

Economía: El Municipio de Acevedo, es uno de los mayores productores de café, con una producción en el año 2.006 de 10.514,91 Toneladas y 9.054 hectáreas cultivadas; otros productos de menor importancia y que presentan una baja participación en el contexto departamental son: plátano, frijol tradicional y tecnificado, maíz tradicional, tomate de mesa, plátano intercalado, cacao, caña panelera, yuca cebolla junca, frutales como: guayaba, granadilla, piña, lulo y mora, que en conjunto representan una área sembrada de 2.647,5 hectáreas y una producción semestral de 9.478 toneladas, aproximadamente.

Otra actividad económica que genera un aporte sustancial a la economía Aceveduna es el ganado Bovino, con unas 4.630 cabezas, de las cuales 1.067 son vacas lecheras, que producen 3 litros diarios, las razas predominantes son el Cebú, Pardo Suizo y Holstein; en ganado porcino existían 2.100 animales; el sub sector avícola participa con 67.000 aves de postura y engorde; otras especies como el ganado caprino, caballar y, mular y animales de labor tienen muy baja participación.

El principal centro de atracción turística es el Parque Nacional Natural Cueva de los Guácharos, en el cual se encuentra el sitio que le da su nombre por la abundancia de Guacharos, pájaros nocturnos que la habitan, se constituye en “una de las mayores maravillas naturales de Colombia, se encuentra situada en la base del cerro Punta, sobre la cordillera de la Ceja. El río Suaza se precipita por una importante cueva de más de seis hectáreas de extensión, recorriéndola con intrépido ensordecedor. La cueva presenta inmensos salones en dos pisos superpuestos, corredores laberínticos, atrevidas cornisas, terrazas, en fin todo aquello que puede pasar el ánimo de los espíritus ávidos de emociones fuertes.

Además del mencionado parque el municipio cuanta con un gran potencial turístico aún sin explorar, representada en petroglifos, diversidad de paisajes como el valle del río Suaza, donde se podría consolidar como un lugar de pernoctación vacacional que podría generar ingresos a los habitantes de la localidad.

4.2. Poblacional:

La población del municipio de Acevedo corresponde a 26.594 habitantes discriminados de la siguiente manera:

TABLA 1

EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-14 Años	4.702	4.505	9.207
15-19 Años	1.328	1.290	2.618
20-59 Años	6.171	6.327	12.498
Mayor de 60 Años	1.118	1.156	2.274

Fuente: Base de datos SISBEN

4.3. Temporal:

Teniendo en cuenta las fases de Identificación y Formulación se estima que la ejecución del proyecto tendrá una duración de un año y probablemente en el primer semestre del año 2010 se inicie su implementación.

5. APOYO

5.1 Político: Plan de Desarrollo Departamental 2008-2011, Plan de Desarrollo Municipal 2008-2011, Plan de Choque para la reducción de la mortalidad materna.

5.2 Institucional: Alcaldía Municipal, Secretaria de Salud Departamental.

5.3 Comunitario: Habitantes del municipio por medio del comité central de veedurías comunitarias.

5.4 Financiero: Alcaldía Municipal, Secretaria de Salud Departamental.

6. IMPACTO

Mediante el presente proyecto se pretende tener la información necesaria para plantear estrategias que incrementen el porcentaje de parto institucional, con lo que se espera mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud, en la atención prenatal, natal y postnatal de las gestantes del Municipio de Acevedo.

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

7.1 *Diagnostico*

El municipio de Acevedo durante el año 2007 tuvo un total de 255 partos de los cuales 16 (9.4%) fueron partos domiciliarios, siendo este el primero en el Departamento en presentar esta problemática. El parto en casa ó parto domiciliario tiene como marco la salud materna y perinatal, la cual ha experimentado cambios importantes en su conceptualización, al pasar de la mirada del binomio madre hijo y el control de la natalidad al análisis de la salud sexual y reproductiva, integrando aspectos sociales, culturales, demográficos de desarrollo y de género; este paradigma ha girado en torno a que una de las condiciones importantes en el cuidado materno es la atención institucional tanto de la gestación como del parto, el puerperio y el recién nacido. Así mismo, es bien sabido que el parto domiciliario atendido en condiciones deficientes acarrea un riesgo importante para la salud de la madre, del neonato ó de ambos.

Entre los factores condicionantes del parto no institucional se destaca la seguridad y bienestar que proporciona el hogar, el miedo y desconfianza hacia los médicos y los hospitales, las deficiencias de los servicios en la atención del parto y la falta de afiliación de las gestantes al SGSSS; de igual forma la percepción negativa de los servicios de salud es un factor importante para optar por el parto en casa, otro agente determinante es la insatisfacción en el ámbito de la relaciones interpersonales: usuarias – personal de salud (maltrato verbal, abuso, humillación), paralelo a esto inconformidad en aspectos técnicos de la atención basadas en experiencias previas negativas vividas en los hospitales.

Dentro de otros aspectos las maternas que acuden al hospital, y una vez examinadas pueden ser devueltas a sus casas por considerar que todavía faltaba tiempo (en algunos casos días o falta de un sitio para albergar la materna) para el parto. En estos casos el factor condicionante es muy claro y su explicación está relacionada con deficiente atención por parte del personal de salud, fallas en la capacidad técnica y subvaloración de las apreciaciones de las mujeres.

Entre otros aspectos tenemos la falta de transporte en sitios alejados al casco urbano, manifestándose los problemas de acceso geográfico a los que se ven sometidas las mujeres de estos sectores del municipio.

Es importante que los usuarios conozcan sus derechos y deberes que se genera el estar embarazada, Entre los derechos que mencionan las mujeres están la atención por parte del Estado durante la gestación, el parto y el primer año de vida del niño, la atención humanizada, el buen trato, prioridad en la atención, derecho a no ser maltratadas en el ámbito doméstico y derechos laborales.

7.1.2 Análisis Estructural

7.1.2.1 Síntomas

- Aumento en un 0.9% del parto No institucional del año 2007 al 2008.
- Complicaciones del parto por atención no institucional del mismo.
- Las estrategias implementadas por la institución no logran incrementar el porcentaje de parto institucional

7.1.2.2 Factores Asociados

- Desinterés por parte de los tomadores de decisiones en salud de conocer los factores asociados al parto no institucional.
- La planeación de acciones institucionales se realiza sin el conocimiento de las realidades.
- El parto domiciliario no se considera como un evento de riesgo.

La tabla 2 muestra el análisis de interdependencia entre los factores asociados, y la tabla 3 nos permite identificar las variables.

Tabla 2. Análisis de interdependencia o matriz de interrelaciones

FACTORES ASOCIADOS	1	2	3	PTI
Desinterés por parte de los tomadores de decisiones en salud de conocer los factores asociados al parto no institucional.	x	5	5	10
La planeación de acciones institucionales se realiza sin el conocimiento de las realidades	3	x	4	7
El parto domiciliario no se considera como un evento de riesgo	3	3	x	6
PTD	6	8	9	23
			x	7,6

Escala:

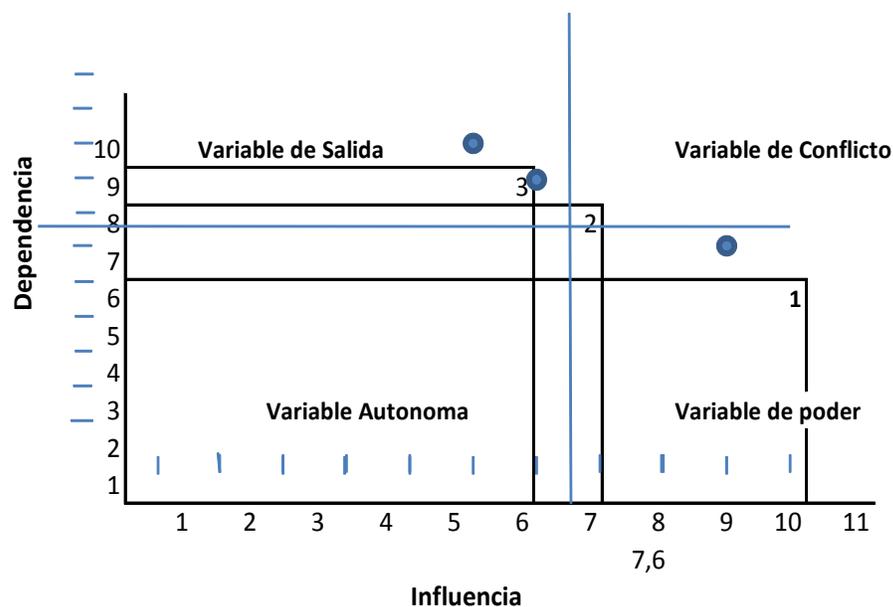
- 1:** Influencia mínima del factor sobre otro.
- 2:** Relativa influencia “No determinante” del factor sobre el otro.
- 3:** Influencia importante, pero no definitiva.
- 4:** Influencia significativa tanto como la del otro.
- 5:** Máxima influencia “Determinante” de la ocurrencia del otro.

Tabla 3. Identificación de Variables

Factores	Influencia	Dependencia	Tipo
1	10	6	Poder
2	7	8	Salida
3	6	9	Salida

La distribución en el plano cartesiano que ubica cada una de las variables se puede ver en la figura 1.

Figura 1. Identificación de las variables



Por lo anterior se puede concluir que la variable de poder, se ve directamente establecidas en el desinterés por parte de los tomadores de decisiones en salud de conocer los factores asociados al parto no institucional.

7.2 Pronóstico

Observando la realidad existente en el Municipio de Acevedo, se pronostica que si no se logra que los tomadores de decisiones en salud conozcan los factores asociados al parto no institucional, continuarían presentándose partos domiciliarios lo que podría ocasionar aumento de la morbilidad al binomio madre-hijo.

En el término de un año el número de partos domiciliarios aumentarían, tendencia que se mantendría en los años siguientes, disparando así los riesgos gineco-obstétricos en las gestantes y los índices de morbi-mortalidad materno-infantil.

7.3 Control al Pronóstico

Se espera que con la información recolectada se plantearan estrategias para la reducción de los partos no institucionales lo que permitiría a la mujer en post parto evitar problemas como la hemorragia uterina o la hemorragia ocasionada por lesiones del canal del parto, así mismo al recién nacido se le brindaría seguimiento oportuno del proceso de gestación, atención oportuna por medico y enfermera y se le realizaría la vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), además se inscribiría al programa de Crecimiento y Desarrollo, esto en consecuencia evitaría el sufrimiento fetal agudo (asfixia fetal) y múltiples dificultades que atentarían contra la vida del recién nacido.

8. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta lo anterior, se observa que la necesidad, radica en el desconocimiento de los factores asociados al parto no institucional ya que es claro que existen vacios de información que no permiten establecer estrategias claras para disminuir esta problemática.

9. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

- 1) Desinterés por parte de los tomadores de decisiones en salud de conocer los factores asociados al parto no institucional.
- 2) La planeación de acciones institucionales se realiza sin el conocimiento de la realidad.
- 3) El parto domiciliario no se considera como un evento de riesgo.

10. OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores asociados al parto no institucional en el municipio de Acevedo en el año 2007 y 2008.

11. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Brindar información confiable a los tomadores de decisiones
- 2) Fortalecer la planeación e implementación de los programas institucionales de la ESE.
- 3) Instruir a las madres gestantes participantes en el proyecto sobre el derecho a la salud.

12. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

En este apartado se presenta lo relacionado con el análisis estratégico que involucra análisis de condiciones, análisis de condiciones, análisis DOFA, perfil de factibilidad, diseño de estrategias, análisis de impacto y gobernabilidad.

12.1 *Análisis de condiciones para el cumplimiento de los objetivos*

Para el logro de los objetivos propuestos, se cuenta con el apoyo financiero, administrativo, institucional y comunitario de la ESE Hospital san Francisco Javier del municipio de Acevedo tal como se muestra en el anexo1. Como también el recurso humano de la ESE San francisco Javier.

De este análisis se concluye que los recursos necesarios para el desarrollo del proyecto son los descritos a continuación: *Recursos Humanos:* 17 Auxiliar de enfermería, 7 Promotoras de salud, 1 Gerente, 1 Coordinador médico, 1 Psicólogo/a, 2 Jefes de enfermeras. *Documentos Guías:* Encuesta de demografía y salud, Plan nacional de salud sexual y reproductiva, Bibliografía, Objetivos de desarrollo del milenio. *Recursos Tecnológicos:* 1 Computador de mesa, 1 Computador portátil, 1 Impresora, 1 Escritorio, 1 Video Beam. *Recursos de Infraestructura:* Oficina y

Auditorio. *Apoyo Comunitario*: Madres que tenido sus parto domiciliario. *Apoyo Financiero*: Se requerirá material educativo alusivo a los derechos en salud.

12.2 Análisis de debilidades, oportunidades, fortalezas y debilidades-DOFA-

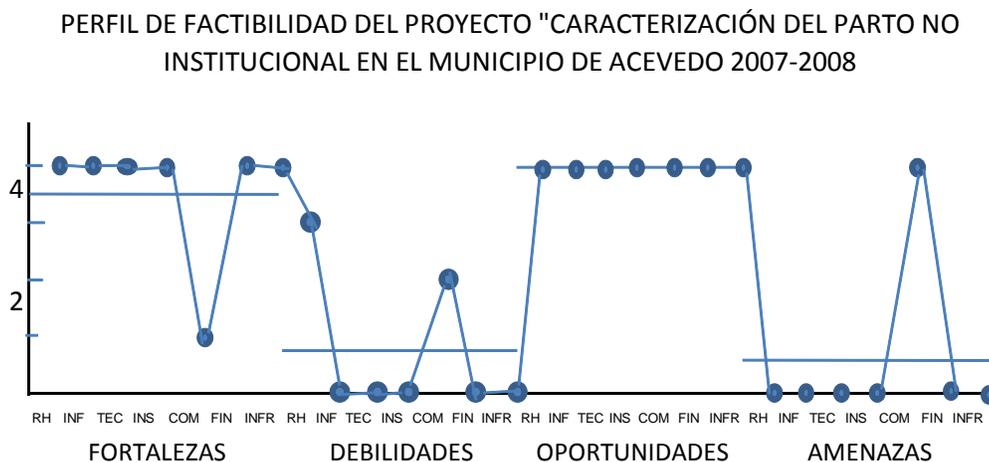
Todo proyecto debe ser analizado desde los aspectos endógenos que le son propios, como de los exógenos, que permiten conocer la viabilidad del mismo.

Tabla 4. Consolidado de las sumatorias y promedios del DOFA

ASPECTO	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDAD	AMENAZA
RECURSO HUMANO	4	3	4	0
INFORMACIÓN	4	0	4	0
APOYO TECNOLÓGICO	4	0	4	0
APOYO INSTITUCIONAL	4	0	4	0
APOYO COMUNITARIO	1	2	4	4
APOYO FINANCIERO	4	0	4	0
INFRAESTRUCTURA	4	0	4	0
SUMATORIA TOTAL	25	5	28	4
PROMEDIO TOTAL	3.5	0.7	4	0.6

El análisis DOFA realizado se muestra viable ya que el promedio de las fortalezas y oportunidades es más alto que las debilidades y amenazas, el margen de oportunidades es más alto permitiendo minimizar el riesgo, tal como se observa en el anexo 2. Análisis DOFA.

La figura 2 nos deja ver el perfil de factibilidad del proyecto.



Análisis: El proyecto se observa viable debido a que se cuenta con unos niveles de fortalezas altas y a pesar que algunas debilidades se muestran moderadamente altas, el margen de oportunidad es alto permitiendo minimizar las amenazas.

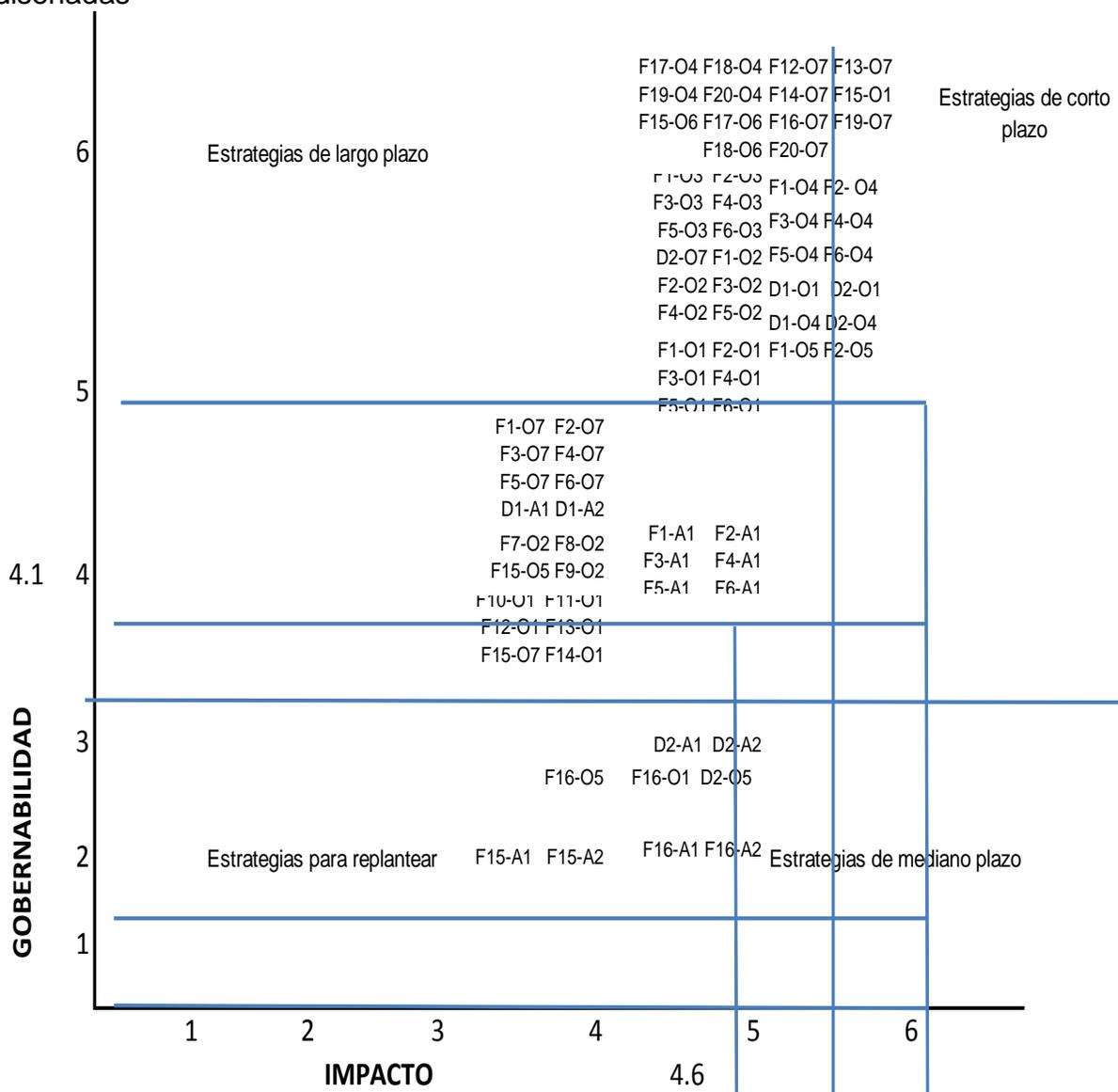
12.3 *Diseño de Estrategias*

Se considera que la viabilidad del proyecto de acuerdo al perfil de factibilidad enunciado en el apartado anterior requiere del planteamiento y ejecución de las siguientes estrategias, tal cual como se muestra en el anexo3, la ESE tiene el 100% del personal que se necesita para la investigación, el personal vinculado a la investigación conoce y navega en internet, además cuenta con herramientas para la tabulación y análisis de la información, se tiene una participación del 100% del personal, los funcionarios puede desplazarse a las veredas donde se identifique población objeto de la investigación, la comunidad conoce la gestión realizada para mejorar la calidad en la prestación del servicio, gracias a la experiencia con el trabajo comunitario se motivara a la población objeto para la elección de la representante, se tiene el apoyo del proyecto por parte de la gerencia, la información se puede consultar por internet, El personal tiene conocimientos en el manejo de los sistemas, la ESE dispone de una oficina para ubicar las herramientas necesarias para el desarrollo del proyecto, está dispuesto por la institución el auditorio para proyectar la capacitación, se cuenta con el aval de la gerencia para vincular el personal necesario para el desarrollo de la investigación, además están dispuestos vehículos para transportar a los funcionarios hacia las diferentes veredas del municipio, la gerencia financiara el proyecto y facilitara espacios necesarios para el desarrollo de esta, así

mismo permitirá la participación de la comunidad, se tiene fácil acceso a la población, la ESE dispone del espacio para la socialización del proyecto y para proyectara la capacitación sobre mecanismos de participación, la gerencia permite organizar el turno de los funcionarios para que logren participar en la investigación, con esto podrán concertar espacios para fomentar la participación de la comunidad, la gerencia es de puertas abiertas a la comunidad y tiene buenas relaciones permitiendo el acercamiento, existe en la ESE un espacio cómodo donde se puede concertar y fortalecer los mecanismos de participación comunitaria.

12.4 Análisis de impacto y gobernabilidad

La Figura 3 deja ver el análisis de impacto y gobernabilidad sobre las estrategias diseñadas



La identificación de las acciones que permiten identificar las metas a largo plazo, mediano y corto plazo de acuerdo a su impacto y gobernabilidad se muestran en la figura 3, análisis que permite diseñar el plan de acción a seguir y que se describe a continuación.

12.5 Plan de Acción

Metas a corto plazo: Estas son las que generan mayor impacto y gobernabilidad en el proyecto: 1) La ESE tiene el 100% del personal que se necesita para la investigación 2) El personal de salud cuenta con herramientas para la tabulación y análisis de la información 3) Participación del 100% del personal 4) El personal puede desplazarse a las veredas donde se identifique población objeto de la investigación 5) La comunidad conoce la gestión realizada para mejorar la calidad en la prestación del servicio 6) La gerencia apoya el proyecto 7) Existe una oficina para ubicar las herramientas necesarias para el desarrollo del proyecto 8) Existe un auditorio para proyectar la capacitación 9) La gerencia permite la vinculación del personal para el desarrollo de la investigación 10) La Gerencia financiará la investigación 11) Se cuenta con el espacio para dictar la capacitación a la población objeto 12) Se cuenta con el apoyo de la gerencia para organizar de los turnos del personal involucrado en la investigación 13) La gerencia es de puertas abiertas y tiene buenas relaciones con la comunidad 14) Existe un espacio cómodo donde se puede concertar la participación de la población objeto 15) El personal vinculado a la investigación conoce y navega en internet.

Metas a mediano plazo: Estas metas son las que generan mediana gobernabilidad y mayor impacto en el proyecto: 1) Gracias a la experiencia con el trabajo comunitario se motivará a la población objeto para la elección de la representante 2) El personal de salud no perderá tiempo buscando la población 3) Socializar con la población objeto los beneficios obtenidos con la investigación y los mecanismos de participación comunitaria 4) Se facilita el desplazamiento del personal de salud permitiendo el acercamiento con la población 5) Fortalecer los mecanismos de participación de la población objeto.

Metas a largo plazo: 1) El personal de salud tiene el espacio en la ESE para el desarrollo de la investigación 2) Se puede consultar en internet 3) El personal conoce y maneja los sistemas 4) La Gerencia facilita los espacios necesarios para la investigación 5) Distribuir los turnos del personal de salud para fomentar la participación en este tipo de proceso.

13. JUSTIFICACIÓN

Al conocer los factores asociados al parto no institucional en el municipio de Acevedo permitirá recolectar información confiable que servirá a los tomadores de decisiones la planeación de programas que apuntaran hacia las necesidades de la comunidad gestante favoreciendo la salud tanto de las madres como de sus hijos.

Así mismo la investigación fomentara la participación de la comunidad como agente principal de todas las políticas que permitirá una retroalimentación de estrategias y/o acciones que se impulsen en beneficio de ellos.

Se hace un proyecto relevante ya que no existen registros en la ESE y el municipio sobre los factores asociados al parto domiciliario es por esto la relevancia de la investigación que coadyuva a la creación de estrategias que ofrezcan al binomio madre-hijo un trato humano y calidad en la prestación del servicio, esto se verá reflejado en el aumento de la cobertura del parto institucional y en la salud de esta población específica.

14. MARCO DE REFERENCIA

En octubre de 2007, la Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobó una nueva meta para el acceso universal a servicios de salud reproductiva; los indicadores para medir el progreso hacia la meta son: proporcionar acceso a servicios de planificación de la familia para reducir las cantidades de embarazos no deseados y espaciar los embarazos deseados, abordar el embarazo en la adolescencia y proporcionar atención prenatal para prevenir los riesgos de salud que afectan a madres y niños.

Los problemas de salud reproductiva siguen siendo en todo el mundo la causa principal de enfermedad y muerte de las mujeres en edad de procrear. El efecto de las iniciativas de salud reproductiva es que la maternidad se hace menos riesgosa al mejorar el acceso a la planificación familiar, reduciendo así los embarazos no deseados y lograr un espaciamiento entre cada embarazo; proporcionar atención por personal calificado y suministrar atención obstétrica a todas las mujeres que padecen complicaciones del parto.

La labor relativa a salud reproductiva y derechos reproductivos requiere enfoques con sensibilidad cultural debido a que esas cuestiones son aspectos fundamentales de la cultura. Las personas en gran medida, aceptan las normas culturales y se adaptan, por las buenas o las malas, a los comportamientos esperados. La religión tiene un lugar privilegiado en muy diversas culturas, y las personas aceptan de buen grado o al menos acatan los sistemas de creencias religiosas; la religión es un componente fundamental en las vidas de muchas personas e influye sobre las decisiones y las acciones más íntimas; así mismo hay diferentes significados religiosos de la reproducción y la salud reproductiva, incluso dentro de una misma religión.

Una de las decisiones más importantes que adopta una pareja es si tener hijos o no, cuántos hijos tener y cuando tenerlos, anteriormente las rígidas limitaciones sociales y culturales conformaban el comportamiento de procreación, la mortalidad de menores de cinco años era elevada y se necesitaban altas tasas de fecundidad para la supervivencia de la sociedad.

Las personas y las comunidades asignan una amplia gama de significados a la salud reproductiva y los derechos reproductivos, las interpretaciones pueden variar entre personas pertenecientes a una misma comunidad. La sensibilidad cultural atañe a percibir y comprender esas diversas significaciones y estar preparados para algunas realidades inesperadas; la sensibilidad cultural contribuye a mitigar y superar la resistencia de algunos aspectos de importancia dentro de la religión, por ello los enfoques con sensibilidad cultural son instrumentos imprescindibles para las organizaciones de desarrollo interesadas en promover la salud sexual y reproductiva. El desafío cultural busca ayudar a países, a las comunidades y a las personas a que interpreten principios universales dotados de sensibilidad cultural y al respecto formular programas que las personas realmente puedan considerar como propios. Al reconocer y apoyar las acciones locales, es importante entablar alianzas con quienes forjan la opinión pública y con los líderes; la sensibilidad cultural requiere que se tengan en cuenta las numerosas otras acciones locales en pro del cambio por parte de organizaciones de diversos tipos: de mujeres, de jóvenes, y de trabajadores; y también que se tengan en cuenta las maneras en que dichas organizaciones colaboran entre sí y se esfuerzan recíprocamente.

La religión es un componente central en la vida de muchas personas y una importante dimensión de la cultura, que influye sobre las decisiones y las acciones más íntimas; a veces se invoca la religión para justificar algunas prácticas culturales ya establecidas. Los enfoques con sensibilidad cultural son indispensables para alcanzar los Objetivos del Milenio, que incluyen el objetivo 5, reducir en 75% el índice de mortalidad materna; las cantidades de mujeres que pierden la vida como consecuencia del embarazo y el parto han permanecido desde 1980, en aproximadamente 536.000 por año.

Para lograr reducir la mortalidad derivada de la maternidad es preciso ofrecer mejor atención durante el embarazo y el parto, brindando servicios de emergencia en caso de que surjan complicaciones, acceso a métodos de planificación familiar, brindarle estancia a la materna durante los días previos al parto y a un acompañante; para tener éxito en estas iniciativas es importante actuar con sensibilidad cultural.

La atención a todos los partos por personal capacitado, sumada a una gama de intervenciones antes, durante y después del embarazo, es una de las claves de la salud materna. El personal de la salud está constituido por médicos, enfermeras, auxiliares y parteras, quienes cuentan con los conocimientos y la experiencia para atender embarazos y partos normales sin complicaciones en la mujer y recién nacido, y remitir a las pacientes a servicios apropiados de atención obstétrica y de emergencia.

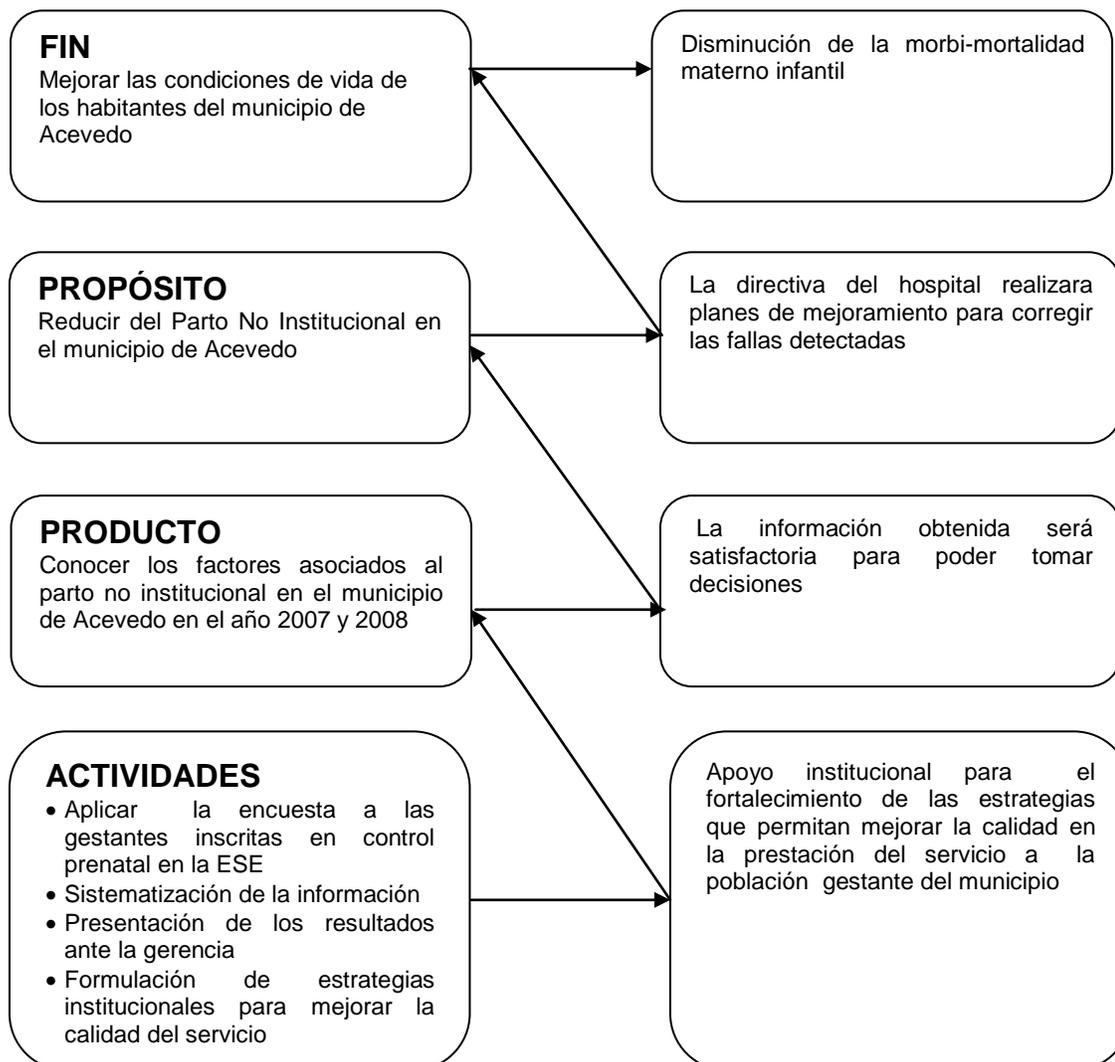
Uno de los factores más influyentes dentro de la sociedad son los estilos de vida, así mismo las expectativas están cambiando aceleradamente, a medida que aumenta la movilidad geográfica y social, también cambian las relaciones entre miembros de las familias y de las comunidades. Los cambios en las oportunidades sociales y económicas están transformando las expectativas y los deseos de las personas en relación con sus familias.

A medida que las culturas van influyendo sobre el marco en que se aplican las políticas, también resultan transformados los diversos elementos constitutivos de la cultura. Por consiguiente, los significados, las normas y las prácticas culturales no son inmutables; atraviesan transiciones y cambian, a medida que las personas y los grupos adquieren nueva información, aumentan sus capacidades y están expuestos a diferentes ámbitos. En conclusión la sensibilidad cultural sigue siendo un componente clave de políticas que traten de responder a los desafíos sociedad.

15 A. MARCO LOGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	VERIFICADORES	SUPUESTOS
FIN Mejorar las condiciones de vida de los habitantes del municipio de Acevedo	DE IMPACTO Expectativa de vida de los habitantes del municipio de Acevedo	RIPS Informes trimestrales de salud sexual y reproductiva	Disminución de la morbi-mortalidad materno infantil
PROPÓSITO Reducir del Parto No Institucional en el municipio de Acevedo	DE EFECTO Número de partos institucionales / Total de partos en el Municipio	Documento donde están los resultados de la investigación	La directiva del hospital realizara planes de mejoramiento para corregir la fallas detectadas
PRODUCTO Conocer los factores asociados al parto no institucional en el municipio de Acevedo en el año 2007 y 2008	DE PRODUCTO No. De factores asociados enunciados	Encuestas aplicadas	La información obtenida será satisfactoria para poder tomar decisiones
ACTIVIDADES Aplicar la encuesta a las gestantes inscritas en control prenatal en la ESE	DE PROCESOS/COSTOS No. de encuestas aplicadas a madres gestantes/Total de gestantes inscritas en control prenatal	Encuestas aplicadas	La información recolectada cumple con los objetivos de la investigación
Sistematización de la información	No. Encuestas tabuladas/Total de encuestas	Archivos guardados en el computador	Se tomaran decisiones por las directivas de la ESE desde las necesidades de las madres gestantes
Presentación de los resultados ante la gerencia	No. De factores asociados arrojados por la información recolectada	Documento donde esta tabulada y analizada la información	
Formulación de estrategias institucionales para mejorar la calidad del servicio	No. De estrategias formuladas	Documentos institucional donde se encuentran formuladas la estrategia	

LOGICA HORIZONTAL: CONDICIONES SUFICIENTES



15 B. MARCO METODOLOGICO

15.1 Tipo de Estudio

El proyecto es de carácter comprensivo, ya que existe un vacío de información sobre los factores asociados por los cuales las madres gestantes no asisten al hospital local para la atención en el momento del parto, esto permitirá a la ESE Hospital San Francisco Javier construir unas estrategias institucionales concretas que impactaran directamente en el aumento del parto institucional y en la calidad del servicio a esta población.

15.2 Método

El grupo investigador utilizara como método principal la encuesta, por considerarla particularmente útil y pertinente cuando se trata de indagar acerca de las percepciones de las personas y buscar la explicación a un aspecto específico del comportamiento humano. La indagación se centrara en los factores que determinan la decisión por la cual las usuarias decidieron no acudir a la institución para la atención del parto en la ESE Hospital San Francisco Javier de Acevedo.

15.3 Población a Estudiar

Se entrevistarán las mujeres que asistieron al CPN en el año 2007 y 2008 que tuvieron su parto en el 2008 y 2009.

15.4 Unidad de análisis

La fuente primaria y más importante la constituye el testimonio de las mujeres.

15.5 Formulación de las preguntas

Las preguntas de investigación son las que consideramos pertinentes o derivadas del problema en investigación y se centraran en los siguientes tópicos o categorías que

constituyen la base para el desarrollo de las siguientes fases en la investigación. A continuación los o categorías deductivas del estudio:

- Datos de identificación básicos (edad, estado civil, ubicación, antecedentes gineco-obstetricos)
- Influencia familiar y de personas cercanas
- Motivo principal del parto en casa.
- Satisfacción del parto en casa.
- Consecuencias derivadas del parto en casa.
- Embarazo, control prenatal y control posparto: uso de los servicios de salud.
- Percepción de la calidad de los servicios.
- Afiliación al sistema de salud.
- Percepción del costo y acceso económico para atención del parto en institución de salud y en casa.
- Acceso geográfico a servicios de salud.
- Conocimiento de derechos de las gestantes y recién nacidos.
- Percepción del parto en casa y percepción del riesgo.

15.6 Instrumento

Como instrumento central para la recolección de la información se utilizara la entrevista personalizada realizada por el grupo de estudio y se realizara en cada hogar donde esté ubicada la usuaria. En la encuesta se combinan preguntas acerca de experiencias o comportamientos, opiniones, sentimientos, conocimientos y sensaciones. También se contemplan algunas características sociodemográficas de la población.

El instrumento se encuentra en el anexo 6.

16. PLAN OPERATIVO

En la figura 4 se muestra la ruta crítica que permite establecer el tiempo máximo de desarrollo de las actividades.

El proyecto tiene una duración de máxima en su fase inicial de 25 días. La tabla 5. Muestra el cálculo del tiempo estimado en la ruta crítica.

17. PRESUPUESTO

El presupuesto de ingresos y gastos previstos para el desarrollo del proyecto por costo unitario y total, de acuerdo al rubro establecido se detalla a continuación en la tabla 6.

18. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Finalmente, en el anexo 5 muestra el cronograma de actividades de acuerdo a la programación operativa establecida.

Tabla 5. Ruta critica

ACTIVIDADES	Ruta	Tiempo esperado	Actividades Precedentes	Tiempo temprano de inicio	Tiempo temprano de finalización	Actividades sucesivas	Tiempo tardío de inicio	Tiempo tardío de finalización	Holgura
A. Solicitar a la gerencia la participación del personal de salud de la ESE en la investigación	1-2	3.1	0	0	3.1	1.3+1.1+3.1+3+4.1+2.5+8	16.9	20	16.9
B. Realizar la presentación de la investigación al personal de salud	2-3	1.3	3.1	3.1	4.4	1.1+3.1+3+4.1+2.5+8	16.2	20.5	13.1
C. Presentar el presupuesto de la investigación a la gerencia de la ESE	3-4	1.1	3.1+1.3	4.4	5.5	3.1+3+4.1+2.5+8	18.5	19.6	14.1
D. Se tienen ubicadas las madres gestantes que han tenido su parto por fuera de la institución	4-5	3.1	3.1+1.3+1.1	5.5	8.6	3+4.1+2.5+8	11.4	14.5	5.9
E. Establecer con la gerencia el día y la hora en que el personal se desplazará a las veredas para aplicar la encuesta.	5-6	3	3.1+1.3+1.1+3.1	8.6	11.6	4.1+2.5+8	8.6	11.6	0
F. Concertar con la gerencia el vehículo para el desplazamiento del personal de salud a las veredas del municipio	6-7	4.1	3+3.1+1.1+1.3+3.1	11.6	15.7	2.5+8	2.3	6.4	0
G. Solicitar la oficina a la gerencia para ubicar los equipos para la tabulación y análisis de la información	1-2	2.3	0	0	2.3	3.1+4+8.3+2.5+8	21.3	23.6	21.3
H. Está disponible la oficina en la ESE	2-3	3.1	2.3	2.3	5.4	4+8.3+2.5+8	16.6	19.7	14.3
I. Solicitar a la gerencia conexión de internet para la oficina donde se ubicará el grupo de investigación	3-4	4	3.1+2.3	5.4	9.4	8.3+2.5+8	10.8	14.8	5.4
J. Realizar reuniones en cada una de las veredas para fomentar la elección de una representante de las madres gestantes para la planeación de programas institucionales	4-7	5.1	4+2.3+3.1	9.4	13	2.5+8	0	5.4	9.4
K. Solicitar el préstamo del auditorio de la ESE para el fomento de la participación comunitaria	7-8	2.5	8.3+4+2.3+3.1	17.7	17.7	8	3	5.5	14.7
L. Programar una reunión con la población objeto para explicar el contenido de la investigación	1-2	8.1	0	0	8.1	7.6+20.8+8	20.2	28.3	20.2
M. En las reuniones programadas con la comunidad se fortalecerán los mecanismos de participación	2-3	7.6	8.1	8.1	15.7	20.8+8	13.6	21.2	5.5
N. Realizar reuniones en cada una de las veredas para fomentar la elección de una representante de las madres gestantes para la planeación de programas institucionales	3-9	5.3	7.6+8.1	15.7	36.5	8	0	2.7	13
O. Programar una reunión para mostrar los logros alcanzados en el hospital por la actual administración	8-9	8	2.5+4.1+3+3.1+1.1+1.3+3.1	18.2	26.2	0	0	8	18.2

Figura 4. Diagrama de Red de actividades-Ruta Crítica

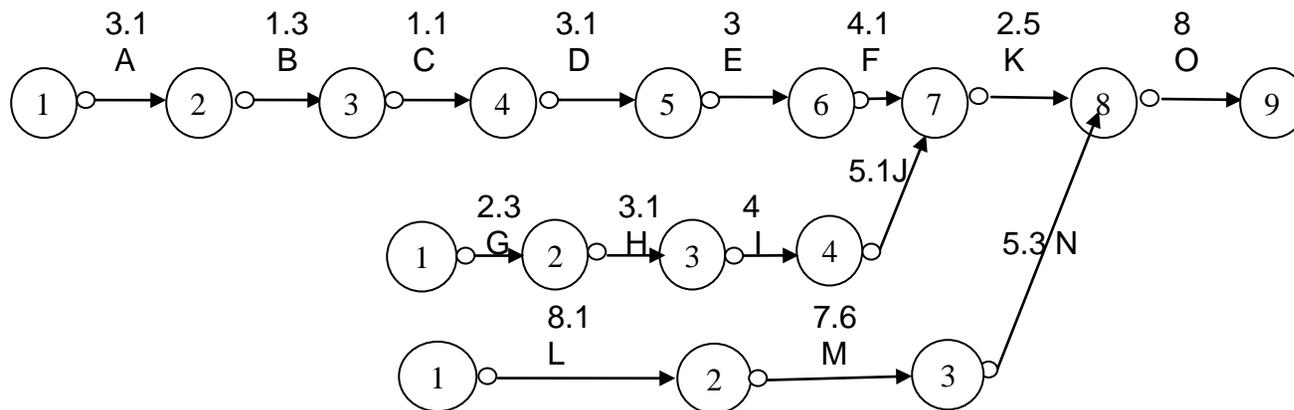


Tabla 6. PRESUPUESTO DE INGRESOS INVERSIONES Y GASTOS DEL PROYECTO CARACTERIZACION DEL PARTO NO INSTITUCIONAL EN EL MUNICIPIO DE ACEVEDO HUILA 2007-2008

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	TOTAL
INGRESOS RECURSOS HOSPITAL ESE SAN FRANCISCO JAVIER				43.690.000
TOTAL DE INGRESOS	43.690.000	0	0	43.690.000
INVERSION EN RECURSO FISICO				
EQUIPO DE OFICINA	680.000	0	0	680.000
Escritorio	500.000	0 0	0	500.000 500.000
Silla	180.000	0	0	180.000
EQUIPO DE COMPUTACION Y COMUNICACION	9.810.000	0	0	9.810.000
Computador de mesa	1.100.000	0	0	1.100.000
Computador portátil	1.500.000	0	0	1.500.000
Impresora multifuncional	210.000	0	0	210.000
Video Beam	2.000.000	0	0	2.000.000
Planta de sonido	5.000.000	0	0	5.000.000
TOTAL INVERSION EN RECURSOS FISICOS	10.490.000	0	0	10.490.000
GASTOS OPERACIONALES				
Honorarios Profesionales	28.200.000	0	0	28.200.000
7 Auxiliares de enfermería	4.200.000	0	0	12.600.000
1 Enfermera	1.300.000	0	0	15.600.000
COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	3.000.000	0	0	3.000.000
UTILES PAPELERIA Y FOTOCOPIAS	2.000.000	0	0	2.000.000
TOTAL GASTOS OPERACIONALES	33.200.000	0	0	33.200.000
TOTAL INVERSION Y GASTOS	43.690.000	0	0	43.690.000

19. REFERENCIAS

HUBNER, CAMACHO, Virginia, murillo de la galvez Alberto, murdock Martha, borrás Puig cristina, vasquez escobar alexia, consulta técnica regional Atención Calificada del parto en América latina y el Caribe, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.2003

Estado de la población mundial 2008

Objetivos del Desarrollo del Milenio. Naciones Unidas. Nueva York. Año 2008.

Revista de salud Pública. <http://w.w.w.revmed.unal.edu.co/revistas/v3n2/v3n2a3.htm>

IAMI Manual de Aplicación. Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud, Universidad Industrial de Santander, PROINAPSA-UIS. Abril 2005

Boletín Salud Sexual y Reproductiva, Secretaria de Salud Departamental del Huila, Consolidado de Informes Trimestrales SSR 2000-2007.

Plan Nacional de Desarrollo. Hacia un Estado Comunitario: Desarrollo para Todos. Presidente Álvaro Uribe de Colombia.

Plan Nacional de Salud Pública. Decreto 3039. Presidencia de la República. Año 2007.

Encuesta de Demografía y Salud. Profamilia, Colombia 2005.

ESE San francisco Javier, Informe salud sexual y reproductiva, año 2007 y año 2008.

Anexo1. Análisis de Condiciones

OBJETIVO	RECURSO HUMANO	INFORMACION	TECNOLOGIA	APOYO INSTITUCIONAL	APOYO COMUNITARIO	APOYO FINANCIERO	INFRAESTRUCTURA
Brindar información confiable a los tomadores de decisiones	Promotoras de salud Auxiliares de enfermería	Encuesta de demografía y salud Plan Nacional de salud sexual y reproductiva Objetivos de desarrollo del milenio	Computador de mesa Impresora Escritorio	Aval de la gerencia	Participación de la población objeto	ESE San Francisco Javier	Oficina
Fortalecer la planeación e implementación de los programas institucionales de la ESE	Gerente 1 Coordinador Médico 1 Psicólogo/a 2 Jefes de Enfermeras	Encuesta de demografía y salud Plan Nacional de salud sexual y reproductiva Objetivos de desarrollo del milenio	Computador de mesa Impresora Escritorio	Aval de la gerencia	Representante de las madres en la planeación de programas	ESE San Francisco Javier	Oficina
Instruir a las madres gestantes participantes en el proyecto sobre el derecho a la salud	Psicólogo/a	Objetivos de desarrollo del milenio Plan de salud sexual y reproductiva	Computador portátil Video Beam	Aval de la gerencia	Participación de la población objeto	Material educativo alusivo a los derechos en salud	Auditorio de la ESE

Anexo 2. Análisis DOFA

	FORTALEZAS	VALOR	DEBILIDADES	VALOR	OPORTUNIDAD	VALOR	AMENAZA	VALOR
RECURSO HUMANO Auxiliar de enfermería Promotoras de salud Gerente de la ESE 1 Coordinador Médico 1 Psicólogo/a 2 Jefe de enfermeras	17 auxiliares de enfermería 7 promotoras de salud Disponible Disponible Disponible Disponible	4	Compromiso del personal con el proyecto	3	Se cuenta con el 100% del personal para la investigación	4	No aplica	0
INFORMACIÓN Encuesta de demografía y salud Plan nacional de salud sexual y reproductiva Objetivos de desarrollo del milenio	Disponible Disponible Disponible	4	No aplica	0	La información está disponible en internet	4	No aplica	0
TECNOLOGIA 1 Computador de mesa 1 Computador portátil Impresora Escritorio Video Beam	Disponible Disponible Disponible Disponible Disponible	4	No aplica	0	Se cuenta con el 100% de los equipos	4	No aplica	0
APOYO INSTITUCIONAL Voluntad y disposición de la gerencia	Se cuenta con una alta probabilidad de aprobación y apoyo de la gerencia de la ESE	4	No aplica	0	Existe la voluntad de la gerencia para el desarrollo del proyecto	4	No aplica	0
APOYO COMUNITARIO Participación de la población objeto en el proyecto Representante de las madres en la planeación de programas	No disponible No disponible	1	Falta de trabajo comunitario	2	Identificación de la población	4	No se ha realizado el acercamiento con la población	4
APOYO FINANCIERO ESE San Francisco Javier Material educativo alusivo a los derechos en salud	Disponible Disponible	4	No aplica	0	Voluntad de la gerente para financiar el proyecto	4	No aplica	0
INFRAESTRUCTURA Oficina Auditorio de la ESE	Disponible Disponible	4	No aplica	0	Espacios habilitados en la institución de salud	4	No aplica	0
PROMEDIOS		3.5		0.7		4		0.6

Continuación Anexo 3.

		OPORTUNIDADES					AMENAZAS			
FORTALEZAS	F10 Disponibilidad del computador de mesa	El personal conoce y maneja los sistemas	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Existe una oficina para ubicar las herramientas necesarias para el desarrollo del proyecto	No Aplica	No Aplica
	F11 Disponibilidad del computador portátil	Ibidem F10-O1	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Ibidem F10-O7	No Aplica	No Aplica
	F12 Disponibilidad de la impresora	Ibidem F10-O1	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Ibidem F10-O7	No Aplica	No Aplica
	F13 disponibilidad del escritorio	Ibidem F10-O1	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Ibidem F10-O7	No Aplica	No Aplica
	F14 Disponibilidad del Video Beam	Ibidem F10-O1	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Existe un auditorio para proyectar la capacitación	No Aplica	No Aplica
	F15 Voluntad y disposición de la gerencia	La gerencia permite la vinculación del personal para el desarrollo de la investigación	No Aplica	No Aplica	ibídem F3-O6	Se pueden disponer de vehículos para el desplazamiento del personal	La Gerencia financiara la investigación	La Gerencia facilita los espacios necesarios para la investigación	Ibidem F15-A2	La gerencia permite la participación de la comunidad
	F16 Se tiene identificada la población objeto	El personal de salud no perderá tiempo buscando la población	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Fácil acceso a la población objeto	No Aplica	Se cuenta con el espacio para dictar la capacitación a la población objeto	Socializar con la población objeto los beneficios obtenidos con la investigación y los mecanismos de participación comunitaria	ibídem F16-A1

Continuación Anexo 3.

	OPORTUNIDADES								AMENAZAS		
FORTALEZAS	F17 Están disponibles los recursos de económicos en la ESE San Francisco Javier	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Ibidem F15-O4	No Aplica	Ibidem F15-O6	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	F18 Se cuenta con recursos económicos para financiar el material educativo alusivo a los derechos en salud	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Ibidem F15-O4	No Aplica	Ibidem F15-O6	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	F19 Disponibilidad de la oficina en la ESE	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Ibidem F15-O4	No Aplica	No Aplica	Ibidem F15-O7	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	F20 Disponibilidad del auditorio en la ESE	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Ibidem F15-O4	No Aplica	No Aplica	Ibidem F15-O7	No Aplica	No Aplica	No Aplica

	OPORTUNIDADES								AMENAZAS	
DEBILIDADES	O1 Se cuenta con el 100% del personal para la investigación	O2 la información está disponible en internet	O3 Se cuenta con el 100% de los equipos	O4 Se cuenta con una alta probabilidad de aprobación y apoyo de la gerencia de la ESE	O5 Buen estado de las vías que permite la accesibilidad a todas las veredas	O6 Buena voluntad de la gerencia para financiar el proyecto	O7 Espacios habilitados en la institución de salud	A1 Se desconoce la participación de la población objeto en el proyecto	A2 Se desconoce si las madres desean escoger representante para la planeación de programas	
	D1 Falta de tiempo del personal para el desarrollo de la investigación	Se cuenta con el apoyo de la gerencia para organizar de los turnos del personal involucrado en la Investigación	No Aplica	No Aplica	Ibidem D1-O1	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Distribuir los turnos del personal de salud para fomentar la participación en este tipo de proceso	Ibidem D1-A1
	D2 No se ha realizado el acercamiento con la población objeto	Ibidem D1-O1	No Aplica	No Aplica	La gerencia es de puertas abiertas y tiene buenas relaciones con la comunidad	se facilita el desplazamiento del personal de salud permitiendo el acercamiento con la población	No Aplica	Existe un espacio cómodo donde se puede concertar la participación de la población objeto	Fortalecer los mecanismos de participación de la población objeto	Ibidem D2-A1

Anexo 4. Análisis de Impacto y Gobernabilidad

Estrategia	Impacto	Gobernabilidad	Plazo
1.La ESE tiene el 100% del personal que se necesita para la investigación	F1-O1= F2-O1= F3-O1=F4-O1= F5-O1=F6-O1	5	5 Corto
2.El personal vinculado a la investigación conoce y navega en internet	F1-O2= F2-O2=F3-O2= F4-O2= F5-O2=F6-O2	5	5 Corto
3.El personal de salud cuenta con herramientas para la tabulación y análisis de la información	F1-O3= F2-O3=F3-O3= F4-O3= F5-O3=F6-O3	5	5 Corto
4.Participación del 100% del personal	F1-O4= F2- O4=F3- O4= F4-O4= F5-O4=F6-O4	5	5 Corto
5.El personal puede desplazarse a las veredas donde se identifique población objeto de la investigación	F1-O5=F2-O5	5	5 Corto
6.El personal de salud tiene el espacio en la ESE para el desarrollo de la investigación	F1-O7= F2-O7= F3-O7= F4-O7= F5-O7=F6-O7	4	4 Largo
7.La comunidad conoce la gestión realizada para mejorar la calidad en la prestación del servicio	F1-A1= F2-A1=F3-A1= F4-A1= F5-A1=F6-A1	5	4 Corto
8.Gracias a la experiencia con el trabajo comunitario se motivara a la población objeto para la elección de la representante	F1-A2= F2-A2= F3-A2= F4-A2= F5-A2=F6-A2	5	2 Mediano
9.La gerencia apoya el proyecto	F3-O6=F15- O4= F17- O4= F18-O4= F19-O4= F20-O4	5	5 Corto

Continuación Anexo 4.

Estrategia	Impacto	Gobernabilidad	Plazo	
10. Se puede consultar en internet	F7-O2= F8-O2=F9-O2	4	4	Largo
11. El personal conoce y maneja los sistemas	F10-O1= F11-O1= F12-O1= F13-O1=F14- O1	4	4	Largo
12. Existe una oficina para ubicar las herramientas necesarias para el desarrollo del proyecto	F10-O7= F11-O7= F12-O7= F13-O7	5	5	Corto
13. Existe un auditorio para proyectar la capacitación	F14-O7	5	5	Corto
14. La gerencia permite la vinculación del personal para el desarrollo de la investigación	F15-O1	5	5	Corto
15. Se pueden disponer de vehículos para el desplazamiento del personal	F15-O5	4	4	Largo
16. La Gerencia financiara la investigación	F15-O6= F17-O6= F18-O6	5	5	Corto
17. La Gerencia facilita los espacios necesarios para la investigación	F15-O7	4	4	Largo
18. La gerencia permite la participación de la comunidad	F15-A1=F15- A2	4	2	Replantear
19. El personal de salud no perderá tiempo buscando la población	F16-O1	5	3	Mediano
20. Facil acceso a la población objeto	F16-O5	4	3	Replantear
21. Se cuenta con el espacio para dictar la capacitación a la población objeto	F16-O7= F19-O7= F20-O7	5	5	Corto
22. Socializar con la población objeto los beneficios obtenidos con la investigación y los mecanismos de participación comunitaria	F16-A1=F16- A2	5	2	Mediano
23. Se cuenta con el apoyo de la gerencia para organizar de los turnos del personal involucrado en la Investigación	D1-O1= D2-O1=D1-O4	5	5	Corto
24. Distribuir los turnos del personal de salud para fomentar la participación en este tipo de proceso	D1-A1=D1-A2	4	4	Largo
25. La gerencia es de puertas abiertas y tiene buenas relaciones con la comunidad	D2-O4	5	5	Corto
26. se facilita el desplazamiento del personal de salud permitiendo el acercamiento con la población	D2-O5	5	3	Mediano
27. Existe un espacio cómodo donde se puede concertar la participación de la población objeto	D2-O7	5	5	Corto
28. Fortalecer los mecanismos de participación de la población objeto	D2-A1=D2-A2	5	3	Mediano
PROMEDIOS		4,71428571	4,142857143	

Anexo 6. CARACTERIZACIÓN DEL PARTO NO INSTITUCIONAL EN EL
MUNICIPIO DE ACEVEDO HUILA 2007-2008

No. _____

Edad _____ Lugar de residencia: Urbana____ Rural____ Vereda o
barrio_____

E. civil: Casada____ Unión Libre____ Soltera____ Viuda____
Otro_____

Seguridad en salud: Contributivo____ Subsidiado____ Vinculado____ Desplazado____
Otro____

Antecedentes GO: G____ P____ A____ C____ V____ M_____

Asistió a los CPN: Si____ No____ Cuantos_____

¿Tuvo alguna recomendación especial durante sus controles prenatales?

¿Dónde han sido atendidos sus partos?

¿Dónde fue atendido su último parto?

¿Quién le asistió o ayudo en el nacimiento de su hijo(a)?

¿Tuvo algún temor o preocupación por tener su parto sin atención médica
institucional?

¿Quien tomó la decisión de no asistir a la institución para la atención de su parto?

Usted____, su pareja____, juntos____, Familiar____ Amigos____

Otro_____

¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los que no asistió a la institución para la
atención de su parto?

¿Tuvo alguna dificultad durante su parto?

¿Cómo se encuentra usted y su hijo recién nacido en éste momento?

¿Ha buscado los servicios médicos para usted o su hijo después del parto?

¿Usted confía en los servicios del hospital para la atención del parto?

¿Qué opinión tiene de la atención materna del Hospital San Francisco Javier?

¿Conoce los riesgos de dar a luz fuera de una institución de salud?

¿Es mejor la atención del parto en su hogar u en otro lugar que no sea un hospital?