



PANAMA
MINISTERIO DE SALUD

**Lineamientos Operativos del Plan de Parto para las
Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas**

Versión Final, Diciembre 2014

Personas del MINSA que Colaboraron en la Elaboración y Validación del Documento

Dirección General de Salud

Dr. Max Ramírez

Dr. Raúl Bravo

Dr. Jorge Jesús Rodríguez Sotomayor

Lic. Maritza Nieto de De Gracia

Dra. Egypcia Lezcano

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Dra. María Victoria de Crespo

Dra. Mitzi Ureña

Dr. Jairo Osorio

Dra. Bexellis Rodríguez

Dirección de Asuntos Indígenas

Dra. Luz Mery Lasso

Dirección de Promoción de Servicios

Lic. Ida Rosa Castillo

Dirección de Planificación de Salud

Dra. Fanía Rivas de Roach

Ing. Atala S. Milord

Dirección Regional de Salud - Guna Yala

Dr. Luis de Urriola

Dr. Jorge Gómez

Dra. Maydel Martínez

Lic. Jazmín Downs

Dirección Regional de Salud – Ngäbe-Buglé

Dra. Yaisset Joseph

Dra. Marllene Sanmartín

Dirección Regional de Salud – Darién (Emberá Wounaan)

Dr. Víctor Saldaña

Dra. Marisol Niluz Curundama

Índice

Personas del MINSA que Colaboraron en la Elaboración y Validación del Documento	2
Índice	3
Siglas	5
Glosario	6
I. Presentación	9
II. Definición y objetivos	10
III. Marco Jurídico y Normativo	11
A. Fundamento Jurídico	11
B. Ámbito de Aplicación	13
C. Uso y Modificaciones	13
IV. Marco Conceptual y Programático	14
A. Salud Materna Infantil en la Región y Panamá	14
B. El Plan de Parto y el Modelo de las Cuatro Demoras	17
C. El Plan de Parto y la Estrategia CONE.	18
D. Estrategia de Extensión de Coberturas en Salud en Panamá	20
V. Descripción del Plan de Parto	21
A. Principios Básicos del Plan de Parto	21
B. Alcance y Momentos de Implementación del Plan de Parto	21
C. Resultados Esperados	26
D. Población Beneficiaria	26
VI. Esquema Organizacional	28
A. Actores de la Oferta de Servicios	28
B. Actores de la Demanda de Servicios	35
VII. Operatividad del Plan de Parto	42
Etapa 1: Preparación para la Implementación del Plan de Parto	42
Etapa 2: Presentación a las Autoridades Comarcales y Conformación de Comités Comunitarios de Plan de Parto	46
Etapa 3: Conformación de los CCPPT, Firma del Acta de Convenio, Capacitación de los Comités	48
Etapa 4: Implementación del Plan de Parto en los Servicios (Recurrente)	53
Etapa 5: Implementación del Plan de Parto en la Comunidad (Recurrente)	54
Etapa 6: Supervisión y Monitoreo de las Operaciones de Plan de Parto (Recurrente)	56

Etapa 7: Evaluación y Reporte de los Resultados del Plan de Parto (Recurrente)	58
VIII. Sistema de Información	61
A. Ficha “Mi Plan de Parto”, Formularios y Reportes	61
B. Flujo de información	63
IX. Monitoreo y Supervisión	66
A. Registro y reporte mensual de actividades	66
X. Evaluación	68
XI. Financiamiento y Auditoría	70
A. Financiamiento para el Plan de Parto	70
XII. Referencias Bibliográficas	71
XII. Anexos: Materiales e Instrumentos	72
Anexo 01. Acta de Convenio de Plan de Parto	73
Anexo 02: Plan Comunitario de Traslado de Mujeres Embarazadas y Recién Nacidos	75
Anexo 03: Instructivo Plan Comunitario de Traslado de las Mujeres Embarazadas y Recién Nacidos	78
Anexo 04: Estrategia de Cambio de Comportamiento para el Plan de Parto	80
Anexo 05: Afiche Comunitario de Plan de Parto	83
Anexo 06: Instructivo para el llenado del Afiche Comunitario de Plan de Parto	87
Anexo 07: Ficha “Mi Plan de Parto”	88
Anexo 08: Instructivo para el llenado de la Ficha “Mi Plan de Parto”	91
Anexo 10: Instructivo para el Llenado del Registro Comunitario de Plan de Parto	97
Anexo 11: Resumen Mensual de Plan de Parto	98
Anexo 12: Instructivo para el llenado del Resumen Mensual de Plan de Parto	99
Anexo 13: Resumen Cronológico de Plan de Parto	100
Anexo 14: Instructivo para el Llenado del Formulario	102
Anexo 15: Lista de Verificación para el Llenado de la Ficha de Plan de Parto	104
Anexo 16: Guía para la Visita de Acompañamiento	106
Anexo 17: Marco de Indicadores de Evaluación	110

Siglas

AIN-C	Atención Integral a la Niñez en la Comunidad
AM	Albergue Materno
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAM	Casa de Acudientes para Maternidad
CCPPT	Comité Comunitario de Plan de Parto y traslado
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CPN	Control Pre Natal
DASI	Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas
DIGESA	Dirección General de Salud
DIPLAN	Dirección de Planificación de Salud
DIPROM	Dirección de Promoción de la Salud
DPSS	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
DRSS	Dirección Regional de Servicios de Salud
EBS	Equipo Básico de Salud
ECS	Equipo Comunitario de Salud
EEC	Estrategia de Extensión de Cobertura (de Servicios Básicos de Salud y Nutrición)
EFC	Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura (de Atención Primaria en Salud)
EGS	Equipo de Gestión en Salud
FC	Fondo Comunitario
HCP	Historia Clínica Perinatal
JAAR	Junta de Acueductos y Alcantarillados Rural
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MELA	Método de Lactancia Materna y Amenorrea
MINSA	Ministerio de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAISS+N	Provisión del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud Fortalecido con AIN-C
PF	Planificación Familiar
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UBA	Unidad Básica de Atención
UGSAF	Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera

1. **Afiche Comunitario de Plan de Parto.** Material impreso que registra de manera visible información sobre las señales de peligro del embarazo, parto y puerperio, así como los medios de transporte y el convenio entre la comunidad y las instalaciones de salud, sirviendo de esta forma de recordatorio de toda esta información.
2. **Albergue Materno (AM).** Hospedaje para la mujer embarazada y su acompañante cerca de una instalación de salud con capacidad de atención de parto, idealmente con CONE completo o en su defecto CONE Básico con capacidad de comunicación y traslado. Ambos pueden quedarse en el albergue hasta por dos semanas antes del parto, reduciendo así la demora en su atención y después del parto la mujer puede quedarse en el albergue el tiempo considerado necesario por el personal médico de la instalación de salud adjunta.
3. **Casa de Acudientes para Maternidad (CAM).** Es también un hospedaje para la mujer embarazada y su acompañante o madres que necesitan lugares donde quedarse, cumpliendo funciones similares al Albergue Materno. Son propios de Guna Yala y son ofrecidos por las familias de esta comarca. Las CAM están organizadas por grupos de mujeres. Su origen se ubica en la tradición local de ofrecer albergue a personas que necesitan permanecer en una isla por la noche para acudir al Congreso Local.
4. **Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado (CCPPT).** Conjunto de personas de la comunidad que estarán a cargo de apoyar la implementación y asegurar el funcionamiento del Plan de Parto. Dentro de sus responsabilidades está la organización del equipo de traslado, recepción y ejecución de los fondos, realizar actividades de promoción y prevención relacionadas al Plan de Parto. Estas personas son nombrados por las Autoridades Locales de las comunidades y podrían ser del mismo Comité de Salud si está funcionando bien y así lo desea la comunidad.
5. **Comunidad Céntrica:** Es la comunidad geográficamente accesible desde la cual el EBS atiende a la población beneficiaria de la misma comunidad y de otras comunidades aledañas con comunicación natural territorial, que en conjunto no superen más de 600 personas.
6. **Comunidad Periférica.:** Aquella Comunidad geográficamente aislada con comunicación natural territorial a una comunidad céntrica en la cual se ejecuta el proceso de atención de los beneficiarios de las estrategias.
7. **CONE.** La estrategia de “Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales”, es una estrategia operativa, que ha demostrado su efectividad para reducir la mortalidad materna y de los recién nacidos. El CONE integra una red de servicios de salud con capacidad para la atención de las mujeres en estado grávido o puerperal y de los recién nacidos, se articula por medio de un sistema de referencia y respuesta, que empieza desde la comunidad y está inmersa en el sistema de conducción y gestión local en salud, aumentando con ello la disponibilidad y el acceso a servicios y cuidados obstétricos y neonatales, especialmente para la población de las comarcas indígenas y de las áreas rurales dispersas. (MINSA, 2014)
8. **CONE Ambulatorio.** Es una modalidad de la estrategia CONE que se ofrece tanto en la

comunidad como en las instalaciones de salud, con fines de promoción, prevención y atención de la salud. Busca que las personas, la familia, la comunidad así como las instancias institucionales participen en la prevención de la salud de la mujer embarazada desde la etapa pre-concepcional hasta el recién nacido. El CONE Ambulatorio incluye el Plan de Parto, la Estrategia de Cambio de Comportamiento, los Albergues Maternos, el Trabajo con Actores Claves de la Comunidad y las Giras Itinerantes. En las instalaciones de salud y las Giras Itinerantes incluye una cartera de prestación de servicios que incluye la anticoncepción, el control prenatal y post-parto, entre otros servicios de la atención primaria en salud.

9. **CONE Básico.** El CONE Básico incluye además de todos los componentes del CONE Ambulatorio otros que son: la atención al parto no-complicado por personal calificado las 24 horas, los 7 días de la semana; referencia y traslado al CONE Completo (ver definición abajo); atención inicial de las complicaciones del embarazo, parto y del recién nacido; y cuidados obstétricos claves para la reducción de la mortalidad materna que incluye: aplicación inicial y delimitada de antibióticos y anticonvulsivantes parenterales (sulfato de Mg), extracción manual de placenta, extracción de restos retenidos (AMEU/LUI) y reanimación neonatal inicial.
10. **CONE Completo.** Son instalaciones de salud donde además de realizar las funciones de los CONE Básicos se brinda resolución de complicaciones que requieren cirugía obstétrica y cuentan con disponibilidad de sangre segura. Se dividen entre los que disponen de Cuidados intensivos y los que no cuentan con cuidados intensivos.
11. **Diálogo Intercultural:** Proceso social que comprende un espacio de encuentro para el intercambio o interacción abierta y respetuosa entre personas, grupos y organizaciones con diferentes orígenes culturales o visiones del mundo. Entre sus objetivos se encuentran: desarrollar una comprensión más profunda de las diversas perspectivas y prácticas; aumentar la participación y la libertad y la capacidad de tomar decisiones; fomentar la igualdad; y mejorar los procesos creativos.
12. **Equipo Básico de Salud (EBS).** Recurso humano nuclear a tiempo completo y dedicación exclusiva que el MINSA destina para la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP). Está formado por un mínimo de cinco miembros: médico general, enfermera, auxiliar o técnica en enfermería, técnico en ciencias de la salud (salud ambiental, educación para la salud) y chofer. Los EBS pueden ser institucionales o extra-institucionales; es decir contratados directamente por el MINSA o a través de Organizaciones Extra-institucionales, respectivamente. Los EBS están adscritos a las Unidades Básicas de Atención (UBAs) que pueden ser de la Red Itinerante o de la Red Fija.
13. **Equipo Comunitario de Salud (ECS).** Son miembros de la comunidad capacitados por el MINSA para que apoyen en la provisión de la CPP y brinden seguimiento a las intervenciones en salud realizadas en la comunidad. Está integrado por promotores de salud, parteras comunitarias, monitoras, auditores sociales y otros actores como líderes de los Comités de Salud y líderes de Juntas de Acueductos y Alcantarillados Rurales (JAARs).
14. **Equipo de Gestión en Salud (EGS).** Unidad de apoyo para la gestión, monitoreo y evaluación de la Cartera de Prestaciones Priorizadas de las UBAs, conformado por un Coordinador de Proyecto, un Coordinador de Salud, un Experto en Registros y Estadísticas de Salud y un Captador de datos.

- 15. Ficha de Plan de Parto “Mi Plan de Parto”.** Es el documento para la mujer embarazada y por extensión su familia en la cual se registra lo acordado o comprometido (programado) en cuanto a acompañantes, transporte y otros factores que permitan un parto institucional. Este material también sirve de recordatorio de las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio.
- 16. Fondo comunitario (FC).** Es un subsidio en calidad de anticipo de fondos, administrado por organizaciones comunitarias o equivalentes en base a las definiciones establecidas en los planes de parto. Estos fondos se destinan exclusivamente para el transporte de la embarazada a los albergues maternos o a las instalaciones de la Red Fija aptas para la atención de parto y para el traslado de la embarazada, puérpera y/o neonato en casos de emergencia. El reporte del uso de este fondo comunitario lo hará el Equipo Comunitario a las UBA de la Red Fija con documentos probatorios originales y reportes del uso del fondo.
- 17. Plan Comunitario de Traslado de la Mujer Embarazada y de Recién Nacidos.** Este documento realizado por el personal de salud en colaboración con el CCPPT, detalla información sobre las instalaciones de salud a las cuales se trasladarán las mujeres y/o recién nacido y el medio de transporte a utilizar, para los controles pre natales, partos, controles post-parto y posibles emergencias obstétricas y neo-natales.
- 18. Unidad Básica de Atención (UBA):** La UBA abarca los distintos tipos de proveedores de servicios de la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura que el MINSA conforma para la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP). Una UBA puede estar constituida por: Equipos Itinerantes (institucionales o extra-institucionales); instalaciones de salud fijas (centros de salud, sub-centros de salud y puestos de salud); o una combinación de las dos (2) anteriores. El recurso humano de una UBA está conformado por el Equipo de Gestión, el Equipo Básico de Salud y el Equipo Comunitario que trabajan coordinadamente para el logro de los objetivos y alcance de las metas.

I. Presentación

El documento actual presenta los lineamientos y consideraciones para el desarrollo del Plan de Parto como una de las sub-estrategias básicas de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales del país (CONE). Este documento incluye el marco jurídico, el marco conceptual, los objetivos de la intervención y los pasos a seguir para implementar e institucionalizar el Plan de Parto en el contexto de la Estrategia de Fortalecimiento de los Servicios de Salud. El documento está dirigido al personal de salud, tanto del nivel nacional como regional y local y define las funciones que deben desempeñar y las actividades correspondientes para cada nivel. Los últimos capítulos desarrollan el sistema de información, monitoreo y evaluación que permitan a las autoridades correspondientes medir el nivel de eficiencia y efectividad del Plan de Parto en la reducción de las muertes maternas y neonatales, así como el nivel de participación de la población beneficiaria en estos logros. Finalmente se presenta una caja de herramientas con la intención de que sirvan para operativizar las diferentes intervenciones necesarias a realizar para la obtención del Plan de Parto de la mujer embarazada.

II. Definición y objetivos

El Plan de Parto es una sub-estrategia de la Estrategia CONE cuyo propósito central es contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal. La sub-estrategia de Plan de Parto es un conjunto de intervenciones que promueven la participación de la mujer embarazada, la pareja, la familia y la comunidad organizada, para el acceso oportuno a las redes de servicio de salud. Se basa en el respeto a la cosmovisión de las poblaciones indígenas y la interculturalidad.

Los objetivos específicos del Plan de Parto son:

- Aumentar el acceso a los controles prenatales, a la atención del parto institucional por personal profesional calificado, a la anticoncepción y a la atención oportuna de las complicaciones obstétricas y neonatales por los servicios de salud.
- Asegurar el traslado oportuno a las instalaciones de salud con capacidad de CONE Básico, de las mujeres embarazadas para parto institucional o de puérperas y recién nacidos en la comunidad como consecuencia de un parto inminente atendido en un puesto de salud, un subcentro de salud o un parto domiciliar.
- Asegurar el traslado oportuno a las instalaciones de salud con capacidad de CONE Completo de las mujeres embarazadas o de puérperas y recién nacidos que presentan complicaciones.
- Incrementar los conocimientos de todos los miembros de la comunidad (con énfasis en la mujer, la pareja y la familia) sobre la importancia de los controles prenatales, las señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido; y la importancia del parto institucional.
- Cumplir con los derechos sexuales y reproductivos de la mujer respondiendo a sus expectativas relacionadas a su atención durante el embarazo, parto y puerperio y de su hijo, hija recién nacido, acordados en el Plan de Parto y registradas en la Ficha de Plan de Parto, “Mi Plan de Parto” (Anexo 07).

III. Marco Jurídico y Normativo

A. Fundamento Jurídico

En Panamá el conjunto de disposiciones, leyes, reglamentos, normas y acuerdos a los que debe apegarse el MINSA como rector de la política pública para el cumplimiento de sus funciones y logros de sus objetivos y metas avalan el diseño e implementación del Plan de Parto. Entre las principales tenemos:

1. Constitución Nacional del año 1972

La Constitución Política de la República de Panamá en el ARTÍCULO 109 garantiza el derecho a la salud de la población: “Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social”. Y en el ARTÍCULO 110: “En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación: capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan los conocimientos de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental y proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia. Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, instalaciones en las cuales se presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la población. Estos servicios de salud y medicamentos serán proporcionados gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos.”

2. Código Sanitario de la República de Panamá del año 1947

El Código Sanitario en su Título Tercero, Capítulo primero, Art. 154 establece: “Es primordial obligación del Estado la protección y asistencia gratuita de la maternidad y la infancia que comprende: la atención preventiva y la asistencia médico curativa y social de toda mujer durante el embarazo, parto y puerperio, hasta ocho semanas después del parto y de todo niño desde su nacimiento hasta el fin de la edad escolar”.

3. Convenciones y Acuerdos Internacionales

Panamá al igual que otros países de la región ha suscrito acuerdos y asumido compromisos internacionales orientados a la reducción de la mortalidad materna e infantil. Dentro de estos compromisos se destacan los establecidos en la Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo, en Nairobi 1987, donde se lanzó la iniciativa mundial para la Maternidad Segura; la 23ra Conferencia Sanitaria Panamericana 1990 (Resolución XVII), en la que se aprobó la ejecución del Plan Regional para la reducción de la mortalidad materna; la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo 1994, en la que se recomienda a los gobiernos e instituciones internacionales fortalecer los esfuerzos para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Panamá también es suscriptor de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, donde se adoptaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que el país se comprometió con metas específicas para la reducción de la mortalidad materna e infantil.

4. Políticas Públicas

a) Política Nacional de Salud.

La Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010- 2015, tiene como eje II “Mejorar la Calidad y el Acceso de la Población a los Servicios de Salud”. En él, su Política 3 establece “Mejorar el acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad” y para ello propone como Objetivo Estratégico 3.1: Mejorar el acceso geográfico, socio-económico, cultural y de género de la población a los servicios de salud con enfoque integral y multisectorial y como Objetivo Estratégico 3.2: Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional. Para el cumplimiento de estos objetivos estratégicos se plantean la línea de acción 3.2.5 que manda implementar planes de salud materna focalizadas en grupos de riesgo, con enfoque intercultural en áreas rurales y comarcas indígenas; la línea de acción 3.2.6 dirigida al incremento de la atención profesional del parto y la línea de acción 3.2.12 que aborda el fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura en grupos vulnerables.

b) Leyes de los Pueblos Indígenas

La ley creadora de la comarca Ngäbe Buglé en su Capítulo VIII referido a Cultura, Educación y Salud, artículo 55 dice literalmente: “ Se respetarán, reconocerán, preservarán y mantendrán los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de la medicina tradicional”. (Ley N°10, 1997)).

La Ley creadora de la comarca de Emberá Wounaan, en su Título X, referido a salud y bienestar social, artículo 114 señala que “La protección y vigilancia de la salud del pueblo Emberá y Wounaan será responsabilidad fundamental del Congreso General, en coordinación con el Ministerio de Salud. El Congreso General creará la Dirección de Salud, que ejercerá todos los programas para alcanzar este fin. Para contribuir con el fin señalado, se garantizará el reconocimiento y el ejercicio de la medicina tradicional de la Comarca y los programas del Ministerio de Salud”. (Ley N° 22, 1984)).

c) Normas de Atención

Las Normas Técnico – Administrativas y Manual de Procedimientos dadas por el MINSA, Programa de Salud Integral de la Mujer, Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal, . 2007, MINSA Panamá, respaldan la implementación del Plan de Parto.

En la sección de “Admisión en el periodo de labor”, orienta que las parteras tradicionales capacitadas, deben referir oportunamente a los hospitales al mayor número de embarazadas en labor que puedan ser trasladadas, especialmente aquellas que presentan factores de riesgo.

Dentro de las estrategias para reducir la morbi- mortalidad materna y perinatal menciona sobre:

- **Las Parteras empíricas:** la necesidad de captación, capacitación y seguimiento de parteras empíricas tradicionales para asegurar la identificación y referencia oportuna de los embarazos y partos en áreas de difícil acceso, parto limpio y adecuada atención del recién nacido si el parto es fortuito.
- **El Acompañamiento durante el parto:** que la embarazada puede contar con la presencia de la pareja u otro familiar inmediato, durante la labor de parto o en el parto, siempre y cuando la

instalación cuente con las facilidades que garanticen la privacidad de otras pacientes, que el/la acompañante cumpla con requisitos que garanticen el cumplimiento de normas de bioseguridad y de prevención de infecciones nosocomiales.

- **La Posición durante el nacimiento del niño/a:** que se respetará la decisión de la paciente de adoptar la posición vertical u otra si así lo desea. Además en la Norma del control prenatal (CPN) refiere que en áreas de difícil acceso, la partera capacitada podrá atender el control prenatal de bajo riesgo.
- **La Oferta de Métodos de Planificación Familiar (PF):** La Norma de PF establece que se promoverán programas comunitarios de planificación familiar con apoyo de los ayudantes de salud y la colaboración de proveedores comunitarios sobre todo en las áreas postergadas

d) Reglamento Operativo – Provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas a través de Unidades Básicas de Atención - Octubre 2012.

En este reglamento se encuentran protocolizados predominantemente, los servicios de promoción y prevención dirigidos a la salud materno-neonatal en el primer nivel de atención, en el marco de las normas y guías de atención vigentes del MINSA. Define actividades que promueven un amplio involucramiento del promotor comunitario y de la partera en acciones de educación, orientación y consejería en anticoncepción, distribución de algunos métodos anticonceptivos en los que el protocolo orienta que el Promotor y la partera capacitada brinden consejería y orientación, aplicación del Método de Lactancia Materna y Amenorrea (MELA), condón, anticonceptivos orales, y los hormonales inyectables solamente si está capacitado en la identificación de factores de riesgo. Señala además que deben realizar la captación y referencia de embarazadas al control prenatal, a la instalación de salud para la atención del parto, identificación de señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio para su referencia oportuna.

B. Ámbito de Aplicación

Los lineamientos operativos y demás documentos del marco expuestos serán de aplicación nacional en las poblaciones rurales indígenas y rurales dispersas de difícil acceso a los servicios de salud materna neonatal en particular a los servicios de atención del parto por personal calificado.

C. Uso y Modificaciones

El presente documento comprende los lineamientos que deberán emplearse para implementar el Plan de Parto con las poblaciones del ámbito de aplicación; debe servir de guía operativa para el personal de las regiones de salud, Equipos de Gestión en Salud (EGS), Equipos Básicos de Salud (EBS) y Equipos Comunitarios de Salud (ECS).

Estos lineamientos podrán ser modificados y actualizados por la autoridad competente representada en el Programa de Salud Reproductiva de la Dirección General de Salud del MINSA en Panamá.

IV. Marco Conceptual y Programático

A. Salud Materna Infantil en la Región y Panamá

En la última década los Ministerios de Salud de Bolivia, El Salvador, México, Nicaragua y Perú han implementado herramientas y actividades de Plan de Parto para la reducción de la mortalidad materna y neonatal con particularidades propias a cada país. En Bolivia, uno de los primeros de la región en implementar el Plan de Parto, el Ministerio de Salud y Deportes lo desarrolló como parte integral del “Plan Vida” con fuerte componente intercultural. Las particularidades de Bolivia con el 62% de la población indígena hicieron que el Plan de Parto se estableciera como parte del programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) (UNICEF, 2012). El SAFCI enfatiza la movilización comunitaria para lograr los resultados en salud (Salina Mulder y Del Castro, 2012).

En el Perú además de estar vinculado al modelo intercultural de la atención en salud, el Plan de Parto está estrechamente relacionado a las Casas de Espera, lugares donde las mujeres de áreas de difícil acceso esperan su parto. El Plan de Parto en este país ha contribuido de forma importante a la reducción de la mortalidad materna en un 67 % en el periodo de 1990 al 2011 (ODM, 2012).

El Ministerio de Salud de Nicaragua también ha logrado disminuir las altas tasas de mortalidad materna y al igual que Bolivia y Perú atribuye este hecho al mejoramiento y desconcentración de los Cuidados Obstétricos y Neonatales y a la estrategia de Plan de Parto. En este país, su éxito se fundamenta principalmente en la existencia de una amplia red comunitaria organizada y articulada con el Ministerio de Salud, cuyas principales características son un alto grado de organización y la voluntariedad de sus miembros (no reciben compensación económica por el trabajo realizado en beneficio de la comunidad).

El éxito de estas experiencias importan para un país como Panamá, donde a pesar de los esfuerzos realizados en relación con la salud materna, la razón de mortalidad materna se ha incrementado de 53.4 a 64.9 muertes por cien mil nacidos vivos, de 1990 a 2012, lo que no permitirá cumplir para el 2015, con el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de 13.4 muertes por cien mil nacidos vivos (MINSA, 2013). En las comarcas indígenas, la razón de mortalidad materna es aún más elevada, especialmente en Guna Yala y Ngäbe Buglé donde en el año 2012 la razón de mortalidad materna fue de 542.3 y 300.5 por cien mil nacidos vivos respectivamente. De las 49 muertes maternas registradas en el año 2012, 15 pertenecen a Ngäbe Buglé, es decir, el 30.6% de todas las muertes maternas del país se produjeron en esta comarca.

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2009), el 20 % de las mujeres de la comarca Ngäbe Buglé y el 10.2 % de la comarca Emberá, no recibieron controles pre natales (CPN) durante su embarazo, en contraste con el 3.9 % de las mujeres a nivel nacional. En cuanto al parto domiciliar, en la comarca Ngäbe Buglé es de 56 % y en el área Emberá representa 60.9 %, de acuerdo a la misma encuesta (ENASSER, 2009).

El informe de febrero 2014 del Censo y Encuesta de Base de los Hogares realizado en el marco del Proyecto SM2015 presenta datos que complementan estos resultados y confirman la necesidad de que Panamá implemente el Plan de Parto. Entre los datos significativos tenemos: ¹

La precocidad del primer embarazo:

¹ Esta encuesta se realizó durante 2013, aplicando entre otros instrumentos un Cuestionario de Salud Materna Infantil a un total de 2453 mujeres en edad fértil (15-49 años)

- El 69 % tenía entre 10 y 19 años al momento de su primer parto. Únicamente un 8 % de las mujeres tenía 25 años o más al dar a luz a su primer hijo.

La falta de conocimientos sobre anticoncepción:

- Entre las mujeres Emberá el 87% sabía que había ciertos días en que era más probable que una mujer quedara embarazada, pero solo un 1 % identificó correctamente el periodo fértil. Entre las mujeres de Guna Yala el estudio señala que la mayoría o desconoce o no quiso responder. De la minoría (17%) que respondió solo el 25% identificó el periodo fértil correctamente.²
- Un 21 % de las entrevistadas casadas o con pareja indicó estar utilizando al menos un método de planificación familiar. Entre los tradicionales el de mayor uso es el coito interrumpido y entre los modernos los inyectables y la esterilización femenina. Para estos últimos el sector público es la fuente que las usuarias mencionan con mayor frecuencia.

Resultados insuficientes de asistencia al control prenatal:

- Aproximadamente un 29 % de las mujeres recibió atención prenatal durante el primer trimestre (primeras 12 semanas) de parte de un médico o enfermera profesional.
- Entre las mujeres con un hijo menor de dos años, el 18.3% tuvo entre 1 y 3 controles. El 33.7% tuvo de cuatro a más controles y el 26.9% siete o más. El 20.6% ninguno. La norma de salud en Panamá señala 7 controles mínimo y la OPS 4.
- Entre las que tuvieron CPN solo en el 56.5% se dio la vacuna antitetánica; el 84.9 muestra de sangre; el 83.4 examen de orina; el 14.9 examen de diabetes, al 24% ecografía y a un 44% se les ofreció realizárseles un examen de VIH. Es decir que no se logró contar con datos suficientes para un seguimiento de calidad, en el prenatal.
- Las acciones de promoción durante los CPN tuvieron mejores resultados. Al 81% se les ofreció orientación en materia de embarazo; al 70% sobre nutrición durante el embarazo y la forma correcta de amamantar y al 67% sobre parto en un establecimiento de salud. (67 %).
- Sin embargo, solo al 10% se les aconsejó tomar las medidas necesarias para procurar transporte para el momento del parto.

El CPN no necesariamente está significando tener luego un parto institucional:

- El 97% de la totalidad de los partos se realizaron con algún tipo de ayuda. De ellos el 64% fue asistida por un médico o una enfermera profesional; el 42% por una matrona, el 23% por una pariente y el 19% por una auxiliar de enfermería.

² En Guna Yala se entrevistaron 1279 mujeres en edad fértil. De ellas sólo respondieron a la pregunta sobre el periodo fértil 215 (17%)

- De las mujeres que recibieron CPN solo un 76 % de los partos fue asistido por un profesional calificado en un establecimiento de salud y de estos solo un 25 % dio a luz con la asistencia de un profesional calificado en un hospital. De las que tuvieron parto institucional, el 82% lo tuvo porque estaba planificado y el 18% por urgencia.

Resultados sobre el control postparto:

Ni todas las mujeres que tuvieron un hijo en los últimos dos años, ni todos los neonatos reciben control post natal por un profesional:

- Aproximadamente la mitad de las mujeres recordaron haber sido controladas después del parto y un 20% indicó haber sido controlada por un profesional de salud luego del parto.
- Solo un 19 % de las mujeres que dieron a luz en un establecimiento recordó haber sido controlada cada 15 minutos durante la primera hora siguiente al parto.
- Entre las mujeres que registraron visitas de atención postnatal, la mayoría fue controlada por un médico (78 %) o enfermera profesional (22 %).
- Aproximadamente un 68% de las mujeres indicó que su hijo había sido controlado en algún momento después del parto. Respecto de todos los partos, el 7 % de las mujeres informó que su hijo había sido controlado por un profesional de la salud calificado dentro de las primeras 24 horas de vida y un 16.4 dentro de la semana siguiente.

En mayo, 2014 se dio a conocer los principales resultados de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado³, que corrobora los datos enunciados arriba. Los resultados señalan que mientras a nivel nacional el 37.2% no usa método anticonceptivo alguno, en Guna Yala es el 89.6%, en Emberá Wounaan es el 46.8% y en la comarca Ngäbe Buglé es el 60.3%. Con respecto a la atención prenatal el 17.8% de mujeres de Guna Yala que tuvieron un hijo en los últimos dos años no se hicieron ningún control, en Emberá Wounaan el 9.7 en Ngäbe Buglé el 26.8. Los resultados también señalan para el mismo grupo de mujeres, que en Guna Yala el 67% tuvo su parto en un Centro de Salud y el 66.6% fue atendido por personal calificado (médico o enfermera), en Emberá Wounaan el 60% tuvo su parto en un Centro de Salud y el 57.4% fue atendido por personal calificado y en la comarca Ngäbe Buglé el 56% tuvo su parto en un centro de Salud y el 49.7 fue atendido por personal calificado⁴.

Las condiciones de difícil acceso, la exclusión de los grupos indígenas en las políticas nacionales de desarrollo ocasionadas por barreras culturales, geográficas y económicas, así como la poca disponibilidad de información de las mujeres y sus familias para tomar decisiones en cuanto a la salud de las embarazadas y la atención del parto y del recién nacido, son razones determinantes para impulsar la estrategia de Plan de Parto en estas comarcas indígenas, enmarcado en el enfoque CONE de la atención y adecuando a las particularidades de Panamá las experiencias exitosas desarrolladas en los otros países. Las características específicas que podemos tomar en cuenta para el diseño e implementación del Plan de Parto en Panamá son:

³ CGR/INEC y UNICEF: Encuesta de Indicadores Múltiples Conglomerados 2013. Principales Resultados, Panamá. Mayo 2014

⁴ Esta encuesta fue realizado en Panamá entre 2012 y 2013 como parte de un programa internacional de encuestas de hogares para recopilar datos comparables internacionalmente de un amplio rango de indicadores sobre la situación de los niños, las niñas y las mujeres. El trabajo de campo fue realizado en abril y mayo de 2013 a nivel nacional con una muestra de cerca de 11,000 hogares con mujeres entre 15 y 49 años de edad y niños menores de 5 años.

- El componente intercultural ligado a la movilización de la propia población comunitaria para hacer efectivo el Plan de parto.
- La cercanía de las instalaciones de salud y las Casas Maternas y Casas de Acudientes Maternas
- La conformación de redes integradas y articuladas de servicios que potencien los recursos de salud pública.

B. El Plan de Parto y el Modelo de las Cuatro Demoras

Las evidencias a nivel internacional indican que la reducción de la mortalidad materna y neonatal se logra a través de la reducción en las demoras para recibir la atención. “El Modelo de las Tres Demoras, descrito por la doctora Deborah Maine, de la Universidad de Columbia, y adoptado por la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas se basa en el supuesto de que para reducir la mortalidad materna no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente ya que las mujeres enfrentan una serie de barreras para poder acceder a ellos y utilizarlos. En Panamá el MINSA ha enfatizado la importancia de las tres demoras originales, desglosando la primera demora original en dos para tener las cuatro demoras descritas abajo.

Primera Demora: Corresponde a la dificultad en identificar el problema oportunamente, debido al desconocimiento que tienen las mujeres, la familia y la comunidad acerca de las señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio o en el recién nacido. A nivel de la comunidad esta demora puede disminuirse con acciones de promoción, comunicación y educación, para mejorar el conocimiento de la mujer y su familia sobre esas señales de peligro.

Segunda Demora: Ocasionada por la tardanza en la decisión de buscar ayuda. Esta demora no es solamente ocasionada por un problema de información, sino que frecuentemente se suman otros factores tales como:

- La inequidad de género: aunque la mujer reconoce las señales de peligro son otros miembros de la familia quienes toman la decisión (la pareja, la suegra, la madre, la abuela).
- La estructura de poder de la comunidad: quien toma la decisión es la partera o la comunidad misma.
- El costo del transporte o de la atención, pueden llevar a una mujer y/o su familia a desistir de acudir al servicio de salud.
- La falta de conocimiento sobre dónde acudir en caso de complicaciones.
- Experiencias negativas previas en la instalación de salud, que provoca que a pesar de reconocer las señales de peligro, la embarazada y su familia retrasen la decisión de buscar ayuda.
- La reputación de los servicios de atención, pues es probable que las personas no busquen ayuda rápida o no lo hagan en absoluto si piensan que los servicios son de mala calidad.

Tercera Demora: Ocasionada por la dificultad de llegar oportunamente a la instalación de salud. Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, las distancias y el acceso a medios para el traslado se convierten en una barrera importante para hacer uso de los servicios de salud.

Cuarta Demora: Relacionada con el cumplimiento, por parte de los proveedores de servicios, de las expectativas que tienen las mujeres sobre la atención de su parto en las instalaciones de salud. No siempre la instalación de salud a la que puede acudir la mujer embarazada cuenta con personal calificado, sensibilizado y con recursos suficientes para dar la atención de calidad que debe brindarse a la mujer y al recién nacido. Causas relacionadas con prejuicios culturales hacia la población indígena,

falta de personal especializado y condiciones técnicas de infraestructura, equipamiento y disponibilidad de medicinas e insumos inciden en esta demora.

Hay que resaltar que las tres primeras demoras están relacionadas con las usuarios de los servicios de salud en el tiempo que toma la mujer y/o su familia, para reconocer las señales de peligro, decidirse a buscar ayuda y al tiempo que tardan en llegar a una instalación de salud. La cuarta demora en cambio, depende de las instalaciones de salud (asumidas como sistema en red –articuladas) y está relacionada a la calidad de la atención. El éxito para reducir la cuarta demora, depende en una parte de la capacidad de las instalaciones de salud para responder a las necesidades de las mujeres y recién nacidos oportuna y eficientemente en el marco de la Estrategia de CONE.⁵ También tienen que responder a los derechos y expectativas que tienen las mujeres y sus familias sobre la atención que recibirán por parte del personal.

Las actividades del Plan de Parto que se explicarán en el capítulo siguiente, están dirigidas a incidir en la reducción de las tres primeras Demoras y establecer el vínculo práctico y efectivo con el sistema de referencias (SURCO en Panamá), en tanto la cuarta demora se enfrenta con la estrategia CONE dentro de la cual se destaca lograr una visión holística de la oferta.

C. El Plan de Parto y la Estrategia CONE.

El Plan de Parto es una subestrategia de la **Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)**. La estrategia CONE es un conjunto de intervenciones dirigidas a la atención de la mujer (durante el embarazo, parto y puerperio) y a los cuidados del recién nacido, con el propósito de reducir la mortalidad materna y neonatal.⁶

Requiere de una red de servicios de salud con asistencia calificada, accesible las 24 horas del día, 365 días al año, que funcione coordinadamente y se integre a través de un sistema de referencia y contra-referencia articulados con las organizaciones sociales y comunitarias. Desde el punto de vista organizativo, en los CONE se involucran todas las instituciones de salud dentro de un territorio definido, y que además cuenten con los tres niveles de atención, CONE Ambulatorio, Básico y Completo.

El Plan de Parto como una subestrategia de la estrategia CONE, se relaciona de inicio con el CONE Ambulatorio e implica acciones comunitarias enfocadas a tener listo y a tiempo, desde el momento en que la mujer sabe que está embarazada, todo lo que se va a necesitar para que en el momento del inicio del trabajo de parto el riesgo de una posible complicación para la mujer y el niño sea menor, acudiendo a la instalación de salud con capacidad de CONE Básico para tener su parto institucional; o si una complicación se presentara se resuelva oportunamente transportándola a la instalación de salud que corresponda con adecuado nivel resolutivo. Por esto último la continuidad de la relación técnica y social del Plan de Parto con el CONE Básico es obligatoria conforme a la evidencia de las prácticas en los sistemas de salud y ello debe ser una prioridad en el caso de Panamá.

Los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales se abordan desde “**Los Cuatro Pilares de la Maternidad Segura**”.

La Anticoncepción: como eje preventivo en la Maternidad Segura, es abordado desde que la mujer se encuentra embarazada, brindando información sobre la oportunidad de acceder a métodos

⁵ MINSA. Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales, 2014.

⁶ Declaración conjunta de las Organizaciones de la ONU (OMS, UNFPA, UNICEF) con participación de AMDD

anticonceptivos después del parto, promoviendo que decida voluntariamente sobre el método que desearía usar una vez finalice su embarazo, explicando cómo el espaciamiento de los embarazos conlleva a una mejor condición de vida para la mujer y los niños. Se calcula que si se previene el embarazo no planeado y el embarazo no deseado, pueden disminuir las muertes maternas entre un 25 y 40%⁷. (Campbell, 2006).

La atención prenatal de calidad para garantizar el buen desarrollo fetal. Parte de la calidad de la atención prenatal es la captación temprana y es una de las actividades centrales del Plan de Parto. La actividad con la mujer, su pareja y la familia deberá estar dirigida a que acuda a la instalación de salud para sus Controles Prenatales, brindar la educación e información sobre señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio o en el recién nacido, lo que servirá de apoyo para que tome la decisión de buscar ayuda oportunamente.

La atención del parto en condiciones calificadas, limpias y seguras, aplicando las mejores prácticas de acuerdo a la evidencia. La aplicación del Plan de Parto contribuirá al aumento de demanda del parto institucional, que conlleva disminuir los riesgos de muerte y la detección oportuna de complicaciones obstétricas y neonatales. Estos cambios en la demanda, están relacionados con la identificación de alternativas, para reducir las demoras que limitan el acceso a los servicios de salud.

Atención oportuna y apropiada de las emergencias obstétricas y del recién nacido. En este aspecto de la Maternidad Segura, el Plan de Parto es determinante ya que si la familia y la comunidad se encuentran organizadas, responden de forma inmediata ante un signo de alarma o probable complicación obstétrica o neonatal, garantizando el traslado a la paciente y el cuidado de ella y de los niños. El éxito de estas acciones se complementa con la respuesta adecuada de la instalación de salud (entendida como redes articuladas del sistema de salud), que debe disponer de personal con la competencia técnica, insumos y equipos para abordar esta situación de acuerdo a su capacidad resolutive o transferirla para alcanzar la capacidad resolutive necesaria, calificada y suficiente de acuerdo al caso.

Cada uno de estos pilares debe ser fortalecido en toda la red de atención, comenzando en la comunidad, donde el Plan de Parto, será la herramienta que articule las actividades institucionales con las comunitarias en el marco del enfoque CONE de la atención, promoviendo la participación de la pareja, la familia y comunidad y de las propias instalaciones de salud en el cuidado de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

D. Estrategia de Extensión de Coberturas en Salud en Panamá

Panamá inició en 1995 la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) de Servicios Básicos de Salud y Nutrición, con el propósito de mejorar la accesibilidad de la población rural pobre a los servicios de salud y nutrición, reducir las inequidades y favorecer a los grupos más vulnerables. La EEC es una red itinerante de salud y nutrición que se mueve hacia una comunidad céntrica para atender a la población de dicha comunidad y de comunidades periféricas cercanas. Tomando como base esta experiencia acumulada, a partir del 2013 inicia la implementación de la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura

⁷ Oona MR Campbell, Wendy J. Graham, Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group

de Atención Primaria en Salud en determinadas instalaciones de salud centrales a las cuales puede llegar la población de un área geográfica específica.

Ambas estrategias se desarrollan bajo un modelo de gestión por resultados, financiamiento capitado⁸, atención nominalizada y están unificadas bajo el concepto de Unidad Básica de Atención (UBA), equipo de profesionales de salud extra-institucional o institucional.

Ambas modalidades cuentan con una Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) que responde a necesidades que son susceptibles de ser atendidas en el primer nivel de atención y es única para todas las Unidades Básicas de Atención. Está conformada por un total de 15 actividades divididas en servicios de Promoción, Prevención y Atención en Salud y se encuentran detalladas en los Reglamentos Operativos de la EFC y EEC. Las actividades de Plan de Parto formarán parte de la CPP en los siguientes aspectos:

Servicios de Promoción de Salud

Educación para la salud:

- Promoción de los controles prenatales
- Promoción del parto institucional
- Promoción de los controles puerperales
- Promoción de la lactancia materna
- Promoción de la salud bucal

Organización y capacitación para la participación comunitaria.

Servicios de Prevención en Salud

Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto.

Atención integral para las mujeres en edad fértil

Servicios de atención de salud

Atención a la morbilidad (en la mujer embarazada y el recién nacido)

⁸ La cápita es el estimado del monto promedio necesario para cubrir los costos que aseguren el acceso a la Cartera de Prestaciones para cada individuo de la población beneficiaria de la región de salud correspondiente durante un año

V. Descripción del Plan de Parto

A. Principios Básicos del Plan de Parto

El Plan de Parto está basado en los siguientes principios:

- **Diálogo entre la comunidad organizada y el servicio de salud**
El Plan de Parto promueve el diálogo intercultural y facilita la efectiva búsqueda de atención durante el embarazo, parto y puerperio o del recién nacido, con la participación de la misma comunidad y los proveedores de salud.
- **Respeto por la cultura de los pueblos indígenas**
El Plan de Parto incorpora el respeto a las prácticas culturales beneficiosas y/o inocuas de las comunidades indígenas en la atención al embarazo, parto, puerperio y atención neonatal.
- **Respeto de los derechos de la mujer y de su familia**
El Plan de Parto facilita a las mujeres ejercer sus derechos humanos y el derecho a la salud sexual y reproductiva. Promueve que las mujeres, desde que inician su embarazo puedan acceder a los servicios de salud para el control prenatal, a los albergues maternos, atención del parto, puerperio inmediato y del recién nacido en instalaciones de salud del MINSA y que al momento de su egreso puedan disponer de un método de anticoncepción si es su deseo.

B. Alcance y Momentos de Implementación del Plan de Parto

Para el MINSA de Panamá, el Plan de Parto es un conjunto de actividades de promoción y prevención orientadas hacia la reducción de la primera, segunda y tercera demoras, que se considera parte esencial del CONE Ambulatorio para que ocurra el parto institucional en el CONE Básico. Se basa en un fortalecimiento efectivo de las interrelaciones prácticas entre la comunidad y las instalaciones del CONE Básico (los Centros de Salud donde atienden partos) y los puntos de servicio donde proveen cuidados prenatales. Es el primer punto de contacto de la comunidad con la red de servicios del MINSA y su éxito depende de su enlace o vinculación efectiva y práctica con el funcionamiento adecuado de la red de servicios y del Sistema de Referencia y Contra-referencia acotado a CONE (SURCO). A nivel de la comunidad el Plan de Parto promueve la actividad colectiva de la comunidad organizada y de las familias en apoyo a las mujeres embarazadas. A nivel de la oferta el Plan de Parto promueve el compromiso y sensibilización del personal de salud involucrado en los acuerdos del Plan de Parto para una atención de mejor calidad y la mejora de la organización de la red para la atención materna neonatal.

El Plan de Parto busca asegurar que las mujeres, su familia y la comunidad, estén preparadas para mejorar el acceso a, y aumentar el uso de, los servicios de salud por parte de la mujer embarazada y del recién nacido. De igual forma si se presentara una complicación obstétrica o neonatal el Plan de Parto representa una oportunidad para la búsqueda de atención de manera oportuna transportándola a la instalación de salud que corresponda con adecuado nivel resolutivo (enlace con el SURCO para el caso de Panamá). Por esto último la continuidad de la relación técnica y social del Plan de Parto con el CONE Básico es obligatoria conforme a la evidencia de las prácticas en los sistemas de salud y ello debe ser una prioridad en el caso de Panamá.

El Plan de Parto facilita la comunicación intercultural y bi-direccional entre la mujer embarazada, su familia y el proveedor de salud. El Plan de Parto sirve para reforzar en los proveedores de salud los compromisos relacionados con la interculturalidad establecidos en las normas, específicamente el respeto hacia los deseos de la mujer, como por ejemplo de tener un acompañante en el parto, de usar medicamentos tradicionales y de recibir consejería sobre anticoncepción, entre otros.

El Plan de Parto desarrolla actividades fundamentalmente de promoción y prevención, dirigidas a preparar las condiciones para el cuidado saludable del embarazo, parto, puerperio, y cuidados del recién nacido. Esta labor fundamental de promoción y prevención del Plan de Parto se complementa con la movilización comunitaria en diálogo, acuerdos y compromisos con las autoridades de salud pública y materiales visuales como elementos de apoyo didáctico y memoria que apoyan el Plan de Parto⁹.

1. Actividades de promoción y desarrollo

Las actividades de promoción y prevención buscan en las diferentes etapas por las que pasa la mujer embarazada lo siguiente:

- **Embarazo:** Brindan consejería a la mujer y su familia, acerca de: (i) la importancia de acudir a los Controles Prenatales (CPN); (ii) la identificación y uso de albergues maternos (AMs) o casas de acudientes maternas (CAMs) en el caso de Guna Yala, desde las dos semanas previas a la fecha probable de parto; (iii) la atención del parto por un profesional de la salud (médico y/o enfermeras obstetras) en una instalación de salud categorizada mínimamente como CONE Básico; (iv) los preparativos y los medios con los que contará la mujer embarazada y su familia para acudir al parto institucional y/o cuando se presente alguna complicación de la mujer o en el recién nacido; (v) las opciones del tipo de parto que desea la mujer y ha acordado con la pareja o el acompañante; (vi) la identificación de señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido y (vii) el uso de métodos anticonceptivos después del parto.
- **Parto:** La función principal del Plan de Parto durante esta etapa es facilitar la rápida toma de decisiones y acciones por parte de la mujer y/o familia para que el parto sea atendido por un profesional de la salud (médico y/o enfermeras obstetras) en una instalación de salud categorizada como CONE Básico. Para esto los Equipos Básicos de Salud (EBS) y los Equipos comunitarios de Salud (ECS) deben: (i) brindar consejería previa al inicio del trabajo de parto sobre las ventajas del parto institucional; (ii) facilitar la participación de la partera y/o acompañante definido por la mujer embarazada para apoyar el trabajo de parto; (iii) apoyar a la mujer para que acuda a la instalación de salud para la atención del parto institucional; (iv) identificar señales de peligro durante el parto; (v) asegurar el traslado oportuno para la atención del parto o de emergencias obstétricas y neonatales.
- **Puerperio:** en el periodo inmediatamente post-parto las actividades son consejería sobre: (i) señales de peligro durante el puerperio, (ii) uso de métodos anticonceptivos, (iii) lactancia materna y asesoría nutricional.
- **Recién Nacido:** en el caso del periodo neonatal el plan de parto se acompaña con consejería sobre: (i) los cuidados del recién nacido; (ii) la importancia de las vacunas, (iii) la lactancia materna exclusiva para los primeros 6 meses; (iv) la importancia de asistencia a controles de crecimiento y desarrollo y (v) las señales de peligro en el recién nacido.

⁹ Consenso al que llegaron las autoridades del Ministerio de Salud del Nivel Central (Dirección de Provisión, Dirección General de Salud, Dirección de Planificación) y de las Direcciones Regionales.

Mientras que un fin central del Plan de Parto es el de incrementar los partos institucionales, se reconoce que algunos partos se harán en casa porque no les dará tiempo de llegar a la institución o por el mismo deseo de la mujer o su familia. En este caso la función del Promotor de Salud implementando el Plan de Parto es: (i) reportar de inmediato este parto a los EBS correspondientes, (ii) dar consejería relacionada con los cuidados a la puérpera y el recién nacido; (iii) referir para la atención de emergencias obstétricas y neonatales (iv) referir para la adecuada atención de la puérpera y del recién nacido.

5. Movilización de la comunidad en diálogo con el sistema de salud pública.

El Plan de Parto se fundamenta en el reconocimiento mutuo y el diálogo de pares entre el personal de salud y la comunidad, por lo tanto la promoción y la comunicación son elementos esenciales del Plan de Parto. Por un lado se promueve el involucramiento de la comunidad en el mejoramiento de la salud materno-infantil y por otro se promueve en los actores de la oferta institucional de la salud pública el reconocimiento y respeto de la cosmovisión y cultura indígena. El resultado de estas actividades de promoción en los actores involucrados debe ser un cambio de comportamiento que facilite la concertación o acuerdos relativos a prácticas y comportamientos que van a beneficiar la salud de la mujer y del recién nacido. Para lograr esta movilización es necesario que las acciones de promoción cumplan con las siguientes prácticas claves:

Facilitar que la mujer conozca y tenga el apoyo de su pareja y red familiar para que:

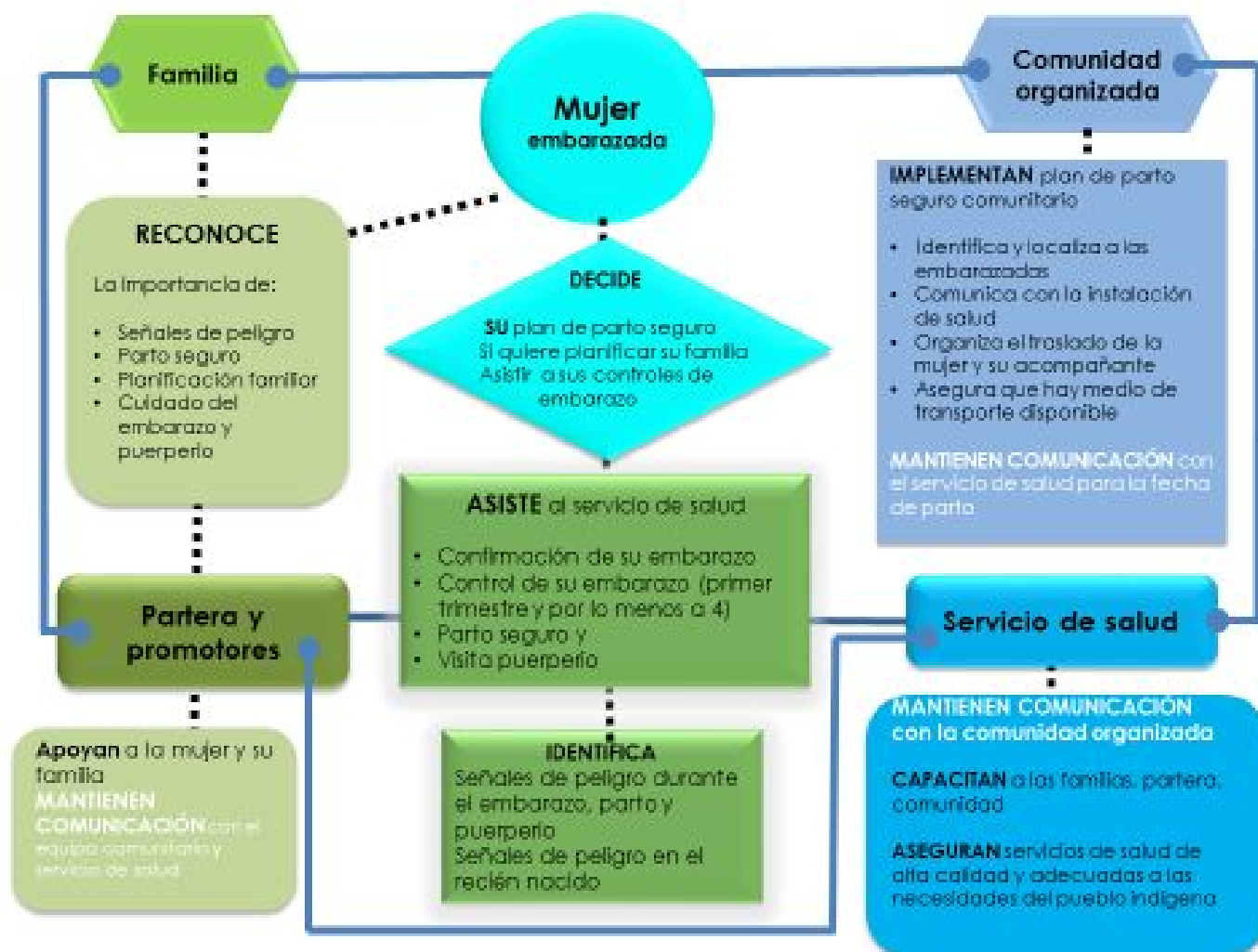
- Acceda al control prenatal tempranamente y en por lo menos 4 ocasiones.
- Utilice el albergue materno cuando proceda de lugares de difícil acceso.
- Reciba la atención del parto por personal profesional calificado en la instalación de salud del nivel CONE adecuado.
- Acuda al control del puerperio de acuerdo a la norma.
- Utilice un método anticonceptivo post-parto si así lo desea.
- Reconozca las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio.
- Decida la manera de cómo desea la atención de su parto, para que pueda tener una experiencia más agradable y consistente con sus valores culturales (acompañante, posición, alimentación, vestido, ambiente, cuidador, etc.).

Facilitar que los líderes comunitarios:

- Apoyen a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio para que acudan a los establecimientos de salud para su atención.
- Reconozcan las señales de peligro y promuevan el traslado oportuno.
- Faciliten un traslado oportuno en el caso del parto y más aun de emergencias de la mujer o del recién nacido.

La figura 1 nos muestra este nuevo tipo de comportamiento deseado por distintos actores relacionados al Plan de Parto.

Figura 1: Prácticas de Salud Promovidas en el Plan de Parto



Leyenda

- Centro del proceso
- Actores de la comunidad
- Proceso
- Proveedores de servicios
- Decisión de la mujer
- Comunicación
- Práctica deseada

6. Material Visual y Ficha del Plan de Parto

Todos los materiales para las comunidades, se desarrollarán con base en dibujos o fotos, con pocas palabras dado los bajos niveles de alfabetismo efectivo en las comunidades. Todos los materiales estarán diseñados con imágenes pertinentes a los grupos poblacionales de las tres comarcas indígenas (Guna Yala, Emberá-Wounaan y Ngäbe Buglé). El Anexo 04 resume la estrategia de comunicación para el Plan de Parto, incluyendo las audiencias claves (líderes, mujeres, parteras, etc.) y los medios a utilizar. Los instrumentos y materiales esenciales para implementar el Plan de Parto son:

a) ***Afiche Comunitario de Plan de Parto***

Se desarrollará un material visual impreso para la comunidad. El objetivo de este material será servir de ayuda memoria para las acciones claves relacionadas con el traslado de la mujer embarazada, la importancia de los cuidados del embarazo y la existencia de un mecanismo para el traslado. La audiencia para este material es la comunidad en general, incluyendo mujeres embarazadas, sus familias y el CCPPT. Un borrador preliminar se encuentra en el Anexo 05.

El material a ser llenado por el personal de salud comunitario en **diálogo** con la comunidad incluye: Identificación de:

- El medio a través del cual la mujer pueda salir de la comunidad para su parto normal (caminando, en vehículo, a caballo, en lancha) y los encargados específicos.
- El medio a través del cual la mujer puede salir de la comunidad en caso de emergencia obstétrica y/o de emergencias en el recién nacido (hamaca, a caballo, en lancha, en vehículo) y los encargados específicos.
- Personas a las que deben acudir, como referente general o inicial (de activación del Plan de Parto) cuando una mujer embarazada necesita trasladarse a la instalación de salud.
- Fondos, con los que puede una mujer contar cuando existe una emergencia o para salir al parto institucional.
- Señales de peligro para una mujer y/o el recién nacido/a.
- Espacio para firmas de la comunidad y del sistema de salud

b) ***Ficha de la Mujer:- “Mi Plan de Parto”***

La **audiencia principal** para esta ficha es la mujer y su acompañante (familiar, partera, etc.), y una **audiencia secundaria** son los proveedores de salud que la atienden. El Plan de Parto permitirá que la mujer sea quien escoja quién le acompañará, si va a ir al albergue y de planear cómo llegará a la instalación de salud para un parto seguro en la instalación. El borrador de la Ficha “Mi Plan de Parto” se encuentra en el Anexo 07. Los promotores de salud comunitarios del ECS pueden iniciar el llenado de la Ficha de Plan de Parto (solo los datos generales y de filiación) y las personas que proveen el control prenatal terminan de llenarlo con la mujer (sobre todo lo referido a acuerdos y compromisos con la mujer), actualizándolo en cada visita de control prenatal el propio personal de salud. El Instructivo para el llenado del Plan de Parto se encuentra en el Anexo 08.

Los datos que incluye esta ficha son:

- Persona (s) que la mujer desea como acompañante (s) en el parto (madre, abuela, marido, partera, otro/a).
- Medio a través del cual la mujer y su acompañante llegarán a la instalación de salud (a pie, en caballo, en lancha, en vehículo)
- Identificación de la necesidad de albergue para la mujer en un número de días antes del parto (Si o No)

- Lugar – instalación de salud - donde se atenderá su parto.
- Identificación de quien atenderá su parto
- Identificación de quien cuidará a sus niños y a sus animales domésticos
- Información sobre si la mujer traerá medicina tradicional con ella a su parto (Si o No)
- Fecha probable del parto
- Fechas de los controles prenatales
- Preferencia de la mujer en cuanto a posición del parto (donde hay posibilidades de distintas posiciones)
- Señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio y en el recién nacido.
- Método anticonceptivo que planea usar al terminar el embarazo.
- Otras necesidades o aspectos planteadas/solicitados por la mujer
- Fecha del llenado completo y nombre claro del miembro del EBS que lo llenó con su firma / sello
- Fecha de la Actualización (si correspondiera por algún cambio) con nombre claro del miembro del EBS que la actualizó con su firma/ sello.
- Información básica para la instalación de salud (nombre, comunidad, fechas de los controles prenatales). El documento no reemplaza a ninguno de los formularios requeridos actualmente, los cuales están detallados en las Normas de Atención Integral de la Mujer.

c) **Rotafolio de Plan de Parto**

El Rotafolio de Plan de Parto contiene los elementos básicos de la Ficha “Mi Plan de Parto” y sirve para uso en diálogos interculturales y acciones educativas con la comunidad.

C. Resultados Esperados

La ejecución eficiente del Plan de Parto va a incidir en una mayor participación de la comunidad en el cuidado de la mujer embarazada y el apoyo que ésta requiere para salvaguardar su salud y la de su hijo o hija. Pero también va a significar una mayor participación de la misma mujer en el autocuidado de su salud al manejar información científica que le permita comprender los riesgos que una falta de atención eficiente de su salud puede tener consecuencias en su vida y la de su hijo. En términos concretos, los resultados esperados deben expresarse en lo siguiente:

- Traslados oportunos a la instalación de salud de las mujeres para el parto institucional y de mujeres y/o recién nacidos que presentan una emergencia obstétrica y/o neonatal.
- Aumento en el uso de los albergues maternos y CAMs.
- Atenciones del embarazo, parto y puerperio conforme a lo acordado en el Plan de Parto y registrado en la ficha: Mi Plan de Parto.
- Aumento del número de mujeres con por lo menos 4 visitas de CPN
- Aumento del número de mujeres embarazadas captadas en el primer trimestre de embarazo
- Aumento de la atención del parto institucional por personal calificado
- Aumento del número de mujeres con controles puerperales y del recién nacido.

- Aumento de la prevalencia del uso de métodos modernos de anticoncepción post-evento obstétrico.

D. Población Beneficiaria

El Plan de Parto se implementará en las Comarcas de Guna Yala, Emberá-Wounaan y Ngäbe-Bugle y en las áreas rurales dispersas adyacentes. La población beneficiaria de estas áreas rurales y comarcales son todas las mujeres embarazadas, parturientas y en puerperio, al igual que los recién nacidos. Las actividades relacionadas directamente con la atención individualizada para la mujer (orientación, educación y consejería, utilización de la ficha de la mujer “Mi Plan de Parto” en las instalaciones y en visitas domiciliarias de rutina) se realizarán con todas las mujeres adscritas a una UBA. no obstante sin importar su lugar de residencia.

Los aspectos comunitarios del Plan de Parto (la organización de la comunidad para el traslado oportuno, el desarrollo e implementación del Plan Comunitario de Traslado) están dirigidos principalmente a reducir la primera, segunda y tercera demoras. Sin embargo, no todas las comunidades, ni todas las embarazadas podrán ser incorporadas desde el inicio, por lo tanto, estas actividades comunitarias en una primera fase de implementación no son prioritarias para comunidades que tienen fácil acceso a las instalaciones de salud.

Para los aspectos comunitarios del Plan de Parto en esta primera etapa se focalizará comunidades en base a los siguientes criterios de priorización:

1. *Comunidades que no cuentan con una instalación de salud que ofrece CONE Básico*
2. *Comunidades a más de 1 hora de distancia de una instalación de salud que ofrece CONE Básico*
3. *Comunidades con población de más de 200 personas*
4. *Comunidades a menos de una hora de una instalación de salud que ofrece CONE Básico, que han sido definidas como comunidades de difícil acceso por las DRSS en base a: dificultades de acceso relacionadas a condiciones de las vías de comunicación (terrestres o acuáticas), dificultades de acceso ocasionadas por las autoridades locales y/o muertes maternas o perinatales repetidas en los últimos dos años.*

La implementación del Plan de Parto se basa en la Sectorización y Adscripción definida por el MINSA en el marco de la Estrategia de Fortalecimiento de los Servicios de Salud. Por fines de operatividad las regiones empezarán con una referencia a las comunidades céntricas.

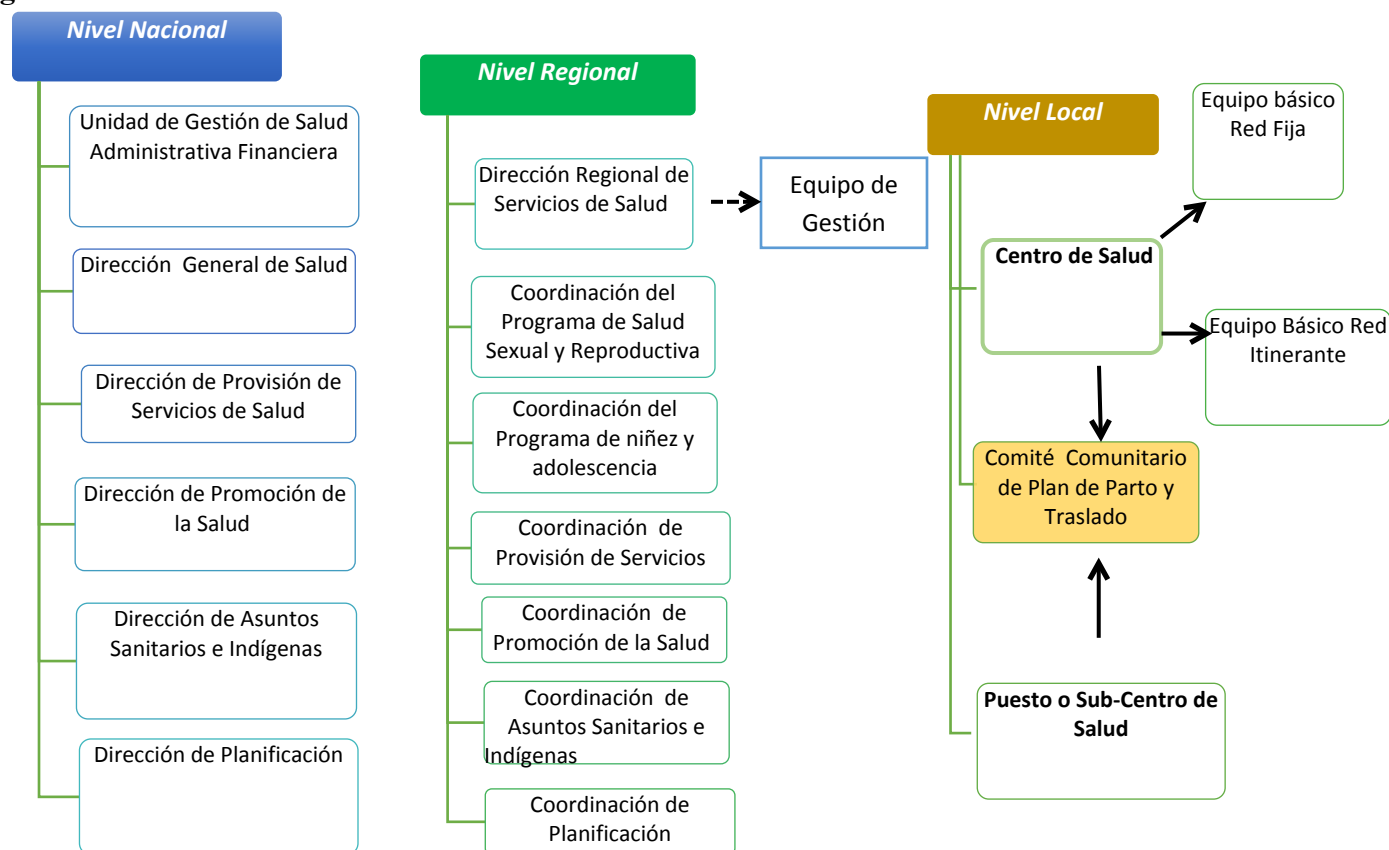
VI. Esquema Organizacional

El Plan de Parto a nivel organizacional se integra en la organización ya existente tanto en el sector salud como en la comunidad, potenciando las capacidades existentes en ambos ámbitos en beneficio de la salud de la mujer embarazada y del recién nacido. Con esta perspectiva encontramos dos tipos de actores, unos en el campo de la oferta de servicios y otros en el campo de la demanda de servicios, vinculantes entre sí, los cuales se desarrollan a continuación.

A. Actores de la Oferta de Servicios

El esquema organizacional del Plan de Parto para la ejecución de sus diferentes momentos de preparación, implementación, promoción, monitoreo y evaluación, se aloja en la actual estructura institucional del MINSA, comprometiendo a diferentes instancias institucionales del nivel central, regional y local. El personal involucrado en el Plan de Parto, participará de un proceso de información, sensibilización y capacitación, apoyo técnico y supervisión de acuerdo a las funciones correspondientes a su nivel de competencia. La Figura 2 muestra las instancias del MINSA comprometidas con el Plan de Parto.

Figura 2. Plan de Parto en la Estructura del MINSA



1. El Comité Comunitario del Plan de Parto y Traslado (CCPPT)

El CCPPT es la unidad organizativa creada específicamente para el Plan de Parto y para fines de esta propuesta se asume como un Actor de la Oferta aunque su perfil sea predominante comunitario. Está

integrado por hombres y mujeres que promueven la participación de la comunidad en la identificación y solución de los problemas. Los miembros del CCPPT serán nombrados por las Autoridades Locales indígenas y esto se oficializa en el Acto de Convenio del Plan de Parto (Anexo 01). En algunas situaciones el Equipo Comunitario de Salud (ECS) podría tomar estas funciones y en otros casos pueden ser otros actores que sean nombrados para esta función. Los cargos propuestos para los miembros del equipo son: Coordinador(a), Vice-coordinador(a), Tesorero(a), Fiscal, Secretario(a) y Vocal.

La acreditación o reconocimiento oficial de los Comités Comunitarios del Plan de Parto y Traslado por las autoridades locales es importante para garantizar su sostenibilidad. Este CCPPT es el responsable en conjunto con el ECS y las autoridades locales de promover y coordinar las acciones orientadas al Plan de Parto. Este Comité será responsable de asegurar un plan para el traslado de mujeres para el CPN, el Parto Institucional o emergencias en caso de presentarse signos de alarma en la mujer gestante o el recién nacido.

El **CCPPT** es la unidad de la comunidad que apoya las actividades a nivel de las comunidades y sirve de enlace principal entre la comunidad y los equipos de salud para el funcionamiento del Plan de Parto.

Sus obligaciones son:

- Participar en la elaboración y mantener actualizado el Plan Comunitario de Plan de Parto y de Traslados (Anexo 02)).
- Diseminar información sobre el Plan Comunitario de Traslado (Anexo 02) en la comunidad.
- Comunicar a la instalación cercana cuando una mujer está iniciando el trabajo de parto o en casos de emergencias obstétricas o neonatales.
- Ayudar a la mujer y su familia en planear y usar la logística del traslado (cuidado de niños, obtención de transporte, uso del albergue materno/CAM, etc.) acordada en el Plan de Parto.
- Promover con la embarazada y su familia su ingreso al Plan de Parto.
- Servir de enlace de la comunidad con el EBS y el ECS, comunicando las necesidades de traslados.
- Dar soporte y apoyo en la Activación del Plan de Parto de cada mujer en la comunidad sea por parto o emergencia obstétrica neonatal.
- Promover el uso del albergue materno.
- Realizar visitas domiciliarias a embarazadas y neonatos.
- Comunicar con la UBA o ECS las necesidades de traslado.
- Asegurarse que las embarazadas tienen completa la Ficha “Mi Plan de Parto”.
- Iniciar el llenado de la Ficha de Plan de Parto de la Mujer con la mujer embarazada (completando solo los renglones iniciales generales de datos de filiación).
- Referir las mujeres a las instalaciones de salud y/o al Promotor de Salud.
- Registrar la información de la Embarazada en el Registro Comunitario de Plan de Parto.

2. Las responsabilidades en el Plan de Parto por nivel de aplicación

Los niveles nacionales y regionales tienen fundamentalmente responsabilidades normativas, organizacionales, de monitoreo y evaluación de las actividades del Plan de Parto. En ellas están involucradas las diferentes direcciones del nivel central con sus respectivas representantes en las Direcciones Regionales de Salud, tal como podemos ver en el cuadro que sigue.

Cuadro N° 1: Responsabilidades por nivel de aplicación (nacional y regional)

Unidad Organizativa	Funciones a Desarrollar
NACIONAL	
DIGESA	<p>Implementar la Norma de Salud Integral a la Mujer incorporando la estrategia del Plan de Parto.</p> <p>Incorporar la estrategia de Plan de Parto al Programa de Salud Sexual y Reproductiva.</p> <p>Liderar la planificación e implementación del Plan de Parto</p>
DPSS	<p>Monitorear el cumplimiento del Plan de Parto y evaluar los avances en la implementación y funcionamiento</p> <p>Analizar en conjunto con los equipos de las Direcciones Regionales, los principales resultados de la estrategia de Plan de Parto.</p>
DIPLAN	Gestionar la incorporación de la información generada por el Plan de Parto dentro del sistema de información del Ministerio de Salud.
DASI	Coordinar con autoridades del Congreso General.
DIPROM	Desarrollar, avalar y apoyar la implementación de la estrategia de cambio de comportamiento en lo relacionado al Plan de Parto
UGSAF	Realizar los trámites necesarios de manera oportuna para garantizar los recursos materiales y financieros para el buen funcionamiento del Plan de Parto en las comunidades priorizadas.
REGIONAL	
Dirección Regional de Salud	<p>Presentar las actividades de Plan de Parto ante las autoridades del Congreso General.</p> <p>Gestionar los recursos materiales y financieros para el buen funcionamiento del Plan de Parto en las comunidades priorizadas.</p> <p>Analizar en conjunto con los equipos locales la información generada en la implementación del Plan de Parto.</p> <p>Evaluar el cumplimiento de los indicadores del Plan de Parto</p>
Salud Sexual y Reproductiva	<p>Recibir y consolidar los informes provenientes de las áreas de salud y remitirlos a: la Dirección de Provisión de Servicios de Salud (Departamento de Monitoreo y Evaluación) y Dirección General de Salud (coordinación de SSR).</p> <p>Coordinar con los equipos de las UBAs las actividades de capacitación y comunicación relativas a la implementación y funcionamiento del Plan de Parto.</p>

	Capacitar en Plan de Parto al EBS incluyendo, enfermera, médico, técnico en Salud, educador de salud y técnico de saneamiento ambiental.
Provisión de Servicios	Monitorear periódicamente (mensualmente con el reporte de actividades y trimestralmente con las visitas), las actividades de implementación y funcionamiento del Plan de Parto en las UBAs.
Planificación	Elaborar informes de avance semestrales y anuales para remitirlos a: Dirección de Provisión de Servicios de Salud del Nivel Central con copia al Departamento de Monitoreo y Evaluación y a la Dirección General de Salud (Coordinación de SSR)
Promoción de Servicios	Colaborar en la implementación de la Estrategia de Cambio de Comportamiento en lo relacionado al Plan de Parto. .
Asuntos Sanitarios e Indígenas	Coordinar las actividades de Plan de Parto con autoridades del Congreso local y otros actores claves de la comunidad

7. Funciones generales para el Plan de Parto en el nivel local (las instalaciones de salud)

Las responsabilidades se han agrupado de acuerdo al nivel de resolución: Centros de Salud, con sus equipos de gestión, equipos básicos de red fija y red itinerante y Puestos o Sub-centros de Salud.

Cuadro N° 2: Responsabilidades a nivel local

Unidad Organizativa Funciones a Desarrollar

Responsabilidades a nivel local

Equipos de Gestión Garantizar los recursos y materiales para el desarrollo de las actividades de los CCPPT: fichas para la embarazada, afiches comunitario, hojas de registro de actividades diarias, hojas de reporte mensual, bolsa de plástico, marcadores, plumas, volantes con mensajes alusivos al plan de parto.

Registrar y consolidar la información de las actividades de plan de parto de las diferentes comunidades.

Analizar la información, generada por la estrategia del Plan de Parto y realizar informes de implementación y avances de la estrategia.

Planificar anualmente las actividades relacionadas con las metas y objetivos del Plan de Parto. Averiguar en las tres regiones.

Sensibilizar y capacitar sobre el Plan de Parto al Equipo Básico de Salud tanto de la red fija como de la red itinerante

Acompañar a los Equipos Básicos de Salud de la red fija e itinerante en las actividades de inicio de la estrategia de Plan de Parto y supervisar sistemáticamente el desarrollo de las actividades comunitarias.

Informar periódicamente a la Dirección Regional de Salud los avances en la implementación y funcionamiento del Plan de Parto.

EBS

Organizar reuniones con autoridades locales al inicio del Plan de Parto y por lo menos una vez cada seis meses para dar seguimiento al proceso

Identificar el personal comunitario a participar en la implementación y funcionamiento del Plan de Parto (Parteras, Médicos tradicionales, promotores y voluntarios de las organizaciones existentes en la comunidad) y conformación del CCPPT.

Promocionar el Plan de Parto en las salas de espera en actividades de orientación y durante la atención e incluir en las sesiones educativas con la comunidad el tema de Plan de Parto y promover con la embarazada y su familia su ingreso al Plan de Parto.

Captar a la embarazada para el Plan de Parto, vinculado al inicio del control prenatal, completando la ficha Mi Plan de Parto (Anexo 07).

Actualizar la ficha Mi Plan de Parto en cada control prenatal.

En caso de que la ficha haya sido realizada por el EBS de la Red Itinerante será mandatorio enviar una copia a la UBA – Red Fija de referencia para las previsiones necesarias para el parto institucional y cumplimiento de los acuerdos y compromisos de las partes.

Asegurar la continuidad y cumplimiento de las actividades de Plan de Parto durante la atención (Control Prenatal, Parto y Puerperio).

Solicitar materiales al Equipo de Gestión para el desarrollo de la estrategia de Plan de Parto y entregarlo al CCPPT para cumplir con sus funciones.

**Promotor de Salud,
Promotor de Salud
Comunitario y/ o
Técnico en Salud**

Apoyar al EGS y EBS en la negociación de los términos del Acta del Plan de Parto (acuerdo entre UBAs y comunidades bajo su responsabilidad) (Anexo 01) con los Autoridades Locales

Explicar, firmar y colocar Afiches del Plan de Parto en un espacio público.

Completar y apoyar al Plan Comunitario del Traslado de las Mujeres Embarazadas y Recién Nacidos (Anexo 02)

Llenar los datos respecto a instalación, medios de transporte y generales de la ficha Mi Plan de Parto (Anexo 07) para cada embarazada.

Completar Registro Comunitario de Plan de Parto (Anexo 09)

Captación temprana de las embarazadas para su ingreso al Plan de Parto con los EBS

Promover con la embarazada y su familia su ingreso al Plan de Parto.

Apoyar la organización y realización de las actividades de implementación y seguimiento del Plan de Parto

Apoyar al CCPPT en la organización de las reuniones comunitarias

**Comité Comunitario
de Plan de Parto y
Traslado**

Participar en la elaboración y mantener actualizado el plan comunitario de traslados y diseminar su existencia en la comunidad.

Servir de enlace de la comunidad con el EBS y el ECS, comunicando las necesidades de traslado.

Dar soporte y apoyo en la activación del Plan de Parto de cada mujer en la comunidad sea por parto o emergencia obstétrica neonatal.

Comunicar a la instalación cercana cuando una mujer está iniciando el trabajo de parto o en casos de emergencias obstétricas o neonatales.

Ayudar a la mujer y su familia en planear y aplicar la logística del traslado (cuidado de niños, obtención de transporte, uso del albergue materno/CAM, etc.) acordada en el Plan de Parto

Promover con la embarazada y su familia su ingreso al plan de parto mediante visitas domiciliarias y otros.

B. Actores de la Demanda de Servicios

8. Identificación de actores

En el campo de la demanda dirigida hacia los servicios de salud encontramos dos grupos de actores ligados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, que en muchas circunstancias tienen además acceso a los recursos necesarios para trasladar a la mujer de la comunidad a la instalación de salud. Estos dos grupos son: las autoridades comarcales y la red social.

Autoridades Comarcales

En cada comarca hay un Congreso General y otro Congreso Local en los cuales se organizan las figuras principales reconocidas en su autoridad por la comunidad. En la comarca Emberá-Wounaan, la figura principal comunitaria es el Nocó o dirigente, le sigue la autoridad local (presidente), el vicepresidente, vocales y tesorero. Aunque el Nocó es la autoridad máxima en la comunidad, todo el proceso de decisiones pasa por todo el congreso y por la comunidad. Es la persona que comunica e informa a todos los miembros las actividades que se realizan dentro de la misma. En la comarca de Guna Yala el Sáhila es la autoridad máxima en la comunidad y es quien comunica e informa a todos los miembros las actividades que se realizan dentro de la misma. Las decisiones del Sáhila pasan por sus ministros y las mujeres mayores. En la comarca Ngäbe Buglé, el cacique es la autoridad local, pero también existe una municipalidad conformada por un alcalde, vocales y tesorero. El cacique es el que comunica e informa a la comunidad.

Red social

Un estudio de análisis de redes sociales llevado a cabo en 2013, “Asuntos de Familia” mostró que hay una diversidad de actores que influyen en las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Esta multiplicidad de actores, así como los diferentes niveles de influencia que ejercen en todas las etapas del embarazo, parto, puerperio pueden observarse en los gráficos que siguen, elaborados como producto de este estudio. A nivel de la demanda, entre la complejidad de actores “en Guna Yala se encontró que el número de personas que influyen sobre las decisiones de una mujer respecto al control prenatal y parto son de 6 a 7 personas. En Emberá Wounaan el número de personas que influyen son menos, entre 5 a 6 personas” (Rodríguez et al, 2013).

Figuras 3 y 4: Red general de las mujeres embarazadas de las Comarca Guna Yala y Emberá-Wounaan

Figura 3: Red general comarca Guna Yala

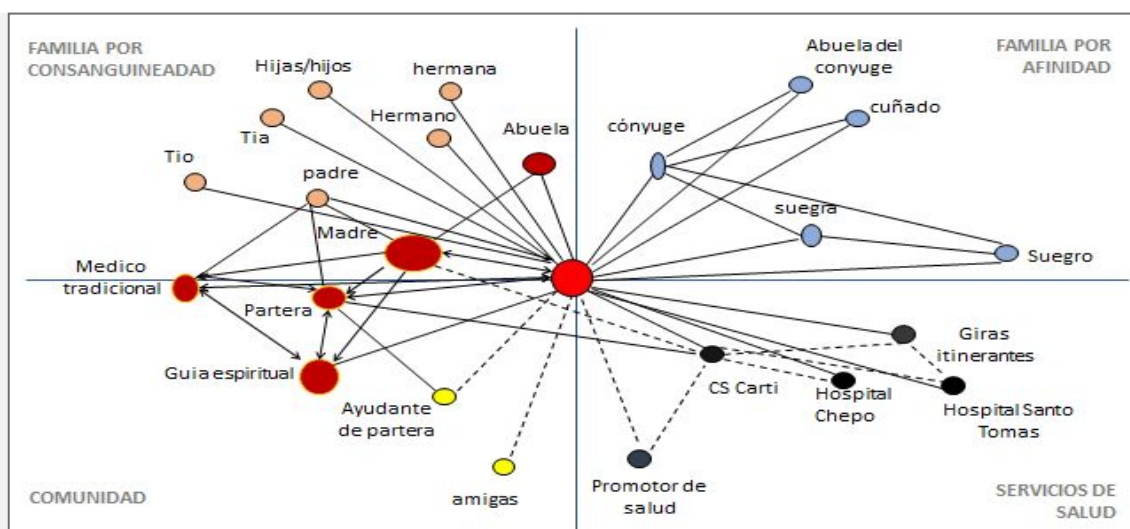
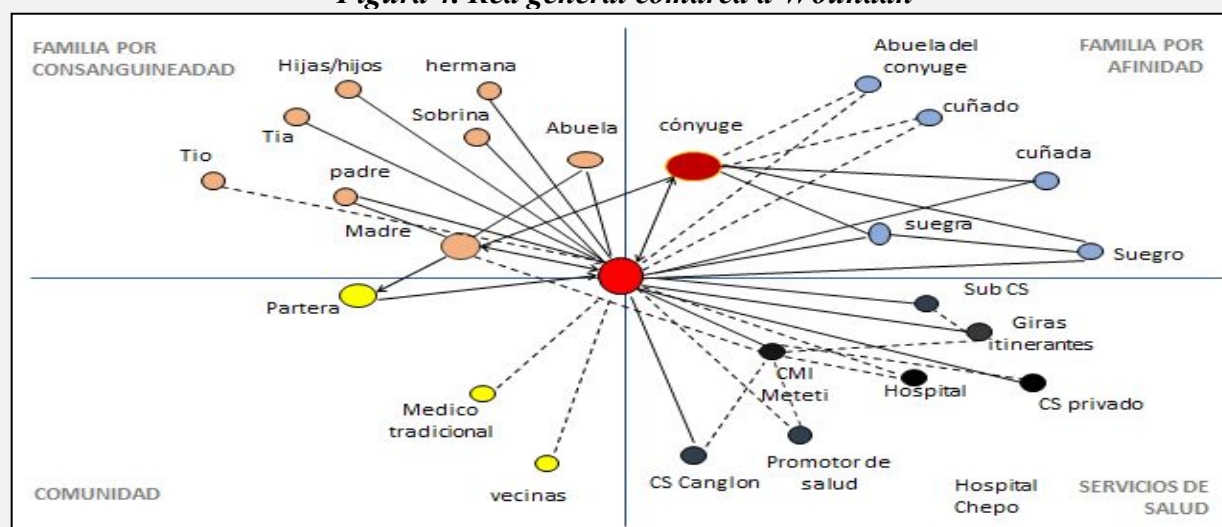


Figura 4. Red general comarca á-Wounaan



La red general incluye a todos los actores durante el embarazo, parto y puerperio. En el centro de este gráfico se ubica el ego (mujer) representada por un círculo rojo. Las rayas solidas representan interacciones entre dos actores mencionadas dos o más veces, y las rayas discontinuas hacia el ego representan interacciones que solo fueron mencionadas una vez y las rayas discontinuas entre actores representan recomendación para ir o búsqueda de apoyo. Las flechas corresponden a la dirección de la relación (por ejemplo la madre contacta y recomienda a la partera). El color rojo representa a los actores más importantes y los otros colores a la categoría en cada cuadrante.

Fuente: Rodríguez et al, 2014

Estos actores de la red social de influencia pueden clasificarse en dos grupos muy importantes: por un lado tenemos la red familiar y por otro los agentes de salud tradicionales.

Red familiar

En los gráficos podemos observar que existe un nivel de influencia ya sea de recomendación, consulta, apoyo y/o decisión directa en el amplio espectro de las relaciones familiares tanto consanguíneas como de afinidad, apuntando en ambos casos a la madre como la persona que más influye en las decisiones de la

hija respecto al uso de los controles prenatales y atención institucional del parto. Otros personajes importantes son el cónyuge y la abuela, teniendo el primero un rol tan decisivo como el de la madre en el caso de la comunidad Emberá.

Agentes de Salud Tradicionales

Los agentes de salud en cada una de las comarcas indígenas, son reconocidos en su autoridad y conocimientos y considerados esenciales en el cuidado de la salud para la comunidad. En cada una de las comarcas hay tres tipos de agentes de salud con funciones diferentes, pero que responden a su misma cosmovisión, cultura o su forma de entender la salud y enfermedad, que entienden se relaciona tanto con el espacio físico o terrenal como con el espiritual. Bajo esta concepción de salud y enfermedad, estos tres agentes de la salud son importantes para mantener un equilibrio adecuado entre el plano terrenal y el espiritual.

- **Médico Tradicional.** Es un especialista que cura a través de un profundo conocimiento del mundo natural y del mundo espiritual que animan el mundo natural. Son grandes conocedores de las propiedades de las plantas medicinales las cuales las usan en función a la relación que las plantas tienen con los espíritus que las animan. Son también grandes consejeros familiares para la salud-enfermedad y anticoncepción. Cada comarca le asigna un nombre distinto. Entre la población Ngäbe el nombre que recibe es “Kräga Bianga”. Para la población Guna este médico es llamado “Ina Dule” y para los Emberá, el médico tradicional es llamado médico botánico.
- **Guía Espiritual.** El segundo agente de salud es el médico espiritual llamado entre los Ngäbe, “Sukia”¹⁰ y su función principal como agente de la salud en la comunidad es la sanación de enfermedades espirituales, conocedor también de plantas medicinales. En la Comarca Guna Yala la representación de este médico espiritual es el “Nele”, reconocido también como una persona con grandes cualidades para la clarividencia y sanar enfermedades espirituales. En la Comarca Emberá Wounaan, el médico espiritual es llamado “brujo” y tiene grandes cualidades para sanar el espíritu e incluso para hacer brujería (maleficios). (Sánchez, 2009).
- **Partera** . Por último, otro agente de salud muy importante es la partera. En la Comarca NB se le llama “Ngibiaga”, en la comarca GY “Muu” y partera en la Comarca EW. Es una agente esencial en el momento último, antes del parto y durante el parto. La partera para la población Ngäbe sólo participa en el momento del parto y no es requerida durante los controles prenatales. En la comarca EW, la partera si participa antes del parto, pero sólo unos días antes para palpar la barriga y ver la colocación del bebé. Lo usual en todas las comarcas es que la partera sólo participe en el parto, pero cuando hay una complicación, antes, durante o después del parto es la agente de salud que deriva a otros lugares que considera puedan resolver.

¹⁰ El sueño en el esposo de una mujer embarazada Ngäbe es muy significativo y en ocasiones, dependiendo del sueño, el hombre recurre al Sukia para ser guiados en los cuidados a la mujer y al bebe. Si el hombre sueña con loro, luna, sol, estrellas, guacamaya, aves, radio en la mano, reloj, libro bonito, instrumento musical, es un sueño bueno. Sin embargo, si sueña con que una serpiente sube a la cama y se enrolla, eso significa que el niño tendrá espíritu de culebra, muy inteligente, pero necesitará de ciertos cuidados especiales. En este momento, el Sukia podrá ofrecer orientación sobre esos cuidados tanto al hombre como a la madre del/a niño/a. (Quintero, 1998)

La cantidad de personas de la red social que pueden involucrarse tiene implicaciones programáticas para el trabajo comunitario que deben ser tomadas en cuenta:

- Primero, señalan la necesidad de trabajar con toda la comunidad en las estrategias de sensibilización y comunicación del Plan de Parto.
- Segundo, indican la importancia de definir metodologías específicas para trabajar paralelamente de modo selectivo con algunos actores familiares tales como la madre y el cónyuge así como con los guías espirituales, los médicos tradicionales y las parteras.
- Tercero, señalan la importancia de que los servicios de salud en las Comarcas reconozcan estos agentes y se acerquen a los agentes de salud tradicionales como pares y aliados para ayudar en las actividades relacionadas al Plan de Parto, para ser actores de la salud y no solo receptores. Cuarto, señalan la importancia fundamental de que el MINSA incorpore en sus programas preventivos y de promoción a estos actores de una manera programática y de largo plazo.

Con respecto a estas observaciones es importante que se tome en cuenta que en las comarcas Ngäbe - Buglé y Emberá Wounaan existen ya organizados los comités de salud y en Guna Yala, existen los comités de ornato y limpieza. Estas estructuras organizativas pueden ser fortalecidas y servir como parte de la base comunitaria para la implementación del Plan de Parto, y de esta manera fortalecer la organización de la comunidad y el liderazgo de quienes conforman estas estructuras.

9. Definición de funciones de los actores de la demanda en el Plan de Parto

Cuadro 3: Resumen de Funciones de Actores de la Comunidad

ACTOR	FUNCION PARA PLAN DE PARTO
Las Autoridades Locales Indígenas	<p>Facilitar espacios de participación comunitaria para los temas de la salud materna-neonatal.</p> <p>Nombrar personas al CCPPT</p> <p>Difundir la información de salud en la comunidad y en las familias</p> <p>Alentar a las mujeres a acudir al control prenatal y de posparto y a recibir atención calificada durante el parto en la instalación de salud CONE Básico.</p>
Red Social: Familiar	<p>Aceptar y apoyar la decisión de la mujer para hacer uso del sistema de salud institucional</p> <p>Buscar y apoyar a la mujer en lograr un rápido traslado hacia la instalación de salud</p> <p>Acompañar a la mujer a la instalación de la salud</p> <p>Identificar posibles emergencias y actuar en consonancia en la búsqueda de ayuda eficaz.</p> <p>Apoyar a la mujer en sus exigencias de atención institucional de calidad y con respeto a lo acordado en el Plan de Parto</p>
Red social: Agentes de Salud tradicionales	<p>Debido a su aceptación cultural y social y sus conocimientos y experiencia, los agentes de salud tradicionales pueden ser consideradas aliados importantes para el apoyo social, y un vínculo positivo entre las mujeres, las familias y las comunidades, y el sistema nacional de atención de salud. Para el Plan de Parto sus funciones serán:</p> <p>Parteras Tradicionales:</p> <p>Alentar a las mujeres a acudir al control prenatal y de posparto y a recibir atención calificada durante el parto en la instalación de salud CONE Básico.</p> <p>Apoyar a las mujeres y los recién nacidos en el autocuidado y la observancia de</p>

recomendaciones (tratamiento, administración de suplementos, vacunación, visitas programadas, planificación de los embarazos y para situaciones de emergencia, planificación de la familia, alimentación del lactante, etc.)

Brindar apoyo social durante el parto y después de éste, ya sea como acompañante en el parto institucional o cuidando el hogar mientras la mujer está fuera de la comunidad;

Servir de vínculo entre las mujeres, las familias y las comunidades, y las autoridades y servicios locales de salud.

Médicos Tradicionales

Difundir la información de salud en la comunidad y en las familias

Alentar a las mujeres a acudir al control prenatal y de posparto y a recibir atención calificada durante el parto institucional

Guías Espirituales

Comunicarse con la partera, médico tradicional y autoridades en caso de conocer mujeres embarazadas.

Informar a las autoridades y al Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado si él o la bebe viene con una cualidad especial para que se lleve a cabo el ritual pertinente durante el embarazo y el parto.

Buscar de vincularse, relacionarse y contactarse para un trabajo integrado o al menos coordinado con los programas preventivos y de promoción de salud materna e infantil,

Organizaciones Comunitarias

Detectar en la comunidad quienes son las mujeres embarazadas y avisar al CCPPT.

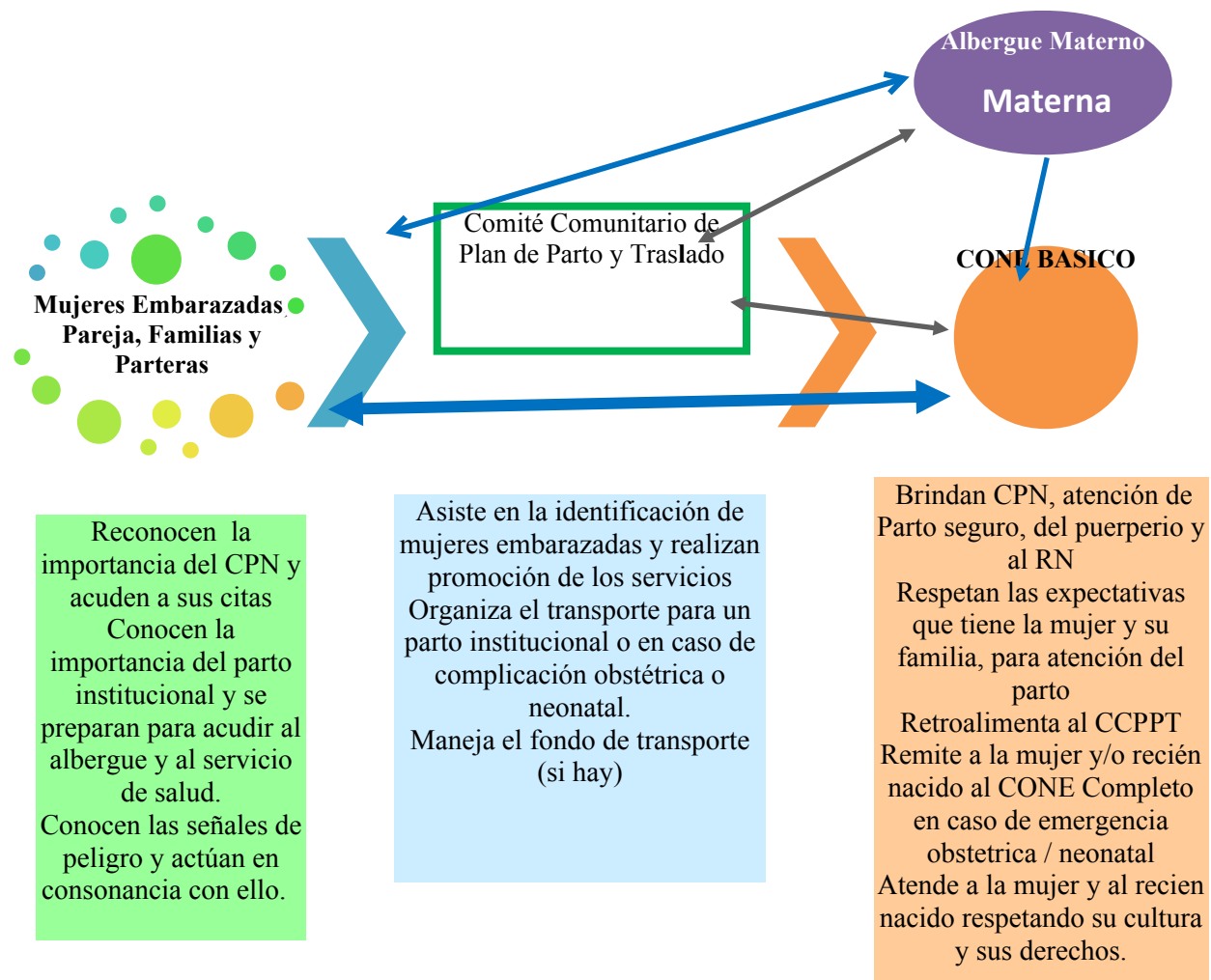
Alentar a las mujeres a acudir al control prenatal y de posparto y a recibir atención calificada durante el parto en la instalación de salud CONE Básico;

Apoyar en el traslado de la mujer embarazada en el momento del parto hacia la instalación CONE Básico.

C. Ruta Crítica del Plan de Parto

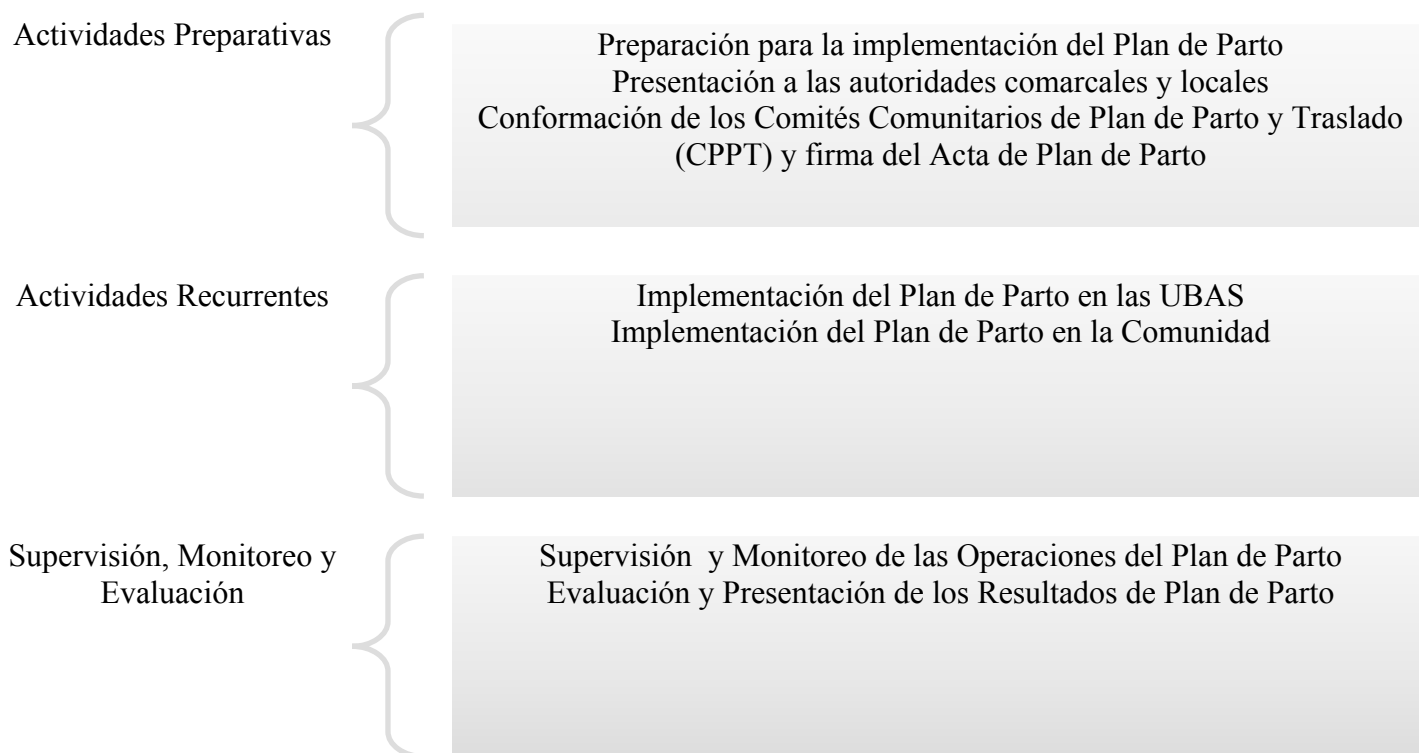
La salida de las mujeres de las comunidades para asistir a los servicios de salud requiere de diálogo entre los distintos grupos de actores, comunidad, CCPPT y personal de las instalaciones de salud. La Figura 5 muestra la ruta crítica del Plan de Parto resumiendo las interrelaciones de los actores y las líneas de decisión y responsabilidades que cumplen.

Figura 5: Ruta Crítica del Plan de Parto



VII. Operatividad del Plan de Parto

Para operativizar el Plan de Parto en una comunidad es necesario realizar 7 etapas organizadas en tres tipos de actividades: preparatorias, recurrentes y de supervisión, monitoreo y evaluación.



Etapas 1: Preparación para la Implementación del Plan de Parto

La primera Etapa del Plan de Parto consiste en que las autoridades de salud involucradas participen de acciones de capacitación a fin de conocer e involucrarse con el Plan de Parto y realicen las actividades preparatorias para asegurar que tengan los materiales y otros recursos necesarios para llevar el Plan de Parto a la comunidad. Contempla pasos a seguir y los actores involucrados con sus respectivas funciones a cumplir tal como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 4: Primera Etapa de preparación para la implementación del plan de parto en el MINSA de Panamá.

Primera Etapa: Preparación para la implementación del Plan de Parto en el MINSA de Panamá			
Unidad Organizativa	Actores	Funciones	Resultados/ Instrumentos
Paso 1: Conformación y capacitación de los equipos del MINSA Central y Regional para la implementación del Plan de Parto			
DIGESA y DPSS con el apoyo de UGSAF	DIGESA, DIPLAN, DPSS, DIPROM, DASI, UGSAF	Convocar y coordinar a las direcciones relevantes para conformar el Equipo de MINSA Central encargado de la implementación de la estrategia del Plan de Parto	Equipo central conformado Reuniones de planeación
Equipo del MINSA Central para la implementación del Plan de Parto	Equipo Capacitador sobre el Manual de Plan de Parto	Conformar el equipo del MINSA Regional para la implementación del Plan de Parto. Se debe asegurar que personas que hablen los idiomas indígenas conformen parte de este equipo.	Equipo regional conformado
		Elaborar el calendario de Capacitación al equipo del MINSA Central y Regional sobre el Manual del Plan de Parto	Plan Anual para el Plan de Parto
		Ejecutar las capacitaciones al equipo del MINSA Regional sobre el Manual del Plan de Parto y sobre la interculturalidad	Lineamientos Operativos y Manual de Capacitación de Plan de Parto
Paso 2: Selección de comunidades priorizadas para la implementación del Plan de Parto según criterios definidos en el Lineamientos Operativos de Plan de Parto			
Equipo del MINSA Central para la implementación del Plan de Parto	Equipos de las DRSS GY, NB, EW (Darién)	Organizar y realizar durante el taller de capacitación la selección de comunidades priorizadas para la implementación del Plan de Parto de acuerdo a los criterios definidos en los Lineamientos Operativos del Plan de Parto	Lineamientos Operativos y Manual de Capacitación/ Personal capacitado para implementar el Plan de parto. Comunidades seleccionadas para iniciar el Plan de Parto
Equipo del MINSA Regional para la implementación del Plan de Parto	DRSS GY, NB, EW (Darién)	Asistir y participar en el taller de selección de comunidades priorizadas para la implementación del Plan de Parto de acuerdo a los criterios definidos en el Manual del Plan de Parto	Selección de comunidades priorizadas.

Paso 3: Gestión de Fondos y Organización de las Capacitaciones de los miembros de los equipos de las UBA's para la implementación del Plan de Parto según la selección de comunidades priorizadas

Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera	Dirección ejecutiva, subdirección de salud, subdirección de adquisiciones y subdirección de finanzas	Definir y comunicar las directrices de solicitud de fondos para las capacitaciones sobre el Plan de Parto a las Direcciones Regionales	Directrices para la solicitud de fondos comunicados
		Recibir y procesar las solicitudes de fondos para las capacitaciones sobre el Plan de Parto	Fondos disponibles para los actores correspondientes
		Monitorear la disponibilidad de los recursos solicitados para las actividades de capacitación según fechas programadas y comunicar atrasos	
		Entregar los recursos solicitados para las actividades de capacitación sobre el Plan de Parto	Recursos entregados a la entidad ejecutora
Equipo del MINSA Central para la implementación del Plan de Parto		Monitorear que los equipos del MINSA Regional para la implementación del Plan de parto, soliciten los fondos a la UGSAF para las capacitaciones.	Solicitudes de fondos
		Supervisar el cumplimiento del calendario de actividades de capacitación y la calidad de las capacitaciones según los Lineamientos Operativos del Plan de Parto	Actividades cumplidas
		Evaluar los avances de la programación de capacitaciones y en casos de retrasos establecer cursos de acción con la UGSAF y/o los Equipos del MINSA Regional para la implementación del Plan de Parto.	Informes de avance de las actividades
Dirección Regional de Salud	Director y/o subdirector Regional de Salud	Aprobar el calendario de actividades de capacitación a los miembros de las UBAs sobre la implementación del Plan de Parto	Calendario de actividades aprobado.
		Aprobar las solicitudes de Fondos para las capacitaciones a los miembros de las UBAs sobre la implementación del Plan de Parto	Solicitudes de fondos aprobados.
Equipo del MINSA	SSR, EGS, EBS	Elaborar la programación de las capacitaciones sobre el Plan de Parto a	Cronograma de capacitaciones aprobadas

Regional para la implementación del Plan de Parto		los miembros de las UBAs de las comunidades priorizadas y solicitar su aprobación a la Dirección Regional de Salud	por la Dirección Regional de Salud
		Elaborar y enviar a la UGSAF, aprobadas por la Dirección Regional, las solicitudes de fondos para las capacitaciones sobre el Plan de Parto	Solicitudes de fondos enviados al UGSAF.
		Monitorear el estado de las solicitudes de fondos enviados a la UGSAF para las actividades de capacitación según fechas programadas y en casos de retrasos coordinar la reprogramación de las actividades	Fondos disponibles para las actividades.
		Coordinar las actividades de capacitación con los miembros de las UBAs de las comunidades priorizadas.	Planes de capacitación coordinadas.
		Ejecutar el calendario de actividades de capacitación y velar por la calidad de las capacitaciones según el Lineamiento Operativo de Plan de Parto	Capacitaciones ejecutadas.
Paso 4: Capacitaciones de los miembros de los equipos de las UBAS para la implementación del Plan de Parto según la selección de comunidades priorizadas			
UBAs de las comunidades priorizadas	Miembros de los Equipos de Gestión y Básicos de Salud	Seleccionar a los Promotores y Técnicos de Salud que replicarán la capacitación a sus pares.	
		Coordinar las actividades de capacitación con el Equipo del MINSA Regional para la implementación del Plan de Parto	Actividades de Plan de Parto programados
		Asistir y cumplir con el programa de capacitación sobre los Lineamientos Operativos del Manual de Plan de Parto	Lineamientos Operativos y Manual de Capacitación
		Preparar y desarrollar el programa de las asambleas comunitarias de Plan de Parto	Cronograma de Asambleas Comunitarias
		Desarrollar una base de datos de los miembros de los equipos comunitarios de salud activos e identificar nuevos actores que faciliten la implementación del Plan de Parto	Existencia de base de datos

Etapa 2: Presentación a las Autoridades Comarcales y Conformación de Comités Comunitarios de Plan de Parto

Esta etapa es de suma importancia porque es el momento en el cual se involucra a las autoridades comarcales para la implementación del Plan del Parto en sus comunidades. Es importante que en la etapa anterior se haya preparado materiales de fácil comprensión y se realice un diálogo con respeto a la cultura y cosmovisión indígena. Esta etapa inicia el diálogo entre la instancia de salud y la comunidad.

Cuadro N°5: Segunda Etapa de presentación del Plan de Parto por las Direcciones Regionales del MINSA a las Autoridades Comarcales y Locales.

Segunda Etapa: Presentación del Plan de Parto por las Direcciones Regionales del MINSA de Panamá a las Autoridades Comarcales y Locales			
Unidad Organizativa	Actores	Funciones	Resultados /Instrumentos
Paso 1: Presentación del Plan de Parto por las Direcciones Regionales del MINSA de Panamá a las Autoridades Comarcales			
Dirección Regional de Salud	Director y/o subdirector Regional de Salud y Equipo del MINSA Regional para la implementación del Plan de Parto	Coordinar con el Congreso General Comarcal una reunión de presentación del Plan de Parto como parte de la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas de salud.	Resultado: Consentimiento del Congreso General para la implementación del Plan de Parto. (verificada con acta de reunión)
		Presentar a las autoridades del Congreso Comarcal el Plan de Parto	
		Consensuar la implementación del Plan de Parto en la Comarca y la participación de las autoridades comarcales y comunitarias en su operación	
Congreso General Comarcal	Autoridades del Congreso General Comarcal	Coordinar con la Dirección Regional de Salud la reunión de presentación del Plan de Parto	Autoridades comarcales enteradas y con aprobación para implementación del Plan de Parto en la comunidad
		Participar en la reunión de presentación del Plan de Parto	
		Consensuar la implementación del Plan de Parto en la Comarca y la participación de las autoridades comarcales y comunitarias en su operación	
		Emitir comunicación a las autoridades locales sobre el consenso para la implementación del Plan de Parto	

Paso 2: Presentación del Plan de Parto a las Autoridades Locales			
UBA (ECS, EBS, EGS)	Coord. de DASI y/o el encargado de la UBA junto con el ECS	Coordinar con las autoridades locales reunión de presentación del Plan de Parto	Reunión de Presentación del Plan de Parto
		Presentar a las autoridades locales el Plan de Parto	
		Consensuar la implementación del Plan de Parto en la Comunidad y la participación de las autoridades locales en su operación	Participación activa de la comunidad en el Plan de Parto
UBA.	Autoridades Locales	Coordinar con la UBA la reunión de presentación del Plan de Parto	Apoyo por parte de las autoridades locales para el inicio de Plan de Parto. Convocatoria a asamblea comunitaria para conformar el Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado
		Participar en la reunión de presentación del Plan de Parto	
		Consensuar la implementación del Plan de Parto en la Comunidad y la participación de las autoridades locales en su operación	
		Emitir comunicación a los miembros de los ECS sobre el consenso para la implementación del Plan de Parto	
		Promover que los líderes tradicionales en salud (parteras y médicos tradicionales y otros actores claves) para que sean miembros del CCPPT.	
		Convocar la primera asamblea comunitaria para abordar temas de implementación del Plan de Parto	

Etapas 3: Conformación de los CCPPT, Firma del Acta de Convenio, Capacitación de los Comités

Esta etapa identifica, conforma y capacita a los actores directos que trabajarán en la implementación de Plan de Parto en las comunidades. Estos actores son los Comités Comunitarios de Plan de Parto y Traslado (CCPPT) cuyos integrantes deberán ser aprobados por la Comunidad. De ahí la importancia de haber cumplido con las expectativas de la etapa anterior a fin de que la escogencia sea eficaz.

Cuadro N° 6: Tercera Etapa de conformación y capacitación de los CCPPT

Tercera Etapa: Conformación y capacitación de los Comités Comunitarios de Plan de Parto y Traslado y Firma del Acta de Convenio

Unidad Organizativa	Actores	Funciones	Resultados /Instrumentos
Paso 1: Conformación de los Comités Comunitarios de Plan de Parto y Traslado			
UBA. (EBS, ECS, EGS)	Autoridades locales	Coordinar y participar en la primera asamblea comunitaria de Plan de Parto	
		Proponer y aprobar a los miembros integrantes del CCPPT	CCPPT conformado
		Promover la participación comunitaria en la implementación del Plan de Parto incluyendo la captación y traslado.	CCPPT trabajando
		Negociar los Términos del Acta de Plan de Parto con las Autoridades	Acta de Convenio de Plan de Parto (Anexo 01)
		Autorizar la operación del Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado en toda la comunidad incluyendo convocatorias.	Acta de Convenio de Plan de Parto (Anexo 01)
		Aprobar y suscribir el Acta de Convenio de Plan de Parto	Acta de Convenio de Plan de Parto (Anexo 01)
Dirección Regional de Salud	Director y/o subdirector Regional de Salud, Equipo del MINSA Regional para la implementación del Plan de Parto y/o Miembros de las UBAs capacitados sobre el Plan de Parto	Coordinar con las autoridades locales y la comunidad la primera asamblea comunitaria de Plan de Parto	
		Presentar a los miembros de los equipos comunitarios de salud y otros actores claves identificados para conformar el Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado y estar anuentes a incorporar otros actores que la comunidad proponga.	Acta de convenio de Plan de Parto (Anexo 01)
		Aprobar los miembros integrantes del Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado que la comunidad recomiende	Acta de convenio de Plan de Parto (Anexo 01)
		Suscribir el acta de conformación del Comité	Conformado el

		Comunitario de Plan de Parto y Traslado	Comité de Plan de Parto y Traslado
		Programar las capacitaciones del Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado	Contar con un cronograma de capacitaciones por UBAs, que implementaran el Plan de Parto en sus comunidades
		Promover la participación de la comunidad en la implementación del Plan de Parto	
		Establecer mecanismos de comunicación con el Congreso General Comarcal para informar los avances a nivel comunitario	Definido los mecanismos de comunicación y las fechas para informar de los avances
Dirección Regional de Salud	Director Regional de Salud y DASI	Mantener mecanismos de coordinación entre el MINSA Regional y el Congreso General sobre los avances a nivel comunitario de la implementación del Plan de Parto	Mecanismos de coordinación permanentemente operando
Equipos comunitarios de salud de las UBAs	Miembros de los Equipos comunitarios de salud de las UBAs	Participar en la primera asamblea del Plan de Parto	
		Apoyar a la comunidad en la identificación de nuevos actores claves para la implementación del Plan de Parto	CCPPTs conformados
		Conformar los Comités Comunitarios de Plan de Parto y de Traslado.	
Paso 2: Capacitación de los Comités Comunitarios de Plan de Parto y Traslado			
Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera	Dirección ejecutiva, subdirección de salud, subdirección de adquisiciones y subdirección de finanzas	Definir y comunicar las directrices de solicitud de fondos para las capacitaciones.	Directrices de solicitud de fondos diseminados.
		Recibir y procesar las solicitudes de fondos para las capacitaciones sobre el Plan de Parto.	Solicitudes de fondos procesados.
		Monitorear la disponibilidad de los recursos solicitados para las actividades de capacitación según fechas programadas a los ECS (Promotores/Técnicos de Salud)	Recursos disponibles
		Entregar los recursos solicitados para las actividades de capacitación de los equipos	Equipos del

		comunitarios sobre el Plan de Parto a los Equipos del MINSA Regional	MINSA regional cuentan con recursos.
Equipo del MINSA Central para la implementación del Plan de Parto	Miembros de la Dirección General de Salud, Dirección de Planificación, Dirección de Provisión, Dirección de Promoción y Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas	Monitorear que los equipos del MINSA Regional soliciten los fondos a la UGSAF para las capacitaciones, de los equipos comunitarios del Plan de Parto.	
		Supervisar el cumplimiento del calendario de actividades de capacitación y la calidad de las capacitaciones a los equipos comunitarios según el Manual de Plan de Parto	Cronograma de capacitaciones
		Evaluar los avances de la programación de capacitaciones a los equipos comunitarios y en casos de retrasos establecer cursos de acción con la UGSAF y/o los Equipos del MINSA Regional y las UBAs para la implementación del Plan de Parto.	Capacitaciones llevadas a cabo en base a programación.
Dirección Regional de Salud	Director y/o subdirector Regional de Salud	Velar por el cumplimiento de las funciones del Equipo del MINSA Regional y/o las UBAs para la implementación del Plan de Parto con los equipos comunitarios	
		Aprobar el calendario de actividades de capacitación a los miembros de los equipos comunitarios sobre la implementación del Plan de Parto	Calendario de capacitaciones aprobado.
		Aprobar las solicitudes de Fondos para las capacitaciones a los miembros de los equipos comunitarios sobre la implementación del Plan de Parto	Fondos aprobados
Equipo del MINSA Regional para la implementación del Plan de Parto y/o Miembros de las UBAs capacitados sobre el Plan de Parto	Miembros de los Departamentos de: Salud Pública, Planificación, Provisión y Promoción y las Coordinaciones de Asuntos Sanitarios Indígenas, Salud Sexual y Reproductiva, Niñez y Adolescencia. Miembros de las UBAs: Médico, Enfermera, Técnico de Enfermería,	Elaborar la programación de las capacitaciones sobre el Plan de Parto a los miembros de los equipos comunitarios de las comunidades priorizadas y solicitar su aprobación a la Dirección Regional de Salud.	Plan de capacitación
		Elaborar y enviar a la UGSAF, las solicitudes de fondos para las capacitaciones sobre el Plan de Parto a los equipos comunitarios, aprobadas por la Dirección Regional.	Solicitudes de fondos
		Monitorear el estado de las solicitudes de fondos enviados a la UGSAF para las actividades de capacitación a los equipos comunitarios según fechas programadas y en casos de retrasos coordinar la reprogramación de las actividades	
		Recibir los recursos solicitados para las actividades de capacitación a los equipos comunitarios sobre el Plan de Parto	Las autoridades regionales disponen de los fondos para implementar el

	Técnico en Saneamiento Ambiental o Educador para la salud, Nutricionista y conductor		Plan de Parto
		Coordinar las actividades de capacitación con los miembros de las CCPPT de las comunidades priorizadas.	
		Ejecutar el calendario de actividades de capacitación a los Comités Comunitarios de Plan de Parto y Traslado y velar por la calidad de las mismas según el Manual de Plan de Parto	Miembros de los Comités Comunitarios de Plan de Parto y Traslado, capacitados
		Evaluar los avances de la programación de capacitaciones y en casos de retrasos establecer cursos de acción con las autoridades locales, UBA's, la Dirección Regional de Salud, UGSAF y/o los Equipos del MINSA Central para la implementación del Plan de Parto.	
		Iniciar en la comunidad las operaciones del Plan de Parto y comunicar a las autoridades locales.	Plan de Parto se está implementando en las Comunidades.
UBAs de las comunidades elegibles	Miembros de los Equipos de Gestión de Salud	Coordinar las actividades de capacitación con el Equipo del MINSA Regional y los Equipos Básicos de Salud para la implementación del Plan de Parto con el Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado	Capacitaciones llevados a cabo
		Velar por el cumplimiento del programa de capacitación a los equipos comunitarios sobre el Manual de Plan de Parto	
		Monitorear a los miembros de los CCPPT que no han recibido la capacitación del Plan de Parto y programarla hasta completar todos los equipos en todas las comunidades priorizadas.	Todos los miembros de los CCPPT se encuentran capacitados.
		Entregar a los miembros de los CCPPT capacitados los materiales para la implementación del Plan de Parto.	Los CCPPT, cuentan con los materiales para las actividades de Plan de Parto
		Coordinar el inicio en la comunidad de las operaciones del Plan de Parto y comunicar a las autoridades indígenas locales.	Comunicación a las autoridades locales.
Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado	Promotores de Salud, Parteras, Monitoras de AIN-C, Auditores Sociales, Miembros del	Asistir y cumplir con el programa de capacitación sobre la implementación del Plan de Parto	Miembros del CCPPTs capacitados para el Plan de Parto

	Comité de Salud, Miembros de la JAAR's, Miembros de los Grupos Organizados de la Comunidad (GOSCI), Líderes comunitarios	Recibir y hacer buen uso de los materiales para la operación del Plan de Parto según el Manual	Materiales utilizados.
		Coordinar el inicio en la comunidad de las operaciones del Plan de Parto y mantener informado al Equipo Básico de Salud del inicio y avance de las operaciones.	Actividades de Plan de Parto llevados a cabo en la comunidad

Etapas 4: Implementación del Plan de Parto en los Servicios (Recurrente)

Esta es una etapa recurrente que tiene como objetivo fundamental promocionar el Plan de Parto, captar a la mujer embarazada para que participe del Plan de Parto y asegurar los recursos necesarios para ello.

Cuadro N°7: Cuarta Etapa de Implementación de las Operaciones del Plan de Parto.

Cuarta Etapa: Implementación de las Operaciones del Plan de Parto a nivel de los servicios de salud			
Unidad Organizativa	Actores	Funciones	Resultados / Instrumentos
Paso 1: Prestación de los servicios de la CPP asociados al Plan de Parto			
UBA	EBS	Llenar la ficha de Plan de Parto o revisar y completar las que estén parcialmente llenas	Ficha Mi Plan de Parto (Anexo 07)
		Captar a la mujer embarazada	Mujeres captadas
	EBS, ECS (actividades de promoción en los servicios)	Promocionar el Plan de Parto en las salas de espera y en la atención	Afiches de Plan de parto (Anexo 05)
		Actualizar la ficha de Plan de Parto en cada control prenatal	Ficha Mi de Plan de Parto (Anexo 07)
	EGS	Garantizar los recursos y materiales para el desarrollo de las actividades de los CCPPT: (Fichas de Plan de Parto con sus bolsas plásticas y Afiches de Plan de Parto, instrumentos de registro, materiales para capacitación).	Existencia de los recursos necesarios para la implementación (Anexos 05, 07, 09, 11)
Paso 2: Rendición de cuentas por la Prestación de los servicios de la CPP asociados al Plan de Parto			
Dirección Regional de Salud	DASI	Reportar la información de la implementación del Plan de Parto a los Congresos Locales y comarcales.	

Etapa 5: Implementación del Plan de Parto en la Comunidad (Recurrente)

En esta etapa los CCPPT son los actores fundamentales promoviendo el Plan de Parto en la comunidad y sirviendo de intermediario entre la comunidad y la instalación de salud para asegurar la salud de la mujer embarazada y el recién nacido/a.

Cuadro N°8: Quinta Etapa de Implementación de las operaciones de Plan de Parto por parte del CCPPT

Quinta Etapa: Implementación de las Operaciones del Plan de Parto por parte del Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado			
Unidad Organizativa	Actores	Funciones	Resultados / Instrumentos
Paso 1: Prestación de los servicios de los Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado			
ECS	Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado	Participar en la elaboración y mantener actualizado el Plan Comunitario de Traslados	Plan Comunitario de Traslados (Anexo 02)
		Diseminar información sobre el Plan Comunitario de Traslado en la comunidad	Plan Comunitario de Traslados (Anexo 02), Afiche Comunitario (Anexo 05)
		Referir a las mujeres embarazadas a las instalaciones de salud y/o al Promotor de Salud. Comunicar a la instalación cercana cuando una mujer está iniciando el trabajo de parto o en casos de emergencias obstétricas o neonatales	Plan Comunitario de Traslados (Anexo 02)
		Ayudar a la mujer y su familia en planear y usar la logística del traslado (cuidado de niños, obtención de transporte, etc.) acordada en el Plan de Parto	Plan Comunitario de Traslados (Anexo 02)
		Promover con la embarazada y su familia su ingreso al Plan de Parto	Mujeres captadas en el Plan de Parto/Registro Comunitario de Plan de Parto (Anexo 09)
		Servir de enlace de la comunidad con el EBS y el ECS	Buena comunicación entre las comunidades y los servicios
		Promover el uso del albergue materno	Mujeres y familia con información, donde acudir a esperar el parto institucional

UBA. de las comunidades focalizadas		Dar soporte y apoyo en la activación del Plan de Parto de cada mujer en la comunidad sea por parto o emergencia obstétrica neonatal.	
		Realizar visitas domiciliarias a embarazadas y neonatos	Registro Comunitario de Plan de Parto (Anexo 09)
		Comunicar con la UBA o ECS las necesidades de traslado	Plan Comunitario de Traslados (Anexo 02)
		Asegurarse que las embarazadas tienen completa la Ficha "Mi Plan de Parto"	Ficha, Mi Plan de Parto (Anexo 07)
		Registrar la información de la Embarazada en el Registro Comunitario de Plan de Parto	Registro Comunitario de Plan de Parto (Anexo 09)
	ECS	Iniciar el llenado de la Ficha de Plan de Parto de la Mujer con la mujer embarazada (Completando solo los renglones iniciales generales de datos de filiación)	Ficha, Mi Plan de Parto (Anexo 07)
		Reuniones por lo menos cada 6 meses con los CCPPT	Reuniones de Plan de Parto
		Apoyar al CCPPT a planear sus actividades educativas relacionadas al Plan de Parto	Planes de actividades en las comunidades.
		Actualizar el Registro de Embarazadas de la UBA	Libro de registros de la instalaciones de salud
		Asegurar que el CCPPT tiene los materiales educativos adecuados	Materiales y folletos disponibles.
		Realizar actividades educativas sobre Plan de Parto en la Comunidad	Afiche Comunitario (05) y la Ficha “Mi Plan de Parto” (Anexo 07)
		Dar consejería a las puérperas en la importancia del control postnatal y la atención al recién nacido (incluyendo señales de peligro)	Más mujeres atienden el control postnatal
		Realizar capacitaciones para el CCPPT cada dos meses.	Capacitaciones del CCPT realizadas
	Paso 2: Rendición de cuentas de la Prestación de los servicios por los Comités Comunitarios y de Traslado		
Comité Comunitario de Plan de Parto y	Comité Comunitario de Plan de Parto y	Informar por lo menos mensualmente las actividades de Plan de Parto en el Congreso u otros espacios de la comunidad.	Autoridades y población informada de las

Traslado	Traslado (CCPT)	actividades y progreso del Plan de Parto
----------	-----------------	--

Etapa 6: Supervisión y Monitoreo de las Operaciones de Plan de Parto (Recurrente)

Comprende tres estadios de diferentes niveles de supervisión. Desde la comprobación en situ del nivel de ejecución del Plan de Parto hasta la verificación del cumplimiento de las metas del Plan de Parto. En esta etapa ligada a la comprobación de cumplimiento se supervisa también el grado de conocimiento de los actores involucrados en los diferentes niveles de ejecución así como la existencia o no de materiales suficientes para que realicen su trabajo.

Cuadro N° 9: Sexta Etapa de Supervisión de las operaciones del Plan de Parto

Sexta Etapa. Supervisión de las Operaciones del Plan de Parto			
Unidad Organizativa	Actores	Funciones	Instrumentos/Resultados
Paso 1: Supervisión de las Operaciones del Plan de Parto que realizan los Comités Comunitarios			
UBA	EBS y ECS	Revisar el Registro Comunitario de Plan de Parto.	Plan Comunitario de Traslado (Anexo 02).
		Indagar si hay evidencia de las actividades realizadas	
		Verificar si el CCPPT está capacitado.	CCPPT capacitado.
		Verificar si el Registro Comunitario de Plan de Parto está actualizado	Registros debidamente actualizados
		Comprobar si hay materiales para las actividades	Materiales disponibles in situ para las actividades.
		Comprobar que el CCPPT tiene todo organizado para los traslados.	Plan Comunitario de Traslados vigentes (Anexo 02).
		Reforzar los conocimientos y habilidades que deben tener para implementar el Plan de Parto en la Comunidad	Manual de capacitación, Afiche Comunitario de Plan de Parto (Anexo 05) y otros.
		Revisar que el CCPPT está promocionando y refiriendo al Albergue Materno o a las CAMs	Utilización de AMs y CAMs.
		Comprobar si el CCPPT está	Mayor utilización de

		promocionando la utilización de métodos anticonceptivos con las embarazadas	métodos anticonceptivos
Paso 2: Supervisión por parte de los Equipos del MINSA Regional de las Operaciones del Plan de Parto que realizan las UBAs			
Dirección Regional de Salud	Coordinación de SSR, Coordinación de Monitoreo y Evaluación,	Comprobar que las UBAS disponen de información actualizada de Plan de Parto	Lineamientos Operativos de Plan de Parto, Manual de Capacitación de Plan de Parto
		Verificar el cumplimiento de las actividades y metas	Reportes revisados
		Verificar y comprobar el uso apropiado de los materiales	Reportes revisados
		Reforzar los conocimientos y habilidades clave de los equipos de las UBAS para implementar el Plan de Parto.	Lineamientos Operativos de Plan de Parto, Manual de Capacitación de Plan de Parto
Paso 3: Supervisión por parte de los Equipos del MINSA Central de las Operaciones del Plan de Parto que realizan los Equipos Regionales			
DIGESA, Dirección de Provisión de Servicios y Dirección de Planeación	DIGESA (SSR), Provisión de los Servicios de Salud (Monitoreo y Evaluación)	Verificar el cumplimiento de las actividades y metas relacionadas al Plan de Parto.	Reportes verificados.

Etapas 7: Evaluación y Reporte de los Resultados del Plan de Parto (Recurrente)

Esta etapa se relaciona con los indicadores de proceso y resultados y consiste en analizar su nivel de cumplimiento. Esta evaluación se inicia en los Equipos Comunitarios, se consolidan a nivel de UBAS, regional y luego nacional. Contempla asimismo la presentación de los resultados de la evaluación a las comunidades y diferentes instancias institucionales para la toma de decisiones.

Cuadro N° 10: Séptima Etapa de Evaluación de las Operaciones del Plan de Parto

Séptima Etapa: Evaluación de las Operaciones del Plan de Parto			
Unidad Organizativa	Actores	Funciones	Resultado/ Instrumentos
Paso 1: Evaluación por parte de las UBAS de las Operaciones del Plan de Parto que realizan los Equipos comunitarios basada en los indicadores del Plan de Parto			

UBA.	EGS	Verificar y registrar que existen las Actas de conformación de los CCPPT	Actas de Convenio de Plan de Parto
		Verificar y registrar la existencia de los Planes de Parto Comunitario de Traslado y la Guía de Supervisión Comunitaria	Lista de Chequeo para la Visita a los CCPPT
		Revisar los libros de parto de las instalaciones de CONE Básico, reportes mensuales de Plan de Parto para obtener la información de cada uno de los indicadores.	Resumen Mensual del Plan de Parto
		Construir los indicadores de procesos y resultados del Plan de Parto	Lineamientos Operativos de Plan de Parto (Capítulo X)

Paso 2: Evaluación por parte de los Equipos del MINSA Regional de las Operaciones del Plan de Parto que realizan las UBAS basada en los indicadores del Plan de Parto

DRSS	EGS	Consolidar los informes de las UBAS para crear un informe que compare los indicadores de las diferentes áreas.	Informes consolidados
	Director Regional, Sub-directora	Analizar los datos de monitoreo y evaluación con los Coordinadores de Provisión, de SSR, DASI y Promoción.	Datos analizados
		Enviar análisis al MINSA Central de los informes, conclusiones del plan de acción.	Reportes analizados e planes de acción realizados.

Paso 3: Evaluación por parte de los Equipos del MINSA Central de las Operaciones del Plan de Parto que realizan los Equipos Regionales basada en los indicadores del Plan de Parto

DIGESA (SSR), DPSS (M&E), DIPLAN, DASI, DIPROM	Equipo del MINSA Central para la implementación del Plan de Parto	Consolidar los informes de las Regiones para crear un informe para comparar los indicadores de las diferentes Regiones.	Informes consolidados
--	---	---	-----------------------

Paso 4 : Presentación de resultados evaluados del Plan de Parto a la Comunidad

U.B.A.	EBS, EGS,ECS, CCPPT	Realizar una reunión del Congreso Local para compartir los resultados de Plan de Parto y otros aspectos de la implementación de la Estrategia CONE a nivel local cada trimestre.	Autoridades locales y población enterados de los avances del Plan de Parto
		Asegurar que la reunión promueva la participación para que la comunidad presente sus percepciones, opiniones y sugerencias del Plan de Parto	Obtener aportes de la comunidad para mejorar las actividades del Plan de Parto

Paso 5 : Presentación de los resultados evaluados del Plan de Parto a las UBAS			
DRSS	Director Regional, Sub-Director y EBS, EGS, ECS , Coordinadores de SSR, Promoción y Asuntos Indígenas	Presentar los resultados del Plan de Parto durante reuniones periódicas de Evaluación de la Estrategia CONE a nivel regional para los funcionarios del MINSA.	Presentaciones de Plan de Parto a nivel regional.
Paso 6 : Presentación de resultados evaluados del Plan de Parto a las Regiones de Salud			
Equipo del MINSA Central para la Implementación del Plan de Parto	Representantes de DPSS (Mon. y Eval),DIGESA,DIPLAN,DIPROM , DASI, UGSAF	Elaborar presentaciones sobre los resultados de las evaluaciones y presentarlos anualmente en alguna de las reuniones semestrales sobre el Avance de la Estrategia CONE a nivel nacional.	Presentaciones del Plan de Parto a nivel nacional
Paso 7: Presentación de resultados evaluados del Plan de Parto a las Autoridades Comarcales			
MINSA-DIGESA	Representantes de DPSS (Monitoreo y Evaluación),DIGESA,DIPLAN,DIPROM, DASI, UGSAF	Compartir los resultados del Plan de Parto en reuniones Anuales sobre el Avance de la Estrategia CONE a Nivel Nacional.	Presentaciones del Plan de Parto a Nivel Nacional en Reuniones Periódicas sobre el Avance del Plan de Parto

VIII. Sistema de Información

El sistema de información es uno de los aspectos relevantes para el **Plan de Parto**, en la medida que permite la generación de información actualizada y oportuna a través de informes de calidad, al alcance de las instancias tomadoras de decisión. Las variables sobre las cuales se ejercerá seguimiento constante y sistemático son las relacionadas con la identificación, captación y registro de la población meta durante las visitas domiciliarias mensuales o durante las sesiones individuales de consulta con la mujer ya sea sola o acompañada por quien ella decida y que pueden ser realizadas en una instancia de salud u otro lugar determinado de la comunidad que asegure total privacidad. En todo caso como parte del proceso de implementación se irán identificando y definiendo con el Departamento de estadísticas de Salud los mejores datos que operativicen estas variables de identificación, captación y registro que se agregarán a los sistemas de información existentes del MINSA.

A. Ficha “Mi Plan de Parto”, Formularios y Reportes

Ficha “Mi Plan de Parto”

Este instrumento debe ser registrado y completado por el personal de salud del Equipo Básico de Salud de preferencia durante el control prenatal (ya sea itinerante o en red fija) o en otra oportunidad de contacto con la mujer; pudiendo apoyar al inicio con algunos registros el personal comunitario (ECS o CCPPT) solo anotando los datos generales de filiación de la mujer embarazada; pues debe ser completada por el EBS por las responsabilidades y compromisos que implica.

Registro Comunitario de Plan de Parto (Anexo 09)

Este instrumento es llenado por el personal comunitario capacitado, en donde se registran todas las mujeres embarazadas de la comunidad, con o sin atención prenatal. El llenado tiene dos momentos, el primero es inmediatamente después de haberse iniciado el llenado de cada Ficha de Plan de Parto por el EBS hasta la columna de fecha probable de parto. El segundo momento es luego del parto, cuando la mujer ya tiene la ficha de Plan de Parto completa, lo que este registro se actualiza con cada mujer que se anota con su Ficha de Plan de Parto completa. Sirve para el reporte mensual y como insumo para los indicadores que evalúan la efectividad de la estrategia (pues gran parte de la efectividad de la estrategia se basa en tener Planes de Parto Completos – Fichas Completas - que concluyen con un Parto Institucional). Su instructivo de llenado se encuentra en el Anexo 10. En las comunidades de EEC se pueden incorporar las preguntas de este Registro que se consideren necesarias en el registro de embarazadas.

Resumen Mensual de Plan de Parto (Anexo 11)

Este reporte lo elabora mensualmente la persona responsable de Plan de Parto del establecimiento de salud (puesto o centro) y representa el consolidado cuantitativo de todas las comunidades con Plan de Parto que demandan sus servicios. Es importante que al momento de elaborarlo, el/la encargado/a en la instalación de salud, tenga a la mano las metas de las comunidades a trabajar con Plan de Parto y las

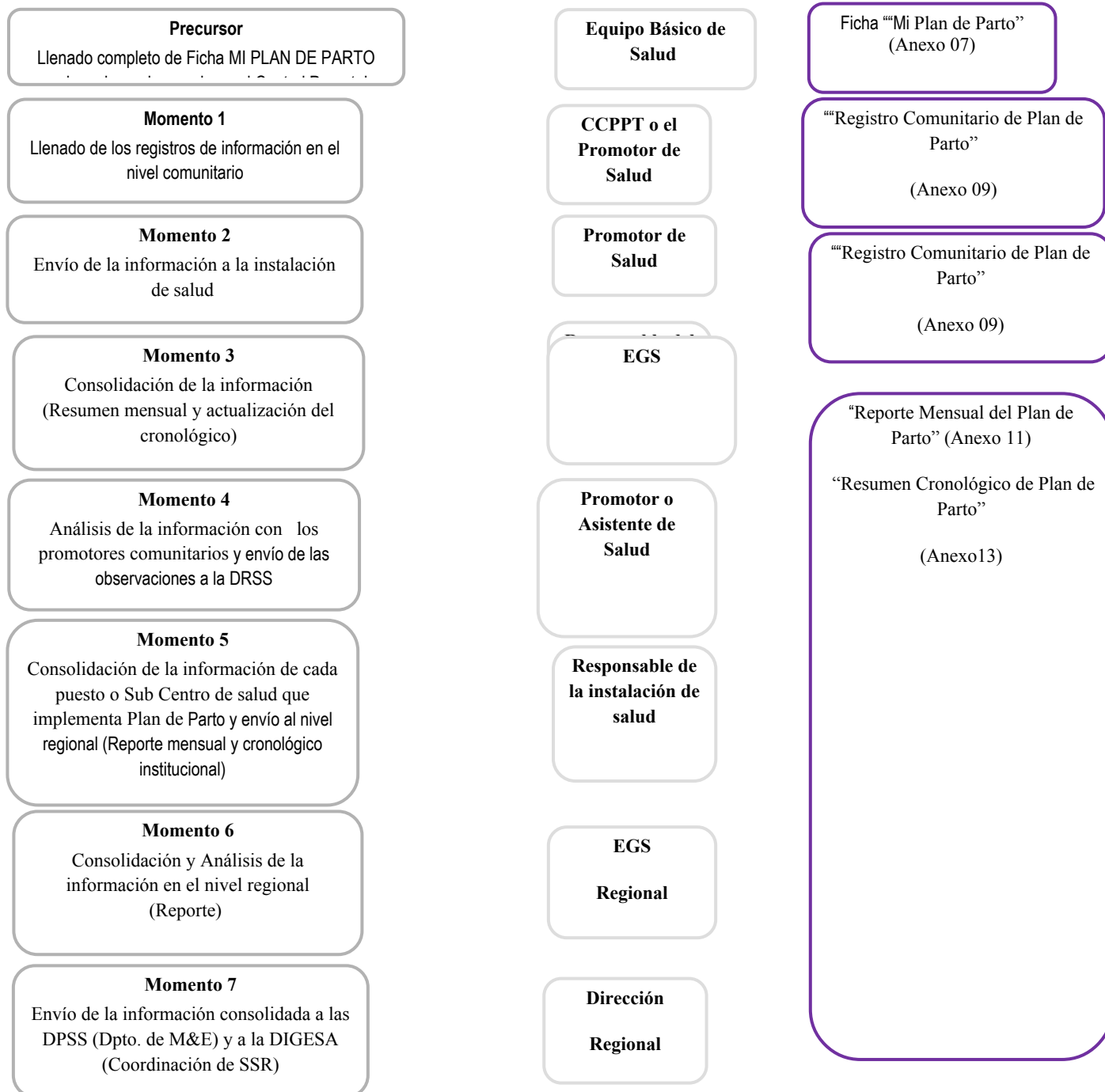
Guías de Visita de acompañamiento aplicadas en las comunidades. Su instructivo de llenado se encuentra en el Anexo 12. Este reporte se integraría a los reportes actualmente en uso, solo agregando los ítems del Plan de Parto.

Resumen Cronológico de Plan de Parto (Anexo 13)

Este instrumento muestra la progresión temporal mes a mes, trimestre por trimestre en una año determinado de las variables contenidas en el Reporte Mensual del Plan de Parto. Registra los resultados de los consolidados mensuales de todo un año, contiene las mismas variables y casillas que el Reporte Mensual de Plan de Parto (1 por cada mes) y hace cortes cada 3 meses. Su instructivo de llenado se encuentra en el Anexo 14. Este reporte se integraría a los reportes actualmente en uso, solo agregando los ítems del Plan de Parto.

B. Flujo de información

El siguiente diagrama muestra el flujo de la información señalando los responsables y los formularios correspondientes. **Momento**



i. Precursor

El Equipo Básico de Salud completa totalmente la Ficha “Mi Plan de Parto” de cada mujer embarazada”

(Anexo 07). Nota: el personal comunitario solo puede iniciar el llenado anotando datos generales de filiación de la mujer, o de medios de transporte desde la comunidad o de instalación de salud prevista para el parto institucional. NO COMPLETA LA FICHA, este llenado le compete al Equipo Básico de Salud.

ii. Primer momento

El personal comunitario en base a lo anterior (Fichas Completadas por el EBS) anota a todas las embarazadas con Fichas Completas en el “Registro Comunitario de Plan de Parto” (Anexo 09).

iii. Segundo momento

El personal comunitario envía a la UBA correspondiente, una vez al mes, los formatos llenados del “Registro Comunitario de Plan de Parto”. (Anexo 09)).

iv. Tercer momento

El EGS consolida la información contenida en el “Registro Comunitario de Plan de Parto” en el “Reporte Mensual de Plan de Parto” y con esta información, va actualizando el “Resumen Cronológico de Plan de Parto”.

v. Cuarto Momento

El Promotor de Salud o Asistente de Salud haciendo uso de la información consolidada realiza una reunión mensual con los CCPPT para analizar la información en conjunto y realizar las recomendaciones necesarias para la buena marcha de la intervención, anotándolas en el cuadro “Observaciones” del Reporte Mensual del Plan de Parto y lo envía al Centro de Salud.

vi. Quinto Momento

En el Centro de Salud, él o la responsable del Equipo Básico de Salud (EBS) o la persona que se asigne para dar seguimiento a la intervención, consolida la información del “Reporte Mensual Institucional de Plan de Parto”, de cada Puesto de Salud o Sub Centro de Salud en el que se esté implementando la intervención. Esta información se entrega a la Unidad Regional mensualmente una vez que ha sido analizado y se comparte mensualmente en los consejos técnicos.

vii. Sexto Momento

Los responsables de darle acompañamiento al nivel de coordinación regional, consolidan todos los “Reportes mensuales institucionales de Plan de Parto” de cada una de las Unidades Básicas de Salud en las que se implementa la intervención. Analizan la información comparándola con la producción de servicios, metas y compromisos de gestión del nivel regional con el propósito de medir el avance y resultados. Durante las reuniones con los equipos de áreas brindan retroalimentación sobre la estrategia.

viii. Séptimo Momento

La información analizada, es enviada a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud del Nivel Central con copia al Departamento de Monitoreo y Evaluación y a la Dirección General de Salud (Coordinación de SSR).

Para que se logre un efectivo registro de las actividades desde los niveles comunitarios, pasando por los niveles locales (UBAs), Nivel Regional, hasta el Nivel Central del MINSA, se hace necesaria la capacitación del personal en todos los niveles en el llenado de los formatos y registros de información. Esta capacitación debe realizarse de forma paralela a las capacitaciones que se brindarán al personal para la aplicación de la estrategia de Plan de Parto en las comunidades.

De la asignación adecuada de los/as responsables del llenado de cada instrumento y de un entendimiento claro de los flujos de información y la periodicidad de envío de estos reportes, dependerá el éxito de la valoración de los indicadores definidos para monitorear y evaluar la implementación del Plan de Parto.

IX. Monitoreo y Supervisión

El monitoreo o supervisión consiste en la observación periódica de uno o más parámetros de una estrategia, que permite obtener la información necesaria para conocer su avance y realizar ajustes en la ejecución de la misma. El Plan de Parto se monitorea y supervisa mediante dos técnicas complementarias: 1) la revisión sistemática de los datos del sistema de información y 2) las visitas de acompañamiento para observar las actividades de Plan de Parto en el campo.

A. Registro y reporte mensual de actividades

En la Sección VIII y en el Flujo de Información descrito arriba se indica que los responsables de las UBAs tienen la responsabilidad de asegurar que el Plan de Parto se esté llevando a cabo adecuadamente. Esto implica analizar la información en conjunto con los otros ejecutores (los Promotores de Salud y con los CCPPT).

B. Visitas de supervisión/acompañamiento

Las visitas de acompañamiento son de apoyo técnico, de momento de formación y no sólo de supervisión. Su propósito es apoyar a los equipos locales y comunitarios en el desarrollo de las actividades pertinentes a la implementación y seguimiento del Plan de Parto en la comunidad y en las instalaciones de salud a cargo de los Equipos Básicos de Salud, así como verificar el cumplimiento de la programación de actividades y sus metas, la existencia y uso apropiado de los insumos, el funcionamiento de los comités y las destrezas del personal en la ejecución de las actividades.

El acompañamiento se brindará a dos niveles: de la Dirección Regional a las UBAs y de las UBAs al Equipo Comunitario del Plan de Parto.

1. Dirección Regional supervisa a las UBAs

La visita del nivel regional a las UBAs tiene el propósito de fortalecer la competencia técnica del Equipo Básico de Salud para garantizar la implementación de la estrategia y su funcionamiento.

Durante la visita de acompañamiento, el equipo de la DRS comprobará que se tiene la información actualizada de las actividades de Plan de Parto, verificará el cumplimiento de la programación de actividades y sus metas y la existencia y uso apropiado de los insumos.

Para cumplir con esta actividad de acompañamiento, el equipo dispondrá de una guía (Anexo 16) que le permitirá comprobar el cumplimiento de las actividades, e ir analizando con el equipo su cumplimiento o no y discutir propuestas para mejorar. Un aspecto a resaltar será verificar que los expedientes clínicos de las embarazadas cuenten con la Ficha de Plan de Parto.

Al final de la visita de acompañamiento, el equipo de la Dirección Regional de Salud se reúne con el equipo de área y le presenta los principales hallazgos, resaltando los elementos que facilitan el éxito del Plan de Parto, animándolos a continuar realizando y fortaleciendo los aspectos positivos. También presentan, como oportunidades para mejorar, las dificultades identificadas y se proponen alternativas de solución reales de acuerdo a las condiciones del establecimiento de salud y de la red.

Estas visitas de acompañamiento técnico, se deben realizar periódicamente cada 3 meses, previa coordinación entre las autoridades regionales con las autoridades locales.

2. La UBA supervisa al CCPPT y los ECS

La supervisión y acompañamiento de la UBA hacia el CCPPT tiene como propósito brindarles el apoyo técnico personalizado en la realización de las actividades comunitarias y en la utilización adecuada de los instrumentos destinados para el registro y reporte de la información, para que estas se ejecuten de la forma propuesta en el Plan de Parto.

El acompañamiento se debe realizar a través de:

- Entrevistas a los miembros del equipo comunitario de Plan de Parto, utilizando la guía destinada para este propósito.
- Observación del desempeño del personal comunitario en las visitas a las embarazadas o puérperas.
- Revisión de los instrumentos destinados al registro de las actividades de Plan de Parto incluyendo el Registro Comunitario de Plan de Parto. Las actividades específicas de la supervisión y acompañamiento se encuentran en la Etapa 6 de la sección de Operatividad.

La retroalimentación al CCPPT se brinda de forma continua, con cada actividad programada se aprovecha para aclarar las dudas y al final de cada visita de acompañamiento se reúne con los miembros del CCPPT presentándoles los principales hallazgos, resaltando los elementos que facilitan el éxito del Plan de Parto, animándolos a continuar realizando y fortaleciendo los aspectos positivos. También presentan, como oportunidades para mejorar, las dificultades identificadas y se proponen alternativas de solución reales de acuerdo a las condiciones del establecimiento de salud.

X. Evaluación

La evaluación es un proceso sistemático, que usa como insumos los datos del monitoreo para construir indicadores que pueden determinar si se están obteniendo los resultados esperados. La evaluación del Plan de Parto a nivel local deberá realizarse mensualmente por el personal de los establecimientos de salud, con el objetivo de identificar y revertir oportunamente situaciones no deseadas en las mujeres embarazadas, puérperas y recién nacido, en relación a los propósitos del Plan de Parto.

A. Indicadores para el Monitoreo y la Evaluación del Plan de Parto

1. Indicadores de proceso

- Número de comunidades elegibles que tienen el Acta de Convenio de Plan de Parto (Anexo 01) y el Plan Comunitario de Traslado (Anexo 02).
- Número de mujeres trasladadas por los CCPPTs, desglosado por razón del traslado (control prenatal, parto institucional, emergencias).

2. Indicadores de producto

- Porcentaje de mujeres embarazadas de las Comarcas con Plan de Parto.
- Porcentaje de mujeres embarazadas de las Comarcas trasladadas por los CCPPTs, desglosado por razón del traslado (control pre-natal, parto institucional, emergencias).
- Porcentaje de mujeres embarazadas de las Comarcas con Plan de Parto que acuden a un Albergue Materno o en el caso de Guna Yala a una CAM.

3. Indicadores de resultado

- Porcentaje de mujeres con Plan de Parto que tuvieron su primer control pre-natal en las primeras 12 semanas de gestación.
- Porcentaje de mujeres con Plan de Parto que asistieron a 4 controles prenatales.
- Porcentaje de mujeres con Plan de Parto que tuvieron parto institucional.
- Porcentaje de mujeres con Plan de Parto que utilizan un método anticonceptivo 3 meses después del parto.

La definición, la fuente y la construcción de estos indicadores de Plan de Parto, se encuentra en el Marco del Monitoreo y Evaluación en el Anexo 17.

B. Recolección y Análisis de la Información de Evaluación

Los datos para la construcción de estos indicadores se obtienen de los instrumentos y reportes consolidados presentados en el acápite anterior y en las estadísticas recogidas por los sistemas de información del MINSA, incluyendo el sistema de información del EEC y EFC. Los reportes consolidados presentados en la Guía de Instrumentos y Reportes deben de ser anexados a los informes presentados por los EGS.

Los indicadores se basan en información de producción de servicios a ser recolectadas de forma continua. Es importante que estas sean analizadas y discutidas en conjunto con el personal de los EGS,

EBS y ECS y presentadas tanto a los niveles superiores del MINSA como a las comunidades. El Capítulo VI. Operatividad del Plan de Parto describe las actividades de evaluación del Plan de Parto en la sección Etapa 7.

XI. Financiamiento y Auditoría

A. Financiamiento para el Plan de Parto¹¹

Los fondos para los insumos y recursos necesarios para la implementación del Plan de Parto se incorporan en los presupuestos de las Regiones de Salud. Estos incluyen recursos recurrentes de capacitación, materiales, transporte y otros gastos relacionados con el desplazamiento del personal de salud.

A Nivel Central del MINSA se requiere presupuestar para imprimir las Fichas de la Mujer, “Mi Plan de Parto” y los Afiches Comunitario de Plan de Parto. También será necesario imprimir los formularios y los formatos de reportes.

B. Auditoría Financiera del Plan de Parto

La auditoría financiera y técnica del Plan de Parto se incluirá como un componente integral de la auditoría de la Estrategia de Fortalecimiento de los Servicios de Atención Primaria en Salud y de la Estrategia de CONE.

¹¹ Al momento de entregar este documento se encuentra desarrollando una consultoría sobre Fondos Comunitarios relacionado a la financiación de traslados. El resultado de esta consultoría deberá ser integrado a este documento.

XII. Referencias Bibliográficas

- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2013. “Asuntos de Familia. Un estudio cualitativo sobre las redes sociales de apoyo durante el embarazo y parto en Panamá”(Inédito). Panamá
- Campbell, MR. Graham, W. (2006) “Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group” 368: 1284–99.
- Gaceta Oficial N° 19. Noviembre de 1983. Ley N° 22. “Ley por la cual se crea la comarca EMBERA de DARIEN”. 8 de noviembre de 1983, 976, 17 de enero de 1984.
- Gaceta Oficial N° 23, marzo de 1997. Ley N° 10 “Ley por la cual se crea la comarca Ngöbe-Buglé. Instituto conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud. 2009. “Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER)”. Panamá.
- MINSA, 2012. “Provisión del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud Fortalecido con AIN-C (PAISS+N) y Protección a la Salud de Poblaciones Vulnerables (PSPV) a través de Unidades Básicas de Atención”. Reglamento Operativo
- MINSA. 2013. “Situación de Salud de Panamá”. República de Panamá
- MINSA. 2014. “Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales” (en prensa, ca 2014)
- ODM, 2012. “Informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio” Perú.
- Quintero, B. 1998. “Ni Jutda Ngöbe nunadi kóre (El Pueblo Ngöbe vivirá por siempre). Visión del mundo y movimientos sociales en la sociedad Ngöbe (Guaymí) de Panamá.” Tesis de licenciatura en Antropología. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México D.F
- Sánchez Saavedra, K.E. 2009. “Migración Transfronteriza indígena. Los Emberá y Wounán en Jaqué, Darién”. . Tesis de Maestría. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Costa Rica
- UNICEF 2012. “Guía de transversalización de la interculturalidad en proyectos de desarrollo: Salud, higiene y protección contra la violencia”. Bolivia.

XII. Anexos: Materiales e Instrumentos

Anexo 01. Acta de Convenio de Plan de Parto

Ministerio de Salud -- MINSA



En la _____[comunidad] de la Comarca _____, siendo las _____ a.m./p.m. del día _____ del mes de _____ del año _____ se llevó a cabo la Reunión de Conformación del Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado con las autoridades de _____[comunidad].

La reunión se desarrolló cumpliendo la debida convocatoria y con la participación de las personas en la lista adjunta.

Se acordó que, a partir de la fecha, las personas listadas conforman el Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado (CCPPT).

Nombre	Cédula	Cargo dentro del equipo

El Ministerio de Salud representado por(Director Regional o su delegado) explicó que las acciones a ser llevadas a cabo con el fin de reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil y la desnutrición crónica se realizarán en respeto de las culturas y prácticas tradicionales indígenas. El MINSA se compromete a respetar la autonomía, las costumbres y los idiomas indígenas y de trabajar en estrecha colaboración con las autoridades locales.

La Comunidad acordó colaborar con el MINSA en asegurar que las mujeres embarazadas de la comunidad sean trasladadas oportunamente a las instalaciones de salud para sus cuidados prenatales, partos normales y emergencias relacionadas al embarazo o parto, incluyendo emergencias de los recién nacidos.

Nombre, Cargo y Firmas:

MINSA, DRSS

Autoridad Local [Especifique cargo]

Lista de participantes de la Asamblea General Comunitaria

Nombre	Nombre

Anexo 02: Plan Comunitario de Traslado de Mujeres Embarazadas y Recién Nacidos

Plan Comunitario de Traslado de las Mujeres Embarazadas y Recién Nacidos

1. Nombre de la Comunidad y Comarca:

2. Instalación de Salud a la cual Corresponde (nombre y dirección)

3. Nombres de miembros que conforman el Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado:

- ---
- ---
- ---
- ---
- ---
- ---

4. Traslado en caso de emergencias Madre Niño/a

Horas:

Costo:

Descripción de cómo será el traslado:

Ayuda a proporcionarse por la comunidad:

5. Traslado para partos

Tiempo estimado:

Costo aproximado:

Descripción de cómo será el traslado (medios de transporte específico):

Ayuda a proporcionarse por la comunidad:

6. Traslado por cuidados pre-natales

Horas:

Costo:

Descripción de cómo será el traslado:

Ayuda a proporcionarse por la comunidad:

7. A qué persona dentro de la comunidad deben acudir cuando una mujer embarazada, parturienta o recién nacido necesita trasladarse a la instalación de salud

1. Nombre: _____

No. de teléfono celular _____

2. Nombre: _____

No. de teléfono celular: _____

8. Existe un fondo comunitario para el traslado de mujeres en emergencia:

- Si
- No

9. ¿Quién maneja el fondo comunitario para el traslado de emergencias?

Nombre: _____

Cargo: _____

Contacto:

10. Contacto con la instalación de Salud

Anexo 03: Instructivo Plan Comunitario de Traslado de las Mujeres Embarazadas y Recién Nacidos

Plan Comunitario de Traslado de las Mujeres Embarazadas y Recién Nacidos

El presente instrumento es de utilidad para asegurar que los mecanismos para trasladar a las mujeres están claros. Permite identificar tanto las unidades de salud donde deben referirse a las mujeres embarazadas y recién nacidos así como el apoyo de la comunidad para cada tipo de traslado. Se realiza durante la capacitación de los miembros del equipo del Comité Comunitario del Plan de Parto y Traslado (CCPPT) y Equipo Comunitario de Salud (ECS) y sirve para establecer un acuerdo entre los miembros del CCPPT sobre cuáles son los medios de transporte a utilizarse para los controles prenatales (CPN), partos y para las emergencias y que apoyo brindarán.

1. *Nombre de la Comunidad y la Comarca:* Escriba el nombre con el que es reconocida la comunidad y el nombre de la comarca a la que pertenece.
2. *Instalación de Salud a la cual Corresponde (nombre y dirección):* Registre el nombre del establecimiento de salud donde corresponde ser atendida la mujer o niño que son trasladados y lugar donde se encuentra.
3. *Nombres de miembros que conforman el Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado (CCPPT):* Escriba nombres y apellidos de las personas de la comunidad que conforman el equipo de traslado.

4. Traslado en caso de emergencias (madre/niño)

Esta sección está destinada para el registro de las mujeres que presentan una complicación obstétrica o de un recién nacido con una complicación neonatal, que son trasladados a una instalación de salud por el CCPPT. En esta sección se registra:

Tiempo aproximado: Anotar el tiempo en horas, que se encuentra la comunidad de la instalación por el medio de transporte a utilizarse en caso de emergencias.

Costo: Anote el estimado de dinero, que requiere la paciente y/o el acompañante para llegar a la instalación de salud y recibir atención.

Descripción de cómo será el traslado: Anote los medios de transporte a utilizar en casos de emergencias con toda la especificidad posible. (Ejemplo: Lancha del Sr. Juan Gómez)

Ayuda a proporcionarse por la comunidad: Redacte brevemente cómo la comunidad apoyará a la mujer o al recién nacido y su familia en el caso de una complicación obstétrica o neonatal. Detalle, por ejemplo, quien cuidará a los niños, quien se hará cargo de los animales domésticos, dónde se alojará una vez sea dada de alta.

5. Traslado para partos normales

En esta sección se registra información sobre cómo van a llevar a la mujer para el parto normal.

Tiempo aproximado: Anote el tiempo en horas que se encuentra la comunidad de la instalación de salud que le corresponde.

Costo: Anote el estimado de dinero que requiere la embarazada y/o el acompañante para llegar a la instalación de salud o al albergue materno.

Descripción de cómo será el traslado: Anote los medios utilizar para el traslado señalando a quien se debe acudir para lograrlo con toda la especificidad posible (la lancha del Sr. Luis Fernández).

Ayuda a proporcionarse por la comunidad: Redacte brevemente cómo la comunidad apoyará a una mujer embarazada para que acuda a la atención institucional del parto.

6. Traslado por cuidados pre-natales

Tiempo aproximado: Anote el tiempo en horas que se encuentra la comunidad de la instalación de salud que le corresponde por el medio de transporte que se usará en casos de cuidados prenatales.

Costo: Anote el estimado de dinero que cuesta el traslado en términos del costo de combustible u otros gastos normalmente requeridos.

Descripción de cómo será el traslado: Anote que medios se utilizarán con la mayor especificidad posible.

Ayuda a proporcionarse por la comunidad: Redacte brevemente cómo la comunidad apoyará a la mujer embarazada para que acuda al control prenatal.

7. A qué persona dentro de la comunidad deben acudir cuando una mujer embarazada, parturienta o recién nacido necesita trasladarse a la instalación de salud:

En esta sección, puede anotarse más de una persona, dependiendo de cuantas personas son reconocidas en la comunidad.

Nombre: Nombre y apellidos completos

No. de teléfono celular: Aquí se registra el número de teléfono celular de las personas del CCPPT y/o otras personas que ayudarán con el traslado.

8. Existe un fondo comunitario para el traslado de mujeres en emergencia: Aquí debe marcar con una X, según corresponda

Si _____ No _____

9. Anote el nombre, cargo y el número del teléfono fijo y celular para poder contactarlo rápidamente en caso de emergencia.

10. Contacto Instalación de Salud: Anote el número de teléfono con el cual se puede localizar el Centro de Salud, preferentemente el teléfono fijo junto con el celular del responsable de implementar el Plan de Parto en dicha instalación.

Anexo 04: Estrategia de Cambio de Comportamiento para el Plan de Parto

Objetivo	Población objetivo (interlocutores)	Sub estrategias/canales de comunicación	Material	Voceros (Promueven, difunden)
Movilizar a la comunidad para realizar las actividades de apoyo a la mujer embarazada, incluyendo servir como enlace entre la comunidad y la instalación de salud.	Comunidad en general Líderes comunitarios (Sáhilas) Parteras	Promoción en: <ul style="list-style-type: none"> • Espacios de socialización comunitaria (redes) • Congreso de la mujer • Visitas domiciliarias 	Volante de sensibilización a la comunidad para que contribuyan con el Plan de Parto (contiene información básica)*	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Comunitario de Plan de Parto • Parteras
Informar sobre el Plan de Parto de la mujer y cuándo estar alertas para actuar en caso de señales de peligro o el momento del parto	Familia Comunidad en general	<i>Comunicación cara a cara</i> durante las visitas domiciliarias	Afiche – Plan de parto comunitario y señales de peligro	<ul style="list-style-type: none"> • Parteras • Promotores • Gira itinerante
Coordinar y mantener presentes las acciones claves relacionadas al traslado de la mujer embarazada, la importancia de los cuidados del embarazo y la existencia de un mecanismo para el traslado Establecer firma del Acta y convenio de Plan de Parto.	Autoridades comunitarias Comunidad organizada Equipo de salud Comunitario	Participación en reuniones para mantener el tema vigente en las agendas de: <ul style="list-style-type: none"> • la comunidad organizada –comités, Congreso, redes equipo de salud 	“Plan de parto Comunitario” – tamaño oficio con copia para la comunidad y la Unidad Básica de Atención (UBA).	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Comunitario de Plan de Parto

		<ul style="list-style-type: none"> • Congreso local 		
Facilitar el seguimiento del Plan de Parto decidido por la mujer, a través de los acuerdos de apoyo que el personal de salud brindará para que la atención sea oportuna, de calidad y según las expectativas y solicitudes acordadas.	<p>La mujer, su pareja y familia</p> <p>Personal de salud</p>	Comunicación cara a cara. Consejería durante las citas de atención pre natal	Ficha de la mujer – tamaño oficio con copia para la mujer, la UBA y el Equipo Comunitario de Salud.	<p>Personal de la instalación de salud</p> <p>Gira itinerante</p>
Informar a la mujer como ella se puede cuidar posparto (PF, Lactancia Materna, Cuidados posparto para ella y para el recién nacido)	Mujer embarazada	<p>Comunicación cara a cara (consejería) durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citas de atención pre natal • Albergue Materno • Instalación de salud 	Trifolio: “En el momento después del parto”	<p>Personal de salud</p> <p>Parteras</p> <p>Promotores</p> <p>Gira itinerante</p> <p>Personal Albergue Materno</p>
<p>Revisar que los planes de parto se realicen conforme a lo acordado.</p> <p>Motivar a las mujeres</p>	Comunidad en	<p>Promoción en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mercados • Radios locales 	Mensajes claves para medios alternativos	<p>Líderes de redes comunitarias</p> <p>Locutores</p>

embarazadas para que formen parte del Plan de Parto lo más tempranamente posible al igual que su 1er control prenatal .	general	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidad organizada • Instalaciones de Salud 		Formadores de opinión comunitarios Congreso
---	---------	--	--	--

Anexo 05: Afiche Comunitario de Plan de Parto

Plan de Parto

de nuestra comunidad: _____

Atención antes del parto



Se acerca el parto



¿Dónde?



Transporte



Hamaca

Caballo

Lancha

Carro

Avión

Caminando

Apoyo de la comunidad organizada



Durante el embarazo



Dolor de cabeza o zumbido de oídos

Inflamación de manos, cara y pies

Convulsiones o ataques



Sangrado

Fiebre

Secreciones vaginales con mal olor

Después del parto



Sangrado

Fiebre

Secreciones vaginales con mal olor

Durante el parto



El bebé asoma otra cosa que no es la cabeza



Sangrado

Placenta no sale o placenta retenida

En el recién nacido o nacida



Nació moradillo

Nació flojito

Convulsiones o ataques

No puede mamar

Firma de la comunidad _____

MINSA

Afiche Comunitario de Plan de parto para la Comarca Emberá-Wounaan



Plan de Parto

de nuestra comunidad:

Atención antes del parto



Se acerca el parto



¿Dónde?



Transporte



Apoyo de la comunidad organizada



Durante el embarazo



Durante el parto



Después del parto



En el recién nacido o nacida



Firma de la comunidad

MINSA



En el marco del Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (BID 2543/OC-PK) y la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (BID G87/HS-13114-PK)

Anexo 06: Instructivo para el llenado del Afiche Comunitario de Plan de Parto

¿Para qué sirve el afiche del Plan de Parto en la comunidad?

Es un material para coordinar entre los líderes comunitarios y el personal de salud el parto de las mujeres de la comunidad, evitando la demora en identificar el problema y la toma de decisión para el traslado, así como la demora en llegar a la instalación de salud.

¿A quién va dirigido?

El afiche va dirigido a líderes comunitarios y personal de salud que se coordinan para facilitar la forma de trasladar a la mujer embarazada a la instalación de salud para su parto, por una emergencia obstétrica o por emergencia del recién nacido.

¿Cómo se elabora?

El afiche contiene cinco franjas entre las que se muestran las alternativas que la mujer embarazada ha decidido para su parto y otras que son las opciones que existen en la comunidad para coordinar el traslado a la instalación de salud.

También se incluyen dos cuadros que informan de las señales de peligro por las que la mujer o recién nacido deben ser trasladados a una instalación de salud inmediatamente

En el afiche se notan una especie de cadenas que indican que cada aspecto a coordinar en el Plan de Parto Comunitario está enlazado con el anterior y el siguiente. Esto significa que en este plan es importante incluir todos los aspectos para tener un plan completo y bien coordinado, así evitar cualquiera de las dos demoras.

En la parte de abajo se incluye un espacio en blanco en donde va la firma de la comunidad y del MINSA, esto demuestra el firme compromiso para contribuir a que se cumpla el plan comunitario coordinado en beneficio de la salud de la mujer en la atención prenatal, durante el parto y en el puerperio, y la del recién nacido.

Ficha “Mi Plan de Parto para la Comarca Guna Yala”

Ficha “Mi Plan de Parto” para la Comarca Emberá-Wounaan

<p>¿Qué método de planificación familiar usaré después del parto?</p> <p>Yo voy a tomar medicina tradicional</p>		<p>Me olvidará:</p> <p>Familiar</p> <p>Pariente</p> <p>Personal de salud</p>		<p>¿Mi parto será en:</p> <p>Su casa</p> <p>Centro de Salud</p> <p>Paritorio de salud</p> <p>Hospital</p>		<p>Yo ahorro para el costo de mi parto</p> <p>El costo será de:</p>		<p>¿Cómo pienso salir de atención de mi parto?</p> <p>Campano</p> <p>Alcorno</p> <p>Carro</p> <p>Castro</p> <p>Hermano</p>		<p>¿Quién cuidará a mis hijos de mi niño recién nacido?</p> <p>Otra persona de mi comunidad</p> <p>Algunos de mi familia</p> <p>Mi esposa</p>		<p>Me acompañará:</p> <p>Amigos/parientes</p> <p>Familiar</p> <p>Momdo/Abuelo</p> <p>Pariente/madre</p>		
<p>I. ¿Cómo prepararse antes del parto?</p>														
<p>III. Señales de peligro del embarazo</p> <p>Dolor de cabeza o zumbido de oídos</p> <p>Convulsiones o ataques</p> <p>Fiebre</p> <p>Información de manos, cara y pies</p> <p>Sangrado</p> <p>Secreciones vaginales con mal olor</p>			<p>IV. Señales de peligro durante el parto</p> <p>Señales de peligro del bebé que acaba de nacer</p> <p>El bebé asoma otra cosa que no es la cabeza</p> <p>Nació morado</p> <p>Nació flojo</p> <p>Sangrado</p> <p>Convulsiones o ataques</p> <p>No puede mamar</p> <p>Placenta no sale o placenta retenida</p>			<p>V. Señales de peligro después del parto</p> <p>Señales de peligro de la madre</p> <p>Sangrado</p> <p>Fiebre</p> <p>Secreciones vaginales con mal olor</p>			<p>Salud</p> <p>Mi Plan de Parto</p> <p>No. de expediente</p> <p>Información de datos básicos:</p> <p>Mi nombre es: _____</p> <p>Mi tipo de sangre es: _____</p> <p>Mi comunidad es: _____</p> <p>Mi corregimiento es: _____</p> <p>Mi fecha probable de parto es: _____</p> <p>La fecha de mi control prenatal es: _____</p> <p>Nombre del Técnico o Promotor de la Comunidad: _____</p> <p>Nombre de la persona que realiza la captación: _____</p> <p>Tiempo de llegada a la instalación donde se atenderá el parto: _____</p> <p>BID En el marco del Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (BID 2563/OC-PN) y la Iniciativa Salud Mesoamérica 2016 (BID GRF/NE-13114-PN)</p>					

Ficha de “Mi Plan de Parto” para el Area Ngabe-Bugle

Anexo 08: Instructivo para el llenado de la Ficha “Mi Plan de Parto”

La ficha de Plan de Parto es un instrumento diseñado para facilitar y guiar el proceso de negociación de las actividades relevantes de Plan de Parto con la mujer y su familia. Permite al personal de las Unidades Básicas de Salud (UBAS) y a los miembros del equipo de Plan de Parto capacitados apoyar a las embarazadas y a su familia en la planificación de la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, para poder tomar decisiones de manera oportuna que permitan que el embarazo, parto y puerperio sean lo más seguro para la mujer y el recién nacido. Esta ficha es llenada en el momento de la captación por el personal de salud de UBAS o en la comunidad por el Equipo Básico de Salud (EBS) y será actualizado cada vez que la mujer asista a su atención prenatal, o en visita domiciliaria del EBS. Se llenarán 2 fichas, una se le entrega a la embarazada y una copia queda en el expediente de la embarazada en el establecimiento de salud.

A. Datos Básicos (Llenada por el personal de Salud)

Número: Se deberá anotar el número de expediente que el establecimiento de salud asigna a cada usuaria. Si la captación la realiza un miembro del equipo de plan de parto este espacio deberá dejarlo sin llenar. Cuando la embarazada acuda al establecimiento de salud el personal debe revisar y actualizar este dato y registrar de acuerdo a lo establecido.

Mi nombre es: Escriba los nombres y apellidos de la embarazada.

Mi edad es: Escriba la edad en años cumplidos de la embarazada.

Mi tipo de Sangre es: Registre el tipo de sangre de la mujer, verificado por examen de laboratorio o en el expediente anterior.

Mi Comunidad es: Escriba el nombre de la comunidad donde reside habitualmente la embarazada.

Mi Corregimiento es: Escriba el nombre del corregimiento donde reside habitualmente la embarazada.

Mi Fecha Probable de Parto es: El personal de salud, tomando en cuenta la fecha de última menstruación debe calcular y registrar la fecha probable de parto y escribirla de forma clara por ejemplo: 12 de marzo de 2014 y explicar claramente a la embarazada que es una **PROBABILIDAD** y no una CERTEZA

Las fechas de mis Controles Prenatales son:

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

En el primer cuadro registre la fecha del control prenatal al momento de la captación. Debe hacer el registro con lapicero. En el cuadro 2 se anota la fecha de la cita para el control subsecuente y debe hacer el registro con lápiz. Al acudir a su cita se borra esta fecha y se registra con lapicero. Este procedimiento se repite para los siguientes controles prenatales.

Nombre del técnico o promotor comunitario:

Escriba el nombre y apellidos del técnico o promotor de la comunidad de la cual procede la embarazada, este dato puede obtenerlo de la embarazada o de los registros del establecimiento de salud.

Nombre de la persona que realiza la captación:

Escriba el nombre y apellido de la persona que inicia el llenado de la ficha de plan de parto.

Tiempo de llegada a la instalación de salud donde se atenderá el parto:

Tiempo calculado para trasladarse de su casa al Centro de Salud que corresponde para su atención.

Fecha del llenado completo y nombre claro del miembro del EBS que lo llenó con su firma / sello:

Escriba con letra clara la fecha y el nombre – apellido de la persona del EBS que completa el llenado de la ficha de Plan de Parto, firma y sello.

Fecha de la Actualización (si correspondiera por algún cambio) con nombre claro del miembro del EBS que lo actualizó con su firma/ sello:

Escriba con letra clara la fecha y el nombre – apellido de la persona del EBS que actualiza la ficha de Plan de Parto, firma y sello

B. Sección Mi Plan de Parto

Es el seguimiento que la embarazada hace de su embarazo y en esta actividad debe participar la pareja y la familia. Permite estar pendiente de las citas subsecuentes. Le ayudará a planificar sus actividades en función de la asistencia en búsqueda de atención.

¿Cómo prepararse antes del parto?

Contiene toda la información relativa al Plan de Parto. Durante la captación la información que se recoge es la que la mujer ofrece sin mediar ningún proceso de convencimiento, en los controles o visitas posteriores se establece un proceso de convencimiento de las actividades claves que aparecen en esta sección. Cada número que aparece por debajo de la ilustración corresponde a un control prenatal, en este se debe marcar con una X la decisión tomada por la mujer, de modo que permita ver como progresa el Plan de Parto a lo largo del embarazo.

Me acompañará:

Esta parte de la ficha tiene 4 ilustraciones, debajo de cada ilustración se encuentra seis cuadros numerados, cada uno representa una visita al control prenatal (CPN), marcar con una X, debajo de la ilustración que representa a la persona que quiere le acompañe. Por ejemplo, si en la primera visita expresa que quiere que sea su pareja quien la acompañe, marcará con una X, en el cuadro 1 debajo de la ilustración que dice marido/pareja. En cada CPN se debe preguntar sobre este dato y actualizarlo, puede suceder que cambie de opinión en algún momento y debe quedar consignado en la ficha.

¿Quién cuidará a mis hijos, casa o animales cuando llegue el momento del parto?: Marque con una “X” el cuadro correspondiente al número de la visita debajo de la figura ilustrativa que corresponda a la persona/as que planea la mujer le cuidarán sus hijos, familia y animales domésticos.

¿Cómo pienso salir de mi comunidad para la atención de mi parto, o en caso de una complicación mía o de mi niño recién nacido?:

Encierre en un círculo el nombre o la forma de transporte, que aparece debajo de las ilustraciones, que utilizará para llegar al establecimiento de salud para la atención de su parto o ante cualquier complicación relacionada con este.

Yo ahorro para mi parto

En el recuadro **“El costo de mi traslado será”** Debe anotarse el costo estimado en cuanto a la movilización al establecimiento de salud más cercano.

En el recuadro “Voy a necesitar fondo comunitario” se debe registrar Si o No

Mi Parto será en:

Esta parte de la ficha tiene ilustraciones de: Hospital, Centro de Salud y Casa, debajo de cada ilustración se encuentra seis cuadros numerados, cada uno representa una visita al CPN), marcar con una X, en el cuadro debajo de cada ilustración (correspondiente al número de visita a CPN) las preferencias por el lugar donde atender su parto, expresadas por la mujer en cada CPN-. Si en la primera visita la mujer expresa su decisión de

tener un parto domiciliario, motive a la mujer en cada visita para que su parto sea atendido en un establecimiento de salud. Esta sección es importante, para lograr cambios, debe quedar consignado en la ficha.

Me atenderá:

Esta parte de la ficha tiene ilustraciones de: Personal de Salud, Partera y Familiar, debajo de cada ilustración se encuentra seis cuadros numerados, cada uno representa una visita al CPN, marcar con una X, en el cuadro debajo de cada ilustración (correspondiente al número de visita a CPN) las preferencias expresadas por la mujer en cada CPN acerca de quien desea le atienda en el parto. Si en la primera visita la mujer expresa su decisión de ser atendida por alguien diferente al personal de salud, motívela en cada visita para que su parto sea atendido en un establecimiento de salud. Esta sección es importante, para lograr cambios y debe quedar consignado en la ficha.

Yo voy a tomar mi medicina tradicional

Esta sección está dirigida a fomentar el respeto por las tradiciones de las comunidades en lo relacionado a la atención del parto. Se utilizará por el personal de las UBAS y por el equipo de Plan de Parto para brindar información sobre los cambios en la atención que se están llevando a cabo en las instalaciones de salud.

¿Qué método de planificación familiar (anticoncepción) usaré después del parto?

Encierre en un círculo la figura que representa el método que la mujer y su pareja planean usar después de terminar el embarazo. El personal de salud debe asegurar que haya recibido consejería de calidad para que la mujer acepte el método y mantenga el uso.

SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO

Esta parte de la ficha contiene una serie de SEIS ilustraciones que reflejan las señales de peligro del embarazo, útil para que el personal de las UBAs y del equipo de Plan de Parto brinde información a la mujer, pareja y su familia sobre este tema y la importancia de buscar ayuda ante esta situación. Si la mujer presenta alguna de las complicaciones que aparecen en las ilustraciones, encierre en un círculo el texto de la complicación por ejemplo:

SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL PARTO

Esta parte de la ficha contiene TRES ilustraciones que reflejan las señales de peligro durante el parto, útil para que el personal de las UBAs y del equipo de Plan de Parto brinde información a la mujer, pareja y su familia sobre este tema y la importancia de buscar ayuda ante esta situación. Si la mujer presenta alguna de las complicaciones que aparecen en las ilustraciones, encierre en un círculo el texto de la complicación por ejemplo:

SEÑALES DE PELIGRO DEL BEBE QUE ACABA DE NACER

Esta parte de la ficha contiene CUATRO ilustraciones que reflejan las señales de peligro durante el parto, útil para que el personal de las UBAs y del equipo de Plan de Parto brinde información a la mujer, pareja y su familia sobre este tema y la importancia de buscar ayuda ante esta situación. Si el recién nacido presenta alguna de las complicaciones que aparecen en las ilustraciones, encierre en un círculo el texto de la complicación por ejemplo:

SEÑALES DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO

Esta parte de la ficha contiene TRES ilustraciones que reflejan las señales de peligro en el post parto, útil para que el personal de las UBAs y del equipo de Plan de Parto brinde información a la mujer, pareja y su familia sobre este tema y la importancia de buscar ayuda ante esta situación. Si la mujer presenta alguna de las complicaciones que aparecen en las ilustraciones, encierre en un círculo el texto de la complicación por ejemplo:

Me voy al Albergue Materno (Esta sección va estar incluida en la ficha correspondiente a donde hay Albergues y/o CAMs en el caso de Guna Yala.

Es recomendable que las mujeres que viven en comunidades de difícil acceso, esperar su parto cerca del establecimiento de salud. En este sentido los albergues maternos constituye una importante alternativa, los miembros de los EBS y los miembros del Comité Comunitario del Plan de Parto y Traslado (CCPPT) deben promover su utilización.

Si la mujer toma la decisión de utilizar el albergue materno para la espera de su parto, debe registrar la fecha en que planea llegar al albergue materno, para eso utiliza la hoja del calendario de la ficha del Plan de Parto, anotando en la parte superior el mes y en la parte donde aparecen los números marcará el día que planea llegar al albergue materno.

Otras Necesidades o Aspectos o Compromisos planteados / solicitados por la mujer a la Oferta UBA Red fija para la atención del parto:

Anexo 09: Registro Comunitario de Plan de Parto



Unidad Básica de Atención:			Comunidad:			Instalación de Salud:								
Período de Reporte:														
No. de Casa	Nombres y Apellidos*	Inicio del plan de parto			Resultados del plan de parto									
		Fecha de inicio del plan de parto	¿Ha recibido atención pre-natal?		Fecha probable de parto	¿Dónde fue atendido su parto?			¿Recibió atención puerperal en una instalación de salud?		¿Utiliza un método anticonceptivo?		¿Fue trasladada por el CCPPT?	
			Si	No		Instalación de salud	Casa	Otro	Si	No	Si	No	Si	No

*Marcar con un asterisco en la parte externa de la fila del nombre de la mujer que ya tiene más de 60 días postparto o que se fue de la comunidad.

Nombre del personal comunitario: _____ Cargo: _____

Nombre del responsable de la Unidad de Salud: _____

Anexo 10: Instructivo para el Llenado del Registro Comunitario de Plan de Parto

Este **Registro Comunitario De Plan De Parto** lo llena el personal comunitario capacitado y sirve para registrar a todas las mujeres embarazadas de la comunidad, con o sin control prenatal (CPN). Se llena inmediatamente después de haberse iniciado el llenado de la ficha de Plan de Parto (Plan de Parto de la mujer) por el Equipo Básico de Salud (EBS) anotando hasta la columna que dice “fecha probable de parto”. Cuando el embarazo termine se llenarán las otras casillas. Este registro se actualiza con cada mujer que se anota que tiene su Ficha de Plan de Parto Completa. Una mujer sale del registro cuando haya cumplido 60 días después del parto, marcando un asterisco a la par del nombre de la mujer que ya cumplió los 60 días postparto.

Datos generales:

UBA: anotar el nombre de la Unidad Básica de Atención al que pertenece la comunidad y establecimiento de salud

Comunidad: anotar el nombre de la comunidad donde se implementa el Plan de Parto.

Instalación de salud: anotar el nombre del establecimiento de salud (puesto, Sub Centro o Centro) al cual pertenece la comunidad en la cual se elabora el registro comunitario de plan de parto.

Periodo de Reporte: anotar el periodo en el cual estará vigente el registro, se recomienda actualizar año con año, por ejemplo julio 2013 a junio 2014.

Inicio del Plan de Parto:

No de casa: anotar el número de casa según croquis comunitario.

Nombre y apellidos: anotar los dos nombres y los dos apellidos de la embarazada, si los tiene. Si es posible verificar cédula de identidad.

Edad: anotar la edad en años cumplidos de la embarazada.

Fecha de inicio del Plan de Parto: anotar la fecha en la cual se inicia el llenado de la ficha de plan de parto, es la misma que aparece registrada en la ficha.

Ha recibido Atención prenatal: marcar con una x en la casilla que corresponde, verificar a través de su Hoja de Control Prenatal (HCP). Cuando no esté recibiendo atención prenatal referir a la unidad de salud.

Fecha probable de parto: anotar la fecha en la que se espera ocurra el parto, según cálculo realizado en la unidad de salud durante su atención prenatal, esta fecha se encuentra registrada en la ficha de Plan de Parto y en la Hoja de Control Prenatal .

Resultados del Plan del Parto:

Donde fue atendido su parto: anote la fecha de la ocurrencia del parto en la casilla correspondiente al lugar donde ocurrió el parto. Instalación de salud cuando el parto se ha dado en un puesto, centro u hospital, público o privado y casa cuando ocurrió en el propio domicilio o en el de un familiar. Marcar otros cuando el lugar del parto no haya sido ninguna de las anteriores.

Recibió atención puerperal en un establecimiento de salud: marcar con una x la casilla SÍ, cuando el puerperio fue atendido en un puesto, centro u hospital, público o privado, en caso contrario marque con una X la casilla NO.

Utiliza un método de anticoncepción: marcar con una x la casilla SÍ, cuando la mujer después del parto eligió y está utilizando un método de anticoncepción después de la terminación del embarazo, en caso contrario marcar con una x la casilla NO.

Fue trasladada por el CCPPT: se marcará con una x la casilla SÍ, cuando la mujer fue trasladada a la unidad de salud por el Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado. (CCPPT), independientemente de la etapa del

periodo por la cual cursaba, en caso contrario marcar con una x la casilla NO cuando la mujer cumpla 60 días posparto y no fue trasladada por el CCPPT.

Anexo 11: Resumen Mensual de Plan de Parto



Región de Salud:	Instalación de Salud que reporta:
Mes Reportado:	Comunidades trabajando en Plan de Parto:
Responsable de la Instalación de Salud:	

No .	Variables	Número
1	Número de comunidades programadas para desarrollar Plan de Parto	
2	Número de comunidades organizadas en Plan de Parto	
3	Número de mujeres embarazadas captadas en el Registro Comunitario de Plan de Parto	
4	Número de mujeres que atendieron su parto en una instalación de salud.	
5	Número de mujeres con Plan de Parto que asisten al control postnatal.	
6	Número de mujeres con plan de parto que utilizan un método anticonceptivo	
7	Número de mujeres que fueron trasladadas a la instalación de salud por el Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado (CCPPT)	
8	Número de puérperas a las que se le realiza una visita domiciliar en los primeros 3 días del postparto	

Observaciones:

Anexo 12: Instructivo para el llenado del Resumen Mensual de Plan de Parto

Este resumen representa el consolidado cuantitativo de todos los reportes comunitarios mensuales realizados en cada comunidad. Es importante que en el momento de elaborarlo, tenga a la mano las metas de las comunidades a trabajar plan de parto y las guías de las visitas de acompañamiento aplicadas en las comunidades.

Nota: Siguiendo estas mismas instrucciones se llena el Resumen Cronológico de Plan de Parto.

Datos generales:

Región de Salud: anotar el nombre de la región al que pertenece la comunidad y el establecimiento de salud

Instalación de Salud que reporta: anotar el nombre del puesto o centro de salud al cual pertenece el reporte.

Mes reportado: anotar el mes y año del presente reporte. Ejemplo: Agosto 2012.

Responsable de la Instalación de Salud: anotar el nombre de la persona responsable del establecimiento de salud que está reportando

Comunidades trabajando Plan de Parto: Anote las diferentes comunidades que están trabajando Plan de Parto y que están bajo la responsabilidad de ese puesto/centro de salud.

Variables:

1. Número de comunidades programadas para desarrollar Plan de Parto: Anotar el número de comunidades que según las metas (compromisos de gestión) le corresponden a la instalación de salud para desarrollar el Plan de Parto. Ejemplo: 14 comunidades.

2. Número de comunidades organizadas en Plan de Parto: Anotar el número de comunidades de la instalación de salud que al momento del reporte cuentan con voluntarios capacitados, Comité Comunitaria de Plan de Parto y Traslado, fondos de ahorros comunitarios o familiares, según los resultados de la guía de las visitas de acompañamiento.

3. Número de mujeres embarazadas captadas en el Registro Comunitario de Plan de Parto: Anotar cantidad de mujeres embarazadas registradas, en el mes de reporte.

4. Número de mujeres que atendieron su parto en una instalación de salud: Anotar la cantidad de mujeres que atendieron su parto en una instalación de salud, en el mes de reporte.

5. Número de mujeres con plan de parto que asisten al control postnatal: Anotar la cantidad de mujeres con Plan de Parto que han asistido al control postnatal, en el mes de reporte.

6. Número de mujeres con Plan de Parto que utilizan un método anticonceptivo: Anotar la cantidad de mujeres con Plan de Parto que utilizan un método anticonceptivo, en el mes de reporte

7. Número de mujeres que fueron trasladadas a la instalación de salud por el Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado (CCPPT): Anotar la cantidad de mujeres que fueron trasladadas a la instalación de salud por el CCPPT, en el mes de reporte.

8. Número de puérperas a las que se le realiza una visita domiciliar en los primeros 3 días del postparto: Anotar la cantidad de mujeres puérperas a las que se les realizó una visita domiciliar en los tres días del postparto, en el mes de reporte.

Observaciones: Anotar en este espacio aquellas consideraciones especiales que valga la pena resaltar del mes que se está reportando tales como: buenas prácticas surgidas, situaciones no contempladas, problemas surgidos, etc., en general aspectos que son necesarios enfrentar y/o compartir.

Anexo 13: Resumen Cronológico de Plan de Parto

Región de Salud:

Instalación de Salud que reporta:

Año:

Comunidades trabajando en Plan de Parto:

Responsable de la Instalación de Salud:

No .	Variables	En e	Fe b	Ma r	1er Tri m	Ab r	Ma y	Ju n	2do Tri m	Ju l	Ag o	Se p	3er Tri m	Oc t	No v	Di c	4to Tri m	Total Anual
1	Número de comunidades programadas para desarrollar Plan de Parto.																	
2	Número de comunidades organizadas en Plan de parto																	
3	Número de mujeres embarazadas captadas en el Registro Comunitario de Plan de Parto																	
4	Número de mujeres que atendieron su parto en una instalación de salud.																	
5	Número de mujeres con Plan de Parto que asisten al control postnatal.																	

6	Número de mujeres con Plan de Parto que utilizan un método anticonceptivo																	
7	Número de mujeres que fueron trasladadas a la instalación de salud por el CCPPT																	
8	Número de puérperas a las que se le realiza una visita domiciliar en los primeros 3 días del postparto																	

Anexo 14: Instructivo para el Llenado del Formulario

RESUMEN CRONOLÓGICO DE PLAN DE PARTO

Este instrumento registra los resultados de los consolidados mensuales de todo un año, contiene las mismas 19 variables, 12 casillas (1 para cada mes) y hace cortes cada 3 meses (1 Trim, 2 Trim, etc.) sumando en esa casilla todo lo obtenido en los meses anteriores, para cada una de las 9 variables.

Variables	Ene	Feb	Mar	1 Trim
Número de mujeres embarazadas registradas	24	18	21	63

Datos generales:

Región de Salud: anotar el nombre de la región al que pertenece la comunidad y el establecimiento de salud

Instalación de Salud que reporta: anotar el nombre del puesto o centro de salud al cual pertenece el reporte.

Año: anotar el año del presente reporte.

Responsable de la Instalación de Salud: anotar el nombre de la persona responsable del establecimiento de salud que está reportando

Comunidades trabajando Plan de Parto: Anote las diferentes comunidades que están trabajando Plan de Parto y que están bajo la responsabilidad de ese puesto/centro de salud.

Al final del año se suman todas las cifras de los 4 cortes (trimestres) para obtener Total año. Se realiza este procedimiento para cada una de las 9 variables.

Variables:

1. Número de comunidades programadas para desarrollar Plan de Parto: Anotar el número de comunidades que según las metas (compromisos de gestión) le corresponden a la instalación de salud para desarrollar el Plan de Parto. Ejemplo: 14 comunidades.

2. Número de comunidades organizadas en Plan de Parto: Anotar el número de comunidades de la instalación de salud que al momento del reporte cuentan con voluntarios capacitados, Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado, fondos de ahorros comunitarios o familiares, según los resultados de la guía de las visitas de acompañamiento.

3. Número de mujeres embarazadas captadas en el Registro Comunitario de Plan de Parto: Anotar la cantidad de mujeres embarazadas registradas, en el mes de reporte.

4. Número de mujeres que atendieron su parto en una instalación de salud: Anotar la cantidad de mujeres que atendieron su parto en una instalación de salud, en el mes de reporte.

5. Número de mujeres con Plan de Parto que asisten al control postnatal: Anotar la cantidad de mujeres con Plan de Parto que han asistido al control postnatal, en el mes de reporte.

6. Número de mujeres con Plan de Parto que utilizan un método anticonceptivo: Anotar la cantidad de mujeres con Plan de Parto que utilizan un método anticonceptivo, en el mes de reporte

7. Número de mujeres que fueron trasladadas a la instalación de salud por el Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado (CCPPT): Anotar la cantidad de mujeres que fueron trasladadas a la instalación de salud por el CCPPT, en el mes de reporte.

8. Número de púerperas a las que se le realiza una visita domiciliar en los primeros 3 días del postparto: Anotar la cantidad de mujeres púerperas a las que se les realizó una visita domiciliar en los tres días del postparto, en el mes de reporte.

Anexo 15: Lista de Verificación para el Llenado de la Ficha de Plan de Parto

Instalación de Salud (I/S):

Región de Salud:

Mes Reportado:

Comunidad:

Responsable de la Instalación de Salud:

Supervisor/as:

Utilizando esta lista de chequeo, revise cada una de las variables contenidas en la ficha de Plan de Parto y verifique si la información fue registrada de forma correcta. Marque en la casilla correspondiente 1 si cumple y 0 sino cumple. Al finalizar sume el total por fila, divídalo por el número de fichas revisadas y multiplíquelo por 100, para obtener el porcentaje de cumplimiento.

Lista de Chequeo	No de expediente	No de expediente	No de expediente	No de expediente	No de expediente	No de expediente	No de expediente	No de expediente	No de expediente	No de expediente	Total	% de cumplimiento
Datos Generales												
Número de expediente												
Mi nombre es												
Mi tipo de sangre es												
Mi comunidad es												
Mi corregimiento es												
Mi fecha probable de parto es												
La fecha de mi control prenatal es												
Nombre del técnico o promotor de la comunidad												
Nombre de la persona que realiza la captación (Nombre de la persona que llena la ficha)												
Tiempo de llegada a la instalación de salud donde se atenderá el parto												
Sub-Total parcial												
Cómo prepararse antes del parto												
Me acompañará												

¿Quién cuidará a mis hijos, casa y animales en caso de una complicación mía o de mi niño(a) recién nacido(a)?												
Cómo pienso salir de la comunidad para la atención												
Ahorro para mi parto. El costo de mi traslado será de												
Mi parto sería en												
Me atenderá												
Qué método anticonceptivo usaré después del parto												
Sub total parcial												
Señales de Peligro												
Verifique si está marcada alguna señal de peligro y si se tomaron las medidas necesarias												
Total Global												

Anexo 16: Guía para la Visita de Acompañamiento

Región de Salud:

Instalación de Salud (E/S):

Mes Reportado:

Comunidad:

Responsable de la Instalación de Salud:

Supervisor/as:

No.	Paso o tarea realizada	Puntaje	Puntaje Obtenido		
			Visita 1	Visita 2	Visita 3
Fechas ➔					
1	Organización y participación comunitaria en función del Plan de Parto. Califique con 23 puntos si cumple con los 4 criterios o según escala de calificaciones. Coloque 0 (cero) si no cumple con ningún criterio	23			
1.1	Existe un Equipo Comunitario que apoya el Plan de Parto	6			
1.2	En esta comunidad el personal comunitario está capacitado en Plan de Parto	6			
1.3	Existe registro comunitario actualizado de Plan de Parto (Ver registro Comunitario de Plan de Parto)	6			
1.4	Existe croquis o mapa de ubicación de las embarazadas en esta comunidad	5			

2	Equipo de traslado <i>Califique con 16 puntos si cumple con los 3 criterios o según escala de calificaciones. Coloque 0 (cero) si no cumple con ningún criterio</i>	16			
2.1	En esta comunidad existe equipo de traslado	6			
2.2	Existe una persona o Comité responsable del equipo de traslado	5			
2.3	Actualmente el equipo de traslado ha llevado embarazadas, parturientas o puérperas u otra persona con problemas de salud al establecimiento de salud	5			
3	Fondos comunitarios <i>Califique con 16 puntos si cumple con los 3 criterios o según escala de calificaciones. Coloque 0 (cero) si no cumple con ningún criterio</i>	16			
3.1	En esta comunidad disponen de fondos comunitarios	6			
3.2	Existe un responsable para el manejo de los fondos comunitarios	5			
3.3	Tienen un reglamento para el uso de estos fondos	5			
4	Plan de Parto y Complicaciones <i>Califique con 30 puntos si cumple con los 6 criterios o según escala de calificaciones. Coloque 0 (cero) si no cumple con ningún criterio</i>	30			
4.1	En esta comunidad se está negociando el Plan de Parto con la embarazada y su familia	5			
4.2	En esta comunidad se está llenando la Ficha de Plan de Parto a todas las mujeres embarazadas	5			

4.3	Se está refiriendo embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos con señales de peligro al establecimiento de salud	5			
4.4	Se está refiriendo mujeres para la atención prenatal, del parto, del puerperio y del recién nacido al Establecimiento de salud	5			
4.5	En esta comunidad se está promoviendo el registro de los recién nacidos	5			
4.6	En esta comunidad se está realizando actividades grupales con embarazadas, que se encuentran organizadas por grupos	5			
5	Albergue Materno. <i>Califique con 10 puntos si cumple con el criterio, cero si no cumple</i>	10			
5.1	El personal comunitario está refiriendo a las embarazadas al albergue materno	5			
5.2	En esta comunidad se está realizando promoción del albergue materno	5			
6	Anticoncepción <i>Califique con 5 puntos si cumple con el criterio, cero si no cumple</i>	5			
6.1	Los comunitarios promueven en las embarazadas la anticoncepción	5			

Observaciones Visita 1:

Observaciones Visita 2:

Observaciones Visita 3:

Anexo 17: Marco de Indicadores de Evaluación

No.	Indicador	Definición/ Forma de Cálculo	Fuente de Información/ Procedimiento	Periodicidad
Indicador de Proceso				
1	Número de comunidades elegibles que cuentan con las Actas de Convenio para el Plan de Parto (Anexo 01) y los Planes Comunitarios de Traslado de Embarazadas y Recién Nacidos (Anexo 02).	<p>Número de comunidades elegibles que cuentan con 1) el Acta de Convenio para el CCPPT y 2) El Plan Comunitario de Traslado. Unidades Básicas de Salud que cuentan con Planes de Parto para las comunidades bajo su responsabilidad. El contar con Planes de Parto a nivel comunitario incluye: acuerdo inicial entre los servicios de salud y las autoridades comunitarias + lineamientos definidos del Plan Comunitario de Parto</p> <p>Cálculo:</p> <p>No. de comunidades con Plan de Parto/ Total de comunidades elegibles.</p>	Las Actas de Convenio y los Planes Comunitarios de Traslado serán llenados en duplicado y una copia se queda con la comunidad mientras que la otra copia lo mantiene el Equipo de Gestión en Salud (EGS) de la UBA.	Trimestral Semestral Anual
Indicadores de Producto				
2	Porcentaje de mujeres	Este indicador mide la cobertura de Plan de	Registro comunitario de Plan de Parto;	Mensual

	embarazadas de las Comarcas con Plan de Parto.	Parto e incluye todas las mujeres que tienen su Ficha de Plan de Parto (Anexo 03) en su expediente como numerador. El denominador es el estimado de embarazos esperados.	Reporte Mensual Comunitario y Reporte Institucional mensual de Plan de Parto. Estimación de embarazos esperados calculados en base al total de mujeres en edad fértil (MEF) en el área de referencia (UBA. o Región)	Semestral Anual
3	Porcentaje de mujeres embarazadas trasladadas por los CCPPTs, desglosado por razón del traslado(control prenatal , parto institucional, emergencias)	El total de mujeres que son trasladadas por los el CCPPT a un albergue materno, CAM o instalación de salud es el numerador. El denominador es el estimado del número de embarazos esperados. Se desglosa por el tipo de traslado: por control prenatal (CPN), parto institucional, control postparto o emergencias obstétricas o neonatales.	Registro comunitario de Plan de Parto; Reporte Mensual Comunitario y Reporte Institucional mensual de Plan de Parto. Estimación de embarazos esperados calculados en base al total de MEF en el área de referencia (UBA. o Región)	Mensual Semestral Anual
4	Porcentaje de mujeres con Plan de Parto que acuden a un Albergue Materno o CAM	Mujeres con la Ficha de Plan de Parto (copia de ella en su expediente) que acuden a un Albergue Materno o CAM en cualquier momento antes del parto y permanecen allá hasta el parto.	Registro comunitario de Plan de Parto; Reporte Mensual Comunitario y Reporte Institucional mensual de Plan de Parto. Registros de los Albergues Maternos. <hr/>	Mensual Semestral Anual

Indicadores de Resultado				
5	Número de mujeres con Plan de Parto que tuvieron parto institucional con personal calificado (médico y/o enfermera)	Mujeres con la Ficha de Plan de Parto (copia de ella o en su expediente) que acuden a una instalación de salud con personal calificado (médico y/o enfermera) para su parto.	<p>Registro comunitario de Plan de Parto; Reporte Mensual Comunitario y Reporte Institucional mensual de Plan de Parto.</p> <hr/> <p>Confirmado por los registros clínicos de la instalación de salud.</p>	<p>Mensual</p> <p>Semestral</p> <p>Anual</p>
6	Número de mujeres con Plan de Parto que tuvieron su primer CPN en los primeros 12 semanas de gestación	Número de mujeres que tienen Plan de Parto (de ella o en el expediente clínico) que tuvieron su primer CPN en los primeros 12 semanas de gestación.	<p>Registro comunitario de Plan de Parto; Reporte Mensual Comunitario y Reporte Institucional mensual de Plan de Parto.</p> <hr/>	<p>Mensual</p> <p>Semestral</p> <p>Anual</p>
7	Número de mujeres con Plan de Parto que asistieron a 4 controles prenatales.	Número de mujeres que tienen Plan de Parto (de ella o en el expediente clínico) que asistieron a 4 controles prenatales.	<p>Registro comunitario de Plan de Parto; Reporte Mensual Comunitario y Reporte Institucional mensual de Plan de Parto.</p> <hr/>	<p>Mensual</p> <p>Semestral</p> <p>Anual</p>

8	Número de mujeres con Plan de Parto que utilizan un método anticonceptivo 3 meses después del parto.	Número de mujeres que tienen Plan de Parto (de ella o en el expediente clínico) que han llevado un anticonceptivo moderno en uno de sus controles postnatales o en otra ocasión.	Registro comunitario de Plan de Parto; Reporte Mensual Comunitario y Reporte Institucional mensual de Plan de Parto.	Mensual Semestral Anual
9	Número de mujeres con Plan de Parto que asistieron a un control postnatal en los 7 días postparto.	Número de mujeres que tienen Plan de Parto (de ella o en el expediente clínico) que asistieron a un control postnatal en los 7 días después del parto.	Registro comunitario de Plan de Parto; Reporte Mensual Comunitario y Reporte Institucional mensual de Plan de Parto. <hr/> Revisión de registros en las instalaciones de salud y giras itinerantes	Mensual Semestral Anual