

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL PERSONAL DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON FUNCIONES
OBSTÉTRICAS-NEONATALES DE LIMA Y PROVINCIA
DEL 2015**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER EN MEDICINA HUMANA
Luz Elena Bances Dávalos**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

Dr. Pedro Arango
Asesor

LIMA – PERÚ
2020

AGRADECIMIENTOS

A Dios por bendecirme cada día, a Luz Angélica Dávalos Jave y a Delfin Saldivar Bances Santisteban, mis padres, por su soporte y amor absoluto.

A Sheyla Noemi y José Luis Bances Dávalos, mis hermanos, por ser pacientes y amorosos en todo momento.

Al Dr. Alfonso Gutierrez Aguado por inspirarme, asesorarme y motivarme en el tema de investigación de la presente tesis.

Al Dr. Arango Ochante Pedro Mariano, por su asesoramiento constante, su paciencia y sus conocimientos compartidos.

Al Lic. Augusto Racchumi, por su paciencia y los conocimientos estadísticos impartidos.

Al Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas por su mentoría durante el curso taller de tesis

DEDICATORIA:

Dedico esta investigación en primer lugar a Dios por guiarme para lograr mis sueños y por darme las fuerzas para superar las adversidades. A mi familia por su amor y soporte incondicional aún en mis situaciones más críticas. A mis amigos y a todos quienes de una u otra forma contribuyeron para concluir mi tesis.

Dedico también este trabajo, a todos los estudiantes y los egresados de medicina que fallecieron cumpliendo su noble labor, y a todos aquellos que levantan su voz contra la mentira, la injusticia y la deslealtad aún en tiempo caóticos.

RESUMEN

Objetivo: Comparar el desempeño profesional de los establecimientos de salud con funciones obstétricas-neonatales esenciales I-II entre Lima y Provincias durante el periodo setiembre-octubre del 2015.

Materiales y métodos: Es una investigación analítica transversal realizada a 350 establecimientos de salud con funciones obstétricas-neonatales esenciales I-II, basada en las encuestas nacionales realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática durante el 2015. Se fusionó 2 bases de datos y se generó nuevas variables para determinar el desempeño laboral y se analizaron los datos con el software estadístico R y el IBM SPSS Statistics 25 usando la prueba chi cuadrado.

Resultados: El estudio mostró que el obstetra fue el personal de salud que con más frecuencia atendió partos vaginales, tanto en Lima (62.9%) como en provincias (91.4%). Respecto al partograma, solo un 5% de establecimientos de Lima y un 4% de establecimientos de provincias llenaban de forma completa el partograma. Se encontró diferencia significativa en el desempeño laboral durante el manejo del parto expulsivo ($p=0.008$) y el alumbramiento ($p=0.014$). Igualmente, se encontró diferencias significativas en el retraso del clampaje del cordón umbilical ($p=0.002$) de Lima respecto a provincias. El tiempo promedio del clampaje fue de 2 minutos 30 segundos en ambos casos y sobre el contacto piel a piel, fue de 13 minutos para Lima y 10 minutos para provincias.

Conclusiones: Existe una brecha en el desempeño profesional durante la atención del parto vaginal entre los establecimientos FONE I-II de Lima y provincias. Nacionalmente aún existen déficits de cumplimiento de los indicadores para lograr una adecuada atención.

Palabras clave (DeCS): Mortalidad Materna, Servicios de Salud Materna, Análisis y Desempeño de Tareas.

ABSTRACT

Objective: To compare the performance of the health establishments with essential obstetric and neonatal functions from Lima with respect province during September-October of 2015.

Materials and methods: It's a cross-sectional analytical investigation conducted in 350 health establishments with essential obstetric-neonatal functions I-II (FONE I-II) database based on national surveys conducted by the National Institute of Statistics and Informatics (INEI) during 2015. New variables were created from the databases to determinate the gynecology staff's professional performance and analyzed the data with the R statistical software and the IBM SPSS Statistics 25 using the chi-square test.

Results: The investigation showed that obstetricians were the health staff who most frequently attended vaginal births, both in Lima (62.9%) and in provinces (91.4%). With respect to the partogram, only 5% of the establishments in Lima and 4% of the establishments in the provinces fully registered the partogram. Significant difference in professional performance was found during the vaginal delivery ($p= 0.008$) and the third stage of labor ($p= 0.014$). Similarly, we found significant differences in the late cord clamping ($p = 0.002$) between Lima and provinces. The average clamping time was 2 minutes 30 seconds in both cases and on skin-to-skin contact; it was 13 minutes for Lima and 10 minutes for provinces. **Conclusions:** There is a gap in professional performance during vaginal delivery care between the FONE I-II establishments in Lima and provinces. Nationally there are still deficits in compliance with the indicators to achieve adequate attention.

Keywords (MesH): Maternal Mortality, Maternal Health Services, Task Performance and Analysis.

INDICE

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: Línea de investigación	11
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.2 BASES TEÓRICAS.....	17
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	20
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	22
3.1 HIPÓTESIS:.....	22
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
CAPITULO IV: METODOLOGÍAS	23
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	23
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRAS	23
4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	23
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS ^s	24
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	24
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
5.1. RESULTADOS	25
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	29
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
6.1. CONCLUSIONES	35
6.2. RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS.....	42

INTRODUCCIÓN

Las defunciones maternas siguen siendo un problema de salud pública, de origen multicausal y afecta principalmente a jóvenes de zonas rurales y comunidades de escasos recursos de países en desarrollo. Siendo los fallecimientos sucedidos en el periodo de vida en que las mujeres son jóvenes, fértiles y productivas, también debe ser vista como una muerte prematura. Así mismo, es un indicador de desarrollo de un país y refleja la habilidad del sistema de salud para una respuesta oportuna, la desigualdad social, educativa, entre otros. De acuerdo con las cifras del área de vigilancia de la Red Nacional de Epidemiología, para la semana epidemiológica 22-2019 se notificaron 154 muertes maternas con una tendencia creciente de aproximadamente 8% comparado con el año anterior ⁽¹⁻³⁾.

Varios estudios afirman que la falta de capacidad resolutive en las emergencias obstétricas podría estar asociada a las defunciones maternas; por lo que el desempeño técnico, es decir, la competencia del personal de salud y el acceso a la tecnología médica, es un medio para lograr un óptimo estado de salud de la comunidad por eso debe ser visualizada como un medio para lograr un fin ^(4,5); Ávila concluyó en su investigación que la disminución de la mortalidad materna se asoció de forma directa e indirecta al otorgamiento de capacidades; sin embargo, es difícil crear indicadores reales y obtener datos estadísticos detallados que muestren las capacidades o acciones que permiten la disminución de la muerte materna por tanto es necesario la optimización de la capacidad institucional mediante la ejecución de políticas públicas ⁽⁶⁾.

Por lo expuesto anteriormente, se realizó una investigación con el objetivo de comparar el desempeño profesional del personal del área de ginecología de los establecimientos de salud FONE I-II entre Lima y Provincias durante el periodo setiembre-octubre del 2015.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La muerte materna aún es un gran problema de salud pública, a nivel mundial fallecen diariamente 830 madres a consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; más del 95% de dichos fallecimientos se dan en jóvenes provenientes de comunidades de zonas rurales con pocos recursos en países en desarrollo ^(1,2). A nivel de Latinoamérica, durante los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) se logró disminuir las defunciones maternas en América Latina en un 52% durante el periodo 1990-2015, a pesar de estos avances significativos aún existen grandes disparidades entre países y dentro de los mismos ⁽⁷⁾; mientras que en Canadá y Chile se estiman no más de 25 fallecimientos por 100 mil recién nacidos vivos, en Ecuador la cifra es 110 fallecimientos y en Perú, aunque en menor cuantía, se dan 67 fallecimientos por 100 mil recién nacidos vivos ⁽⁸⁾.

La muerte materna tiene un origen multicausal pues intervienen diferentes determinantes desde los socioeconómicos y culturales hasta el acceso y calidad de los servicios de salud ⁽⁹⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que las primordiales complicaciones que generan el 75% de defunciones maternas son: Infecciones, hipertensión del embarazo, hemorragias extensas y abortos riesgosos; en nuestro país casi el 50% de las defunciones maternas son por sangrados obstétricos seguidas por trastornos hipertensivos ^(2,10); estas causas en su mayoría son evitables si se tiene un acceso a una atención prenatal y natal de calidad con personal sanitario capacitado, lo que nos lleva a la necesidad de optimizar la cartera de servicios y mejorar la calidad de atención de madre e hijo ^(1,9).

En el 2012, un 39,3% de muertes maternas procedían de la atención en los puestos de salud, eventualmente por un personal técnico ⁽¹⁰⁾, debido a esto, el

Perú realiza medidas que logren un servicio de salud materna de calidad; entre el 2009 y el 2014 los servicios prenatales y el parto institucionalizado incrementaron en 2.6% y 7.9%, respectivamente, siendo la zona rural la de mayor crecimiento, lo que refleja una mejora del acceso de los servicios de salud, sin embargo aún existen una elevada tasa de defunción materna, pues solo en el año 2015, los datos fueron de 93 por cada 100 mil recién nacidos vivos ^(9,10). Es decir, lograr disminuir las muertes maternas, no solo implica el acceso a estos servicios de salud, sino que también se desempeñen de forma eficaz.

Para mejorar la salud de las gestantes es vital que los establecimientos dispongan de habilidades y pericias para ocuparse de partos normales, reconocer un parto complicado y de atención oportuna de las complicaciones con su respectiva referencia, por eso es necesario contar con establecimientos de salud con servicios sanitarios de óptima capacidad resolutive ⁽¹¹⁾. Perú no es ajeno a esta necesidad, por eso una de las medidas para disminuir las defunciones maternas y perinatales es que los establecimientos de salud cuenten con funciones obstétricas y neonatales, en el 2015 existan un total de 850 establecimientos, mas solo 350 son de nivel esencial I y II, es decir, brindan atención las 24 horas, garantizan la atención de complicaciones durante el parto, el puerperio y la atención del recién nacido ^(12,13). Sin embargo, como se mencionó anteriormente la importancia no solo radica en el acceso a establecimientos de salud sino en la eficacia de las acciones de los prestadores de salud de dichos establecimientos; y dado que existen pocos estudios enfocados en valorar desempeño profesional en los servicios de salud sumado a la heterogeneidad de estos servicios entre zonas rurales y urbanas sumado a la centralización de servicios de salud en nuestra capital; es que se desea estudiar el desempeño profesional de los establecimientos de salud FONE I-II entre Lima y Provincias durante el 2015.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existen diferencias entre el desempeño profesional del personal de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las defunciones maternas son, sin duda, son un gran problema de salud pública, multicausal pues afecta principalmente a jóvenes de zonas rurales y comunidades de escasos recursos de países en desarrollo. Siendo los fallecimientos sucedidos en el periodo de vida en que las mujeres son jóvenes, fértiles y productivas, también debe ser vista como una muerte prematura. Así mismo, es un indicador de desarrollo de un país y refleja la habilidad del sistema de salud para una respuesta oportuna, la desigualdad social, educativa, entre otros ^(1,2). diariamente fallecen casi 830 gestantes por causas afines con el embarazo que son prevenibles; en el 2013 fallecieron 9.300 mujeres en América Latina y el Caribe; en el Perú hubieron 93 fallecimientos por cada 100 mil recién nacidos vivos para el 2015 ^(1,8). La Organización de las Naciones Unidas (ONU) informó que si bien Perú logro disminuir en un 64% la mortalidad materna desde 1990, aún necesita trabajar para lograr la meta trazada en los ODS para el 2030: 70 fallecimientos por cada 100 mil recién nacidos vivos ^(8,14). Por esto la salud materna, perinatal y neonatal es considerada el principal problema sanitario motivo de investigación en las regiones del Perú ⁽¹⁵⁾.

La OMS informo que gran porcentaje de las causas de mortalidad materna están asociadas al poco acceso a una atención prenatal y natal con calidad y eficiencia ⁽¹⁰⁾. En el 2017 en el Perú el 30.4% de los casos de muerte materna sucedieron durante el trayecto o en el domicilio, mostrando que aún existe falta de acceso a establecimientos de salud; un 65.5% de casos si ocurrieron en establecimientos de salud, más el 60.6% de las muertes fueron por causas obstétricas diversas lo que hace notar la falta de capacidad resolutive adecuada para enfrentar dichas complicaciones ⁽¹⁶⁾ .

En el 2017 el presupuesto institucional del MINSA en el área de salud materna-neonatal incremento un 11% a comparación del año anterior con la misión de

disminuir las defunciones materno-neonatales y los embarazos adolescente no deseados con prioridad en zonas de pobreza y pobreza extrema ⁽¹⁶⁾. Para el 2018, el presupuesto inicial para la atención del parto normal fue de 179,496,110 soles y se incrementó en un 30% luego de las modificaciones realizadas habiéndose utilizado hasta la fecha un 54% del total; el gobierno regional del departamento Piura es la de mayor inversión con 21,451,166 y tiene un avance de 58.6% del presupuesto total a diferencia del gobierno regional de Madre de Dios que solo cuenta con un presupuesto de 1,101,748 y sólo ha hecho uso de un 36.7% de su presupuesto general ⁽¹⁷⁾. Lo que muestra que la defunción materna únicamente no representa un problema de salud, sino además es un tema de índole social y económica para el país.

Por ello, a pesar de la existencia de 850 establecimientos con funciones obstétricas y neonatales a nivel nacional, es necesario evaluar las habilidades y destrezas con las que el personal de salud realiza dicha atención ^(11,13) con el fin de identificar las posibles deficiencias y determinar si las acciones que dichos establecimientos están realizándose de forma óptima. Esto nos permitirá no solo conocer el nivel de desempeño profesional de los establecimientos en estudio, sino realizar un análisis comparativo que permita determinar si existe una brecha sanitaria en el desempeño profesional del personal de salud entre Lima y provincias que afecte la calidad de atención de los establecimientos. Actualmente, existen insuficientes estudios sobre el desempeño profesional del personal sanitario enfocado en funciones obstétricas y neonatales a nivel nacional y regional; sumado a la escasa información relacionada a las brechas sanitarias de dichos establecimientos entre Lima y provincias.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: Línea de investigación

Se comparó el desempeño profesional de los establecimientos de salud FONE I-II del Perú entre setiembre y octubre del 2015. La presente investigación corresponde a la Línea de investigación del área de Salud Materna, Perinatal y Neonatal, basado en las Prioridades Nacionales de Investigación de Salud del 2015-2021; y además corresponde al área de investigación de Salud Pública del

1.5 OBEJTIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Comparar el desempeño profesional del personal de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II entre Lima y Provincias durante el periodo setiembre-octubre del 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el registro del partograma durante la atención del parto entre los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias durante el 2015.
- Determinar el desempeño profesional durante la atención del parto vía vaginal y el periodo expulsivo del parto entre los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias durante el 2015.
- Determinar el desempeño profesional durante el tercer periodo del parto vía vaginal entre los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias durante el 2015.
- Identificar el tiempo promedio de pinzamiento y corte del cordón umbilical entre los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias durante el 2015.
- Identificar el tiempo promedio de inicio del contacto piel a piel entre los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias durante el 2015.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación “Mortalidad materna en el IMSS. Resultados iniciales de una intervención para su reducción” realizado en el año 2004, se analizó los primeros resultados de una intervención realizada en entre la población del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) orientada a optimizar la eficacia de la atención en el embarazo, parto y puerperio. Se eligieron 14 comisiones del IMSS con los datos más altos de fallecimiento materno durante el año 1999-2001. Luego, se realizó acciones directivas entre los años 2002-2003 con el fin de mejorar el desempeño laboral, organización entre servicios, referencia de casos complicados, reorganización de recursos y operación de comités de defunción materna en los equipos médicos. Las otras 23 comisiones fueron el control. En los casos la tasa disminuyó en un 30.7%; mientras en los controles bajó un 1.5%. Se concluye que la disminución de la muerte materna está asociada a las delegaciones capacitadas. Es necesario una investigación más amplia para corroborar una correlación causa-efecto ⁽¹⁸⁾.

En el estudio “Evaluating the Quality of Medical Care” realizado en el 2005, se describió y evaluó los métodos para analizar la calidad de atención médica evaluando principalmente el desarrollo de atención medica en el nivel de interacción relación-paciente. Se realizó mediante una revisión de estudios realizados sobre este tema; y se concluyó que la capacidad de resolución permite evaluar los servicios de salud a partir de los resultados obtenidos de la atención al usuario. Una forma de realizar dicha evaluación cualitativa de los servicios de salud incluye dos dimensiones: el desempeño técnico y la relación con el paciente; dicha evaluación según el estudio, puede desarrollarse en sus

3 componentes: estructura, proceso y resultado. Siendo la evaluación del proceso, la relacionada al desempeño profesional del personal sanitario ⁽⁴⁾.

En el estudio “Capacidad Resolutiva de la atención Materna en el municipio Juan Germán Roscio de Guárico, Venezuela” realizado entre el 2007-2013, se analizó la capacidad de resolución de los centros de salud en el área de salud materna. Se tomó en cuenta el componente de estructura calculándose el Índice Ponderado de Capacidad de resolución y cuatro indicadores de medición de resultados sobre la atención materna: Porcentaje de partos con control prenatal; habilidades en la atención al parto, porcentaje de partos con asistencia médica y muertes maternas. Resultó que durante el 2007-2011 el 84,8% pertenecían al primer nivel de atención y el 85% eran fallecimientos evitables. Al 2009-2013 la asistencia médica al parto aumentó y el control prenatal disminuyó. Se concluyó un nivel aceptable en la calidad de prestación durante la atención materna y las áreas con más fortaleza fueron: Infraestructura y recurso asistencial ⁽⁵⁾.

En el estudio “Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study” realizado entre el 2010 al 2011, a 314 623 mujeres atendidas en 357 centros de salud pertenecientes a 29 países de los 5 continentes el objetivo fue evaluar la carga de complicaciones relacionadas con el embarazo y el uso del índice de severidad materna (ISM) en una red global de instalaciones de salud. Se obtuvo lo siguiente: La mortalidad informada en países con una tasa de mortalidad materna alta o muy alta fue de dos a tres veces superior a la esperada para la gravedad evaluada a pesar de una alta cobertura de intervenciones esenciales por lo que se concluyó que la alta cobertura de intervenciones esenciales no implica un descenso de la defunción materna por lo que si se desea lograr reducciones importantes en la tasa de muerte materna, la cobertura global de las actividades para salvar vidas debe combinarse con la atención integral en emergencia. El ISM podría utilizarse para evaluar el rendimiento de los centros de salud que brindan atención a mujeres con complicaciones relacionadas con el embarazo ⁽¹⁹⁾.

En el estudio “Demand-side interventions for maternal care: evidence of more use, not better outcomes”, realizado en el 2015, se evaluaron 582 artículos en PudMed, fueron seleccionados 50 para una revisión completa y solo 16

cumplieron con todos los criterios de selección: Intervenciones de movilización comunitaria e intervenciones de incentivos financieros. Se encontró que las intervenciones enfocadas en el lado de la demanda fueron efectivas que la población logrará una mayor participación en los servicios de salud materna; sin embargo, la importancia de garantizar la disponibilidad de atención obstétrica es mayor que aumentar la demanda de dichos servicios. Se concluyó que es importante ejecutar más investigaciones enfocadas en comprender los factores contextuales asociados con el impacto de la muerte materna y del recién nacido; y la implicancia de la inversión en lado de la oferta como personal de salud, equipos y suministros médicos, sistema de contrareferencia, entre otras. De esta forma, se lograrán servicios de salud materna de alta calidad necesarios para disminuir la muerte materna y morbimortalidad neonatal ⁽²⁰⁾.

En el estudio “Una nueva herramienta analítica para programas de maternidad segura y saludable” llevado a cabo en el 2001, se tuvo como objetivo desarrollar una herramienta que permita la comprensión de la relación entre el servicios usado durante el período prenatal y el lugar donde aconteció una muerte materna. Con el fin de establecer la distribución de los fallecimientos maternos ocurridos en su estado por lo que se concluyó que es necesario acrecentar las aptitudes y habilidades de los centros de salud, proporcionando servicios de calidad en el control prenatal, el parto y el puerperio. Estas intervenciones son relevantes pues pueden lograr un impacto a corto plazo sobre la muerte materna ⁽²¹⁾.

En la investigación sobre “Factores de riesgo de mortalidad perinatal en hospitales de la seguridad social peruana: análisis de los datos del Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud” realizado entre los años 2005-2006, a 108 813 nacimientos de madres y sus recién nacidos en EsSalud. El objetivo fue determinar los factores primordiales de riesgo de fallecimiento perinatal en la red hospitalaria e identificar los desacuerdos en la extensión de la incidencia de los factores en sanatorios de menor y mayor capacidad de resolución. Se concluyó que los factores de riesgo son menores en los sanatorios que tienen más capacidad de resolución, a pesar de tener pacientes con alto riesgo obstétrico, por ende, mayor mortalidad; Sin embargo los hospitales de poca capacidad de resolución requieren enfocar recursos de forma más conveniente

y optimizar sus sistemas de referencias. El SVP es un instrumento válido, sólido y ventajoso para un adecuado seguimiento y seguimiento de la muerte perinatal (22).

En el estudio, “Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012” se realizó un estudio sobre el escenario de la mortalidad materna y se encontró que aún se necesita optimar la capacidad de respuesta pertinente y la calidad de los servicios de salud a pesar del aumento en la cobertura de atención; pues la muerte materna está asociada con la capacidad de respuesta adecuada ante complicaciones obstétricas y que las estrategias efectuadas para optimar la capacidad resolutive todavía no son suficientes (10).

El estudio “Capacidad resolutive de los establecimientos que brindan atención de salud materna y factores socio culturales y de género que Influyen en la mortalidad materna ayacucho – 2012” realizado en el 2012, estableció la relación entre la capacidad de resolución de los centros de salud con funciones obstétricas y neonatales, y los factores de género y socioculturales en la defunción materna de la región de Ayacucho. Se concluyó que las capacidades resolutive de dichos establecimientos eran inadecuadas: sólo llegaron al 20% en atención prenatal, 50% de control posparto y el 100% de las emergencias no se registraron según la norma (23).

El estudio “Tendencia de la mortalidad materna en el Perú. Desafíos pendientes” realizado en el 2013, analizó el crecimiento de la mortalidad en la última década a nivel nacional y concluyó que el origen de esta tragedia es multifactorial aunque la muerte materna ocurriera por una causa final generalmente asociado a una emergencia médica o quirúrgica, I. Encontró que las medidas que han dado mejores resultados para reducir estas defunciones son aquellas enfocadas en la planificación familiar, la atención prenatal, la atención en el intraparto por personal calificado, la atención obstétrica de emergencia, y la atención del aborto en circunstancias seguras concluyendo que la defunción materna es un tema de derechos humanos y de salud pública; donde es necesario realizar intervenciones enfocadas en mejorar la salud materna y capacidad de resolución de los centros de salud pues esto ya ha favorecido a mejorar las cifras de muertes maternas (24).

En un estudio realizado en el 2016, llamado “políticas públicas, salud materna y derechos fundamentales” se analizó y expuso la realidad peruana actual manifestando que aún se vulneran derechos fundamentales de la mujer y que existe una falta de efectividad de Políticas Públicas por parte de las entidades del Estado. Los resultados estadísticos refieren que estas muertes pudieron ser evitables y que no han disminuido sino que se han mantenido ⁽²⁵⁾.

2.2 BASES TEÓRICAS

En un estudio realizado a 357 centros de salud pertenecientes a 29 países de los 5 continentes, se obtuvo que una alta cobertura de intervenciones esenciales, no implica una disminución significativa de la muerte materna; esto puede ser debido a varios factores como el retraso en la implementación de las mismas o la mala calidad en la implementación de dichas intervenciones. Otro aspecto analizado es la incompleta evaluación de la gravedad y la subestimación de severidad de las complicaciones maternas por lo que se concluyó en el estudio que la cobertura universal de las intervenciones para salvar vidas debe combinarse con la atención integral en emergencia, las mejoras en la calidad de atención son necesarias si se quieren lograr disminuciones sustanciales en la defunción materna, ⁽¹⁹⁾. Esto refuerza la necesidad de mejorar la aptitud de los servicios de salud ya sea en el área de accesibilidad como en el área de capacidad de resolución de dichos establecimientos realizando un enfoque en funciones obstétricas-neonatales como pieza clave en la reducción de las cifras de defunción materna a nivel nacional y mundial.

Una de las recomendaciones para reducir las tasas de defunción materna se ha enfocado en 2 áreas: La primera es el nivel de capacidad técnica del personal profesional que presta la atención prenatal, del parto y de las emergencias obstétricas; y la segunda en contar con una atención de alta capacidad resolutoria en las complicaciones obstétricas. Por ello, un estudio en México, involucró a las comisiones con las cifras de mortalidad materna superiores al promedio nacional entre los años 1999-2001, que además contaban con un número alto de fallecimientos maternos sucedidos en esos años. La intervención se realizó entre el 2002-2003 y se elaboró planes de mejora para

solucionar la problemática encontrada en 5 áreas básicas, asociadas con la calidad de atención obstétrica hospitalaria y ambulatoria. Dentro de las intervenciones realizadas, hubo dos aspectos cardinales: Acciones específicas y enfocadas en la capacitación y reorganización de recursos, para optimizar la calidad de las actividades que realiza el personal operativo y mejorar la alineación y articulación de los servicios para la salud materna, elevando la eficacia en el desempeño profesional capacitando al personal médico según la normatividad de la institución y vinculando la investigación clínica, en economía de la salud, en epidemiológica, genética y biomédica en servicios de salud. Posterior a esta intervención en las 14 comisiones se obtuvo que la mortalidad materna hospitalaria registró un descenso de 39.0 a 30.1 por 100 mil recién nacidos vivos, mientras en las no intervenidas se redujo solo un 1.5% ⁽¹⁸⁾. Esto muestra el papel fundamental que juega el desempeño laboral de los establecimientos de salud en la disminución de la mortalidad materna, pudiendo incluso inferir que una calidad deficiente en la atención sanitaria materna representa un factor de riesgo para la defunción materna.

Entonces, es necesario realizar estudios sobre la capacidad de resolución de los centros de salud, pues nos permitirá analizar de forma más óptima los servicios de salud. Según Donabedian (2005), la evaluación cualitativa de los servicios de salud incluye dos áreas: el primero es referente al desempeño técnico, que implica aplicar la tecnología médica y el conocimiento con el fin de maximizar los riesgos; la segunda es la relación con el paciente. Esto puede evaluarse mediante 3 aspectos: Estructura, proceso y resultado. Es la evaluación del proceso el aspecto que le interesa a la presente investigación; Donabedian (2005), describe este componente procedimientos empleados en el manejo de los problemas presentados por los pacientes; y principalmente están orientados al análisis de la competencia médica en el tratamiento de los problemas de salud ⁽⁴⁾. En un estudio realizado en Venezuela entre el año 2007 y 2011 se identificó que el índice ponderado de capacidad resolutoria incrementaba según el nivel de atención, estando asociado a la ubicación geográfica. Además, el desempeño de los médicos estuvo influenciado por las condiciones de su propia práctica y por la organización en la que laboraba ⁽⁵⁾.

En Perú se realizó una investigación durante el 2010 con el fin de analizar un nuevo instrumento analítico para programas de maternidad saludable; donde se concluyó que es necesario acrecentar las aptitudes y habilidades de los centros de salud, para suministrar servicios de calidad en el control prenatal, el intraparto y el puerperio; pues estas medidas pueden conseguir un impacto en el corto plazo sobre la defunción materna ⁽²¹⁾. Ya en el 2009, se realizó un estudio que analizaba las discrepancias en la magnitud de la frecuencia de los factores de riesgo de muerte materna perinatal en hospitales de EsSalud según el grado de capacidad resolutive. Este estudio determinó que en los establecimientos de salud con mayor capacidad de resolución, la ocurrencia de los factores de riesgo obstétrico; incluso si eran graves; eran menor que los hospitales con capacidad resolutive menor ⁽²²⁾. Para el 2012, se realizó un estudio que permitió analizar la mortalidad materna en dicho año y se identificó que si bien la mortalidad materna tiene origen multicausal; parte de esta carga estaba relacionada a servicios de salud que funcionan ineficientemente; enfocándose en los obstáculos que las mujeres padecían para acceder a ellos; siendo el tiempo de demora el principal impedimento, por lo que se consideraron 4 tiempos: Retraso en reconocer el problema, retraso en la toma de decisiones y buscar ayuda, retraso en la llegada al centro de salud y retraso para recibir el adecuado tratamiento. Se observó además que las madres fallecidas que lograron acceder a una atención pre natal; fueron atendidas por personal técnico mostrando la necesidad de que los centros de salud cuenten con prestadores de servicios calificados. Y que, parte de la mortalidad, era debido probablemente, a que no se tenía una capacidad de respuesta apropiada para solucionar las complicaciones ⁽¹⁰⁾. En un estudio sobre la tendencia de la muerte materna en el país, realizado en el 2013 se manifiesta nuevamente que el origen es multifactorial aunque la muerte materna ocurre por una relacionada a una emergencia médica o quirúrgica y que las intervenciones que involucran: planificación familiar, atención prenatal, atención intraparto por personal calificado, atención obstétrica de emergencia y aborto seguro, han dado mejores resultados para reducir las defunciones. La muerte materna es cuestión de salud pública y de derechos humanos; que necesita realizar intervenciones enfocadas en perfeccionar la salud materna y la mejor capacidad de resolución de los centros de salud puesto que esto contribuye a mejorar las cifras ⁽²⁵⁾.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Salud materna: Un derecho esencial que involucra los aspectos de la salud de las mujeres en su embarazo, su parto y su periodo posparto. Comprende las dimensiones de planificación familiar, preconcepción, cuidado prenatal y cuidado posparto con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna.

Muerte materna: Fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto o 42 días post parto, relacionada o agravada por el embarazo, intraparto o puerperio, no incluye causas incidentales o accidentales.

Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I y II (FONE I-II): Brindan atención durante las 24 horas, con capacidad de atención del parto y del recién nacido con complicaciones. Cuentan con las especialidades básicas de ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría y cirugía general (FONE I) y con cuidados intermedios neonatales y cuidados intensivos generales (FONE II).

Capacidad de resolución: Es el resultado de la atención: va desde el instante en que este se concibe como un cambio en la situación de salud que logre atribuirse a la atención antecedente en salud. La capacidad de resolución es de 2 tipos: Cuantitativa, hace referencia a la capacidad que tiene un profesional, establecimiento o nivel de atención para atender a los que solicitan atención; y la cualitativa, que hace referencia a la habilidad para satisfacer la necesidad del paciente.

Capacidad de resolución cualitativa: Es la habilidad para satisfacer la necesidad del paciente, esta evaluación cualitativa de los servicios de salud incluye dos dimensiones: el desempeño técnico, es decir, aplicación del conocimiento y de la tecnología médica, con la finalidad de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos según las preferencias de cada paciente; y la relación con el paciente, de modo de cumplir las expectativas y necesidades de los pacientes. Dicha evaluación puede efectuarse en sus tres componentes: estructura, proceso y resultado.

Evaluación del proceso de la capacidad resolutiva cualitativa: Se refiere a los procedimientos empleados en el manejo de los problemas presentados por los pacientes; y principalmente están orientados al análisis de la competencia médica en el tratamiento de los problemas que afectan la salud.

Desempeño profesional: Toda labor que manifieste su idoneidad, habilidad, o aptitud en sus acciones, ejecutada por una persona que haya aprendido una profesión u oficio.

Tiempo de pinzamiento del cordón:

- El tiempo de pinzamiento precoz es aquel que se ejecuta en los primeros 60 segundos luego del parto.
- El tiempo de pinzamiento tardío es aquel que se ejecuta posterior a los 60 segundos luego del parto.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS:

- **La hipótesis nula (Ho):** No hay diferencias entre el desempeño profesional del personal de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias en el periodo setiembre-octubre del 2015.
- **La hipótesis alterna (H1):** Existen diferencias entre el desempeño profesional del personal de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias en el periodo setiembre-octubre del 2015.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN

- Registro de partograma
- Atención del parto vaginal y periodo expulsivo
- Atención del manejo del tercer periodo
- Tiempo de pinzamiento de cordón umbilical
- Tiempo de contacto piel a piel

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente tesis es de corte transversal que analizó datos secundarios de la “Encuesta a Establecimientos de Salud con funciones obstétricas y neonatales del año 2015, observacional ya que no se intervino ni se manipuló las variables; analítico pues se compara el desempeño profesional de los establecimientos de salud FONE I-II de Lima con los de Provincias; cuantitativo porque se expresará numéricamente y hará uso de las estadísticas; y de estadística inferencial, ya que utilizará la prueba de chi-cuadrado.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

– **Población:**

Son 350 establecimientos de salud del Perú que cumplen con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II.

– **Muestra:**

Se trabajó con toda la población por lo que no es necesario realizar un diseño muestral.

4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Las variables del estudio fueron operacionalizadas mediante una matriz que puede ser revisada en el Anexo N°02 del Anexo A.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para obtener la información se accedió a la Encuesta a Establecimientos de Salud con funciones obstétricas y neonatales del año 2015, ubicada en la base de datos del sistema de Microdatos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), disponible para el público en general. Link de acceso: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

La presente tesis obtuvo los datos de los 350 establecimientos de salud FONE I y II mediante fuentes secundarias ejecutadas por el INEI. Se seleccionó el área de desempeño laboral de dichos establecimientos mediante los módulos: Funciones Esenciales I – ENESA.02A: Detalle del capítulo V al VI y el módulo: Funciones Esenciales II – ENESA.03A: Detalle del capítulo V al VI, ambos pertenecientes a la “Encuesta a Establecimientos de Salud con funciones obstétricas y neonatales del año 2015”. La finalidad de esta área es valorar el desempeño profesional del parto; que junto con el resto de áreas de la encuesta, permita contribuir con los programas presupuestales: “Salud Materno Neonatal, Articulado Nutricional, Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres”.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Este trabajo fusionó las 2 bases de datos en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25, luego determinó el porcentaje de cumplimiento de las actividades realizadas (registro del partograma, atención del periodo expulsivo y atención del alumbramiento); y determinó el tiempo de pinzamiento del cordón umbilical así como el tiempo de contacto piel a piel mediante el programa Excel. Las nuevas variables fueron recodificadas en rangos y analizadas usando la prueba chi cuadrado del programa R y SPSS.

El presente trabajo fue realizado en el V Curso Taller de Titulación por Tesis, según la metodología publicada ⁽²⁶⁾.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

TABLA N°1 Características generales de la encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I y II (FONE I y II) - 2015.

	Provincia		Lima		Total
	n	%	n	%	n
Tipo de Establecimiento:					
Puesto de Salud	84	30.3%	42	57.5%	126
Centro de Salud	25	9.0%	15	20.5%	40
Hospital	168	60.6%	16	21.9%	184
					350
Atención Parto Vaginal					
Sí	268	96.8%	70	95.9%	338
No	9	3.2%	3	4.1%	12
Registro de Partograma					
Sí	277	100.0%	73	100.0%	350
No	0	0%	0	0%	0
Personal que atendió el parto					
Médico gineco-obstetra	3	1.1%	6	8.6%	9
Médico general	2	0.7%	0	0%	2
Médico residente de gineco-obstetricia	16	6%	17	24.3%	33
Obstetra	245	91.4%	44	62.9%	289

Médico SERUMS	0	0%	0	0%	0
Obstetra SERUMS	1	0.4%	0	0%	1
Otras profesiones*	1	0.4%	3	4.3%	4

Fuente: Encuesta a Establecimientos de Salud con funciones obstétricas y neonatales en el año 2015.

*Interno de obstetricia

Se aprecia que de los 350 establecimientos de Salud con Funciones obstétricas y Neonatales Esenciales I y II encuestados durante el año 2015; a nivel de provincia, 60.6% son hospitales, 30.3% son puestos de salud y 9% son centros de salud; mientras en Lima, 57.5% son puestos de salud, 20.5% son centros de salud y 21.9% son hospitales.

Respecto a la atención del parto vía vaginal durante la permanencia del evaluador externo; a nivel de provincia el 96.8% de los evaluadores estuvieron presentes durante la atención del parto vaginal y a nivel de Lima la presencia de un evaluador externo se dio en un 95.6%.

Del personal que atendió el parto; en provincia, el 91.4% fue atendido por un obstetra, el 6% por un médico residente de ginecoobstetricia, un 1.1% por un gineco-obstetra; en Lima, el 62.9% fue atendido también por un obstetra, el 24.3% por un médico residente de ginecoobstetricia, un 8.6% por un gineco-obstetra y un 4.3% por un interno de obstetricia.

TABLA N°2 Desempeño profesional del personal durante la atención del parto de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II entre Lima y Provincias durante el 2015.

	Provincia		Lima		Chi cuadrado	p valor
	n	%	n	%		
Registro de Partograma						
80%-100%	150	54.2%	32	43.8%	2.067	0.151
50%-79%	98	35.4%	23	31.5%	0.231	0.631
<50%	29	10.5%	18	24.7%	8.821	0.003
Total	277	100.0%	73	100.0%		
Actividades durante el periodo expulsivo del parto						
80%-100%	88	31.8%	11	15.1%	7.142	0.008
<80%	189	68.2%	62	84.9%	7.142	0.008
Total	277	100.0%	73	100.0%		
Actividades del alumbramiento						
80%-100%	146	52.7%	26	35.6%	6.086	0.014
<80%	131	47.3%	47	64.4%	6.086	0.014
Total	277	100.0%	73	100.0%		

Fuente Encuesta a Establecimientos con funciones obstétricas y neonatales en el año 2015.

De acuerdo a los resultados, de los 350 establecimientos FONE I y II estudiados; el 54.2% de los establecimientos de salud de provincia alcanzó un rango de “80% a 100%” de actividades para detectar oportunamente una alteración del trabajo del parto mediante el partograma, y en Lima un 43.8% de los establecimientos de salud de Lima alcanzó dicho rango. Se encontró diferencia significativa en el registro del partograma entre los establecimientos de Lima y Provincia que se posicionaron en el rango de “<50%” de actividades registradas en el partograma ($p=0.003$).

Respecto a la atención durante el periodo expulsivo del parto; el 31.8% y el 15.1% de los establecimientos de salud de provincia y Lima respectivamente, alcanzaron un rango de “80% a 100%” de capacidad para atender adecuadamente el periodo expulsivo del parto y se encontró diferencia significativa entre los establecimientos de Lima y provincia en este rango ($p=0.008$). El resto de establecimientos tanto de Lima (68.2%) y provincia (84.9%) tienen “< del 80%” de capacidad para atender adecuadamente el periodo expulsivo del parto y se evidencia una diferencia significativa entre ambos grupos ($p=0.008$).

Respecto a la atención durante el alumbramiento; el 52.7% y el 35.6% de los establecimientos de salud de provincia y Lima respectivamente, alcanzaron un rango de “80% a 100%” de capacidad para el manejo activo del tercer periodo del parto y se encontró diferencia significativa entre los establecimientos de Lima y provincia en este rango ($p=0.014$). El resto de establecimientos tanto de Lima (47.3%) y provincia (64.4%) tienen “< del 80%” de capacidad para el manejo activo del tercer periodo del parto y se evidencia una diferencia significativa entre ambos grupos ($p=0.014$).

TABLA N°3 Tiempo de pinzamiento de cordón umbilical durante el parto vía vaginal de los Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I y II entre Lima y Provincias durante el 2015.

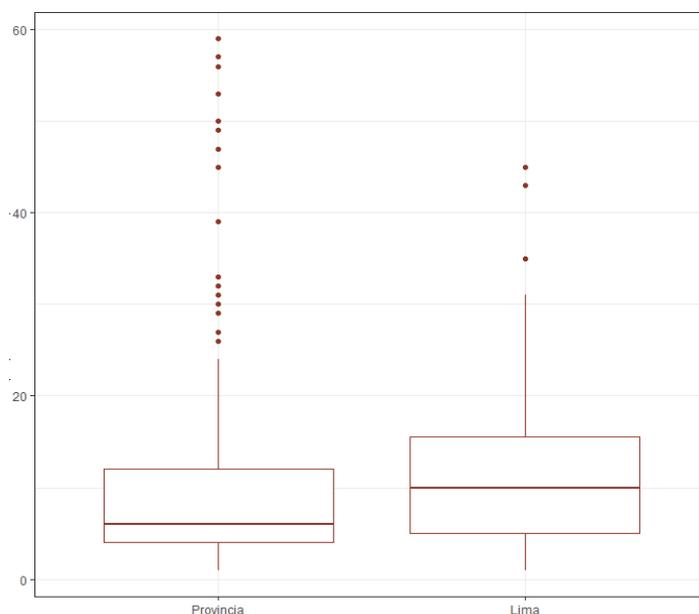
	Provincia		Lima		Chi cuadrado	p valor
	n	%	n	%		
P. Precoz	28	10.1%	18	24.7%	9.4766	0.002

P. Tardío	249	89.9%	55	75.3%	9.4766	0.002
Total	277	100%	73	100%		

Fuente: Encuesta a Establecimientos de Salud con funciones obstétricas y neonatales en el año 2015

Respecto al pinzamiento precoz de cordón umbilical, el 10,1% y el 24.7% de los establecimientos de salud de provincia y Lima, respectivamente, realizaron un pinzamiento precoz del cordón umbilical, se encontraron diferencias entre Lima y provincia ($p=0,002$). Por otro lado, el 89.9% y el 75.3% de los establecimientos de salud de provincia y Lima, respectivamente, realizaron un pinzamiento tardío del cordón umbilical y también se evidenció diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,002$).

GRAFICO N°1 Tiempo promedio de contacto piel con piel en los Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I y II entre Lima y Provincias durante el año 2015.



Fuente: Encuesta a Establecimientos de Salud con funciones obstétricas y neonatales en el año 2015

Del presente gráfico, se observa que el tiempo promedio del contacto piel con piel en los establecimientos de salud de Lima es de 10 minutos, siendo el tiempo mínimo de 1 minuto y el tiempo máximo de 59 minutos; respecto a los establecimientos de salud de provincia, el promedio de contacto piel con piel es de 13 minutos, siendo el tiempo mínimo de 1 minuto y el máximo de 45 minutos.

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente tesis, evaluó 350 establecimientos de salud basados en la encuesta “Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I-II” durante el 2015, analizándose el tercer aspecto de la encuesta, que comprendía información sobre el registro del partograma durante la fase activa, el desempeño profesional de la atención durante el periodo expulsivo y el alumbramiento del parto vía vaginal ⁽²⁷⁾.

El propósito fue comparar el desempeño profesional del personal del área de ginecología de los establecimientos de salud de Lima con los de provincia y la relación con la mortalidad materna. Una madre y un bebé sanos son marcadores exitosos del manejo del embarazo, el intraparto y el post parto por lo que una implementación efectiva de la calidad de atención y la morbimortalidad materna no son problemas independientes, necesitan un enfoque global y minucioso. Donabedian A., en la guía de administración médica, refiere que el desempeño técnico, es decir, la competencia del personal de salud y el acceso a la tecnología médica, es un medio para lograr un óptimo estado de salud de la comunidad por lo que debe ser visualizada como un medio para lograr un fin ⁽²⁸⁾. En el artículo recientemente publicado por Avila, la disminución de la mortalidad materna se asoció de forma directa e indirecta al otorgamiento de capacidades; sin embargo, se careció de indicadores reales y de datos estadísticos detallados que muestren específicamente que capacidades o acciones permitieron la disminución de la muerte materna. Añadió que la disminución se debe en gran parte a la ejecución de políticas públicas que involucran la optimización de la capacidad institucional, es decir, optimar el acceso a la salud de las poblaciones más lejanas creando establecimientos de salud, y aumentando la distribución de personal capacitado en lugares donde eran requeridos; así como brindarle a la gestante la opción de elegir la forma de su parto según sus creencias culturales ⁽⁶⁾. En el estudio realizado por Martínez H. et al, se muestra que a pesar del gran porcentaje de partos institucionalizados en su municipio (> 95%) aún existe elevada mortalidad materna (89%), las cuales podrían estar más asociadas a la falta de capacidad resolutive en las emergencias obstétricas ⁽⁵⁾. Lo cual se refuerza con lo mencionado por Jiménez R. donde al ser la mortalidad un suceso centinela se

atribuye a una falla en la atención ⁽²⁹⁾.

Al analizar el desempeño profesional en esta investigación, se debe tomar en cuenta que el personal que lideró la atención del parto fueron los obstetras, tanto en Lima (91.4%) como en provincias (62.4%), esto difiere si hablamos del segundo personal más frecuente que atendió el parto, pues en provincia lo ocupan los médicos gineco-obstetras, mientras en Lima lo ocupan los residentes de gineco-obstetricia. De forma similar sucedió en el trabajo de Nuñez J. donde el 73.6% de los partos fueron atendidos por obstetras o internos de obstetricia y sólo el 22.5% por médicos gineco-obstetras, se aprecia lo mismo en los resultados de Ayala G, donde los obstetras también lideraron con un 72.8% de atención de partos ⁽³⁰⁾. En contraste, lo publicado por Martínez H. et al, señala que el 99.82% de los partos fueron atendidos por personal médico ⁽⁵⁾. Respecto a la recolección de los datos, el 96.8% de los evaluadores externos de los establecimientos de provincia permanecieron durante la atención del parto vaginal, de igual forma sucedió en Lima donde estuvieron presentes el 95.6% de evaluadores externos. Si bien, la técnica mediante la cual se evaluó el desempeño profesional se basó en la realización o no de actividades y siendo este un factor limitante como lo señalan en el estudio de Donabedian A., la encuesta nos ha revelado una gamma en calidad de atención, desde un cumplimiento en su 100% hasta un 00%, desde una atención sobresaliente hasta una que no cumple con ningún estándar ⁽⁴⁾.

Respecto al registro del partograma y según la ficha técnica de la encuesta, los centros de salud con habilidad para detectar pertinentemente una alteración de parto mediante el partograma, son aquellos que al ser evaluados no obtienen menos del 100% de actividades realizadas. Al analizar los datos se encontró que solo el 5% de los establecimientos de salud de Lima cumplían con dicho indicador, mientras a nivel de provincia solo el 4% lo hacía. Por lo que se decidió agrupar los datos en tres rangos porcentuales de cumplimiento del partograma y se identificó que al menos el 40% de establecimientos tanto de Lima como de provincias llenaban como mínimo un 80% del partograma. Todo lo contrario con lo hallado en el trabajo de Nuñez J., pues tanto la curva real como la curva de alerta fueron llenadas en un 79.2%, el progreso de dilatación cervical y el registro

de frecuencia cardiaca en más del 80% ⁽³⁰⁾. Los resultados de nuestra investigación también arrojaron un $p=0.003$ en el rango “<50% de registro de partograma”, es decir, que existe una diferencia significativa a ese nivel entre los establecimientos de provincias y Lima. Lo antes expuesto refleja que más del 90% de los establecimientos analizados no tienen la capacidad para detectar de forma precoz alteraciones del parto, lo que resulta alarmante ya que como lo menciona Ortiz P y Brigitte E. un registro adecuado contribuye en la reducción de la morbimortalidad materno-fetal, disminuye el riesgo de errores y evita pasar por alto posibles complicaciones obstétricas como la desproporción céfalo pélvica, la asfixia neonatal, el parto prolongado, entre otras ⁽³¹⁾, por eso es una herramienta recomendada por la OMS.

Según la ficha técnica de la encuesta, los establecimientos de salud con capacidad para atender adecuadamente el periodo expulsivo del parto, son aquellos que al ser valorados obtienen no menos del 80% de actividades realizadas durante esta atención, para ello se evaluaron 25 actividades (lavado de manos, elección de la posición de la parturienta, monitorización de la frecuencia cardiaca, protección del periné, realización de episiotomía, verificación de la presencia del cordón umbilical, aspiración de boca y nariz, rotación espontánea de la cabeza, extracción del hombro posterior, realización del secado inmediato, entre otros). Se agrupó en 2 categorías: los que cumplen con el indicador, es decir “> del 80% de actividades”, y aquellos que no lo cumplen, “< del 80% de actividades”. Los resultados arrojaron que solo el 31.8% y el 15.1% de los establecimientos de provincia y Lima, respectivamente, cumplen con el indicador, lo que refleja que a pesar de que estos establecimientos fueron creados para una atención enfocada en la salud materna y neonatal, no logran el desempeño esperada por el Ministerio de Salud. Al comparar el cumplimiento de Lima con los de provincia, se halló un $p=0.008$ que muestra la existencia de una diferencia significativa en el desempeño laboral durante la atención del parto vaginal entre los FONE I-II de Lima y provincias. Fort AL. y Voltero L. mostraron una realidad similar al evaluar el rendimiento del enfermero y partera- enfermera, hallándose una deficiencia en todas las actividades evaluadas, con un puntaje de 38% del cumplimiento total, siendo los puntajes extremadamente bajos: el lavado de manos con jabón y agua, y la toma de la temperatura (27,32). Información que contrasta con el estudio de Holme F.

et al donde se cumplió con un 72% de atención durante el parto vaginal ⁽³³⁾.

Referente a la atención del alumbramiento, la ficha técnica considera a los establecimientos de salud con capacidad para atender correctamente este periodo, a quienes obtienen no menos del 90% de las 11 actividades realizadas (tracción controlada del cordón umbilical, realización de masaje bimanual posterior a la salida de la placenta, descartar desgarros, realización de higiene vulvoperineal, entre otros). Al analizar los datos se encontró que no más del 19% de los establecimientos de Lima cumplieron con el indicador, similar situación se observó en los establecimientos de provincia por lo que se decidió ampliar el rango de evaluación a “> 80% de actividades” y “< del 80% de actividades” para un mejor análisis estadístico, esto evidenció que el 52.7% y el 35.6% de los establecimientos de provincia y Lima, respectivamente, poseen al menos un 80% de capacidad para el manejo activo del tercer periodo. En contraste con el desempeño durante el periodo expulsivo, esta área mostró un rendimiento superior, se halló un $p=0.014$ que demuestra una diferencia significativa entre el manejo del alumbramiento de los establecimientos de provincia con los de Lima. De acuerdo con Fort AL. y Voltero L., ellos encontraron un resultado análogo al nuestro con un 51% de cumplimiento y obtuvieron mejor puntaje cuando la información era obtenida de interacciones reales con pacientes (27,32). Similar al estudio de Kestler E. et al, donde se evidenció que las habilidades de los médicos en el manejo del tercer periodo del parto fueron de 52% y de las enfermeras de 40%, haciendo hincapié en el cuidado intraparto como una de las mejores estrategias para reducir las defunciones maternas ⁽³⁴⁾. Por ello, es vital desarrollar las destrezas del profesional para un buen manejo del periodo activo del parto ayudando así con la disminución de complicaciones secundarias como una hemorragia vaginal post parto.

Otra variable obtenida fue el tiempo de pinzamiento del cordón umbilical; a nivel nacional el tiempo promedio fue de 2'30" aproximadamente, respecto al pinzamiento tardío de los partos de los FONE I-II de provincia (89.9%) fue mayor a los de Lima (75.3%) y se obtuvo un $p=0.002$ para ambos tiempos, lo que significa que existe una diferencia en el tiempo de pinzamiento de provincias respecto al de Lima. En el estudio de Ortiz-Esquinas I, se obtuvieron cifras

ligeramente superiores a las de Lima, un 84.2% realizó el pinzamiento retrasado, igual en el estudio de Cardenas B. que mostró cifras más similares pues el 71% tuvo un clampaje tardío, de ellos un 4% desarrolló anemia a diferencia de los que tuvieron un clampaje precoz, quienes no presentaron ningún caso similar ⁽³⁵⁾. Este resultado discrepa de lo referido por la OMS quien recomienda un pinzamiento entre el minuto 1 y 3 minutos después del nacimiento; asociándolo a una mejora en la dotación de hierro del neonato incluso hasta el medio año. La guía de la OMS sobre el retraso del clampaje del cordón umbilical muestra que dentro de los beneficios al infante; a corto plazo, está la disminución del riesgo a hemorragias intraventriculares, enterocolitis necrotizante, sepsis, entre otras y a largo plazo aumenta la hemoglobina hasta la edad de 10 semanas, en la madre se da una disminución en la incidencia de la retención placentaria ⁽³⁶⁾. Esto concuerda con el estudio de Fogarty M, cuyos resultados muestran que el retraso en el clampaje aumentó el nivel de hematocrito en 2.73 puntos, redujo en un 10% la transfusión de sangre en los neonatos, redujo la mortalidad hospitalaria, redujo la incidencia de una baja puntuación APGAR al minuto, pero no a los 5 minutos ni tampoco la incidencia de intubación en la reanimación ⁽³⁷⁾. Por otro lado, se obtuvo el tiempo promedio de duración de contacto piel a piel, el cual mostró un tiempo promedio de 13 minutos y 10 minutos para provincias y Lima respectivamente, siendo los establecimientos de provincia los que obtuvieron tiempos más prolongados siendo el máximo de 59 minutos. En la investigación de Gonzales P., se concluyó que favorece el inicio temprana de la lactancia materna, contribuye en la tolerancia al dolor de los procedimientos realizados al neonato y en la madre tiende a disminuir la depresión ⁽³⁸⁾. Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Martínez-Martínez T. y Damian-Ferman N., quienes también encontraron asociación con un mayor tiempo de lactancia materna, disminución en la depresión postparto y mejora de la termorregulación del neonato ⁽³⁹⁾.

Ríos O, desarrolló un análisis sobre los centros de salud con funciones obstétricas en la región de Ayacucho, en el dichos establecimientos no contaron con la capacidad de resolución adecuada para ofrecer una atención oportuna y de calidad ⁽²³⁾. El presente estudio, arroja una situación poco ajena a la anterior investigación pues a nivel nacional existen un gran déficit de cumplimiento de los

estándares de calidad mínimos exigidos por el MINSA para la atención materna en los establecimientos de salud FONE I-II, existe una brecha a nivel del desempeño laboral entre Lima y las provincias y somos aún uno de los países con elevadas cifras de defunción materna, aunque sabemos que no existe una relación causal definida entre el desempeño y la mortalidad materna, estudios han mostrado la existencia de una enérgica relación entre la reducción de las muertes maternas y la calidad de la atención sanitaria. Kinney MV., et al menciona que optimizar la calidad de atención a las madres durante el embarazo y el parto tienen el potencial de prevenir 2 millones de muertes anuales ⁽⁴⁰⁾. El estudio de Fort AL. y Voltero L. concluyó que el creer tener habilidades necesarias para la realización del trabajo, recibir entrenamiento en el campo y capacitarse en el uso de herramientas clínicas parece tener una relación muy significativa con el rendimiento del personal y por ende con el aumento en el cumplimiento de las actividades ^(27,32). Por otro lado, Bradley S. resalta la importancia de incluir las perspectivas de los evaluadores y el personal evaluado para lograr entender y disminuir la brecha entre la práctica y la política que permita optimizar el desempeño de los proveedores sanitarios y poder lograr los objetivos del sector de salud ⁽⁴¹⁾. En la investigación realizada por Akker T., indica que tanto la auditoria y la retroalimentación obstétrica fueron los principales impulsores en la disminución de las complicaciones maternas graves, estas estuvieron enfocadas en la optimización de la atención intraparto y el desempeño del personal de salud durante las emergencias obstétricas ⁽⁴²⁾.

Dentro de las limitaciones, la encuesta no permite evaluar una relación de causalidad entre el desempeño profesional y la mortalidad materna pues no se cuentan con datos sobre lo último. Otra limitación es que la encuesta se basa en una sola toma muestral, es decir, en un único evento del cual los datos obtenidos serán tomados en cuenta para reflejar la situación del establecimiento durante todo ese periodo. Si bien los datos sobre el desempeño profesional son tomados mediante la evaluación directa de las actividades que se realizan, esta tiene sus limitaciones pues la ejecución correcta de una actividad puede estar condicionada por la presencia del evaluador ya que se observa que el área con menor puntuación fue el registro del partograma, cuyos datos fueron obtenidos mediante revisión técnica, estos resultados contrastan con los porcentajes de

cumplimiento obtenidos en la atención del parto y alumbramiento. Otra limitante es que la perspectiva de las gestantes sobre la calidad de atención no está incluida en la encuesta para determinar el desempeño profesional.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Se concluye que el obstetra es el profesional sanitario que atiende partos vaginales con mayor frecuencia, tanto en Lima como en provincias.
- Se concluye que no más del 5% de los establecimientos FONE I y II a nivel nacional tienen el 100% de capacidad para detectar oportunamente una alteración del trabajo del parto mediante el partograma y existe diferencia significativa entre los establecimientos de Lima y provincia que registran menos del 50% del partograma.
- Se concluye que existe diferencia significativa en el desempeño profesional de los FONE I y II de Lima respecto a los de provincia; y que solo el 31.8% y el 15.1% de los establecimientos de provincia y Lima respectivamente, tienen capacidad para atender adecuadamente el periodo expulsivo del parto.
- Se concluye que existe diferencia significativa en el desempeño profesional de los FONE I y II de Lima respecto a los de provincia; y que solo el 52.7% y el 35.6% de los establecimientos de provincia y Lima

respectivamente, tienen al menos un 80% de capacidad para atender adecuadamente el tercer periodo del parto.

- Se concluye que más del 70% de los establecimientos de salud a nivel nacional realizan el pinzamiento tardío del cordón umbilical, con un tiempo promedio de 2 minutos 30 segundos.
- Se concluye que el tiempo promedio de contacto piel con piel es de 10 minutos en los FONE I y II de Lima; y de 13 minutos en los FONE I y II en provincias. Siendo los establecimientos de provincias los que presentaron tiempos más prolongados de contacto piel con piel.
- Se concluye que existe una brecha en el desempeño profesional durante la atención del parto vaginal entre los establecimientos FONE I-II de Lima y provincias. Además a nivel nacional aún existen déficits de cumplimiento de los indicadores que permitan lograr una adecuada atención materna.

6.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda evaluar el efecto del observador en la práctica que evalúa, su fiabilidad y validez por lo que se sugiere realizar comparaciones entre la observación directa y la información recolectada de historias clínicas, plan de parto u otros documentos.
- Se recomienda realizar un estudio más detallado de la naturaleza y de las razones de la situación en las que se lleva a cabo la actividad, ya que el registrar un sí o no sobre el cumplimiento de una actividad es limitante.
- Se recomienda incluir el área de relación médico-paciente al momento de evaluar la calidad de atención y desempeño profesional de los establecimientos encuestados.
- Se recomienda realizar estudios de contexto donde las gestantes tengan

la oportunidad de definir la calidad de atención materna y neonatal, estudiando su realidad sociocultural y su influencia en la morbimortalidad materna

- Se recomienda ampliar la investigación y evaluar los factores que influyen en el desempeño laboral de los proveedores de los servicios de salud materna de los establecimientos estudiados.
- Se recomienda que la toma de datos para la encuesta no esté basado en una sola visita, sino que se realice de forma seriedad y nos permita conocer una realidad más palpable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Geller SE, Koch AR, Garland CE, MacDonald EJ, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. *Reprod Health* [Internet]. 22 de junio de 2018 [citado 18 de febrero de 2020];15(Suppl 1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6019990/>. Doi: [10.1186/s12978-018-0527-2](https://doi.org/10.1186/s12978-018-0527-2)
2. Maternal mortality [Internet]. [citado 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ. 26 de junio de 2019;28:533-6. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/22.pdf>
4. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q.* diciembre de 2005;83(4):691-729. Doi: [10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x)
5. Martínez H, Meléndez M, Jaramillo L, García M. Capacidad Resolutiva de la atención Materna en el municipio Juan Germán Roscio de Guárico, Venezuela. *Rev Fac Cienc Salud UDES.* 30 de junio de 2015;2:8. Disponible en: <https://journalhealthsciences.com/index.php/UDES/article/view/24>
6. Avila-Jaquez C, Avila-Jaquez C. Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. *Convergencia* [Internet]. agosto de 2019 [citado 19 de febrero de 2020];26(80). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352019000200003
7. Márquez L, Plana A, Villarroel MC. Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos: alcances y desafíos para su medición en países de América Latina. agosto de 2017 [citado 18 de febrero de 2020]; Disponible en: <https://www.cepal.org/fr/node/43716>

8. Salud OP de la. Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna [Internet]. OPS; 2016 [citado 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33712?show=full>
9. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Biblioteca Nacional del Perú; 2005. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/143_detersoc.pdf
10. del Carpio Ancaya L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. julio de 2013;30(3):461-4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300015
11. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. VIII Informe del Cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, Ley N° 28983. [Internet]. Biblioteca Nacional del Perú; 2014. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mimp/informes-publicaciones/196571-viii-informe-de-los-avances-en-el-cumplimiento-de-la-ley-n-28983-de-igualdad-de-oportunidades-entre-mujeres-y-hombres-periodo-2014>
12. Dirección General de Salud de las Personas. DIRECTIVA PARA LA EVALUACION DE LAS FUNCIONES OBSTETRICAS y NEONATALES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD [Internet]. Biblioteca Nacional del Perú; 2006. Disponible en: https://www.academia.edu/36996037/DIRECTIVA_SANITARIA_No_001-MINSA_DGSP-V.02_DIRECTIVA_SANITARIA_PARA_LA_EVALUACION_DE_LAS_FUNCIONES Obstetricas y NEONATALES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales 2013 [Internet]. Diskcopy S.A.C.; 2014. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1161/libro.pdf
14. OMS | Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas [Internet]. WHO. [citado 21 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
15. Definición de Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021 [Internet]. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. [citado 21 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/definicion-de-prioridades-nacionales-de-investigacion-en-salud-2015-2021>
16. Dirección General de Epidemiología de las Personas. Boletín Epidemiológico del Perú SE 47-2017 [Internet]. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2017 nov. Report No.: 26. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=605:boletim-2016-2&catid=55&Itemid=197
17. Consulta Amigable - Navegador [Internet]. [citado 21 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>
18. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, Hernández-Alemán F, Anaya-Coeto S, Pozos-Cavanzo JL, Chavarría-Olarte ME. Mortalidad materna en el IMSS. Resultados iniciales de una intervención para su reducción. Cir Cir. 2004;72(4):293-

300. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=301>
19. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet Lond Engl.* 18 de mayo de 2013;381(9879):1747-55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23683641>
 20. Hurst TE, Semrau K, Patna M, Gawande A, Hirschhorn LR. Demand-side interventions for maternal care: evidence of more use, not better outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet].* 13 de noviembre de 2015 [citado 21 de febrero de 2020];15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4644345/> doi: [10.1186/s12884-015-0727-5](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0727-5)
 21. Benavides B, Villacorta A. UNA NUEVA HERRAMIENTA ANALÍTICA PARA PROGRAMAS DE MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2001;47(3):184-5. Disponible en: <http://mail.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/495/0>
 22. Arrieta-Herrera A, Riesco de la Vega G. Factores de riesgo de mortalidad perinatal en hospitales de la seguridad social peruana: análisis de los datos del Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud. *An Fac Med.* diciembre de 2009;70(4):241-6. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832009000400003&script=sci_abstract.
 23. Orihuela Ríos H. Capacidad resolutive de los establecimientos que brindan atención de salud materna y factores socio culturales y de género que Influyen en la mortalidad materna ayacucho - 2012. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSI_98885a4bd089fe8306ccb5b143ce7b0e
 24. Tendencia de la mortalidad materna en el Perú: desafíos pendientes [Internet]. [citado 21 de febrero de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300001
 25. Rojas MG. POLÍTICAS PÚBLICAS, SALUD MATERNA Y DERECHOS FUNDAMENTALES. *NOUS.* 30 de junio de 2016;7(9):21-21. Disponible en: <http://revistas.upagu.edu.pe/index.php/NU/article/view/284>
 26. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatriza-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educ Médica.* 1 de julio de 2019;20(4):199-205. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>
 27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales, 2013 y 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1484/index.html
 28. A guide to medical care administration (Libro, 1969) [WorldCat.org] [Internet]. [citado 21 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/guide-to-medical-care-administration/oclc/15511>

29. Paneque J, E R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cuba Salud Pública. marzo de 2004;30(1):0-0. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004
30. Uso del Partograma como instrumento de Vigilancia clínica del trabajo de parto en el Hospital Minsa II-2– Tarapoto. Enero - mayo 2015 [Internet]. [citado 21 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/1856>
31. Ortiz P, Brigitte E. Utilidad e interpretación del partograma para la respectiva toma de decisiones en atención primaria de salud. 2019 [citado 21 de febrero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/14733>
32. Fort AL, Voltero L. Factors affecting the performance of maternal health care providers in Armenia. Hum Resour Health. 22 de junio de 2004;2:8. doi: [10.1186/1478-4491-2-8](https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-8).
33. Holme F, Kestler E, Raney J, Sharma M, Walker D. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD DEL FORMATO “CASI-MUERTAS” DE OMS PARA DETECTAR MORBILIDAD MATERNA Y PERINATAL EN POBLACIÓN INDÍGENA DE GUATEMALA. REVCOG. septiembre de 2013;18(3):81-7. Disponible: <http://www.revco.org/index.php/revco/article/view/649>
34. Dr. Edgar Kestler; * Dra. Maria del Rosario Orozco; ** Dra. Silvia Palma; ** Dr. Roberto Flores **. Intervenciones para disminuir mortalidad materna: Conocimiento del personal capacitado sobre el manejo activo de la tercera etapa del parto en el sistema público hospitalario. REVCOG. septiembre de 2009;14(3):104-9. Disponible en: <http://www.revistamedica.org/index.php/revco/search/authors/view?firstName=Silvia&middleName=&lastName=Palma&affiliation=&country=>.
35. Cardenas B. Hemoglobina y desenlaces adversos en recién nacidos según clampaje precoz o tardío del cordón umbilical atendidos en el hospital regional de pucallpa periodo julio - agosto 2018. 2018. Disponible: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UAPI_df3d6dad63175329bd16933ad32195b4
36. WHO | Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes [Internet]. WHO. [citado 21 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/
37. Fogarty M, Osborn DA, Askie L, Seidler AL, Hunter K, Lui K, et al. Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2018;218(1):1-18. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29097178>
38. Gonzales P. Beneficios del contacto piel con piel precoz. 2018. Disponible en: <http://www.revco.org/index.php/revco/article/view/785>
39. Martínez-Martínez T, Damian-Ferman N. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. Enferm Univ. 1 de abril de 2014;11(2):61-6. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314726661>
40. Kinney MV, Smith JM, Doherty T, Hermida J, Daniels K, Belizán JM. Feasibility of community level interventions for pre-eclampsia: perspectives, knowledge and task-sharing from Nigeria, Mozambique, Pakistan and India. Reprod Health [Internet]. 30

de septiembre de 2016 [citado 20 de febrero de 2020];13. Doi: [10.1186/s12978-016-0245-6](https://doi.org/10.1186/s12978-016-0245-6)

41. Bradley S, Kamwendo F, Masanja H, de Pinho H, Waxman R, Boostrom C, et al. District health managers' perceptions of supervision in Malawi and Tanzania. *Hum Resour Health*. 5 de septiembre de 2013;11:43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24007354>
42. Akker T van den, Rhenen J van, Mwagomba B, Lommerse K, Vinkhumbo S, Roosmalen J van. Reduction of Severe Acute Maternal Morbidity and Maternal Mortality in Thyolo District, Malawi: The Impact of Obstetric Audit. *PLOS ONE*. 3 de junio de 2011;6(6):e20776. Disponible: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0020776>

ANEXOS

ANEXO A:

DOCUMENTOS DE LA TESIS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES
<p>¿Existen diferencias entre el desempeño profesional del personal del área de ginecología de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias en el periodo setiembre-octubre del 2015?</p>	<p>Objetivo general: Comparar el desempeño profesional del personal del área de ginecología de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II entre Lima y Provincias durante el periodo setiembre-octubre del 2015.</p>	<p>La hipótesis nula (Ho): No hay diferencias entre el desempeño profesional del personal del área de ginecología de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias en el periodo setiembre-octubre del 2015.</p>	Tipo de establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Puesto de salud - Centro de Salud - Hospital
			Personal que atendió el parto vaginal	<ul style="list-style-type: none"> - Médico gineco-obstetra - Médico general - Médico residente de gineco-obstetricia - Obstetra - Médico SERUMS - Obstetra SERUMS - Otras profesiones
			Registro de partograma	(Número de actividades realizadas / Número total de actividades registradas en el partograma) x 100
			Actividades durante la atención del parto vaginal	(Número de actividades realizadas / Número total de actividades durante la atención del parto vaginal) x 100
	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analizar el registro del partograma durante la atención del parto entre los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias durante el 2015. - Determinar el desempeño profesional durante la atención del parto vía vaginal 	<p>La hipótesis alterna (H1): Existen diferencias entre el desempeño profesional del personal del área de ginecología de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias en el periodo setiembre-octubre del 2015.</p>	Actividades durante la atención del alumbramiento	(Número de actividades realizadas / Número total de actividades durante la atención del alumbramiento) x 100
			Tiempo del pinzamiento del cordón umbilical	Hora de pinzamiento y corte del cordón umbilical - Hora de nacimiento del recién nacido.
			Tiempo de duración del contacto piel a piel	Hora final del contacto piel a piel - Hora de inicio del contacto piel a piel.

	<p>y el periodo expulsivo del parto entre los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias durante el 2015.</p> <p>Determinar el desempeño profesional durante el tercer periodo del parto vía vaginal entre los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias durante el 2015.</p> <p>Identificar el tiempo promedio de pinzamiento y corte del cordón umbilical entre los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias durante el 2015.</p> <p>Identificar el tiempo promedio de inicio del contacto piel a piel entre los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales esenciales I y II de Lima y Provincias durante el 2015.</p>			
--	---	--	--	--

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo	Escala de medición	Indicador	Definición operacional	Definición Conceptual
Tipo de establecimiento	cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Puesto de salud - Centro de Salud - Hospital 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puesto de salud 2. Centro de Salud 3. Hospital 	Son centros de salud u hospitales locales del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, que podrán atender hasta el 85% de las necesidades de atención en salud.
Personal que atendió el parto vaginal	Cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Médico gineco-obstetra - Médico general - Médico residente de gineco-obstetricia - Obstetra - Médico SERUMS - Obstetra SERUMS - Otras profesiones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médico gineco-obstetra 2. Médico general 3. Médico residente de gineco-obstetricia 4. Obstetra 5. Médico SERUMS 6. Obstetra SERUMS 7. Otras profesiones 	Personal profesional que atendió durante el periodo expulsivo del parto y el tercer periodo del parto.
Registro de partograma	Cuantitativa	Ordinal	(Número de actividades realizadas / Número total de actividades registradas en el partograma) x 100	<ol style="list-style-type: none"> 1. 80% - 100% 2. 50% - 79% 3. < 50% 	Es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal, los signos vitales de la madre, etc.
Actividades durante la atención del parto vaginal	Cuantitativo	Ordinal	(Número de actividades realizadas / Número total de actividades durante la atención del parto vaginal) x 100	<ol style="list-style-type: none"> 1. 80% - 100% 2. < 80% 	Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la atención de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.

Actividades durante la atención del alumbramiento	cuantitativa	ordinal	(Número de actividades realizadas / Número total de actividades durante la atención del alumbramiento) x 100	1. 80% - 100% 2. < 80%	Expulsión de la placenta y las membranas adjuntas en la tercera etapa del parto, después de la expulsión del feto.
Tiempo del pinzamiento del cordón umbilical	cuantitativa	Razón	Hora de pinzamiento y corte del cordón umbilical - Hora de nacimiento del recién nacido.	1. P. Precoz: < de 1 min. 2. P. Tardío: De 1 a 3 min.	Es el tiempo que transcurre desde que el niño nace hasta que se separa de la placenta pinzando y cortando el cordón umbilical. P. Precoz: Menos de 1 min P. Tardío: De un minuto a más
Tiempo de duración del contacto piel a piel	cuantitativa	Razón	Hora final del contacto piel a piel - Hora de inicio del contacto piel a piel.	Ninguna	Es el tiempo de contacto íntimo de piel a piel tras el nacimiento entre el recién nacido en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre.

**ENCUESTA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS
Y NEONATALES – 2015**

FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA

Lima, Junio de 2015

ENCUESTA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON FUNCIONES
OBSTÉTRICAS Y NEONATALES - 2015

FICHA TÉCNICA

1. FINALIDAD

Suministrar información estadística que contribuya con la evaluación de los Programas Presupuestales: *Salud Materno Neonatal, Articulado Nutricional, Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres*, mediante la medición de *Indicadores de Resultado y Productos* que evalúen: las funciones obstétricas y neonatales; el desempeño profesional en la atención prenatal, de planificación familiar y del parto; las actividades de promoción de salud y la infraestructura de los Establecimientos de Salud en el marco del Presupuesto por Resultado (PpR) implementado en la Ley de Presupuesto Público.

2. OBJETIVOS GENERALES

- Conocer los Indicadores de Resultado y Productos de los Programas Presupuestales: Salud Materno Neonatal, Articulado Nutricional, Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres en los Establecimientos de Salud, que evalúan el cumplimiento de las funciones obstétricas y neonatales, desempeño del profesional en la atención, promoción de la salud e infraestructura.
- Proporcionar información continua que permita comparar en el tiempo, la evolución de los Indicadores de Resultado y Productos identificados de los Programas Presupuestales: Salud Materno Neonatal, Articulado Nutricional, Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres en los Establecimientos de Salud Estratégicos.

3. COBERTURA GEOGRÁFICA

Se ejecutará en 801 Establecimientos de Salud a nivel nacional.

4. PERIODO DE EJECUCIÓN

La recolección de información se desarrollará en un periodo de 44 días, del 17 de Setiembre al 30 de Octubre del 2015.

5. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

5.1 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

La unidad de investigación de la encuesta 2015, es el Establecimiento de Salud que cumpla Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), Esenciales I (FONE I), Esenciales II (FONE II) e Intensivas (FONI).

5.2 TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

La temática a investigar para el levantamiento de información en el Establecimiento de Salud comprende cuatro aspectos:

- Un primer aspecto, es relevar información sobre la *disponibilidad y operatividad del equipamiento* tales como: equipos e instrumentales, medicamentos e insumos, etc.; y la disponibilidad de profesionales para la atención obstétrica y neonatal.

La información a obtener sobre la disponibilidad y operatividad de los recursos, a nivel de servicios, tipo de función obstétrica y neonatal, se presenta a continuación:

Áreas o servicios	Tipo de FON			
	Básicas	Esenciales I	Esenciales II	Intensivas
Recursos Humanos	X	X	X	X
Farmacia General o Central	X	X	X	X
Tópico de Emergencia	X			
Emergencia Obstétrica		X	X	X
Cadena de Frío	X			
Triaje de Consultorio Externo				X
Consultorio Prenatal / Consultorio Externo de Gineco Obstetricia	X	X	X	X
Consultorio de Planificación Familiar		X	X	X
Ecografía	X			
Ecografía y Radiología		X	X	X
Laboratorio	X	X	X	X
Riesgo Quirúrgico		X	X	X
Banco de Sangre		X	X	X
Triaje de Emergencia		X	X	X
Sala de Dilatación	X	X	X	X
Sala de Preparación para Parto		X	X	X
Sala de Partos	X	X	X	X
Área de Atención Inmediata del Recién Nacido en la Sala de Partos	X	X	X	X
Área de Esterilización / Central de Esterilización	X	X	X	X
Internamiento Materno / Hospitalización Obstétrica	X	X	X	X
Área de Observación Neonatal / Hospitalización Neonatal	X	X	X	X
Sala de Legrado Uterino o Sala de AMEU		X	X	X
Centro Quirúrgico		X	X	X
Cuidados Intensivos Generales para Adultos			X	
Cuidados Intermedios para Neonatos			X	
Cuidados Intensivos para Adultos				X
Cuidados Intensivos para Neonatos				X
Área de Comunicaciones	X	X	X	X
Área de Transporte	X	X	X	X
Casa Materna	X			

- Un segundo aspecto, es relevar información proveniente de los registros continuos (fuentes de información) del Establecimiento de Salud sobre gestantes atendidas y controladas, parejas protegidas con algún método de planificación familiar, partos atendidos, casos de muerte materna, etc.; así como, información sobre las actividades de promoción de la salud.

Los registros continuos de los que se recopilará información se presentan a continuación:

	Variable a investigar	Fuente de Información
Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas FONB	- Gestantes atendidas y gestantes controladas.	<ul style="list-style-type: none"> Reporte Mensual de la Producción de Servicios de Salud Materno Perinatal Sistema de Información Perinatal (SIP 2000)
	- Parejas protegidas con algún método anticonceptivo	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación anual del indicador de Planificación familiar respecto a parejas protegidas.
	- Casos de muerte materna	<ul style="list-style-type: none"> Ficha de Notificación de Muerte Materna Ficha de Investigación Epidemiológica de Muerte Materna
	- Procedimientos de Aspiración Manual Endouterina realizados	<ul style="list-style-type: none"> Libro de Partos Reporte Mensual o Anual de la Producción de Servicios de Salud Materno Perinatal
	- Partos atendidos y partos instrumentados	<ul style="list-style-type: none"> Libro de Partos Reporte Mensual de la Producción de Servicios de Salud Materno Perinatal Sistema de Información Perinatal (SIP 2000)
	- Número de niños nacidos vivos	<ul style="list-style-type: none"> Libro de Registro de Recién Nacido Libro de Partos
	- Número de niños que recibieron la vacuna HVB antes y después de las 24 horas de nacido	<ul style="list-style-type: none"> Registro de vacunación (registro diario de vacunación) Consolidado de vacunas
	- Gestantes, puérperas y recién nacidos alojados en la casa materna	<ul style="list-style-type: none"> Reporte o libro de casa materna
	- Actividades en la casa materna	<ul style="list-style-type: none"> Informe de actividades educativas, taller de manualidades y actividades agropecuarias
	- Actividades de promoción de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> Documento de designación del responsable Documentos técnicos HIS Informe de instalación y funcionamiento del centro de promoción y vigilancia comunal. Informe mensual de actividades de vigilancia comunal Censo comunal, mapa comunitario y comité de vigilancia comunal. Actas o informes sobre capacitaciones al personal de salud y agentes comunitarios sobre salud sexual y reproductiva y neonatal, alimentación y cuidado infantil. Listado de los agentes comunitarios Referencias comunitarias Certificación del establecimiento de salud como amigo de la madre, la niña y el niño.

5

	Variable a investigar	Fuente de Información
Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I FONE I, Esenciales II FONE II e Intensivas FONI	- Atenciones prenatales y gestantes controladas	<ul style="list-style-type: none"> Reporte Mensual de la Producción de Servicios de Salud Materno Perinatal Sistema de Información Perinatal (SIP 2000)
	- Parejas protegidas con algún método anticonceptivo	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación anual del indicador de Planificación familiar respecto a parejas protegidas.
	- Casos de muerte materna	<ul style="list-style-type: none"> Ficha de Notificación de Muerte Materna Ficha de Investigación Epidemiológica de Muerte Materna
	- Partos atendidos (eutócicos, distócicos) y partos instrumentados	<ul style="list-style-type: none"> Libro de Partos Libro de cesáreas o Libro de cirugía Reporte Mensual o Anual de la Producción de Servicios de Salud Materno Perinatal Sistema de Información Perinatal (SIP 2000)
	- Número de niños nacidos vivos	<ul style="list-style-type: none"> Libro de Registro de Recién Nacido Libro de Partos
	- Número de niños que recibieron la vacuna HVB antes y después de las 24 horas de nacido	<ul style="list-style-type: none"> Registro de vacunación (registro diario de vacunación) Consolidado de vacunas
	- Procedimientos de legrados uterinos y aspiración manual endouterina realizados	<ul style="list-style-type: none"> Libro de Partos Reporte Mensual de la Producción de Servicios de Salud Materno Perinatal Sistema de Información Perinatal (SIP 2000) Libro de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o Legrado Uterino

- Un tercer aspecto, es relevar información sobre el desempeño profesional en la atención prenatal, planificación familiar, atención del periodo expulsivo del parto y manejo del alumbramiento; así como del registro adecuado en el Partograma del periodo de dilatación en la fase activa:

	Variable a investigar	Fuente de Información
Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas FONB	- Desempeño profesional en la primera atención prenatal reforzada	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica Historia clínica materno perinatal Carné perinatal Plan de parto Ficha de tamizaje de violencia
	- Desempeño profesional en la atención prenatal reforzada de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica Carné de planificación familiar
	- Desempeño profesional en la atención de usuarias ruelas	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica Carné de planificación familiar
	- Desempeño profesional en la atención de usuarias continuadoras	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica Carné de planificación familiar
Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I FONE I, Esenciales II FONE II e Intensivas FONI	- Registro del Partograma	<ul style="list-style-type: none"> Formato de Partograma Historia clínica
	- Desempeño profesional en la atención del periodo expulsivo del parto	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica Historia clínica materno perinatal Carné perinatal Plan de parto
	- Desempeño profesional en la atención del manejo activo del tercer periodo.	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica Historia clínica materno perinatal

6

- Un cuarto aspecto, es relevar información sobre la *evaluación de la seguridad* de los Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas, Esenciales I, Esenciales II e Intensivas, que permitan calcular los Indicadores de Resultado y Productos de los Establecimientos de Salud con menor vulnerabilidad estructural, con menor vulnerabilidad no estructural arquitectónica y con menor vulnerabilidad organizativa funcional. Las fuentes de las que se recopilará información sobre la evaluación de la seguridad de los Establecimientos de Salud Básicas, Esenciales I, Esenciales II e Intensivas, se presenta a continuación:

	Variable a investigar	Fuente de Información
Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas FONB, Esenciales I FONE I, Esenciales II FONE II e Intensivas FONI	- Evaluación de la Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> • Título de propiedad • Ficha de inscripción en Registros Públicos • Declaratoria de fábrica • Contrato de arrendamiento • Licencia de construcción • Licencia de obra • Permiso de edificación • Recibo de consumo de energía eléctrica • Recibo de consumo de agua potable • Plan de evacuación para casos de desastre • Plan de contingencia para casos de desastres del 2015 • Plan de intervención de riesgos • Plan de contingencia para emergencias y desastres • Plan de Prevención ante desastres.

5.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

La recolección de información en cada Establecimiento de Salud se efectuará en el equipo TABLET.

5.4 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleará la Observación Directa, Revisión Técnica y la Entrevista Directa.

Para la verificación de la operatividad y disponibilidad del equipamiento, materiales, insumos, medicamentos, soluciones, ropa para procedimientos, entre otros, el recojo de los datos será por observación directa, de acuerdo a la lista contenida en los instrumentos de recolección.

Para el recojo de información de los registros continuos, el Evaluador Externo entrevistará a cada responsable de las áreas del establecimiento registrando los datos en el equipo TABLET solicitando para ello la fuentes de información respectivas; asimismo mediante la Revisión Técnica verificará el registro de información en el Partograma.

Para la evaluación del desempeño profesional, el recojo de información será mediante la observación directa de cada una de las actividades que realiza el profesional durante la atención prenatal, planificación familiar y la atención del parto.

5.5 PERFIL DEL EVALUADOR EXTERNO

Será personal Médico y Obstetra debidamente capacitado y entrenado para tal fin, que visitará los Establecimientos de Salud durante el periodo de ejecución de la operación de campo.

5.6 INFORMANTES

Los informantes que brindarán información del Establecimiento de Salud serán:

- El Jefe o Responsable del Establecimiento de Salud, para los datos generales y las preguntas de evaluación de la infraestructura del establecimiento de salud.
- El Responsable del Servicio, quien brindará las facilidades para el recojo de la información acerca de los equipos, instrumentales, materiales, insumos, medicamentos, aplicativos informáticos, rol de turnos, registros de personal, registros administrativos, etc.

6. INDICADORES DE RESULTADOS Y PRODUCTOS A OBTENER

Los Indicadores de Resultados y Productos que se obtendrán con la encuesta 2015, serán los siguientes:

6.1 SALUD MATERNO NEONATAL: 18 indicadores

a. Proporción de Establecimientos Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB)

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), y que al ser evaluados obtienen no menos del 90% de capacidad resolutive en recursos.

b. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) con capacidad para brindar una adecuada primera atención prenatal reenfocada

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), y que al ser evaluados obtienen no menos del 80% de capacidad para brindar una adecuada primera atención prenatal reenfocada.

c. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) con capacidad para brindar una adecuada atención prenatal reenfocada de seguimiento

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), y que al ser evaluados obtienen no menos del 80% de capacidad para brindar una adecuada atención prenatal reenfocada de seguimiento.

d. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) con capacidad para brindar una adecuada atención en planificación familiar a la usuaria aceptante de método anticonceptivo

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), y que al ser evaluados obtienen no menos del 80% de capacidad para brindar una adecuada atención en planificación familiar a la usuaria aceptante de método anticonceptivo.

e. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) con capacidad para brindar una adecuada atención en planificación familiar a la usuaria continuadora de método anticonceptivo

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), y que al ser evaluados obtienen no menos del 80% de capacidad para brindar una adecuada atención en planificación familiar a la usuaria continuadora de método anticonceptivo.

f. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) que cuentan con Casa Materna, que proveen servicios de Promoción de la Salud.

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) que cuentan con Casa materna, y que realizan no menos del 100% de las actividades seleccionadas como Promoción de la Salud.

g. Proporción de Establecimientos Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I (FONEI)

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I (FONE I), y que al ser evaluados obtienen no menos del 90% de capacidad resolutive en recursos.

h. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I (FONE I) con capacidad para detectar oportunamente una alteración del trabajo de parto mediante el Partograma

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I (FONE I), y que al ser evaluados obtienen no menos del 100% de capacidad para detectar oportunamente una alteración del trabajo de parto mediante el uso del Partograma.

i. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I (FONE I) con capacidad para atender adecuadamente el periodo expulsivo del parto

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I (FONE I), y que al ser evaluados obtienen no menos del 80% de capacidad para atender adecuadamente el periodo expulsivo del parto.

j. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I (FONE I) con capacidad para el manejo activo del tercer periodo del parto

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I (FONE I), y que al ser evaluados obtienen no menos del 90% de capacidad para el manejo activo del tercer periodo del parto.

k. Proporción de Establecimientos Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II (FONEII)

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II (FONE II), y que al ser evaluados obtienen no menos del 90% de capacidad resolutive en recursos.

l. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II (FONE II) con capacidad para detectar oportunamente una alteración del trabajo de parto mediante el Partograma

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II (FONE II), y que al ser evaluados obtienen no menos del 100% de capacidad para detectar oportunamente una alteración del trabajo de parto mediante el uso del Partograma.

m. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II (FONE II) con capacidad para atender adecuadamente el periodo expulsivo del parto

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II (FONE II), y que al ser evaluados obtienen no menos del 80% de capacidad para atender adecuadamente el periodo expulsivo del parto.

n. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales (FONE II) con capacidad para el manejo activo del tercer periodo del parto

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II (FONE II), y que al ser evaluados obtienen no menos del 90% de capacidad para el manejo activo del tercer periodo del parto.

o. Proporción de Establecimientos Calificados como Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI)

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI), y que obtienen en la evaluación no menos del 90% de capacidad resolutive en recursos.

p. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI) con capacidad para detectar oportunamente una alteración del trabajo de parto mediante el Partograma

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI), y que al ser evaluados obtienen no menos del 100% de capacidad para detectar oportunamente una alteración del trabajo de parto mediante el uso del Partograma.

q. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI) con capacidad para atender adecuadamente el periodo expulsivo del parto

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI), y que al ser evaluados obtienen no menos del 80% de capacidad para atender adecuadamente el periodo expulsivo del parto.

r. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI) con capacidad para el manejo activo del tercer periodo del parto

Es la proporción de Establecimientos de Salud designados por la Dirección Regional de Salud para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI), y que al ser evaluados obtienen no menos del 90% de capacidad para el manejo activo del tercer periodo del parto.

6.2 ARTICULADO NUTRICIONAL: 1 indicador

a. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) calificados para proveer servicios de Promoción de la Salud

Es la proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), y que realizan no menos del 80% de las actividades seleccionadas como Promoción de la Salud.

6.3 REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS POR DESASTRES: 12 indicadores

a. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas con menor Vulnerabilidad Estructural

Es la proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), y que presentan menor vulnerabilidad estructural a la inspección visual.

b. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas con menor Vulnerabilidad no Estructural Arquitectónico

Es la proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), y que presentan menor vulnerabilidad no estructural arquitectónica a la inspección visual.

c. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas con menor Vulnerabilidad Organizativa y Funcional

Es la proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), y que presentan menor vulnerabilidad organizativa y funcional a la inspección visual.

d. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I con menor Vulnerabilidad Estructural

Es la proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I (FONE I), y que presentan menor vulnerabilidad estructural a la inspección visual.

e. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I con menor Vulnerabilidad no Estructural Arquitectónico

Es la proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I, (FONE I) y que presentan menor vulnerabilidad no estructural arquitectónica a la inspección visual.

f. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I con menor Vulnerabilidad Organizativa y Funcional

Es la proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales I, (FONE I) y que presentan menor vulnerabilidad organizativa y funcional a la inspección visual.

g. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II con menor Vulnerabilidad Estructural

Es la proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II, (FONE II) y que presentan menor vulnerabilidad estructural a la inspección visual.

h. Proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II con menor Vulnerabilidad no Estructural Arquitectónico

Es la proporción de Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales II, (FONE II) y que presentan menor vulnerabilidad no estructural arquitectónica a la inspección visual.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE				SETIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<i>Elaboración del proyecto de investigación</i>			X	X												
<i>Revisión bibliográfica y antecedentes</i>					X	X										
<i>Selección y preparación de instrumentos</i>							X									
<i>Codificación y clasificación de la información</i>								X								
<i>Procesamiento de datos</i>									X	X						
<i>Análisis de interpretación de datos</i>											X	X	X			
<i>Resultado logrados</i>														X	X	
<i>Elaboración del informe final</i>																X

PRESUPUESTO

	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Alumno Investigar	Ad honorem	01	Ad honorem
Personal de apoyo	Ad honorem	01	Ad honorem
MATERIALES Y EQUIPOS			
1 laptop	S/.0.00	01	S/.0.00
Material de escritorio	S/.50.00	01	S/.50.00
Servicios			
Impresiones	S/.0.50	100	S/.50
Empastado	S/.50.00	03	S/.150
Curso Taller de Tesis	S/.5000	01	S/.5000
TOTAL			S/.5250