



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

Fortalecimiento de la participación comunitaria para mejorar la calidad de atención en el puesto de salud de San Miguel de Pomachaca de la provincia de Chimborazo 2012.

TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA

AUTORA: Tayupanda Llangari, Segunda Teresa

DIRECTORA: Pesántez León, Mary Graciela, Eco.

CENTRO UNIVERSITARIO RIOBAMBA

2013

CERTIFICACIÓN

Eco.

Mary Pesantez León.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Qué el presente trabajo, denominado” Fortalecimiento de la participación comunitaria para mejorar la calidad de atención en el puesto de salud de San Miguel de Pomachaca de la provincia de Chimborazo 2012”realizado por la Lcda. Segunda Teresa Tayupanda Llangari, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja ,tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes

Riobamba, 18 de Septiembre del 2013.

f).....

Eco. Mary Pesantez León

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Segunda Teresa Tayupanda Llangari, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art 67 del estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f).....

Tayupanda Llangari Segunda Teresa

CI: 060345320-0

DEDICATORIA

A las personas que han apoyado directa o indirectamente la realización de este trabajo, a Dios por haberme iluminado para culminar esta meta trazada en mi vida, a mi familia en especial a mis padres por el apoyo incondicional brindado, a mis hermosas hijas quienes han estado a mi lado siempre y a mi amado esposo.

Tayupanda Llangari Segunda Teresa

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

Ala comunidad de San Miguel de Pomachaca por la predisposición a colaborar y trabajar desinteresadamente en busca del buen vivir para su comunidad

Tayupanda Llangari Segunda Teresa.

INDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN	II
DECLARACION DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VII
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3-4
PROBLEMATIZACIÓN.....	5-6
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	8
1MARCO TEORICO.....	9
1.1 Marco Institucional.....	9
1.1.1 Aspectos Geográficos.....	9
1.1.2 Caracterización Geográfica.....	9
1.2 Estructura por edad de la población.....	10-11
1.3. Organización político administrativa.....	12
1.4 Área de influencia del PS San Miguel de Pomachaca.....	13-14
1.5 Dedicación Ocupacional.....	15
1.6 Ingresos en el Hogar.....	17
7.7 Migraciones.....	17
1.8Servicios que presta la Institución.....	17

1.9 Datos estadísticos de cobertura de la población.....	18
1.10 Coberturas del PAI del PS Pomachaca.....	18
1.11 Perfil epidemiológico del PS de San Miguel de Pomachaca.....	19
1.12 Características geo-físicas de la institución.....	19
1.13 Políticas de la Institución.....	19
2.1. MARCO CONCEPTUAL.....	20
2.2 Mortalidad Materna.....	20
2.3 Progresos hacia la consecución del quinto objetivo de desarrollo del milenio.....	20
2.4 Distribución de la Mortalidad Materna.....	21
2.4.1 Causas de Mortalidad Materna.....	21
2.4.2 Reducción de la Mortalidad Materna.....	21
2.4.3 Características de La Muerte Materna.....	22
2.4.4 Repercusiones de la Mortalidad Materna.....	22
2.4.5 Riesgo de Mortalidad Materna.....	23
2.4.6 Causas de hemorragia post parto.....	24
2.4.7 Riesgo Obstétrico.....	25
2.4.8 Multiparidad.....	25
2.4.9 Patologías Hemorrágicas.....	25
2.5 Hemorragias de la primera mitad del embarazo.....	26
2.5.1 Aborto.....	26
2.5.2 Clasificación.....	26
2.5.3 Placenta Previa.....	26
2.5.4 Desprendimiento Normo placentario.....	26
2.6 Hemorragias del parto, y puerperio.....	27
2.6.1 Atonía uterina.....	27
2.6.2 Distocias dinámicas.....	27

2.6.3 Retención parcial de restos placentarios.....	27
2.6.4 Desgarros del canal blando del Parto.....	28
2.6.5 Desgarros del cuello del Útero.....	28
2.7 Hipertensión gestacional.....	28
2.7.1 La pre eclampsia.....	28
2.7.2 Síntomas.....	29
2.7.3 Síndrome de Hellp.....	29
2.7.4 Eclampsia.....	30
2.8 Síndromes infecciosos.....	31
2.8.1 Endometritis puerperal.....	31
2.9 Prevención de muerte materna.....	31
2.10.1 Embarazo de bajo riesgo o normal.....	32
2.10.2 Embarazo de alto riesgo obstétrico.....	32
2.10.3 Diagnóstico de la edad gestacional.....	33
2.10.4 Educación Materna.....	33
2.10.5 Signos y síntomas de alarma	34
2.10.6 Periodicidad del control prenatal.....	35
DISEÑO METODOLÓGICO.....	36-41
RESULTADOS.....	42-62
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	64
BIBLIOGRAFÍA.....	65-66
ANEXOS.....	67-88

RESUMEN EJECUTIVO

Los problemas relacionados con la salud materna son importantes, siendo una época en la cual es más fácil intervenir y prevenir graves alteraciones de la salud materna; evitando implicaciones para el futuro de sus familias.

Se realizó un diagnóstico situacional de salud de la comunidad, del cual se priorizó la muerte materna por ser un grave problema para la comunidad, debido a la presencia de una muerte materna con diagnóstico de hemorragia postparto porque no fue atendida por personal calificado y existió demora en pedir ayuda, evidenciando que la unidad de salud de San Miguel de Pomachaca no está brindando una atención de salud integral de acuerdo a las normas establecidas por el MSP, ya que no se ha fortalecido la participación comunitaria.

Este proyecto de acción, es importante y alcanza relevancia, porque contribuirá a reducir la mortalidad materna, mejorando la participación de la comunidad para su, desarrollo local, beneficiando a las mujeres embarazadas de la misma.

Se seleccionó y capacitó al grupo de madres guías, parteras y a la comunidad para que detecten tempranamente los riesgos de muerte materna.

PALABRAS CLAVE: Fortalecimiento, calidad, atención.

ABSTRACT

Problems related to maternal health are important, being a time in which it is easier to intervene and prevent severe alterations of maternal health; avoiding implications for the future of their families.

Was a situational diagnosis of the health of the community, of which priority was given to maternal death to be a serious problem for the community, due to the presence of a breast with a diagnosis of postpartum hemorrhage death because it was not staffed by qualified and there was delay in asking for help, demonstrating that the health of San Miguel de Pomachaca unit is not providing comprehensive care according to the norms established by the MSP, since community participation has not been strengthened.

This action, project it is important and reaches relevance, because it will contribute to reducing maternal mortality, improving the participation of the community, local development, benefiting pregnant women the same.

Selected and trained a group of mothers, midwives and the community so early to detect the risks of maternal death

KEYWORDS:Building,quality andattention.

INTRODUCCIÓN

En el mundo los problemas relacionados con el embarazo y el parto continúan estando en los primeros lugares de prevalencia de morbi mortalidad, están ligados al sub desarrollo, la pobreza, la mala educación y la falta de distribución equitativa de la riqueza.

El Ecuador es un país en vías de desarrollo y dentro de sus primeras 10 causas de morbi mortalidad se encuentran los problemas relacionados con el embarazo y el parto.

En el Área de salud N°3 Guamote, a la cual pertenece el puesto de salud San Miguel de Pomachaca la muerte materna es un grave problema ya que históricamente se registra cada año 4 y hasta 5 muertes maternas, en el año 2012 se ha registrado 4 muertes maternas con una tasa de mortalidad materna de 3.2 por mil, en el puesto de salud de San Miguel de Pomachaca, en el primer trimestre del 2012 se registra 1 muerte materna siendo un problema de salud para la comunidad, evidenciándose que la unidad de salud no está brindando una atención integral de acuerdo a las normas establecidas por el MSP, debido a que no se ha fortalecido la participación comunitaria(Estadística área 3Guamote,2012).

En la actualidad no se han realizado trabajos de acción sobre “El fortalecimiento de la participación comunitaria para prevenir la muerte materna en el puesto de salud de San Miguel de Pomachaca” pese a que la disminución de la muerte materna es una prioridad para la salud.

Este proyecto de acción es importante y alcanza relevancia, porque contribuirá eficientemente a reducir la mortalidad materna, mejorando la participación social de la comunidad para el desarrollo local, considerando que la mejora de la salud materna es uno de los ocho objetivos de desarrollo del milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 47%(OPS,OMS.2006).

Se tomó en cuenta que la atención del puesto de salud de San Miguel de Pomachaca atiende de lunes a viernes de 8am a 4 pm y la mayoría de partos se dan por las noche y la comunidad es de difícil acceso, sin medios adecuados de transporte y comunicación se cuenta únicamente con el carro de los profesores de la escuela de la comunidad para

el ingreso y la salida de la misma, se encuentra alejada del Hospital Básico Guamote , es decir está desprotegida en la noche frente a los problemas relacionados con el embarazo y el parto.

Los recursos utilizados han sido propios de la comunidad, por lo cual el proyecto es factible y sostenible ya que el grupo de madres guías se conformó con mujeres de la localidad, cabe recalcar que la comunidad se encuentra medianamente organizada y la cultura misma ha dificultado el trabajo, considerando que las principales razones por las cuales las embarazadas, no acuden a los controles a recibir atención, incluyen, falta de confianza con los servicios, el temor, vergüenza y en ocasiones la limitación del idioma.

Se mejoró la calidad de los servicios de salud brindada a las embarazadas a través del fortalecimiento de la participación activa, se realizó varias reuniones de trabajo con los directivos y miembros de la comunidad con el objetivo de concientizar sobre la importancia de su participación activa en los problemas de salud de la comunidad en la cual se identifica a las parteras y se conforma un grupo de Madres Guías, para que mediante asistencia domiciliaria apoyen en la detección de riesgos de muerte materna para que el equipo de salud controle oportunamente a las gestantes y el parto sea seguro en las condiciones que la madre decida, siendo capacitadas en detección de riesgos en el embarazo, parto y postparto por el personal del puesto de salud.

Se capacitó a la comunidad para que conozca los riesgos del parto domiciliario y la importancia y ventajas del parto institucional.

PROBLEMATIZACIÓN

El Ecuador es un país en vías de desarrollo y dentro de las 10 primeras causas de morbi mortalidad se encuentran los problemas relacionados con el embarazo y el parto ocasionando altas tasas de mortalidad materna.

La intervención en salud debe ajustarse a la realidad de la salud comunitaria por tal razón se ha realizado un diagnóstico de salud de la comunidad San Miguel de Pomachaca en la cual refleja la necesidad de trabajar coordinadamente con la comunidad.

Se evidencia claramente que la unidad de salud no está brindando una Atención de salud Integral de acuerdo a las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública, debido a que no se ha fortalecido la participación comunitaria para que colaboren con el personal de salud, para realizar detección de riesgos básicos en el embarazo parto y postparto.

En el Área de salud N°3 Guamote a la cual pertenece el puesto de salud San Miguel de Pomachaca, la muerte materna es un grave problema ya que se registra cada año 4 y hasta 5 muertes maternas, en el año 2012 se han registrado 4 muertes maternas con una tasa de mortalidad de 3.2 por mil habitantes, en el caso del Puesto de salud de San Miguel de Pomachaca, en el primer trimestre del año 2012, se ha registrado una muerte materna con una tasa de mortalidad de 35 por mil habitantes siendo un problema grave de salud para la comunidad, ya que la muerte de una madre es catastrófico para la sociedad y en especial para la familia, deja en la orfandad a sus hijos y por la baja condición económica los padres tienen que migrar a las grandes ciudades para subsistir quedando los niños al cuidado de sus abuelos los mismos que no pueden sustituir a los padres, convirtiéndose en un grave problema para la sociedad.

La muerte materna registrada en la comunidad se registró con un diagnóstico de hemorragia post parto ya que no fué atendida por personal calificado y existió demora en pedir ayuda, sumados a la inexistencia de recursos de salud, en la noche por la distancia de la comunidad a una unidad de salud, ya que la unidad operativa atiende de lunes a viernes de 8 am a 4pm, y la mayoría de partos se dan en la noche, el alejamiento de la comunidad, deficientes medios de comunicación, malas vías de acceso y transporte ineficiente.

Se ha propuesto realizar un proyecto de acción en la comunidad de San Miguel de Pomachaca del cantón Guamote, provincia de Chimborazo en el año 2012 donde los

actores principales del cuidado de su salud sean los mismos pobladores a través del fortalecimiento de la participación comunitaria con la implementación, capacitación de un grupo de madres guías y parteras de la localidad para que colaboren con el puesto de salud y detecten tempranamente riesgos de muerte materna.

Estos son los problemas que nos impulsaron a realizar este trabajo en esta comunidad de escasos recursos técnicos, educativos y económicos.

¿Existen factores de riesgo de muerte materna por no fortalecer la participación comunitaria en el puesto de salud de San Miguel de Pomachaca en el año 2012?.

JUSTIFICACIÓN.

Una comunidad con déficit de recursos técnicos, económicos y educativos, donde uno de los problemas principales en salud evidente son las complicaciones graves del embarazo, parto y postparto.

Por esta razón se ha realizado un proyecto de acción en la comunidad de San Miguel de Pomachaca, donde los actores principales del cuidado de su salud sean los mismos pobladores.

Por lo cual el presente trabajo de acción está dirigido a todas las mujeres embarazadas de la comunidad y tiene como finalidad contribuir a reducir la muerte materna en la comunidad de San Miguel de Pomachaca.

La calidad de los servicios de salud a las embarazadas debe ser integral y se logrará a través del fortalecimiento de la participación comunitaria en la cual los responsables del cuidado de su salud sean los propios integrantes de la comunidad contribuyendo al desarrollo local para que colaboren con el puesto de salud en la detección de riesgos de muerte materna en la comunidad a través de visitas domiciliarias.

Con el objetivo de trabajar en equipo coordinadamente y con la finalidad de conseguir mejorar las condiciones de vida de la comunidad y en especial de las mujeres embarazadas de la comunidad fueron elementos que se combinan para poder justificar la realización de este trabajo de acción, un trabajo que ha sido ejecutado, respetando la realidad comunitaria, se ha caracterizado por ser económico y rentable, debido a la gestión de los recursos disponibles tanto en el área humana como técnica, lo que lo convierte en sostenible a largo plazo.

Es factible ya que el grupo de madre guías implementadas son propias de la comunidad lo cual le da confianza a las mujeres embarazadas para que den a conocer los problemas de salud que están presentando.

OBJETIVOS

Objetivo general

Mejorar la calidad de los servicios de salud brindada a las embarazadas a través del fortalecimiento de la participación comunitaria, para que mediante asistencia domiciliaria apoyen en la detección de riesgos de muerte materna, en San Miguel de Pomachaca del Cantón Guamote.

Objetivos específicos

- 1.-Conformar y capacitar un grupo de Madres Guías, para que mediante asistencia domiciliaria puedan apoyar en la detección de riesgos de muerte materna.
- 2.-Capacitar a las parteras de la comunidad en detección de riesgos en el embarazo, parto y postparto.
- 3.-Capacitar a la comunidad sobre los riesgos del embarazo, parto y postparto e importancia y ventajas del parto institucional.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1.1 Marco Institucional

1.1.1 Aspectos Geográficos.

La Comunidad de San Miguel de Pomachaca forma parte de la parroquia de Palmira del cantón Guamote, antiguamente poblada por grupos aborígenes de la raza Puruhá.

Al crearse la provincia de Chimborazo, el cantón Guamote pasó a pertenecer al cantón Riobamba, luego al crearse el cantón Colta el 17 de febrero de 1884 pasó a pertenecer a la jurisdicción de ese cantón en calidad de parroquia rural; hasta que finalmente el 1 de agosto de 1944 el presidente Dr. José María Velasco Ibarra firma el ejecútense de su creación como Cantón.

La Comunidad de San Miguel de Pomachaca fue creada en el año de 1777, pero es reconocida legalmente en el año de 1913. Para el año de 1946 se da una limitación geográfica definitiva del sector. El nombre a la comunidad es por el río Pomachaca y por el santo patrono del lugar.

1.1.2 Caracterización Geográfica

Los límites son:

AL NORTE: Con la comunidad de Galte Jatunloma

AL SUR: Con las comunidad Sara Chupa y línea férrea.

AL ESTE: Con el río Pomachaca

AL OESTE: Con la comunidad de San Francisco de Bishud.

Su extensión: 7000 km²

Clima: Frío su temperatura varía desde 4 a 15 grados centígrados.

Sus terrenos son áridos ya que pertenece una zona desértica.

Total de Población: 2250 habitantes

La comunidad es netamente indígena, se encuentra a una altura de: 3.260 m.s.n.m.

Dinámica poblacional.



La comunidad en su mayoría tiene como dialecto el quichua de la Sierra, sin embargo las generaciones más jóvenes ya son bilingües. En el sector los pobladores pertenecen a la religión: católica y evangelista.

1.2 Estructura por edad de la población

Total de la población: 2250 año: 2012

EDAD POR GRUPOS ETAREOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL DE POBLACIÓN
Menores de un año:	20	18	38
De 1 a 4 años	121	126	247
De 5 a 14 años:	184	203	387
De 15 a 19 años:	208	251	459
De 20 años a más:	489	612	1074
TOTAL	1022	1178	2250 HABITANTES

Fuente: Datos estadísticos del INEC y Área de Salud n. - 3 Guamote.

VISIÓN

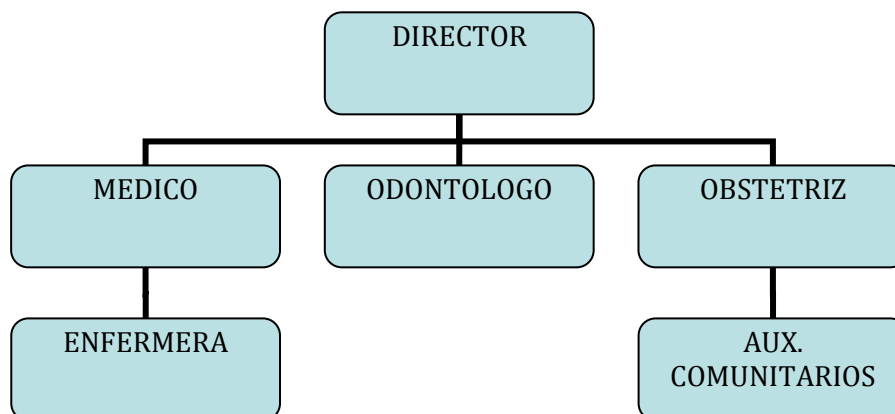
- Anhelamos brindar una atención mejorada satisfaciendo las necesidades de los usuarios, poniendo énfasis en el nuevo modelo de atención.
- El mantener el respeto por costumbres y tradiciones medicinales ancestrales.
- Que el equipo humano de salud sea completo, para cumplir las proyecciones de trabajo y funcionamiento adecuado para el número de actividades y demanda espontánea de usuarios.

MISIÓN

- El puesto de salud de San Miguel de Pomachaca a través de todos los servicios que presta nos proponemos mejorar la atención basándonos en una organizada coordinación intersectorial con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud de la comunidad en especial de los grupos más vulnerables.

FUENTE: Diagnóstico situacional de salud del año 2012 de la comunidad de San Miguel de Pomachaca.

Organización Administrativa.



El modelo de atención se articula a procesos de desarrollo sostenible con participación intersectorial que se orienta al cambio de los factores determinantes de la salud: desde los estilos de vida individual hasta los modos de vida sociales que deben ser abordados mayormente con acciones de promoción para controlar el proceso salud-enfermedad. La medicina tradicional andina se incorpora en este modelo por su enfoque holístico ancestral que pregona la salud como la completa armonía del ser humano con la naturaleza y la coexistencia de fuerzas más allá de las físicas: emocionales y espirituales, que son las que determinan y/o explican las limitaciones de la medicina científica experimental.

La comunidad descrita tiene sus propios antecedentes históricos que la ha ido afianzando como miembro del sector, sin quedar de lado su riqueza cultural con costumbres y tradiciones propias de la zona, sin embargo algunos de sus ritos pueden ser considerados como actitudes de riesgo, que con el apoyo de este nuevo modelo de atención se pueden mejorar.

Recursos Humanos

El equipo de salud labora 8 horas diarias de lunes a viernes y cuenta con:

- Medico Itinerante
- Odontólogo Itinerante
- Enfermera
- Auxiliar comunitario

1.3. Organización político administrativa

En la comunidad de San Miguel de Pomachaca existen 6 asociaciones:

1. De mujeres
2. Cooperativa
3. Iglesia católica
4. Iglesia evangélica
5. Escuela
6. Comité local de salud.

Líderes Comunitarios.



El cabildo principal de la comunidad está formado por:

NOMBRES Y APELLIDOS	SECTOR	CARGOS ENCOMENDADAS.
Sr. Andrés Sislema	Yacuñay	PRESIDENTE
Sra. Rosario Daquilema	Uraloma	VICEPRESIDENTE
Sra. Simona Ortiz	Pucara	TESORERO
Sr. Juan Trinidad Marcatoma	Pucara	SECRETARIO
Sr. Carlos Daquilema Daquilema	Yacuñay	SINDICO
Sr. Cirilo Daquilema	Uraloma	PRIMER VOCAL

Sr. Camilo Daquilema Daquilema	Uraloma	SEGUNDO VOCAL
Sr. José Julio Daquilema Daquilema	Yacuñay	TERCER VOCAL

Fuente: Actas de reuniones de la comunidad.

1.4 Área de influencia del puesto de Salud San Miguel de Pomachaca

- Yacuñay ,Hora Loma ,Pucará
- Capilla Centro
- Fullan

Y las comunidades de Sara chupa, San Francisco de Bishud y San Pablo de Tipin.

Matriz de actores sociales de San Miguel de Pomachaca

INSTITUCIÓN	NOMBRE	ÁMBITO DE ACCIÓN	POTENCIALIDADES	LIMITACIONES	DIRECCIÓN Y TELÉFONO
PÚBLICA	Puesto de Salud San Miguel de Pomachaca	Atención integral a los usuarios: Control de niño sano, Control escolar Control de embarazadas, Inmunizaciones, Manejo de AIEPI en morbilidad, Entrega de micronutrientes, Planificación familiar Charlas educativas. Visitas domiciliarias	Recursos Humanos: Médico Enfermera Auxiliar de enfermería.	Falta equipamiento Faltan recursos humanos Infraestructura necesita ser modernizada (ampliación) Falta de transporte Servicios básicos insuficientes (agua entubada, sin alcantarillado)	San Miguel de Pomachaca

PÚBLICA	Organización de mujeres “Rey Chimborazo”	Coordinación con las organizaciones establecidas del sector para mejoras del mismo como la creación de la panadería “organización de mujeres” Por medio de autogestión tienen un fondo común para realizar préstamos.	Atención de 3 pm a 7 pm los días jueves, sábado y domingo.	Local prestado por la iglesia. Recursos económicos insuficientes para los préstamos. Falta equipamiento y local propio para la panadería	San Miguel de Pomachaca
PRIVADA	Cooperativa de Ahorro y Crédito 29 de Septiembre	Da prestamos a los usuarios de la comunidad con interés bajo	Atención 8 am – 4 pm de lunes a viernes	No hay redes activas para el manejo de las computadoras Faltan recursos económicos	San Miguel de Pomachaca
PÚBLICA	Guardería “El Despertar”	Cuidado de niños del sector	Atención 7:30 am a 4 pm	Infraestructura necesita ser modernizada (ampliación) Falta equipamiento Material didáctico Servicios básicos insuficientes (agua entubada, sin alcantarillado) Faltan más Recursos humanos (madres cuidadoras)	San Miguel de Pomachaca
				Infraestructura necesita ser	

PÚBLICA	Guardería La Cooperativa	Cuidado de niños del sector	Atención 7:30 am a 4 pm	modernizada (ampliación) Falta equipamiento Material didáctico Servicios básicos insuficientes (agua entubada, sin alcantarillado) Faltan más Recursos humanos (madres cuidadoras)	San Miguel de Pomachaca
PÚBLICA	Guardería : Centro 3 Hora Loma	Cuidado de niños del sector	Atención 7:30 am a 4 pm	Infraestructura necesita ser modernizada (ampliación) Falta equipamiento Material didáctico Servicios básicos insuficientes (agua entubada, sin alcantarillado) Faltan más Recursos humanos (madres cuidadoras)	San Miguel de Pomachaca
PÚBLICA	Escuela "Jaime Roldos Aguilera"	Educación gratuita desde primero a séptimo de básica.	Atención 7 am a 3 pm	Infraestructura necesita ser modernizada (ampliación, creación de letrinas) Falta equipamiento Material didáctico Servicios básicos insuficientes (agua entubada, sin alcantarillado, faltan baños)	San Miguel de Pomachaca

ONG	Free of Children's	Apoyo a mejoras del sector (creación del comedor estudiantil de la escuela)	Ayuda internacional (Canadá) con participación activa de sus representantes en Ecuador.	Difícil acceso a la comunidad	San Miguel de Pomachaca Quito
ORGANIZACIÓN SOCIAL	Iglesia Evangélica	Ayuda espiritual y apoyo social	Pastor apoya actividades de la comunidad	Dificultad en el acceso	San Miguel de Pomachaca
ORGANIZACIÓN SOCIAL	Iglesia Católica	Ayuda espiritual	Pastor apoya actividades de índole religioso de la comunidad	Dificultad en el acceso	San Miguel de Pomachaca
ORGANIZACIÓN SOCIAL	Líderes de la Comunidad	Ayuda social, política y administrativa en la comunidad.	Los Líderes trabajan arduamente para lograr cambios y mejoras en la comunidad	Falta de apoyo de las organizaciones gubernamentales (municipio)	San Miguel de Pomachaca

Fuente: Diagnostico de salud de la comunidad 2012.

1.5 Dedicación Ocupacional

A pesar del alto nivel de erosión de los suelos la mayoría de habitantes se dedica a la agricultura, los principales cultivos son: papas, habas, chochos, lentejas y cebada

Y al cuidado y crianza de animales como: vacas, cuyes, ovejas, puercos, conejos, gallinas, llamas, etc. Los mismos que son sacados a la feria de Guamote los días jueves para ser vendidos.

En menor cantidad se dedican a la albañilería.

El tamaño promedio de la familia es de 5 integrantes

1.6 Ingresos en el Hogar

La mayoría del ingreso económico es por parte de los jefes de familia en un promedio de \$350 mensuales, en pocos casos son las madres quienes aportan con \$ 35 provenientes del bono o por la venta de animales y productos de la agricultura. (\$60)

1.7 Migraciones

Las personas que migran en su mayoría son los hombres debido a la pobreza que existe en el sector, salen a ciudades como Quito, Machachi, Cuenca, Riobamba, Guayaquil, Huaquillas y a otros países como: Colombia, Venezuela, España y EEUU.

Salen tratando de mejorar su calidad de vida y de los miembros de su familia.

1.8 Servicios que presta la Institución.

- Atención demanda espontánea en la unidad operativa
- Actividades educativas extramurales.(Charlas educativas , talleres)
- Detección de Sintomáticos respiratorios
- Tamizaje neonatal
- Manejo del programa desnutrición cero
- Manejo del Programa ampliado de inmunizaciones
- Atención integral domiciliarias: Promoción de salud del nuevo modelo de atención, alimentación, higiene personal, educación sexual, eliminación de desechos sólidos, saneamiento ambiental.
- Actividades educativas y atención con escolares.
- Actividades educativas con la comunidad.
- Consejería en los diferentes programas del MSP
- Identificación de embarazadas con riesgo
- Visitas domiciliarias, reuniones con la comunidad
- Detección de cáncer mediante el examen DOC mamario y uterino.
- Búsqueda activa de EFENS.

1.9 Datos estadísticos de cobertura de la población

Coberturas de atención alcanzadas en el PSP de enero a diciembre del 2012.

GRUPOS ESTAREOS	POBLACIÓN OBJETIVO	POBLACIÓN ATENDIDA	META ALCANZADA
menor de 1 año	27	53	196%
de 1 a 4 años	137	40	29%
5 a 9 años	179	103	57%
10 a 14 años	180	56	31%
15 a 19 años	151	9	6%
embarazadas	34	20	56%
mef	319	26	9%

Fuente: Partes diarios y concentrados de atención del puesto de Salud Pomachaca.

ANÁLISIS.-Como se puede observar la meta en la atención no ha cubierto las expectativas del MSP ni de la población ya que no se alcanza la meta en algunos grupos poblacionales, siendo el grupo de 15 a 19 años el que se encuentra más desprotegido.

1.10 Coberturas del PAI en el PS Pomachaca enero a diciembre del 2012.

BIOLÓGICO	POBLACIÓN OBJETIVO	POBLACIÓN VACUNADA	META ALCANZADA
BCG	27	23	85%
PENTAVALENTE	27	26	96%
ANTI POLIO	27	26	96%
ROTAVIRUS	27	20	74%
SRP	34	24	70%
DPT Y OPV refuters'	34	17	50%
dB MEF	319	163	51%
dT EMBARAZADAS.	34	20	58%
NEUMOCOCO	34	13	35%

Fuente: partes diarios y concentrados de vacunación del puesto de Salud Pomachaca.

ANÁLISIS.-Como se puede observar la meta en los diferentes biológicos no se ha podido cumplir por tal razón la población se encuentra desprotegida y corre el riesgo de un posible brote o epidemia de las diferentes enfermedades que protege la vacunación.

1.11 Perfil Epidemiológico del Puesto de Salud de San Miguel de Pomachaca

PATOLOGÍA	PORCENTAJE
• Parasitosis	29%
• Infección respiratoria aguda	21%
• Enfermedad diarreica aguda	20
• Desnutrición crónica	11%
• Dermatitis	6%
• Infección de vías urinarias	6

• Conjuntivitis	4%
• Dorsalgia	2%
• Micosis	1%
TOTAL	100%

FUENTE: Partes diarios de los profesionales del puesto de salud.

1.12 Características geo-físicas de la institución

El puesto de salud San Miguel de Pomachaca está construido de cemento armado cuenta con una sola planta es adecuado para la atención al usuario, el piso es de hormigón sobre ella está la baldosa, sus puertas son de madera y ventanas de vidrio y metal consta de 3 consultorios, farmacia, vacunatorio, estadística, sala de espera, 2 baños una micro bodega y cocina

1.13 Políticas de la Institución

La salud es un derecho fundamental de la persona, para cuya consecución necesita la colaboración y la coordinación de distintos sectores técnicos y sociales. Entre ellos el sistema de salud tiene un papel relevante, pero ha de contar siempre con las aportaciones de otros sectores como por ejemplo educación, vivienda, comunicación y cultura. Con el objetivo de trabajar en equipo coordinadamente con la finalidad de conseguir mejorar las condiciones de vida de la comunidad.

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Mortalidad Materna

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas (Peña, W, 2003:p.23-27).

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En el año 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos.

Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (Fox,LP,2004:p152-379).

2.2 Progresos hacia la consecución del quinto objetivo de desarrollo del milenio

La mejora de la salud materna es uno de los ocho objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 47%(OPS, OMS, 2006).

2.4Distribución de la Mortalidad Materna

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años.

Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

2.4.1Causas de Mortalidad Materna

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son:

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Las infecciones (generalmente tras el parto)
- La hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia)
- Los abortos peligrosos(OPS,OMS,2006).

2.4.2Reducción de la Mortalidad Materna

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios

especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte (MSP.INEC,2007).

Factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo parto y postparto son:

- La pobreza
- La distancia
- La falta de información
- La inexistencia de servicios adecuados
- Las prácticas culturales

Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario para lo cual se debe conocer las tres demoras en la muerte materna.

1. Demora en tomar la decisión de buscar ayuda
2. Demora en llegar a la institución de atención
3. Demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución (Berg C,Daniel I,1996).

2.4.3Características de La Muerte Materna

La muerte materna tiene profundas consecuencias sociales y económicas porque:

1. Reduce la supervivencia de los/as recién nacidos/as.
2. Disminuye el desempeño escolar de niños/as sobrevivientes y huérfana /os.
3. Representa una pérdida de los ingresos familiares y de la productividad económica (Cabezaz,Cruz,2005).

2.4.4Repercusiones de la Mortalidad Materna

Otro aspecto que se debe contemplar al hablar de mortalidad materna, más allá de los espacios y las condiciones que la propician, es conocer las serias consecuencias que trae este acontecimiento en las familias que la sufren. Se identifican claramente tres

repercusiones de la muerte materna: problemas económicos, orfandad y la reconstrucción de la pareja.

1.-Daño económico, pues las mujeres son productoras de bienes y servicios que permiten el funcionamiento y supervivencia familiar, papel que es menospreciado y raramente reconocido. Además, es difícil el reemplazo de esta figura.

2.-Asimismo, la familia se enfrenta a varios conflictos cuando se cuenta con hijos: se buscan arreglos de residencia, los hermanos se pueden separar y distribuir en dos o tres familias, lo que ocasiona la falta de contacto entre ellos, vínculos debilitados y pérdida de afecto entre ellos.

3.-Cuando los viudos intentan retomar su vida de pareja, se encuentran en una situación de desventaja por la presencia de sus hijos, que se pueden considerar como un “estorbo”. Además, de la integración de nuevos hijos y la relación entre ellos (Freyermuth G ,2006).

En algunos casos, el hijo mayor es quien tiene que dejar de estudiar, buscar un trabajo o cuidar de los hermanos. Existen problemas de conducta, bajo aprovechamiento escolar e intentos de suicidios por parte de los esposos.

Las muertes maternas dejan secuelas importantes a nivel social, dando cuenta de las carencias médicas, el arraigo de creencias y prácticas culturales acerca del cuidado prenatal, la inequidad de género, así como la insuficiencia de recursos económicos; y en cada hogar donde hubo un fallecimiento, queda tristeza en la familia y destinos inciertos para los hijos.

Por ello, es importante contemplar y comprender la importancia de los factores socioculturales para tener una visión completa de este fenómeno. Si no se llega a comprender el papel que juegan estos factores, cualquier solución que se proponga para prevenir la mortalidad materna será superficial, pues no se atacan las raíces de este conflicto; éstas se sostienen en las concepciones que se tienen sobre la maternidad y el papel social que juegan las mujeres (Freyermuth G ,2006).

2.4.5 Riesgo de Mortalidad Materna

Los factores de riesgo y complicaciones relacionadas con el embarazo son la causa número uno de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial. La mayor parte de las muertes maternas ocurren debido a cinco complicaciones

obstétricas: hemorragia, sepsis, abortos inducidos inseguros, hipertensión durante el embarazo, partos obstruidos, procesos infecciosos obstétricos; mientras que la vasta mayoría de muertes maternas ocurren en países en desarrollo, esto no significa que solo las mujeres de estos países generan complicaciones médicas durante o después del embarazo (Sotelo,J, 2004:pag.66-70).

El período gestacional en el que se presenta el mayor número de hemorragias es sin duda alguna, el período postparto, siendo la atonía uterina el factor responsable en la mayor parte de los casos. La mayoría de estas muertes (88%) son el resultado de complicaciones en el tercer período del parto y en particular de la hemorragia en las primeras cuatro horas postparto. (Alleman,W.,2002:pag.41).

La causa más común de hemorragia post parto es la atonía uterina. Sin embargo, existen muchos procesos que pueden desencadenar una hemorragia post parto.

2.4.6Causas de hemorragia post parto

- Atonía uterina
- Retención Placentaria
- Lesiones del canal blando del parto
- Rotura uterina
- Placenta ácreta
- Inversión uterina
- Coágulopatías

Aparte de estas causas, existe una serie de factores que predisponen a la hemorragia. Tanto la edad materna precoz, edad materna avanzada, y la paridad alta, son factores de riesgo conocidos (Faneite,P,2006:pag.26-28).

Las mujeres que sobreviven a un cuadro de hemorragia post parto severa sufren el rigor de padecimientos inherentes, no solo a los efectos de una anemia aguda, sino también a las múltiples intervenciones necesarias para su manejo (anestesia general, histerectomía, transfusiones sanguíneas, remoción manual de placenta, (etc.). Por lo que la reducción de la probabilidad de cuadros de hemorragia post parto con un manejo rutinario del tercer período del parto, juega un papel importante en la disminución de la morbilidad materna(Faneite,P,2006:pag.26-28).

2.4.7 Riesgo Obstétrico.

Se define como riesgo obstétrico la probabilidad de que se produzca una situación deletérea inesperada. En medicina materna fetal, este hecho, es decir el punto final no deseado: muerte fetal, muerte materna, retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro (Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, 2003).

2.4.8 Multiparidad

Constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio relacionándose estrechamente con la morbilidad materna, según estudios realizados por diferentes autores (Freymuth, Enciso, 2004:pag.35-41).

Los que refieren que el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuye en su elasticidad y contractilidad, por lo que en el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de partos prolongados, uso de oxitócicos, retención de la placenta, desgarros de las partes blandas, sangrados post parto por atonía uterina (MSP del Ecuador, 2006:pag.29).

2.4.9 Patologías Hemorrágicas

Es el sangrado que sale a través de la vagina durante el embarazo por cualquier razón. Las hemorragias vaginales durante el embarazo se dividen en dos grandes grupos, ya que sus causas son notoriamente diferentes. Se dividen en hemorragias de la primera mitad del embarazo y de la segunda mitad.

Las principales condiciones clínicas asociadas con la hemorragia que causan la muerte de la madre son: la rotura de un embarazo ectópico, el aborto, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI), coagulación intravascular diseminada (CID), placenta previa, retención placentaria (Alvarez,S,2004:pag.792).

2.5 Hemorragias de la primera mitad del embarazo

2.5.1.1 Aborto

El aborto en nuestro país es una de las principales causas de muerte materna.

Esta se define como la interrupción espontánea o inducida antes de las 20 semanas de amenorrea con un peso inferior a 500 gramos. La mortalidad notificada por el aborto realizado legalmente es una de las más bajas, de uno o dos por cien mil abortos legales, sin embargo, el aborto ilegal es causa importante de muerte materna (Castañeda, Martha, 2004:pag.28).

2.5.2 Clasificación

Teniendo en cuenta las causas que originan el aborto, se clasifican en:

- Aborto espontáneo o natural
- Aborto provocado
- Aborto terapéutico (Castañeda, Martha, 2004:pag.28).

2.5.3 Placenta Previa

Otra causa de hemorragia, en su variedad central, oclusiva total o parcial, parcial, marginal o lateral se presenta con una frecuencia de uno por cada 200 o 300 embarazos siendo mayor en multíparas y en mayores de 35 años. Esta entidad constituye el 90% de los casos de pérdida sanguínea al final del embarazo. (Faneipe, Rojas, 2006:pag.26-28).

2.5.4 Desprendimiento Normo placentario

Se denomina así a la separación de la placenta normalmente insertada antes de tiempo, desde su adherencia al endometrio. La placenta, normalmente, se desprende siempre después del nacimiento en el período de alumbramiento.

Son sinónimos; desprendimiento de placenta normalmente inserta (DPNI), desprendimiento prematuro de placenta, abruptio placentae y accidente de Baudelocke, este último reservado para los casos graves o severos. El desprendimiento puede ser parcial o total y para ubicarlo en esta categoría, el desprendimiento debe ocurrir luego de las 20 semanas de gestación. Los que se producen antes de esa fecha, se consideran como abortos (Castro, R, 2001:pag.55).

2.6 Hemorragias del parto, y puerperio

2.6.1 Atonía uterina.

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero se achica. A medida que se separa la placenta, el útero se hace firme y globuloso, llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal. El cordón umbilical puede parecer alargado. Este proceso lleva habitualmente 10-30 minutos; si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento se considera un alumbramiento prolongado (Castro,R,2001:pag.55).

2.6.2 Distocias dinámicas.

Estas pueden deberse a insuficiencia de la contractilidad (inercia) o ha contracciones perturbadas (anillos de contracción) (QAP/URC, 2004:pag.53-56).

2.6.3 Retención parcial de restos placentarios.

Con cierta frecuencia no es toda la placenta, sino uno o varios cotiledones, lo que queda retenido. En la mayoría de los casos ello obedece a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento, tales como expresiones apresuradas o tironeamiento desde el cordón. También ocurre como resultado de alumbramientos manuales incompletamente realizados y ante la existencia de cotiledones aberrantes (Frayemuth, Enciso, 2004: pág. 35-41).

2.6.4 Desgarros del canal blando del Parto

Se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo. Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello, y cuerpo del útero) (Frayemuth, Enciso, 2004: pág. 35-41).

2.6.5Desgarros del cuello del Útero

El desgarro cervical se produce como consecuencia del pasaje de la cabeza fetal por un cuello aún no dilatado totalmente o a causa de pujos prematuros en los partos espontáneos, desgarro espontáneo.

Existen lesiones serias del cuello consecutivas a maniobras en las que se ha empleado la fuerza, desgarros artificiales. Son producidos por intervenciones realizadas con dilatación incompleta, dilataciones manuales del cuello, partos precipitados, fetos voluminosos, etc. Se trata de desgarros que miden más de 2cm de profundidad a partir del borde externo del cuello generalmente bilaterales, llegan a veces hasta la inserción de la vagina y aún más allá; son muy sangrantes, con hemorragia roja y continua, a pesar de una buena retracción uterina, debida generalmente al desgarro de la rama cervical de la uterina (Berg, C.Daniel, 1996).

2.7 Hipertensión Gestacional

2.7.1 La pre eclampsia

Es una complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo o hipertensión inducida por el embarazo y asociada a elevados niveles de proteína en la orina. Debido a que la pre eclampsia se refiere a un cuadro clínico o conjunto sintomático, en vez de un factor causal específico, se ha establecido que puede haber varias etiologías para el trastorno. Es posible que exista un componente en la placenta que cause disfunción endotelial en los vasos sanguíneos maternos en mujeres susceptibles. Aunque el signo más notorio de la enfermedad es una elevada presión arterial, puede desembocar en una eclampsia, con daño al endotelio materno, riñones e hígado. La única cura es la inducción del parto, una cesárea o aborto y puede aparecer hasta seis semanas post parto. Es la complicación del embarazo más común y peligroso, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos severos ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (presión sanguínea, hipertensión) junto al de proteínas en la orina (proteinuria), así como edemas en las extremidades (Gabbe, Steven, Jennifer, Niebyl, 2003: pag.56).

2.7.2 Síntomas:

- Presión arterial de 140/90mmHg
- Edema de cara manos
- Alteración de la función hepática y visual
- Presencia de proteína en la orina

La pre eclampsia severa presenta los siguientes signos y síntomas:

- Oliguria menor de 400ml/24h22
- Trastornos mentales

- Dolores epigástricos (en puñalada, intensos)
- Edema pulmonar o cianosis
- Aumento de peso de más de 2 kg en una semana
- Alteraciones en la visión: visión borrosa, doble, ver estrellitas luminosas, intolerancia a la luz.
- Cefaleas intensas y persistentes (Gabbe, Stiven., Jenifer, Niebyl, 2003:pag.56).

2.7.3 Síndrome de HELLP

El síndrome HELLP es una complicación seria de la hipertensión inducida por el embarazo (problemas de alta presión del embarazo). Se presenta aproximadamente de 2 a 12 por ciento de las mujeres con hipertensión del embarazo. Generalmente se desarrolla antes del parto, pero puede presentarse también después del mismo. El síndrome HELLP consiste en los siguientes problemas:

- Hemólisis
- Desintegración de los glóbulos rojos.
- Enzimas hepáticas elevadas
- Daño a las células hepáticas que altera la función hepática (detectado mediante análisis de laboratorio).
- Plaquetas.

2.7.4 Eclampsia

La eclampsia va más allá. Se trata de una toxemia del embarazo con convulsiones. Un cuadro más agravado de la pre eclampsia. Es decir, cuando la mujer embarazada presenta los síntomas de la pre eclampsia y llega a tener convulsiones y otras reacciones más preocupantes para ella y el bebé que espera (Gabbe, Stiven., Jenifer, Niebyl, 2003:pag.56).

Es la complicación más seria de la pre eclampsia, en el Reino Unido, por ejemplo aparece en 1 de cada 2.000 embarazos y tiene una mortalidad cercana a 1.8%. El síndrome de HELLP es más común, probablemente presente en 1 de cada 500 embarazos y puede ser tan peligroso como la eclampsia misma (Faneite, P, 2007:pag.1-3).

Ambos trastornos pueden aparecer sin anunciarse por razón de los signos prodrómicos de la pre eclampsia. La hemorragia cerebral es una lesión que puede matar a mujeres

con eclampsia o pre eclampsia. Se sabe que la hemorragia cerebral es una complicación de una hipertensión severa, por lo que la hipertensión del embarazo es un factor predominante en la aparición de esta situación, aunque la relación entre la hipertensión y la hemorragia cerebral no se ha cuantificado para la pre eclampsia (Gonzales,M,2002).

2.8 Síndromes Infeccioso

2.8.1 Endometritis puerperal

Es la causa más común de reacciones térmicas y dolorosas del puerperio y la más frecuente localización de la infección puerperal. Puede asentar en la zona de inserción de la placenta o bien extenderse a toda la cavidad uterina. De cualquier manera, las lesiones son siempre más importantes y profundas a nivel del área placentaria. La sintomatología de inicio generalmente brusco, se inicia entre el 3° y 5° día después del parto, con escalofríos acompañados de temperatura que oscila entre 39 y 40 °C y taquicardia. El útero se palpa subinvolucionado, blando y doloroso, los loquios suelen ser abundantes, grises o achocolatados, y más tarde purulentos y fétidos (Gonzales, M, 2002).

Mortalidad materna.- La OMS (1992) definió a la mortalidad materna como "la Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar del mismo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales (Berg C,Daniel,1996).

2.9 Prevención de muerte materna

Para prevenir la muerte materna se recomienda a las embarazadas acudir periódicamente a los controles prenatales ya que en el mismo se podrá identificar tempranamente riesgos de muerte materna.

2.10 Control Prenatal

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional (Ensayo Clínico de control prenatal, 2004).

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinar, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud(Faundez,A1992:156-157).

Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

2.10.1 Embarazo de bajo riesgo o normal

Aquel que no cursa con criterios de riesgo. Atención en Nivel I.

2.10.2 Embarazo de alto riesgo obstétrico

Aquel que cursa con criterios de riesgo. Atención en Nivel II o III.

2.10.3 Diagnóstico de la edad gestacional

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen

uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad (Faundez,A,1992:pag.156-157).

2.10.4 Educación Materna

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educativos (Ensayo Clínico de control prenatal, 2004).

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación sexual
- Planificación familiar
- Preparación para el parto

2.10.5 Signos y síntomas de alarma.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio de salud más cercano donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar .

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera

mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normo inserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario). Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas. Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal. Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pre término. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc (Faundez, A, 1992:pag.156-157).

2.10.5 Periodicidad del control prenatal

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera. En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control. Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc.) (Faundez, A, 1992:pag.156-157).

CAPITULO II

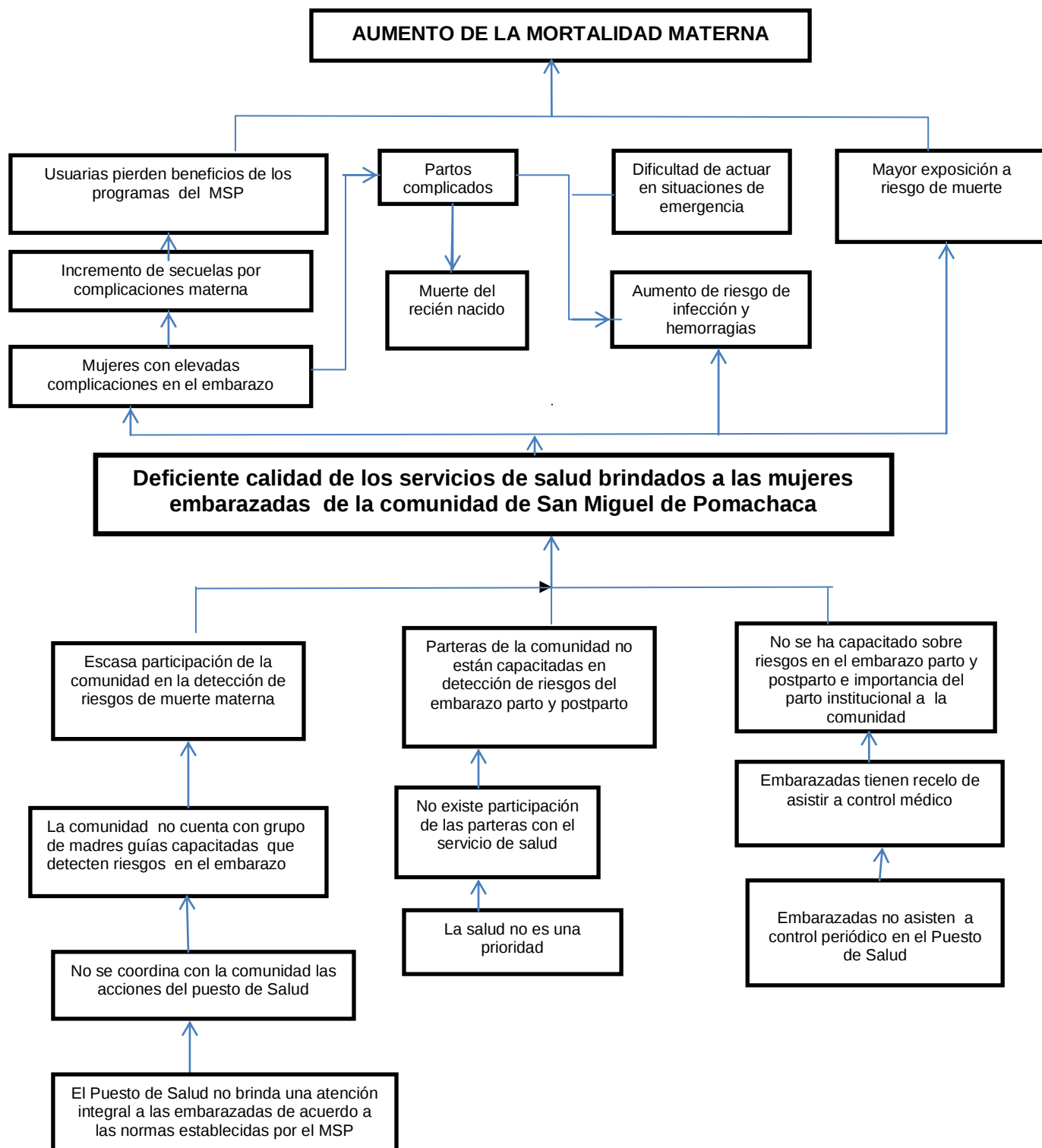
DISEÑO METODOLÓGICO

Este proyecto de acción sigue el diseño de Matriz de Marco Lógico.

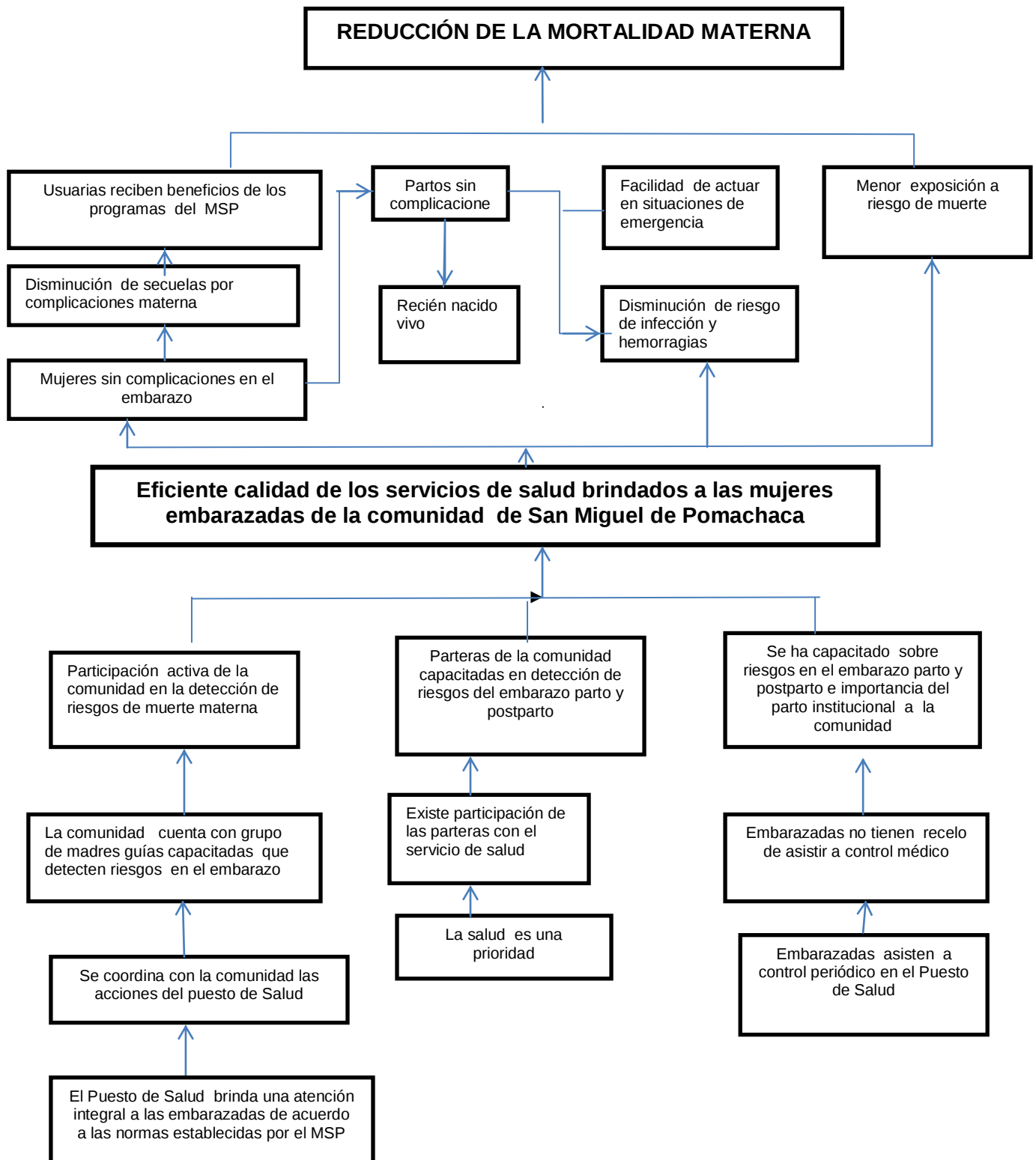
MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPO Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Dirección provincial de salud de Chimborazo y Área de salud N° 3 Guamote	Reducir la tasa de mortalidad materna	Art.6 numeral 2 de ley Orgánica de Salud establece como meta reducir el 30% de la muerte materna.	✓ Incremento de las tasas de mortalidad materna
Personal del Puesto de Salud San Miguel de Pomachaca y Autora del proyecto	Mejorar la calidad de atención en el embarazado través del fortalecimiento de la participación comunitaria para reducir la mortalidad materna.	- Recursos humanos, tecnológicos y materiales - Fomentar la salud.	✓ Deficiente seguimiento de las normas de atención del M.S.P e incremento de la tasa de mortalidad materna.
Comunidad de San Miguel de Pomachaca	Mejorar la calidad de vida de sus integrantes previniendo la muerte materna	- Art.3 Literal g, del Concejo de Desarrollo de las N. Indígenas impulsaran los procesos de fortalecimiento y desarrollo de las nacionalidades pueblos Indígenas y de sus formas de organización - Recursos humanos - Demandar atención de calidad	✓ Escasa participación comunitaria en salud, ya que la comunidad no ha sido integrada al trabajo de la unidad Operativa
Universidad Técnica Particular de Loja	Trabajar para mejorar la calidad de salud de la comunidad, preparando académicamente a sus alumnos	- Art.8 literal d, de la ley Educación superior contempla formar profesionales responsables, con ética estimulando la participación social. - Recursos educativos - Formar en lo académico al talento humano	✓ Incipiente vinculación con la colectividad.

ARBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DELMARCO LÓGICO

ELEMENTOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a reducir la muerte materna en la comunidad de San Miguel de Pomachaca	✓ Disminución de la tasa de mortalidad materna	✓ Reporte de actividades y programas desarrollados en la comunidad	▪ Participación comunitaria activa y propositiva.
PROPÓSITO Calidad de los servicios de salud mejorada a través del fortalecimiento de la participación comunitaria, para que apoyen en la detección de riesgos de muerte materna.	✓ El 90 % de la mujeres embarazadas son captadas y atendidas tempranamente en el puesto de Salud	✓ Partes diarios de la Unidad Operativa. ✓ Control de Historias Clínicas de las madres atendidas	▪ Grupo de trabajo capacitado y actuando
RESULTADOS ESPERADOS 1. Grupo de madres guías capacitadas y trabajando en la detección de riesgos de muerte materna.	✓ El 100% de madres guías seleccionadas, han sido capacitadas en detección de riesgos en el embarazo, hasta Diciembre del 2012	✓ Reportes de asistencia a la capacitación. ✓ Memoria técnica del seminario	▪ Disponibilidad total del grupo de madres guía para la capacitación.
2. Parteras de la comunidad capacitadas en detección de riesgos en el embarazo, parto y postparto.	✓ 100% de parteras capacitadas en detección de riesgos del embarazo, parto y postparto hasta Diciembre 2012,	✓ Reportes de asistencia a la capacitación. ✓ Memoria técnica del seminario	▪ Parteras motivadas a participar activamente.
3. Comunidad capacitada	✓ 98% de los comuneros están	✓ Reportes de asistencia	▪ La concientización

en detección de riesgos del embarazo parto y postparto e importancia y ventajas del parto institucional	capacitados en detección de riesgos del embarazo parto y postparto e importancia y ventajas del parto institucional	a la capacitación. ✓ Memoria técnica del seminario	proporcionada por el grupo de madres guías a las embarazadas es efectivo
--	--	---	---

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
RESULTADO 1			
A1.1 Reunión de trabajo con la directora y personal del puesto de salud para el análisis situacional de la Unidad operativa con el objetivo de institucionalizar el proyecto	○ Autora del proyecto. ○ Directora de la Unidad de salud	06-07- 2012	20
A1.2 Reunión con líderes de la comunidad para dar a conocer la problemática identificada y solicitar su colaboración en la ejecución del proyecto.	○ Autora del Proyecto ○ Directora del puesto de salud	20-07-2012	20
A1.3 Reunión con la comunidad para concientización sobre el problema detectado motivando al trabajo en equipo y elección de madres guías.	○ Autora del Proyecto ○ Directora del puesto de salud ○ Directivos de la comunidad	27-07-2012	50
A1.4 Elaboración de ficha de captación y seguimiento a la embarazada	○ Autora del Proyecto. ○ Directora del puesto de Salud. ○ Grupo de madres guías.	06-07- 2012	200
A1.5 Reunión con grupo de madres guías para capacitación en: Importancia de controles, higiene, nutrición y signos de peligro en Embarazo	○ Directora del Puesto de salud. ○ Autora del Proyecto.	13-21-22 Agosto 2012	90
A1.6 Evaluación a madres guías sobre capacitación y entrega de material para visitas domiciliarias	○ Directora del Puesto de salud. ○ Autora del Proyecto.	22 y 24 de Agosto 2012	40
A1.7 Visita domiciliaria a embarazadas en compañía de madres guías	○ Directora del Puesto de salud. ○ Autora del Proyecto		10
RESULTADO 2			
A2.1 Identificación y reunión con parteras de la comunidad para dar a conocer el problema	○ Personal del Puesto de salud. ○ Autora del	24 Agosto/ 2012	30

identificado.	proyecto		
A2.2 Capacitación a parteras de la localidad sobre riesgos de muerte materna	○ Directora del Puesto de salud. ○ Autora del proyecto	Septiembre 2012	50
A2.3 Análisis de partos domiciliarios atendidos por parteras capacitadas.	○ Directora del puesto de salud. ○ Autora del Proyecto ○	20 de diciembre-2012	20
RESULTADO 3			
A3.1 Elaboración e impresión de cuadernillos sobre riesgos de muerte materna	○ Personal del Puesto de salud. ○ Autora del Proyecto. ○ Madres guías	26 y 27 Julio 2012	200
A3.2 Capacitación a la comunidad sobre riesgos del embarazo parto y postparto e importancia y ventajas del parto institucional	○ Directora del puesto de salud ○ Autora del proyecto	27-07 2012	50
A3.3 Capacitación a Embarazadas que asisten a controles en el puesto de salud sobre riesgos del parto domiciliario	○ Personal del Puesto de salud. ○ Autora del Proyecto	30-10-2012 15-12-2012	50
A3.4 Reunión de trabajo con responsables del proyecto para realizar análisis y socialización de resultados del proyecto.	○ Autora del Proyecto ○ Personal del Puesto de salud. ○ Líderes comunitarios ○ Madres guías ○ parteras	29 Diciembre 2012	30

Total: 760\$

RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADO 1

GRUPO DE MADRES GUÍAS CAPACITADAS Y TRABAJANDO EN LA DETECCIÓN DE RIESGOS DE MUERTE MATERNA.

1.1 Reunión de trabajo con el personal de salud del puesto para el análisis situacional de la unidad operativa.

La reunión de trabajo con el personal de la Unidad de Salud se la realizó el día 6 de Julio del año 2012 con la presencia de todo el personal de la unidad de salud con finalidad de analizar el estado situacional de salud de la unidad operativa en el análisis se detecta las falencias existentes en cuanto a los controles a las mujeres embarazadas y la detección temprana de los riesgos por parte de la comunidad, en la misma se analiza la muerte materna registrada en la comunidad de San Miguel de Pomachaca llegando a la conclusión de que fue una muerte evitable y que la demora en pedir ayuda fue la causa de muerte y según la autopsia verbal realizada por la epidemióloga del área de salud, se trata de una muerte materna directa en tal virtud se da a conocer al importancia de la participación activa de la comunidad por lo cual se decide la creación e implementación de un GRUPO DE MADRES GUÍAS propias de la comunidad con el objetivo de realizar acciones de prevención de muerte materna las mismas que estarán capacitada en detección de riesgos de muerte materna.

Una vez terminada la reunión se llega a los siguientes acuerdos.

- Continuar trabajando integradamente e intersectorialmente con el objetivo de mejorar los controles prenatales.
- Elaborar invitaciones dirigidas a los dirigentes de la comunidad indicando día, hora, lugar y fecha en donde se realizará la reunión de trabajo.
- Convocar a una reunión de trabajo y análisis de la problemática de muerte materna a los líderes de la comunidad con el objetivo de obtener su colaboración y respaldo.

1.2 Reunión con líderes de la comunidad de San Miguel de Pomachaca para dar a conocer la problemática.

La reunión convocada a los líderes de la comunidad por el personal del Puesto de Salud se la realizó el día viernes, 20 de Julio a las 10 de la mañana como estaba programada en la cual realiza el saludo de bienvenida la Dra. Elizabeth Gallardo Naula, directora del puesto de salud manifestando la importancia del trabajo en equipo

para el beneficio de la comunidad, posteriormente interviene la Lic. Teresa Tayupanda autora del Proyecto de acción indicando la problemática de salud con relación a las muertes maternas manifestando que las mismas son injustas e inadmisibles ya que tras de una muerte materna se encuentra la desgracia para toda una familia pues la misma se desintegra y se torna en una carga para la sociedad ya que la esperanza de vida y de desarrollo para la misma disminuye considerablemente , el viudo por lo general por las condiciones económica migra quedando los niños a cargo de los abuelos los mismos que no sustituyen ni proveen el amor de padres.

Se socializa el proyecto de acción que se emprenderá en la comunidad con el objetivo de prevenir dichas muertes.

Se obtiene el apoyo de los líderes de la comunidad, el presidente Sr. Andrés Sislema manifiesta la importancia de prevenir las muertes de las mujeres en la comunidad porque una muerte trae muchos problemas para la familia y comunidad, y da a conocer que las funciones de los directivos es velar por el bienestar de los comuneros citando algunos de ellos:

- Velar por el bienestar de la comunidad.
- Apoyar en los proyectos para el desarrollo de la comunidad
- Representación y apoyo en los trámites legales respectivos
- Coordinación y participación activa con la comunidad
- Buscar autofinanciamiento, autogestión para la realización de los proyectos y obras.

Al finalizar la reunión de trabajo se llega a los siguientes acuerdos:

- Convocar a la comunidad en general de San Miguel de Pomachaca para informar sobre la ejecución del proyecto de acción.
- Elección del grupo de madres Guías en la reunión.
- Trabajar coordinadamente con el equipo de salud.
- Apoyar en todas las actividades al grupo de madres guías electas.

REUNIÓN CON LÍDERES DE LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL DE POMACHACA



NÓMINA DE LÍDERES DE LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL DE POMACHACA QUE ASISTEN A REUNIÓN DE TRABAJO.

NOMBRES Y APELLIDOS	SECTOR	CARGOS ENCOMENDADAS.
Sr. Andrés Sislerma	Yacuñay	Presidente
Sra. Rosario Daquilema	Uraloma	Vicepresidente
Sra. Simona Ortiz	Pucara	Tesorero
Sr. Juan Trinidad Marcatoma	Pucara	Secretario
Sr. Carlos Daquilema Daquilema	Yacuñay	Sindico
Sr. Cirilo Daquilema	Uraloma	Primer vocal
Sr. Camilo Daquilema Daquilema	Uraloma	Segundo vocal
Sr. José Julio Daquilema Daquilema	Yacuñay	Tercer vocal

Fuente: actas de la reunión comunitaria.

1.3 Reunión con la comunidad para dar a conocer la problemática de muerte materna y elección de madres guías.



Se reúnen los miembros de la comunidad de San Miguel de Pomachaca el día viernes 27 de Julio del 2012, tras la convocatoria realizada por los líderes comunitarios conjuntamente con el personal de la unidad de salud contando con la presencia de la mayoría de comuneros de San Miguel de Pomachaca.

En esta reunión se da a conocer la problemática percibida por el personal de salud con referencia a las muertes maternas explicando la importancia de la conformación de un grupo de madres guías propias de la comunidad que conozcan la realidad con el objetivo de prevenir dichas muertes una vez que se concientiza a la comunidad se procede a la elección del GRUPO DE MADRES GUÍAS las mismas que fueron electas por su espíritu de colaboración y aceptación por los miembros de la comunidad.

Quedando conformado por las siguientes personas:

NÓMINA DEL GRUPO DE MADRES GUÍAS ELECTAS POR LA COMUNIDAD SAN MIGUEL DE POMACHACA 2012

NOBRES Y APELLIDOS	LUGAR DE RESIDENCIA	EDAD	NÚMERO DE CEDULA
María Manuela Daquilema	Pomachaca	38	060365313-0
María Juana Rivera	Pomachac(yacuñay)	31	060365274-4
María Rosario Marcatoma	Pomachaca	42	060355364-5
María Daquilema	Pomachac(yacuñay)	32	060283876-5
María Cristina Vuelta	Pomachaca	43	060365207-4
Dominga Caiza Daquilema	Pomachaca(capilla)	28	060163235-9
Ana Lucía Coro	Pomachaca(uraloma)	29	060364704-1
María Manuela Daquilema Marcatoma	Pomachaca	33	060348740-6
Rosario Daquilema Sislema	Pomachaca(yacuñay)	37	060180014-7
Rosario Roldan Chimbolema	Pomachaca(pucara)	41	060285609-8

Fuente: Actas de reuniones de la comunidad.

Las integrantes del grupo de madres guías se manifiesta que ellas trabajaran y pondrán mucho empeño en mejorar la salud de las mujeres embarazadas de la comunidad solicitando se les apoye en las actividades que se programen con el equipo de salud.

Se llega al acuerdo de que el grupo de madres guías como ya está trabajando en beneficio de la comunidad no asistan a reuniones ni a mingas de trabajo los días que estén colaborando con la unidad Operativa, porque ya están trabajando en beneficio de la misma.

La Lic. Teresa Tayupanda agradece a los asistentes en especial al grupo de madres guías electas e invita a trabajar en equipo con la finalidad de mejorar la salud de la comunidad realizando la invitación para una reunión de trabajo en el puesto de salud para organizar las actividades a realizar.

Grupo de madres guías electas por la comunidad



1.4 Elaboración de ficha de captación y seguimiento a la embarazada

El material que se ha elaborado para el seguimiento a las mujeres embarazadas se elaboró de acuerdo a las necesidades de la población tomando en cuenta el grado de escolaridad del grupo de madres guías con el objetivo de ya entregar el material a las integrantes del grupo de madres guías una vez que se haya conformado el mismo.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

ÁREA DE SALUD N°3 GUAMOTE

PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE POMACHACA

FICHA DE CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO A MUJER EMBARAZADA

Fecha	
Nombres y apellidos	
Edad	
Cuantos meses de embarazo	
Dirección	
Cuantos hijos tiene	
Problemas de salud	
Cuántas veces ha acudido al puesto de salud al control	

RESPONSABLE:

1.5 Capacitación a grupo de madres guías sobre detección de riesgos de muerte materna



Se ha capacitado al 100% de madres guías con el objetivo de que estén preparadas para detectar cualquier tipo de problema de salud en la mujer embarazada y poder actuará rápidamente pidiendo ayuda de inmediato al puesto de salud para salvarle la vida y mantener la estabilidad familiar de la comunidad.

Cronograma de capacitaciones a grupo de madres guías

FECHA	HORA	TEMA	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLE
06-08-2012	9 am-12pm	Presentación y conformación de directiva	Dialogo directo	Humanos	Autora del proyecto
13-08-2012	9 am-12pm	Riesgos en el embarazo (edema, cefalea, sangrado vaginal, mialgias entre otros)	Rota folios, papelotes y proyección con infocus	Humanos y tecnológicos	Autora del proyecto
14-08-2012	9 am-12pm	Importancia de controles prenatal	Rota folios ,papelotes	Humanos y tecnológicos	Autora del proyecto
15-08-2012	9 am-12pm	Nutrición adecuada en el embarazo	Rota folios ,papelotes	Humanos y tecnológicos	Autora del proyecto
16-08-2012	9 am-12pm	Higiene en el embarazo	Rota folios ,papelotes y proyección con infocus	Humanos y tecnológicos	Autora del proyecto
16-08-2012	09 a 10 am	Evaluación temas capacitados	Dialogo directo	Humanos	Autora del proyecto

CAPACITACIÓN A GRUPO DE MADRES GUÍAS Y DIRECTIVOS DE LA COMUNIDAD SOBRE RIESGOS DE MUERTE MATERNA



Reunión con grupo de madres guías para elección de la directiva 2012

Se da la reunión de trabajo con el GRUPO DE MADRES GUÍAS con el objetivo de formar la directiva el día 6 de Agosto del 2012 con la presencia de 10 madres guías que es número total de las mismas. En la cual se procede a nombrar representantes de los cuatro sectores de Pomachaca.



RESPONSABLES DE LOS 4 SECTORES DE LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL DE POMACHACA.

SECTORES	MADRES GUÍAS RESPONSABLES
Uraloma	Sra. Anita Coro.
Sector yacuñay	María Daquilema
Sector Capilla	Sra. Dominga Caiza Daquilema.
Sector Pucara	Sra. Rosario Roldan

Fuente: Actas de reuniones de la comunidad.

Una vez electas las representantes de los sectores se procede a tomar el juramento de trabajar en beneficio de la comunidad las mismas quedan comprometidas y entusiasmadas al trabajo quedando de esta manera conformados las representantes de los cuatro sectores que forman la comunidad de Pomachaca.

1.6 Evaluación a madres guías sobre capacitación.

Se realiza una evaluación verbal a las madres guías con el objetivo de conocer las capacidad de retención de la información entregada en las capacitaciones sobre los temas de interés para el proyecto de acción.

Nota: la evaluación se la realizó en forma verbal ya que algunas integrantes del grupo de madres guías no saben leer ni escribir únicamente saben poner sus nombres y firmas se guían por los gráficos o dibujos de los rota folios.

En la evaluación realizada a todas las madres guías al azar obtuvimos buenos resultados ya que están capacitadas para detectar riesgos en el embarazo y notificar inmediatamente al personal de salud de la Unidad Operativa.

GRUPO DE MADRES GUÍAS CAPACITADAS

NOBRES Y APELLIDOS	LUGAR DE RESIDENCIA	EDAD	NÚMERO DE CEDULA
María Manuela Daquilema	Pomachaca	38	060365313-0
María Juana Rivera	Pomachac(yacuñay)	31	060365274-4
María Rosario Marcatoma	Pomachaca	42	060355364-5
María Daquilema	Pomachac(yacuñay)	32	060283876-5
María Cristina Vuelta	Pomachaca	43	060365207-4
Dominga Caiza Daquilema	Pomachaca(capilla)	28	060163235-9
Ana Lucia Coro	Pomachaca(uraloma)	29	060364704-1
María Manuela Daquilema Marcatoma	Pomachaca	33	060348740-6
Rosario Daquilema Sisema	Pomachaca(yacuñay)	37	060180014-7
Rosario Roldan Chimbolema	Pomachaca(pucara)	41	060285609-8

Fuente: Actas de reuniones de la comunidad.

Reunión con grupo de madres guías entrega de material para visitas.

El día 13 de Agosto luego de la capacitación se entregó todo el material didáctico a las madres guías para que se puedan orientar y tengan las facilidades de trabajar en la comunidad.

Lista de materiales entregados a las madres guías.

- Fichas para la captación y seguimiento de la embarazada.
- Esfero azul, Lápiz, Borrador.
- Tríptico sobre riesgos del embarazo para entregar a las embarazadas visitadas.
- Cuadernillo didáctico con dibujos de los riesgos del embarazo para que se le pueda informar a la embarazada de los peligros a los que está expuesta durante el embarazo, parto y puerperio.
- Tablero para escribir

1.7 Realizar visita domiciliaria a embarazadas en compañía de madres guías

Se programó visitas domiciliarias a las mujeres embarazadas captadas por la unidad operativa con la finalidad de que el grupo de madre guías acompañen al equipo de salud a realizar una visita domiciliaria y observen la misma, para que cuando

identifiquen mujeres embarazadas tengan la experiencia vivida de cómo realizar una visita domiciliaria.

Se visitó a cuatro mujeres embarazadas en sus domicilios realizando las siguientes actividades.

1. Saludo y presentación del equipo de salud incluidas las madres guías.
2. Explicamos el motivo de nuestra presencia en su hogar.
3. Una vez que se obtiene la confianza de la embarazada y de su familia se procede a realizar las actividades programadas.
4. Toma de signos vitales y medidas antropométricas (peso, talla, temperatura, presión arterial etc.).
5. Se registra todos los datos en la historia clínica de la embarazada y si no hay ninguna novedad se le indica la importancia de acudir a los controles prenatales de manera oportuna.
6. Se explica sobre los peligros del embarazo y los riesgos de morir si no pide ayuda oportunamente o se encuentra sola durante el parto, con el apoyo del manual didáctico con dibujos de los riesgos del embarazo para que se le pueda informar a la embarazada de los peligros a los que está expuesta durante el embarazo, parto y puerperio.
7. Se entrega cuadernillo sobre los riesgos del embarazo en el cual contiene los números telefónicos del Hospital Cantonal Guamote y de la ambulancia para que pueda solicitar ayuda de inmediato en caso de que el parto se complique.
8. Se realizó acuerdos y compromisos con la familia tomando en cuenta que el parto es un acontecimiento familiar los mismos que agradecieron la visita.
9. Nos despedimos con el compromiso de volver a una próxima visita domiciliaria y las mujeres embarazadas se comprometieron en acudir puntualmente a los controles en la unidad operativa.

**NÓMINA DE MUJERES EMBARAZADAS A LA CUAL SE REALIZÓ VISITA
DOMICILIARIA EN COMPANIA DE MADRES GUÍAS.**

NOMBRE DE LA MUJER EMBARAZADA	EDAD	EDAD GESTACIONAL	FECHA PROBABLE DE PARTO	LUGAR DE RESIDENCIA	PRESENTE PROBLEMA DE SALUD
Sislem Daquilema María Manuela	32años	36.2 semanas	02-07-2012	Yacuñay	No
Daquilema Sislem María Simona	23 años	23 semanas	01-10-2012	Pucara	No
Daquilema Daquilema María	21 años	26 semanas	22-12-2012	Capilla	No

Mercedes					
Daquilema Daquilema María Teresa	20 años	18 semanas	19-11-2012	Uraloma	No

Fuente: Parte diario de visita domiciliaria a embarazadas.

Con la experiencia observando y buscando signos de peligro se indicó al grupo de madres guías que estaban listas para captar, capacitar y referir a las embarazadas a la unidad de salud con el objetivo de que sean atendidas adecuadamente.

Análisis de visitas domiciliarias realizadas por madres guías

Las madres guías entusiasmadas están realizando su trabajo hasta el momento han captado 18 mujeres embarazadas las mismas que han sido capacitadas sobre signos de peligro durante el embarazo, parto y postparto, siendo referidas al puesto de salud para ser atendidas.

NÓMINA DE MUJERES EMBARAZADAS QUE HAN SIDO CAPTADAS, CAPACITADAS Y REFERIDAS AL PUESTO DE SALUD POR EL GRUPO DE MADRES GUÍAS DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2012.

Nº	MES DE CAPTACIÓN	NOMBRE DE LA MUJER EMBARAZADA	EDAD	EDAD GESTACIONAL	FECHA PROBABLE DE PARTO	LUGAR DE RESIDENCIA	PRESENTA PROBLEMAS
1	Julio 2012	Guaraca Fares María Delfina	24 años	29 S.G	01/10/2012	Horloma	no
2	Julio 2012	María Melchora Chuquimarca Silva	33 años	25 S.G	28/10/2012	Horloma	no
3	Julio 2012	Guaman Daquilema María Mercedes	21 años	30 S.G	27/09/2012	Yacuñay	no
4	Julio 2012	Daquilema Daquilema María Hilda	18 años	28 S.G	01/10/1012	Capilla	no
5	Agosto 2012	Custodia Daquilema Daquilema	32 años	35 S.G	17/09/2012	Pucara	no
6	Agosto 2012	Daquilema Pullay María Juana	32 años	33.4 SG	01/09/2012	Pucara	no
7	Agosto 2012	Daquilema Daquilema María Hilda	18 años	34S.G	02/10/2012	Yacuñay	no
8	Agosto 2012	Daquilema Roldan María Patrona	28 años	29.5 S.G	09/11/2012	Horloma	no
9	Septiembre 2012	Daquilema Daquilema María Juana	30 años	11.3 S.G	22/03/2013	Pucara	no
10	Septiembre 2012	María Rosario Daquilema Guashpa	18 años	36.7 S.G	17/10/2012	Capilla	Si

11	Septiembre 2012	María Sara Lema Daquilema	20 años	35.3 S.G	16/12/2012	Huraloma	Si
12	Octubre 2012	Daquilema Daquilema María Pascuala	19 años	13 S.G	12/04/2013	Pucara	no
13	Octubre 2012	Roldan Cundo mercedes	39 años	29 S.G	11/01/2013	Capilla	no
14	Octubre 2012	Daquilema Robalino Sara Isabel	24 años	22 S.G	02/03/2013	Pucara	no
15	Octubre 2012	Marcatoma Roldan maría Anita	34	36 S.G	14/11/2012	Pucara	si
16	Noviembre 2012	Marcatoma Daquilema María Gladys	21 años	19 S.G	30/03/2013	Horlama	no
17	Noviembre 2012	Fares Carguachi Martha Roció	19	19.5S.G	28/03/2013	Horlama	no
18	Noviembre 2012	María Teresa Marcatoma	34 a	34 S.G	29/04/2013	Pucara	no

Fuente: Cuaderno de consolidación mensual de embarazadas P.S. Pomachaca.

RESULTADO 2

PARTERAS DE LA COMUNIDAD CAPACITADAS EN DETECCIÓN DE RIESGOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

2.1 Identificación y reunión con parteras de la comunidad para dar a conocer el problema identificado.

Se realizó una búsqueda activa en la comunidad de las parteras con el objetivo de reunir las y trabajar en equipo.

El 24 de agosto se realiza la actividad programada de búsqueda activa de parteras obteniendo buenos resultados en la cual se realiza visita domiciliar a las parteras las mismas que se muestran colaboradoras y entusiastas al explicarles el motivo de la visita.

En esta salida se captó a 4 parteras reconocidas por la comunidad, en la cual se coordina la fecha para la capacitación sobre riesgos en el embarazo parto y postparto.

NÓMINA DE PARTERAS DE LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL DE POMACHACA

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	AÑOS DE EXPERIENCIA	LUGAR DE RESIDENCIA	CUANTOS PARTOS HA ATENDIDO
Rosario Daquilema Sisema	52 años	20	capilla	15 partos
Águeda Daquilema Daquilema	48 años	10	pucara	17 partos
Ángel María Daquilema Daquilema	58 años	25 años	Uraloma	37 partos
Mercedes Daquilema Daquilema	64 años	30 años	Yacuñay	39 partos

Fuente: Cuaderno de captación y capacitación a parteras de la comunidad de Pomachaca.

2.2 Capacitación a parteras de la localidad sobre riesgos en el embarazo parto y postparto.

La capacitación se la lleva a cabo en el puesto de salud el 15 de Septiembre del 2012 sobre riesgos obstétricos con el objetivo de que estén preparadas para detectar cualquier tipo de riesgos en el embarazo, parto y postparto y solicitar ayuda de inmediato y de esta manera salvar la vida de la madre y del niño.

Se capacita a las 4 parteras de la localidad constituyendo el 100% de parteras capacitadas

PARTERAS CAPACITADAS PARA PREVENIR MUERTE MATERNA

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	AÑOS DE EXPERIENCIA	LUGAR DE RESIDENCIA	CUANTOS PARTOS A ATENDIDO
Rosario Daquilema Sislema	52 años	20	capilla	15 partos
Águeda Daquilema Daquilema	48 años	10	pucara	17 partos
Ángel María Daquilema Daquilema	58 años	25 años	Uraloma	37 partos
Mercedes Daquilema Daquilema	64 años	30 años	Yacuñay	39 partos

Fuente: Cuaderno de captación y capacitación a parteras de la comunidad de Pomachaca.

2.3 Análisis de partos domiciliarios atendidos por parteras capacitadas.

Se realizó el análisis del periodo comprendido de julio a diciembre del año 2012 en la cual se procedió a la revisión de las historias clínicas de las pacientes que acuden a control postparto que dieron a luz en su domicilio y que fueron atendidas por parteras capacitadas en riesgos del embarazo, parto y postparto con el objetivo de verificar si se ha presentado alguna complicación, llegando a la conclusión que de 18 partos que se dieron en la comunidad, 8 fueron atendidos por las parteras de la localidad y no se presentó ningún tipo de complicación en el parto ni en el postparto teniendo como resultado un madre saludable y un recién nacido vivo en buen estado ,que corresponde el 44% de la población de las mujeres embarazadas de la comunidad, mientras que 10 embarazadas acudieron al Hospital Básico Guamote los mismos que has sido atendidos sin complicaciones ya que las embarazadas se encontraban capacitadas y sabían con claridad cuando acudir de inmediato a una casa de salud, que corresponde al 56 % de las embarazadas.

El control postparto se lo está realizando a través de visitas domiciliarias en la cual se constata la salud de la madre y el niño felicitando a la familia por el apoyo brindado a la embarazad

RESULTADO 3: COMUNIDAD CAPACITADA EN DETECCION DE RIESGOS DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO E IMPORTANCIA DEL PARTO INSTITUCIONAL

3.1 Elaboración de material didáctico para capacitación a mujeres embarazadas (cuadernillo)

Se ha elaborado los cuadernillos de acuerdo a las necesidades de la comunidad sobre el parto culturalmente adecuado con énfasis en los peligros a los cuales están expuestas las mujeres al tener a su hijo en su domicilio solas o acompañadas de personas inexpertas, recomendando que siempre acudan a los controles prenatales lo más temprano posible para poder identificar riesgos y poder solucionar sus problemas de salud y que el momento del parto estén acompañadas en lo posible de un profesional de la salud o de la partera o comadrona de la localidad, la misma que estará capacitada para ayudar en el parto y detectar peligros con el objetivo de solicitar ayuda inmediatamente en caso de necesitar para prevenir cualquier tipo de complicación durante el embarazo, parto y postparto.

3.2 Capacitación a la comunidad sobre los riesgos del embarazo parto y postparto e importancia y ventajas del parto institucional.

Se reúnen los miembros de la comunidad de San Miguel de Pomachaca el día viernes 27 de Julio en la casa comunal tras la convocatoria realizada por los líderes comunitarios conjuntamente con el personal de la unidad de salud contando con el quórum reglamentario para la reunión.

La reunión da inicio a las 2 de la tarde con el siguiente orden del día:

1. Saludo por parte del presidente de la comunidad
2. Constatación del quórum
3. Saludo por parte de la Directora del Puesto de Salud Dra. Elizabeth Gallardo y autora del proyecto de acción Lcda. Teresa Tayupanda.
4. Capacitación a los integrantes de la comunidad sobre los riesgos del embarazo parto y postparto, recalando la importancia y ventajas del parto institucional
5. Clausura de la reunión por parte del presidente de la comunidad.

En esta reunión se da a conocer la problemática percibida por el personal de salud con referencia a las muertes maternas explicando ampliamente sobre los peligros a los cuales está expuesta la embarazada y la importancia de que acudan a los partos al

Hospital Básico Guamate para que sean atendidas por personal calificado y de esta manera prevenir complicaciones.

Reconociendo la importancia de la conformación de un grupo de madres guías propias de la comunidad que conozcan la realidad con el objetivo de prevenir dichas muertes.

Tras la capacitación existen varias reacciones de las mujeres de la localidad las mismas que manifiestan que toda la vida han tenido a sus hijos en sus casas y que es muy poco probable que acudan al Hospital para el parto ya que han sido maltratadas en el mismo, porque se les ha obligado a bañarse y no les dejan pasar a los familiares para visitarles a cualquier hora.

Entonces se procedió a explicarles sobre la importancia de que la parturienta debe estar siempre acompañada durante el parto de una persona experta en la materia y como opción están las parteras las mismas que están en la capacidad de ayudar en ese momento y están capacitados para detectar cualquier peligro y solicitar inmediatamente ayuda para salvar la vida de la parturienta.

3.3 Capacitación a embarazadas que asisten a controles en el puesto de salud

Se ha realizado 2 capacitaciones sobre los riesgos de muerte materna a las mujeres embarazadas de la comunidad de San Miguel de Pomachaca que han acudido a recibir atención médica en el puesto de salud de Pomachaca, concientizando sobre los riesgos y realizando la entrega de material educativo de los diferentes programas del ministerio de salud de los riesgos de muerte materna a las mismas.

CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN A MUJERES EMBARAZADAS

FECHA	HORA	TEMA	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLE
21/09/12	10 am-12pm	Riesgos de muerte materna	Rotafolios, papeles, proyección con infocus y diálogo directo	Humanos Tecnológicos	Obstetriz del S.C.S de Palmira. Autora del proyecto
15/12/12	10 am-12pm	Riesgos de muerte materna	Rotafolios, papeles, proyección con infocus y diálogo directo	Humanos Tecnológicos	Directora de la Unidad Operativa. Autora del proyecto

**NÓMINA DE MUJERES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD
DE POMACHACA CAPACITADAS**

NOMBRE DE LA EMBARAZADA	EDAD	N° CEDULA	RESIDENCIA
Guaraca Fares María Delfina	24 años	060345320-0	Horaloma
María Melchora Chuquimarca Silva	33 años	060345320-0	Horaloma
Guamán Daquilema María Mercedes	21 años	060345320-0	Yacuñay
Daquilema Daquilema María Hilda	18 años	060345320-0	Capilla
Marcatoma Daquilema María Juana	34 años	060405037-1	Bishud
Daquilema Guashpa María Rosario	20 años	060405037-1	Pucara
Daquilema Daquilema María Fabiana	44 años	060405037-1	Pucara
Buñay Daquilema Martha	30 años	060405037-1	Bishud
Custodia Daquilema Daquilema	32 años	060405037-1	Pucara
Daquilema Pullay María Juana	32 años	060405037-1	Pucara
Daquilema Daquilema María Hilda	18 años	060405037-1	Yacuñay
Daquilema Roldan María Patrona	28 años	060405037-1	Horaloma
Daquilema Daquilema María Juana	30 años	060405037-1	Pucara
María Rosario Daquilema Guashpa	18 años	060405037-1	Capilla
María Sara Lema Daquilema	20 años	060405037-1	Horaloma
Daquilema Daquilema María Pascuala	19 años	060405037-1	Pucara
Roldan Cundo mercedes	39 años	060405037-1	Capilla
Daquilema Robalino Sara Isabel	24 años	060405037-1	Pucara
Marcatoma Roldan María Anita	34 años	060405037-1	Pucara

Fuente: Nómina de capacitaciones a mujeres embarazadas U.O.

3.4 Reunión de trabajo con el personal de salud y directiva de la comunidad para realizar análisis y socialización de resultados del proyecto.

El equipo de salud se reúne con el objeto de analizar los resultados obtenidos del proyecto de acción en el cual se llega a la conclusión de que es un proyecto viable y sostenible ya que los resultados han sido positivos.

Socialización a la comunidad sobre resultados del proyecto obtenido

Se pide la colaboración de la directiva de la comunidad para mediante su convocatoria a asamblea poder dar a conocer los resultados del proyecto de acción a la comunidad. El día sábado 29 de diciembre del 2012 se reúne la comunidad de Pomachaca en la casa comunal en la cual se reúne con el equipo de salud con el siguiente orden del día.

6. Saludo por parte del presidente de la comunidad
7. Constatación del quórum
8. Saludo por parte de la Directora del Puesto de Salud Dra. Elizabeth Gallardo y autora del proyecto de acción Lcda. Teresa Tayupanda.
9. Socialización de resultados obtenidos en el transcurso del desarrollo del proyecto
10. Compromisos por parte de la directiva con el grupo de madres guías.
11. Clausura de la reunión por parte del presidente de la comunidad.

Siendo las 2 de la tarde del día sábado 29 de diciembre da inicio la reunión con los miembros de la comunidad y los responsables del proyecto, iniciando con el saludo de bienvenida a cargo del Sr. Andrés Sisler presidente de la comunidad manifestando la satisfacción de dar a conocer a los comuneros sobre los resultados obtenidos de un trabajo en equipo con el puesto de salud, se constata el quórum reglamentario existiendo la mayoría de comuneros por tal razón se da inicio la reunión y se da a conocer los resultados obtenidos del proyecto de acción en el cual se ha conformado el grupo de madres guías las mismas que están capacitadas y se encuentran trabajando en beneficio de la comunidad con el objetivo de disminuir la muerte materna, se da a conocer el listado de las integrantes del grupo de madres guías que son en número de 10 y las diferentes actividades que se encuentran realizando.

Se confirma el compromiso de los directivos de la comunidad en continuar apoyando el proyecto con el objetivo de disminuir la muerte materna ya que la misma es considerada injusta e inadmisibles por el catastrófico problema que implica para la sociedad.

Siendo las 5 de la tarde se da por clausurada la reunión con el compromiso de apoyo incondicional y se dio a conocer que las reuniones del grupo de madres guías se las realizara el último miércoles de cada mes con el objetivo de identificar cualquier tipo de problema en la comunidad y de reforzar conocimiento con capacitaciones periódicas que las realizará el equipo de salud de la localidad.

ANÁLISIS GENERAL DEL PROYECTO

Este proyecto de acción tiene como fin contribuir a reducir la muerte materna en la comunidad de San Miguel de Pomachaca y su propósito será calidad de los servicios de salud mejorada a través del fortalecimiento de la participación comunitaria, para que apoyen en la detección de riesgos de muerte materna.

Por lo cual el proyecto se ha encaminado a mejorar la calidad de los servicios de salud brindada a las embarazadas a través del fortalecimiento de la participación comunitaria, para que mediante asistencia domiciliaria apoyen en la detección de riesgos de muerte materna, en San Miguel de Pomachaca del Cantón Guamote, para lo cual se ha conformado y capacitado a un grupo de Madres Guías, para que mediante asistencia domiciliaria puedan apoyar al puesto de salud en la detección temprana de riesgos de muerte materna, de la misma manera se ha capacitado a la comunidad y a parteras de la localidad en detección de riesgos en el embarazo, parto y postparto indicando la importancia y ventajas del parto institucional.

Los objetivos planteados se han cumplido logrando mejor la calidad de los servicios brindados a las mujeres embarazadas de la comunidad de San Miguel de Pomachaca e incrementando los partos institucionales ya que de 18 partos que se dieron en la comunidad 10 fueron institucionales y 8 domiciliarios, lo cual disminuye el riesgo de muerte materna en la comunidad.

CONCLUSIONES

- La realización de este proyecto ha sido una buena experiencia, al intervenir en un problema de salud real, para mejorar la calidad de los servicios de salud brindada a las embarazadas a través del fortalecimiento de la participación comunitaria.
- Se ha observado una disminución de los embarazos complicados y por ende muerte materna por la conformación y capacitación a un grupo de Madres Guías y parteras, propias de la comunidad que se encuentran trabajando activamente.
- Se ha analizado 18 partos de mujeres de la comunidad de los cuales 14 fueron atendidos por partes de la localidad sin presentar ningún tipo de complicación lo cual demuestra que las parteras se encuentran capacitadas.
- Se observa buena predisposición de los pobladores para crecer en conocimiento y las ganas de mejorar su calidad de vida y de la sociedad donde viven.

RECOMENDACIONES

- Recomendamos proponer nuevos proyectos de intervención para la salud de la comunidad de San Miguel de Pomachaca.
- Potencializar las capacitaciones en las personas que están motivadas para aprender.
- Incluir políticamente a personas y actores claves de la comunidad en la realización de los proyectos desde el inicio de estos.
- Motivar a la comunidad sobre el manejo de la salud comunitaria mediante la realización de proyectos sostenibles.
- A la directiva de la comunidad de Sam Miguel de Pomachaca que el apoyo sea siempre incondicional hacia el grupo de madres guías para que el proyecto sea sostenible, ya que se trabaja en beneficio de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Alleman,W.(2002). *Hemorrhage as a cause of maternal mortality. ClinObstetGynecol.*(vol. 6:pág41).
- Álvarez, S. (2004).*Temas de medicina General Integral*. Editorial Ciencias Médicas. (Vol. 2:pag.792).
- A la luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala. México.(1993). Fondo de Cultura Económica.
- Botella, Llusia.(2002). *Tratado de Ginecología. Editorial Revolucionaria.*(vol.2:pag.418).
- Berg C, Daniel I, Mora G.(1998). *Guías para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna*. OPS/OMS, CDC. USA.
- Berg C, Danel I, Mora G.(1996). *Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*. Washington D.C.: O.M.S.,O.P de la Salud. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Clínicas Obstétricas Y Ginecológicas. (2003). *Enfermedades quirúrgicas en el embarazo*. (Vol. 4:pag. 36-54).
- Castañeda, Martha.,E,A.(2004).*La Mortalidad Materna. Cuatro visiones críticas*. (pag. 28).México.
- Castro,R.(1994-2001). *Mortalidad materna en el Hospital Nacional Cayetano Heredia ,Estudio caso control Ginecol Obstet* .(pag.55).Peru.
- Cabezas, Cruz E.(2005). *Estrategias para la disminución de la Mortalidad Materna en América Latina*.
- Cabezas, Cruz.(2005). *Estrategias para la disminución de la Mortalidad Materna en América Latina*.
- Departamento de estadística del área de salud N°3 Guamote. (2012).
- Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS. (2004). Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal, Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization. Maternal and newborn health

-
- Faneite,P.,Rojas,I.(2006).*Mortalidad Materna*.Análisis. (vol. 10:pág 26-28).
- Fox, Lp.(2004). *A return to maternal mortality studies: a necessary effort. Am J ObstetGynecol*.(pág 152- 379-86).
- Freyermuth, Enciso.,Graciela,Et. (2004).*Maternidad peligrosa. Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica*. (pag.43). Chiapas: México.
- Faúndez, A. (1992). *Control Prenatal. En: Obstetricia*.(E. Eds.Publicaciones Técnicas Mediterraneo Ltda. Capítulo 12,2, Ed, pág. 156-167).
- Faneite,P.(2007).*Mortalidad materna: evento en desarrollo. Rev ObstetGinecol*.(PAG.1-3).Venezuela.
- Freyermuth, Enciso., Graciela,E.t. (2004).*Maternidad peligrosa. Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica* (pág. 35-41). Altos de Chiapas: México.
- Freyermuth G, Villalobos I, Argüello H, De la Torre C (2006). *Urgencia Obstétrica y saber popular en Tenejapa*.(vol.20:60-8). Chiapas.
- Gabbe, Steven., Jennifer, Niebyl.(2003). *“Obstetricia. Normalidad y Complicaciones en el embarazo”*.(3era ed. Pág. 56-220 Ed). Marbán: Madrid. España.
- González ,M.(2002). *La adolescencia y su repercusión en el bajo peso Jornada Provincial de Ginecología y Obstetricia*
- Herrera, Morre.(2004). *Parto por cesárea primera electiva. Rev ChilObstetGinecol*. (Vol. 68: pág 79-81).
- INEC,(2001-2010). *Proyecciones de población*. Ecuador.
- Jaramillo, E., Kouri, N. Villa, M.(2016). *Mortalidad materna en el Hospital Universitario San Jorge*. (vol.8: pág. 37-56). Boletín Epidemiológico: Pereira
- Ministerio de salud pública de Ecuador.(septiembre 2006). *Manual de estándares, indicadores e instrumentos para la calidad de la atención materna infantil, Dirección Nacional de Normalización* (pag.29). Quito: Ecuador.

- MSP e INEC.(2007). *Indicadores básicos de salud. Sistema Común de Información, Ecuador.*
- Orlando, Rigol.(2004). *Ginecología y Obstetricia MGI.pd .*(vol.3: Pág. 45).
- OPS/OMS.(2006) La Salud Neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio de las naciones unidas.
- Peña, W., Delgado. (Enero-2003). Mortalidad materna en el Hospital de Apoyo Docente de Huacho, *Análisis y Perspectivas XIII Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia* (pág. 23, 24, 25, 26,27).MINSA:Perú.
- Pacheco, J., Huamán, M., Vargas, A. (1967-2000). *Mortalidad materna.*
- QAP/URC.(julio 2004). *Sistema Integrado de cuidado obstétrico esencial. Una estrategia Operativa para reducir la mortalidad materna.* (pg. 53, 54, 55, 56).
- Sotelo,J.(2004).El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: *una perspectiva latinoamericana.*(vol.114.pag 66, 67,70).Bol Sanit:Panama.
- S. Marien y J. (1992)*Dana.Guía de Embarazo.Edición Parmón.* México.

APENDICES
ANEXO 1
REUNIÓN CON LA DIRECTIVA DE LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL DE
POMACHACA 2012



REUNIÓN CON LA DIRECTIVA DE LA COMUNIDAD



ANEXO 2

Pomachaca, 22 de Junio del 2012.

Doctora.

Elizabeth Gallardo Naula.

DIRECTORA DEL PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE POMACHACA

Presente.

De mi consideración.

Deseándole éxito en las funciones a usted encomendadas el motivo de la presente es con la finalidad de solicitarle la autorización para desarrollar el proyecto de tesis y el desarrollo de la misma en el Puesto de Salud de San Miguel de Pomachaca con el siguiente tema **"FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PUESTO DE SALUD DE SAN MIGUEL DE POMACHACA DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO 2012"**.

Por la favorable atención que de a mi petición anticipo mi más sincero agradecimiento.

ATENTAMENTE



Lcda. Teresa Tayupanda LI.

Recibido
22-06-2012
Elizabeth Gallardo
MEDICO GENERAL
000389377
CEL: 087568453

ANEXO 3



Ministerio
de Salud Pública

PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE POMACHACA

Pomachaca, 25 de Junio del 2012.

Lcda. Teresa Tayupanda LI.

Presente.

De mi consideración.

Reciba un cordial saludo y deseándole éxito en las funciones a usted encomendadas el presente tiene el objetivo de informarle con respecto al oficio S/N de fecha 22 de junio del presente, en el cual solicita autorización para el desarrollo y ejecución del proyecto de tesis en el puesto de salud San Miguel de Pomachaca el cual yo dirijo con el tema de **"FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PUESTO DE SALUD DE SAN MIGUEL DE POMACHACA DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO 2012"** es autorizado y puede empezar a trabajar sin ningún inconveniente.

Es todo cuanto puedo informar para los fines pertinentes.

ATENTAMENTE.

Elizabeth Gallardo
MEDICO GENERAL
060389377-7
CEL. 0879000000

MD. Elizabeth Gallardo N.

060389377-7

DIRECTORA PS.POMACHACA

ANEXO 4

ACTA DE ELECCIÓN DE MADRES GUIAS 2012

Pomachaca 06 de Agosto del 2012

En el puesto de salud de San Miguel de Pomachaca el día Lunes 06 de Agosto, se reúnen las Madres Guías con el equipo de salud con la finalidad de elegir la nueva directiva del presente año, con el siguiente orden del día:

1. Saludo de bienvenida a cargo de la Dra. Elizabeth Gallardo Directora del puesto de salud
2. Presentación del equipo de salud que está trabajando en la unidad
3. Constatación del corum
4. Elección de la nueva directiva a cargo del Sr. Octavio Marcatoma auxiliar de la unidad
5. Clausura a cargo de la Licenciada Teresa Tayupanda enfermera de la unidad



Dra. Elizabeth Gallardo
Directora de la Unidad

Lcda. Teresa Tayupanda
Enfermera de la Unidad

Sr. Octavio Marcatoma
Auxiliar de la Unidad

ANEXO 5

COMUNIDAD SAN MIGUEL DE POMACHACA

Según el acuerdo ministerial N° 353 del 13 de Julio de 1940, inscrita en el Registro de Comunas con el N° de orden 74, obtuvo personería jurídica, domiciliado en la parroquia Palmira Cantón Guamote, Provincia de Chimborazo

ACTA DE LAS MADRES GUÍAS

Pomachaca 06 de Agosto del 2012

En el puesto de salud de San Miguel de Pomachaca el día Lunes 06 de Agosto, se reúnen las Madres Guías con el equipo de salud con la finalidad de elegir la nueva directiva del presente año, con el siguiente orden del día:

1. Saludo de bienvenida a cargo de la Dra. Elizabeth Gallardo Directora del puesto de salud
2. Presentación del equipo de salud que está trabajando en la unidad
3. Constatación del corum
4. Elección de la nueva directiva a cargo del Sr. Octavio Marcatoma auxiliar de la unidad
5. Clausura a cargo de la Licenciada Teresa Tayupanda enfermera de la unidad

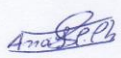
La Doctora Elizabeth Gallardo se dirige a las Madres Guías saludando y agradeciendo por la presencia.

La Licenciada Teresa Tayupanda se dirige a las Madres saludando y dando a conocer que el equipo de salud está completo y predispuesto a trabajar en beneficio de la comunidad, pidiendo la colaboración de las mismas.

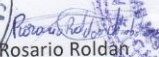
Se constata el corum asistiendo 10 madres guías junto con el Presidente de la Comunidad y se procede a la elección de las representantes de cada sector a cargo del Sr. Octavio Marcatoma y de don Andrés Cislema presidente de la comunidad.

Las Madres Guías se comprometen a asistir a las capacitaciones y reuniones que se den en este año, a la vez hacen un acuerdo con Don Andrés Cislema para que el día que les toque minga de la comunidad o sesión de la escuela justo el día de capacitación de Madres Guías, no asistan a la misma dado que acudirán a las capacitaciones y se tomara como día de trabajo.

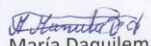
Para constancia firma las representantes de cada sector de la comunidad Pomachaca

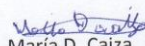

Anita Coro
Sector Horaloma

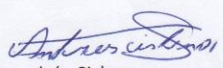


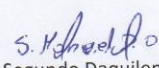

Rosario Roldan
Sector Pucara




María Daquilema
Sector Yacuñay


María D. Caiza
Sector Capilla


Andrés Cislema
Presidente de la Comunidad


Segundo Daquilema
Secretario

Avda. Simón Bolívar S/N - Teléfono: 032916-198 Ext:105 Fax: 032916064
Email: area3guamote@gmail.com

ANEXO 6



Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Chimborazo

PUESTO DE SALUD DE POMACHACA

AREA DE SALUD NO. 3 GUAMOTE

ACTA DE ELECCIÓN DE MADRES GUIAS 2012

Pomachaca 06 de Agosto del 2012

En el puesto de salud de San Miguel de Pomachaca el día Lunes 06 de Agosto, se reúnen las Madres Guías con el equipo de salud con la finalidad de elegir la nueva directiva del presente año, con el siguiente orden del día:

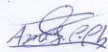
1. Saludo de bienvenida a cargo de la Dra. Elizabeth Gallardo Directora del puesto de salud
2. Presentación del equipo de salud que está trabajando en la unidad
3. Constatación del corum
4. Elección de la nueva directiva a cargo del Sr. Octavio Marcatoma auxiliar de la unidad
5. Clausura a cargo de la Licenciada Teresa Tayupanda enfermera de la unidad

La Doctora Elizabeth Gallardo se dirige a las Madres Guías saludando y agradeciendo por la presencia.

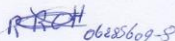
La Licenciada Teresa Tayupanda se dirige a las Madres saludando y dando a conocer que el equipo de salud está completo y predispuesto a trabajar en beneficio de la comunidad, pidiendo la colaboración de las mismas.

Se constata el corum asistiendo 10 madres guías junto con el Presidente de la Comunidad y se procede a la elección de las representantes de cada sector a cargo del Sr. Octavio Marcatoma y de don Andrés Sislema presidente de la comunidad.

Para constancia firma las representantes de cada sector de la comunidad Pomachaca



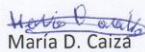
Anita Coro
Sector Horaloma

 0648609-5

Rosario Roldan
Sector Pucara



María Daquilema
Sector Yacuñay



María D. Caiza
Sector Capilla



Avda. Simón Bolívar S/N - Teléfono: 032916-198 Ext:105 Fax: 032916064
Email: area3guamote@gmail.com

ANEXO 7

GRUPO DE MADRES GUÍAS DE LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL DE POMACHACA



ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN A LA COMUNIDAD Y GRUPO DE MADRES GUÍAS DE LA COMUNIDAD SAN MIGUEL DE POMACHACA 2012



ANEXO 8

PREPARACIÓN DE ALIMENTOS NUTRITIVOS CON EL GRUPO DE MADRES GUÍAS QUE LA EMBARAZADA DEBE CONSUMIR



REUNION DE TRABAJO CON LA DIRECTIVA DE LA COMUNIDAD



ANEXO 9



Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Chimborazo

PUESTO DE SALUD DE POMACHACA

AREA DE SALUD NO. 3 GUAMOTE



ASISTENCIA MADRES GUIAS

#	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	FIRMA
1	Fanny Cepeda	060365290-0	<i>[Signature]</i>
2	Daqui leiza Rosario	060180614-7	<i>[Signature]</i>
3	M. Marula D. V.	060348740-6	<i>[Signature]</i>
4	M. Juana R. D.	060265374-44	<i>[Signature]</i>
5	Rosario Belén Chiribolera	060885609-8	<i>[Signature]</i>
6	Maria Cristina V. M.	060365207-4	<i>[Signature]</i>
7	Maria Rosario Morcoteoma L.	060355364-5	<i>[Signature]</i>
8	Maria Tarcila D.	060283876-5	<i>[Signature]</i>
9	Caira Chacabarro Domínguez	060163235-9	<i>[Signature]</i>
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Avda. Simón Bolívar S/N - Teléfono: 032916-198 Ext:105 Fax: 032916064
Email: area3guamote@gmail.com

ANEXO 10



Ministerio de Salud Pública
AREA DE SALU N° 3 GUAMOTE



POMACHACA

Asistencia a capacitación sobre riesgos de muerte materna en el puesto de salud San Miguel de Pomachaca, dirigido al grupo de madres guías de la comunidad.

Objetivo: Reducir la muerte materna en la Comunidad de San Miguel de Pomachaca.
Fecha: Lunes 10 de Septiembre 2012.

NOMBRES	N.- DE CEDULA	FIRMAS
Rosario Pabellos Chimbela	060285609-8	Rosario Pabellos
Maria Cristina V. M	060365207-4	Maria Cristina V. M
Ana Lucia Coro	060364404-1	Ana Lucia Coro
Mario D. Acuña		Mario D. Acuña
M. Rosario OS	060780014-7	M. Rosario OS
M. Mariana D. V.	060348410-6	M. Mariana D. V.
Mario Roxario Marcotamal.	060355364-5	Mario Roxario Marcotamal.
M. Juana Revilla D.	060365274-4	M. Juana Revilla D.
Mario Martha Ingulera		Mario Martha Ingulera

RESPONSABLE: Lic. Teresa Tayupanda.

Justificado
10-09-2012
[Signature]

ANEXO 11



Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Chimborazo

PUESTO DE SALUD DE POMACHACA

AREA DE SALUD NO. 3 GUAMOTE



ASISTENCIA MADRES GUIAS

REUNIÓN PARA COORDINACIÓN DE LA FERIA DE SALUD AGOSTO 2012 Y ELABORACIÓN DEL FORZAN.

#	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	FIRMA
1	Rosario Beldón Chimbolema	060285609-9	R. Beldón
2	Rosario Dagoberto Sifuentes	060180014-4	R. Sifuentes
3	H. Manuela D. V.	060348740-6	H. Manuela D. V.
4	Ana Lucia Corvo	060364200-1	A. Corvo
5	María D. Aulgo	060760359	M. Aulgo
6	María Cristina V. A.	060365207-4	M. Cristina V. A.
7	Rosario Dagoberto	060283876-5	R. Dagoberto
8	M. Rosario Mancatemal	060355360-5	M. Mancatemal
9	H. Susana Riquelme D.	060365274-4	H. Riquelme
10	María Manuela Dagoberto	060365313-0	M. Dagoberto
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

POMACHACA 06 DE AGOSTO DEL 2012

Avda. Simón Bolívar S/N - Teléfono: 032916-198 Ext:105 Fax: 032916064
Email: area3guamote@gmail.com

ANEXO 12

ÁREA 3 GUAMOTE

TEMA: Riesgos en el Embarazo
 RESPONSABLE: Lc. Teresa Tayupanda
 FECHA: 15-12-2012

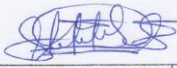
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	C.I	FIRMA
1	Lima Dagoberto María Juan	060374111-2	<i>[Firma]</i>
2	María Melchora López Marín	060286437-7	<i>[Firma]</i>
3	María Juan Mariatoma G.	060380095-5	<i>[Firma]</i>
4	Martha Búnay Dagoberto	060349689-11	<i>[Firma]</i>
5	María Rosa Pellay Dagoberto	060364804-7	<i>[Firma]</i>
6	María Mariela Dagoberto Chín	060505895-7	<i>[Firma]</i>
7	Petrona Dagoberto Kaldor	060364898-7	<i>[Firma]</i>
8	María Mariela Dagoberto Silem	060357504-0	<i>[Firma]</i>
9	María Semona Dagoberto Silem	060467617-1	<i>[Firma]</i>
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

TOTAL:

ANEXO 13

AREA DE SALUD N° 3 GUAMOTE
PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE POMACHACA
NOMINA DE PARTERAS QUE ASISTEN A CAPACITACION SOBRE RIESGOS EN EL
EMBARAZO PARTO Y POSTPARTO

FECHA: 15-09-2012

RESPONSABLE: Lic. Teresa Tayupanda. 

NOMBRE	FIRMA	SECTOR
Rosario Daguilena		Capilla
Angel Maria Dagulema		Ualoma
Mercedes Dagulema Dagulema		Yacunay
Agueda Dagulema Dagulema		

ANEXO 14

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ÁREA DE SALUD 3 GUAMOTE
PUESTO DE SALUD DE SAN MIGUEL DE POMACHACA**



Fuente: Rota folio ¡CUIDATE! una guía de salud y bienestar.

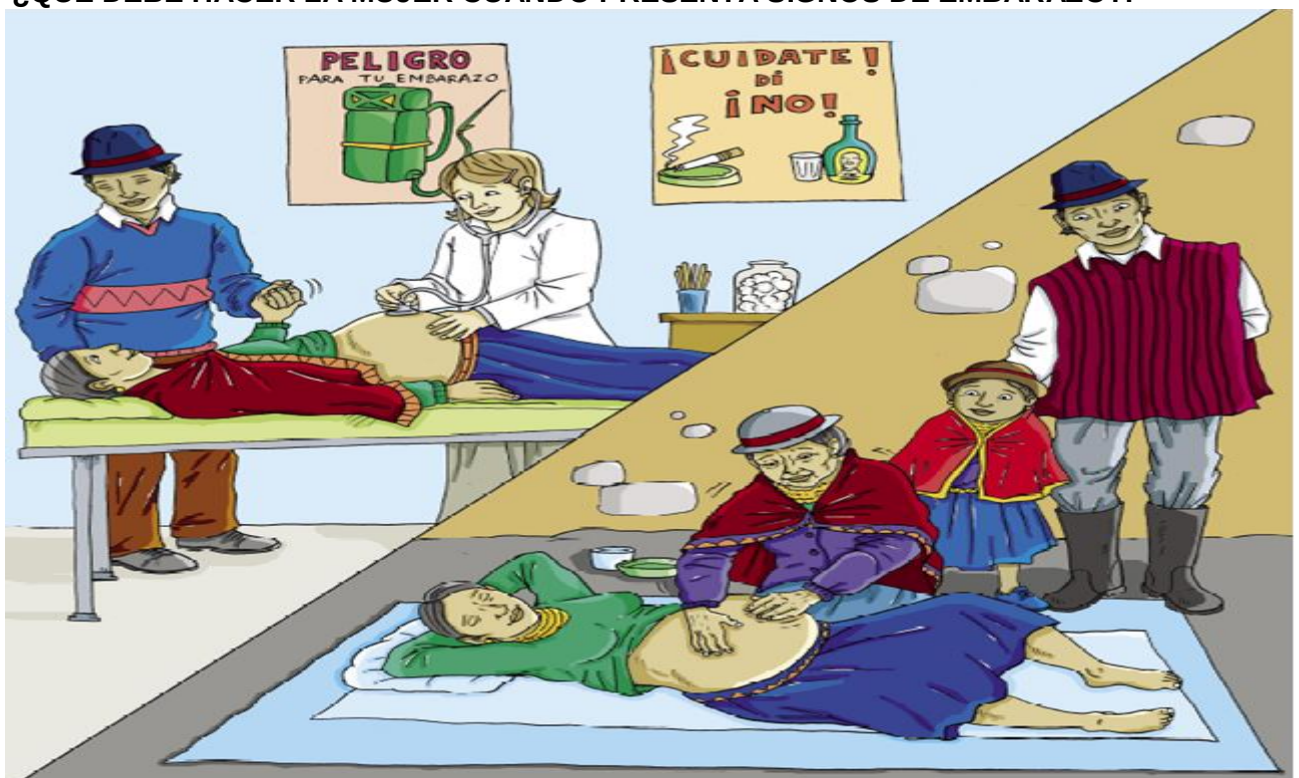
**CUADERNILLO DE EDUCACIÓN SOBRE RIESGOS DE MUERTE MATERNA
2012**

**PLANIFICAR EL FUTURO DE LA FAMILIA Y LA DISTRIBUCIÓN DE LA
ECONOMÍA DEL HOGAR**



Fuente: Rota folio ¡CUIDATE! una guía de salud y bienestar.

¿QUE DEBE HACER LA MUJER CUANDO PRESENTA SIGNOS DE EMBARAZO?.



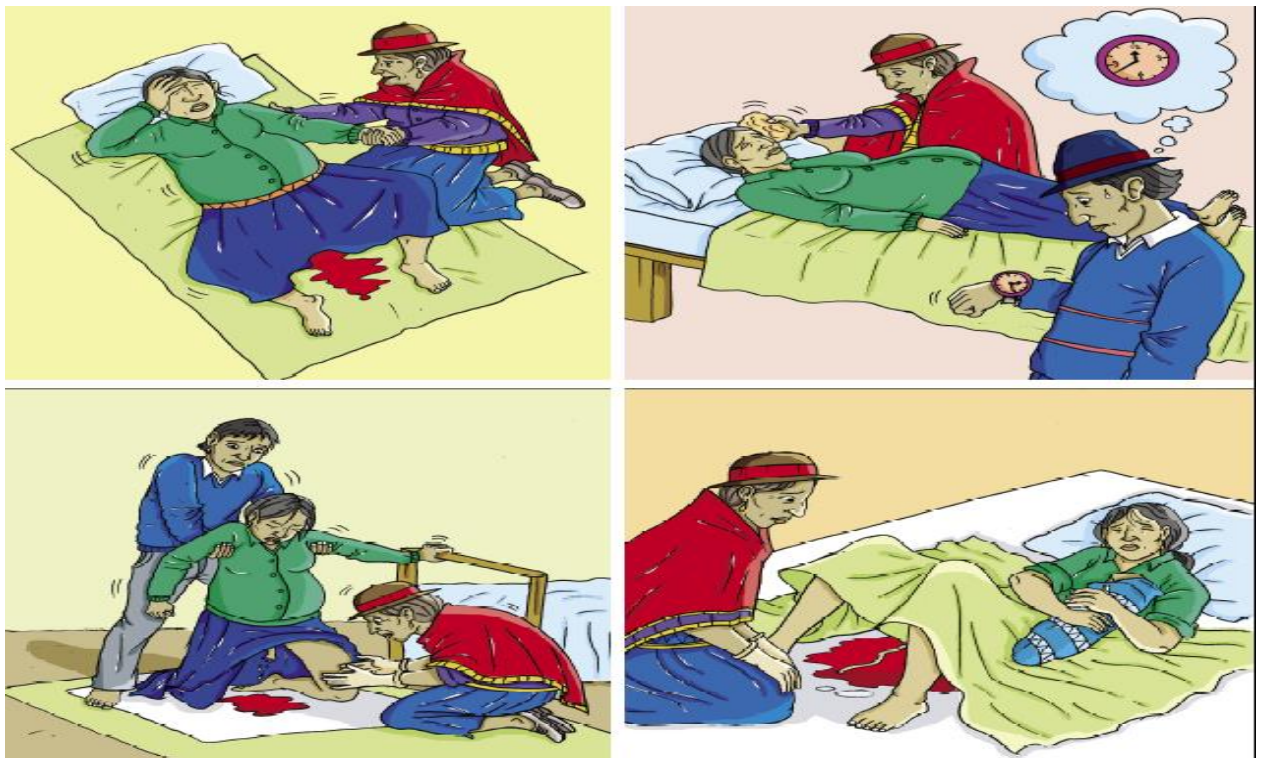
Fuente: Rota folio ¡CUIDATE! una guía de salud y bienestar.

ALISTAR TODO PARA EL MOMENTO DEL PARTO PARA EVITAR DEMORAS



Fuente: Rota folio ¡CUIDATE! una guía de salud y bienestar.

SIGNOS DE PELIGRO DE LA MUJER EMBARAZADA QUE REQUIERE DE AYUDA INMEDIATA



Fuente: Rota folio ¡CUIDATE! una guía de salud y bienestar

SIGNOS DE PELIGRO



Fuente: Rota folio ¡CUIDATE! una guía de salud y bienestar.

EL PARTO DEBE SER ATENDIDO POR PERSONAS CAPACITADAS PARA PREVENIR COMPLICACIONES



Fuente: Rota folio ¡CUIDATE! una guía de salud y bienestar

RECONOCER CON RÁPIDEZ LOS PELIGROS DEL EMBARAZO



Fuente: Rota folio ¡CUIDATE! una guía de salud y bienestar.

TENER CUIDADO ESPECIAL EN EL POSTPARTO YA QUE ES UN PERÍODO PELIGROSO PARA LA MADRE Y EL NIÑO



Fuente: Rota folio ¡CUIDATE! una guía de salud y bienestar.

ACUDIR PERIÓDICAMENTE A LOS CONTROLES MÉDICOS AL PUESTO DE SALUD



Fuente: Rota folio ¡CUIDATE! una guía de salud y bienestar.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Rota folio ¡CUIDATE! una guía de salud y bienestar.

Por favor cuida tu vida y la de tu familia

ANEXO 15

CAPACITACIÓN A LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL DE POMACHACA SOBRE RIESGOS DE MUERTE MATERNA



ANEXO 16



Ministerio de Salud Pública
AREA DE SALU N° 3 GUAMOTE

POMACHACA

TEMA: SOSIALIZACION SOBRE TEMAS DE RIESGO EN SALUD.

Fecha: 23 de Noviembre del 2012.

Responsable: Personal Unidad Operativa.

NOMBRES	N.- DE CEDULA	FIRMAS
Juan Daguilera	060204462-0	Juan D. B.
Nelson Daguilera	060365252-2	Nelson
Manuel Daguilera D	060283896-3	Manuel
Julia Vasaca D		Julia Vasaca D
MANUEL VASACA D	060263804-1	Manuel Vasaca D
S. HINRIO DAQUILENA D.	060283902-9	S. Hinrio
Modesto Daguilera D.	060092713-1	Modesto Daguilera
Guillermo D. Jari Cordero	060206290-3	Guillermo D. Jari Cordero
Juan Macatana	060111564-8	Juan Macatana
Pedro Buelaca		
Alto Daguilera	060141647-1	Alto Daguilera
Miguel Mangui D	060156362-0	Miguel Mangui D
Segundo Jose Guzman Daguilera	06026326-1	Segundo Jose Guzman Daguilera
Andres Vasaca	060009607-1	Andres
Julian Daguilera	060790238-0	Julian
M. Hil da Simon Guzman	060241139-9	M. Hil da Simon Guzman
M. Dominga Cuija P.	060163235-9	M. Dominga Cuija P.
M. Victorio Daguilera		M. Victorio Daguilera

ANEXO 17



Ministerio de Salud Pública
AREA DE SALU N° 3 GUAMOTE

POMACHACA

Fecha: 23 de Noviembre del 2012.

Responsable: Personal Unidad Operativa.

NOMBRES	N.- DE CEDULA	FIRMAS
Martín Daquima Guamán		<i>Martín Daquima</i>
Maria Daquima Daquima		<i>Maria Daquima</i>
Juan Mangai Guamán	060243286-7	<i>Juan Mangai</i>
Purificación Daquima Daquima	060544157-4	<i>Purificación Daquima</i>
Maria Petrona Daquima D	060506974-5	<i>Maria Petrona</i>
M. Mercedes Saelima V	060365789-4	<i>M. Mercedes Saelima</i>
M. Dolores Saelima V	060274077-7	<i>M. Dolores Saelima</i>
Rosario Roldán Ch	060255609-8	<i>R. Roldán</i>
Rosario Daquima S	060140084-7	<i>M. Rosario</i>
Maria Dolores Garcia D	060	<i>M. Dolores Garcia</i>
Maria Concepcion Daquima D	060283873-2	<i>M. Concepcion Daquima</i>
Ana Lucia Cruz	060364104-7	<i>A. Lucia Cruz</i>
Martha Beatriz Daquima	060530457-5	<i>Martha Beatriz</i>
Maria Alfara D	060222773-7	<i>Maria Alfara</i>
Maria Martha	060185298-7	<i>Maria Martha</i>
Maria Rosa Daquima D	060365293-4	<i>Maria Rosa</i>
M. Amparo D	060287237-6	<i>M. Amparo</i>
Rosario Daquima	060227398-0	<i>Rosario Daquima</i>

ANEXO 18



Ministerio de Salud Pública
AREA DE SALU N° 3 GUAMOTE

POMACHACA

TEMA: SOSIALIZACION SOBRE TEMAS DE RIESGO EN SALUD.

Fecha: 23 de Noviembre del 2012.

Responsable: Personal Unidad Operativa.

NOMBRES	N.- DE CEDULA	FIRMAS
Maria Luciana Daquibana	060283872-4	ML
Maria Daquibana Leona		Maria Daquibana Leona
Maria Manuela Choro Guayo	071708327-1	Maria Manuela Choro Guayo
Maria Emma Daquibana	060365245-4	ME
Maria Santos Daquibana		MS
Antonio Daquibana Daquibana		Antonio Daquibana
Maria Romero Siskuna		Maria Romero Siskuna
Delicia Guzman Daquibana		Delicia Guzman Daquibana
Juan Daquibana Guillen		J. Guillen
Jose Daquibana Daquibana		Jose Daquibana
Maria Daquibana		Maria Daquibana
Carlos D G	060296374-4	Carlos D G
Vicente Yambay	06017387434	Vicente Yambay
Manuel Yambay	0601697112-5	Manuel Yambay
Maria Magdalena	0607359229	Maria Magdalena
Maria Mercedes	060365179-1	Maria Mercedes
Maria Dolores Daquibana	060326556-2	Maria Dolores Daquibana
Maria Eugenia Daquibana	06036509-3	Maria Eugenia Daquibana