

*UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA*



*CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL, EN EL
CENTRO DE SALUD DE CIUDAD DARÍO, MATAGALPA EN EL PERÍODO DE
MAYO A JUNIO DEL 2005.*

AUTORES:

*BRA: FRANCISCA CAROLINA SACASA MERINO
BRA: MARÍA GABRIELA COLLADO HUETE*

MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL GRADO DE:

“DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA”

TUTOR:

*DR. JULIO ESPINOZA
MASTER EN SALUD PÚBLICA
MEDICO FORENSE
SUD DIRECTOR DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL*

MANAGUA, NICARAGUA. JULIO 2005

Opinión del Tutor

Los estudios de calidad de la atención, muestran las debilidades que tiene el prestador de servicio. Siendo las usuarias externas las que mas se identifican con esta problemática.

Por tanto es necesario retomar el hecho de realizar estudios de este tipo para identificar las principales acciones a tomar para mejorar la calidad de la atención.

En el estudio realizado por Francisca Sacasa y Gabriela Collado, sobre “Calidad de la Atención del Programa de Control Prenatales” se muestran algunas de las deficiencias del sistema de la atención que son más sentidas por la pacientes.

Se hace necesario que las autoridades de esta Unidad valoren y retomen las recomendaciones que surgen del estudio, ya que plantean posibles soluciones que eleven la percepción de calidad del parto desde la óptica de las usuarias.

Dr. Julio Espinosa
Master en Salud Pública

AGRADECIMIENTO

A Dios que ha guiado nuestros pasos en estos duros años de formación, permitiéndonos dar lo mejor de nosotras y llegar a concluir a esta primera etapa de estudios en nuestra vida.

A nuestros padres quienes con amor y ternura han estado siempre guiándonos e iluminándonos para que podamos dar lo mejor de nosotras, enseñándonos el valor de la vida, el respeto y compasión al necesitado.

Al Dr. José Benito Quezada Rivera por su tiempo, apoyo y entrega incondicional ya que sin él no hubiese sido posible concluir esta obra.

Al Dr. Harol García y todo el personal de salud que laboran en el Centro de Salud Ciudad Darío por habernos apoyado en la recolección de los datos necesarios para finalizar este trabajo.

A nuestro Tutor Dr. Julio Espinosa quien gracias a su asesoramiento, aportando sus ricos conocimientos y vasta experiencia, pudimos concluir esta tesis.

A las pacientes, pilar fundamental de este estudio y a todas aquellas personas que de manera desinteresada contribuyeron valiosamente a la realización del mismo.

“Gracias de todo corazón”

**Francisca Carolina Sacasa Merino
María Gabriela Collado Huete**

DEDICATORIA

A Dios:

Es imposible realizar un movimiento del cuerpo, crear un verso, decir frases bonitas, escribir una palabra sin que exista el aliento divino, el soplo magnánimo que nos impulsa y nos hace vivir cada día, cada hora cada minuto, sin esa voluntad, sin ese amor que proviene de Dios, nunca hubiese sido factible realizar el presente trabajo que con mucho esfuerzo he logrado concluir, a el le dedico en primer lugar esta empresa.

A Mis Padres:

Que han sido un eje de mi existencia, quienes con su amor y cariño me han enseñado que todo en la vida se logra con un poco de esfuerzo, dándome fuerzas para superarme cada día en la lucha continuar para enfrentar la vida.

A Mis Seres Queridos:

*A mis hermanos **José Alfonso** y **Claudia Regina** quienes han sabido comprender el tiempo que los he dejado solos, por las horas dedicadas a esta profesión y por los duros momentos de desvelo y cansancio, con paciencia y amor nos han alentado a continuar.*

*A mis Grandes amigas **Yesenia, Paola, Francis, Araceli** y **Silvia** por su cariño sincero, su confianza, por estar junto a mí en los momentos difíciles durante estos siete años.*

Finalmente dedicamos esta tesis de forma muy especial a todas y cada una de las pacientes y personal de salud del Centro de Salud Ciudad Darío que participaron de una forma valiosa en este estudio.

María Gabriela Collado Huete

DEDICATORIA

*Con todo mi amor a **Margarita Merino de Sacasa** y **Francisco Sacasa Urcuyo**, mis padres que con su apoyo incondicional, esfuerzo, dedicación y ejemplo, han sido los pilares fundamentales en mi formación.*

*A mis **Adorados Sobrinos** que son la inspiración que me mueve Día a Día.*

*A mis **Queridas Hermanas** que han sido un ejemplo para lograr mis metas.*

*A mi querido Novio **José B. Quezada Rivera** quien al brindarme su amor, confianza y apoyo incondicional me ha ayudado a cumplir mis metas y mis sueño a su lado.*

*A mi Amiga **Tania Urrutia**, quien siempre me apoya en todos mis esfuerzos.*

*A mis Grandes amigas **Gabriela** y **Silvia** por su cariño sincero y su confianza, por estar junto a mí en los momentos difíciles durante estos siete años.*

*A la **Mujer Nicaragüense** ejemplo de esfuerzo, humildad y sacrificio.*

*A **Dios**, cargarme en los momentos más difíciles y permitirme llegar a este día tan importante en mi vida que me marca el rumbo a seguir en esta hermosa profesión.*

Francisca C. Sacasa Merino.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN.....	<u>1</u>
<u>II.</u> PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	<u>3</u>
<u>III.</u> OBJETIVOS	<u>4</u>
<u>IV.</u> MARCO TEÓRICO.....	<u>5</u>
INTRODUCCIÓN SOBRE CALIDAD	
DEFINICIÓN DE CALIDAD	
PILARES DE LA CALIDAD	
EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	
CÍRCULOS DE CALIDAD	
NORMAS DEL PROGRAMA DE CONTROL PRE-NATAL	
SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS	
<u>V.</u> MATERIAL Y MÉTODO.....	<u>30</u>
VI. RESULTADOS.....	45
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	59
VIII. CONCLUSIÓN.....	64
IX. RECOMENDACIONES.....	65
<u>X.</u> BIBLIOGRAFÍA.....	<u>66</u>
<u>XI.</u> ANEXOS.....	<u>69</u>

I. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en Latinoamérica y el Caribe es un problema de salud y refleja la desigualdad existente en la región, que se expresa en la pérdida de 585 mil mujeres anualmente a consecuencia de abortos, complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Esta situación se manifiesta a nivel mundial en una muerte cada minuto, una cada 20 en América Latina y el Caribe. (1)

Por lo menos el 35% de las mujeres de los países en desarrollo no recibe Atención Prenatal, cerca del 50% da a luz sin la asistencia de una persona calificada y el 70% no recibe atención postparto en las seis semanas siguientes al parto. (2)

El programa de Control Prenatal, surge en Nicaragua en 1980, como una estrategia del Ministerio de Salud en busca de brindar a la población femenina embarazada una atención adecuada a través de técnicas y procedimientos normatizados y así disminuir la mortalidad materna y perinatal, esto incluye una educación continua y permanente a la mujer embarazada para que con la adquisición de nuevos conocimientos y evaluaciones continuas de su embarazo, este curse y concluya de una manera satisfactoria para todos. (3)

A pesar de estos esfuerzos dirigidos para este grupo vulnerable de nuestra población en el 2004 se registró una tasa de 82.3 muertes maternas por cada 100,000 n.v.r (nacidos vivos reales). (4)

El personal de salud que tantos esfuerzos dedica a la Atención Prenatal, debe considerar las circunstancias en que se producen muchos embarazos en Nicaragua, donde las mujeres tienen evidentes desventajas en el desarrollo de su vida familiar, laboral, etc. (5)

Se han realizado en todo el mundo muchos estudios dirigidos a valorar todo y cada uno de los elementos que contemplan la atención a la mujer embarazada y de esta forma determinar los puntos más débiles de la Atención Prenatal. En nuestro país desde 1990 se han realizado estudios que valoran la Calidad de Atención de los Controles Prenatales, uno de ellos en el departamento de Matagalpa realizado por los Doctores Vallejos y Tinoco cuyo objetivo era valorar la atención prenatal y postnatal según el llenado de la historia clínica perinatal simplificada. Revisaron un total de 256 expedientes de 900 embarazadas que se presentaron a controlarse en el Centro de Salud Manuel Orozco.

Entre sus resultados solo un 42% fueron captados en el primer trimestre de su gestación y el 71.5% tubo 3 o menos controles prenatales. (6)

El Control Prenatal es un programa que reviste una gran importancia, debido a que representa una manera práctica con la que se puede contribuir a prevenir y disminuir circunstancia tales como : muertes maternas, óbito fetales y/o muertes neonatales, ya que un buen control prenatal puede ayudarnos a detectar entre otras cosas, factores de riesgos durante el embarazo por lo cual una adecuada calidad tanto Técnica como Humana con la que se realice el Control Prenatal puede marcar una gran diferencia en los indicadores antes mencionados.

Según los antecedentes revisados, en la Calidad de Controles Prenatales influyen muchos factores entre los que podemos citar: La Calidad Científico, Técnica y Humana del Personal de Salud, la divulgación a la población de los servicios ofertados en los Centros de Salud, Accesibilidad a las unidades de salud por parte de las usuarias, conocimientos de la importancia de un adecuado Control Prenatal en beneficio del binomio madre e hijo.

El presente trabajo se enmarca en la necesidad de evaluar la calidad de los Controles Prenatales en el municipio de Ciudad Darío a fin de mejorar la atención en salud particularmente lo que respecta a las mujeres embarazadas ya que en el último año se aumentó en 32 los casos de Embarazos de Alto Riesgo lo que podría explicar el aumento en dos del número de muertes maternas y en uno del número de muertes perinatales en dicho municipio. Nos permitirá también conocer a través del mismo algunas Características Sociodemográficas de la población en estudio.

Esperando por lo tanto que los resultados obtenidos sirvan para la evaluación práctica y objetiva del funcionamiento del programa de control prenatal, así como presentar pautas para evaluaciones futuras que puedan ser aplicadas tanto en el departamento de Matagalpa como en otros departamentos del país.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es la Calidad de Atención en el Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío (Matagalpa) en el período de Mayo a Junio del 2005?

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Valorar la Calidad de Atención del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío (Matagalpa) en el período comprendido de Mayo a Junio 2005.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características Socio-demográficas de la población de estudio.
2. Determinar la Calidad Técnica del personal de salud encargado de brindar la Atención Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío.
3. Determinar la Calidad Humana del personal de salud encargado de brindar la atención del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío.
4. Conocer el Nivel de Satisfacción de las madres usuarias del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío.

IV. MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La investigación sobre servicios de salud, se define, como aquellos que tienen como objeto de estudio al sistema de salud, algunos de sus componentes o inter-relaciones; con el propósito de suministrar elementos que permitan planificar, programar administrar y evaluar el sistema de salud ofrecido a la población, de manera que las premisas de equidad, eficiencia y eficacia sean una realidad en el menor tiempo posible. (7)

La investigación sobre servicios en salud adquiere cada vez más una importancia fundamental, en la misma medida en que se procura entender los problemas que aquejan a estos servicios en todo el mundo.

Es de gran significación técnica y política los incipientes estudios de calidad de atención asociados al desarrollo cualitativo y cuantitativo del personal de salud para encontrar una línea que contribuya en el mejoramiento de los servicios de salud en América Latina.

La gerencia de calidad en las instituciones de salud es un componente importante para el proceso de Modernización del Sector Salud y el Fortalecimiento Institucional. Las intervenciones orientadas a mejorar la calidad en todas las áreas del Ministerio de Salud ha sido una actividad continua para poder enfrentar la escasez de recursos y provocar cambios en los estudios gerenciales. (8)

DEFINICION DE CALIDAD

La Calidad es la totalidad de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la capacidad de satisfacer las necesidades expresas o implícitas del usuario, con oportunidad y a un costo razonable. Es la Adecuación de sus requerimientos. (8)

Es la capacidad y oportunidad que tienen los prestadores de los servicios de salud de contribuir a mejorar los niveles de salud esperados, conforme a las normas, conocimientos de la medicina y tecnología vigente; con accesibilidad, oportunidad, amabilidad, trato personalizado y comunicación permanente entre los participantes del acto médico y los usuarios, para lograr un mayor beneficio y su máxima satisfacción con los mínimos riesgos posibles y al menor costo. (3)

PILARES DE LA CALIDAD

Es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores, como por los usuarios. (8)

Una organización con Calidad, tiene cinco elementos llamados los Pilares de la Calidad, que son:

- Enfoque en el usuario: esto es, cubrir los requerimientos o necesidades, satisfacer al usuario.
- Compromiso Total: Tomar la responsabilidad de la calidad.
- Medición: Monitorear la calidad, no se puede mejorar lo que no se mide.
- Apoyo Sistemático: Son estructuras, políticas, regulaciones, reglas y recursos que lo permitan.
- Mejoramiento Continuo: Prevención e innovación.

Algunos autores como Avedis Donabedian consideran la necesidad de la presencia de siete cualidades del cuidado médico que definen su calidad. (9)

1. Eficacia: La capacidad de cuidados.
2. Efectividad: El grado a el cual se observan las mejoras alcanzables en salud.
3. Eficiencia: La capacidad de obtener las más grandes mejoras a un menor precio.
4. Optimización: El equilibrio más ventajoso de costos y resultados.
5. Aceptabilidad: Conformidad a las preferencias del pacientes con respecto accesibilidad, la relación del paciente-medico, las amenidades, los efectos del cuidado, y al coste de cuidado.
6. Legitimidad: Conformidad a las preferencias sociales referente a lo antes dicho.
7. Equidad: Imparcialidad en la distribución del cuidado y sus efectos sobre la salud.

Los 14 Puntos de Deming

W. Edwards Deming es creador de un sistema que revolucionó el concepto de calidad. Su sistema se refiere a un proceso que analiza una serie de ideas concernientes a la práctica gerencial y a métodos estadísticos en una filosofía holística, que puede ser adoptada por cualquier tipo de organización para conocer las necesidades actuales de sus clientes o usuarios y anticipar las necesidades futuras. El basa sus métodos gerenciales en principios estadísticos y en catorce puntos: (8)

1. Crear constancia en el propósito de mejorar el producto o servicio.
2. Guiar para promover el cambio; adoptar la nueva filosofía de la calidad.
3. Construir la calidad en el producto, en cada proceso desde el principio, y dejar de depender en la inspección para descubrir problemas.
4. Acabar con la práctica de reconocer negocios y calidad solo por la etiqueta o por el precio; crear relaciones basadas en la lealtad.
5. Mejorar constantemente el producto o servicio, con el fin de mejorar la calidad y por lo tanto de reducir constantemente los costos.
6. Instituir métodos de capacitación efectiva; empezar a entrenar al personal.
7. Instituir nuevos métodos de preparación entre los trabajadores.
8. Acabar con el miedo que tienen los mandos intermedios de subordinados eficientes.

9. Romper las barreras departamentales; trabajar en equipo y evitar la competencia por los recursos dentro de la organización.
10. Eliminar la exigencia a los trabajadores de lograr nuevos niveles de producción.
11. Eliminar estándares de trabajo que exijan exclusivamente cuotas numéricas.
12. Remover barreras que se sostengan entre el trabajador y el derecho de enorgullecerse de su obra.
13. Instituir un programa vigoroso de educación y reentrenamiento.
14. Crear una estructura en la dirección que motive el seguimiento diario de los trece puntos anteriores, es decir, poner a todos en la compañía a trabajar en la transformación.

Por otro lado, se debe de tener la noción de cuál es el estándar de calidad que la institución requiere, se dice que el estándar en realidad debe de ser siempre de un 100% sin embargo como esto no es siempre alcanzable, entonces se habla de un nivel aceptable de calidad el cual debe de ser siempre del 100% para acercarse lo más que se pueda a él. Se debe concebir a la calidad como una carrera en la que no existe meta final. El concepto de calidad es un concepto multidimensional que engloba la relación entre el uso apropiado y eficiente de recursos y el logro de resultados de la atención a la salud. (8)

La calidad se considera como el medio, más importante de la gente, para lograr los resultados deseados, o sea para, lograr la eficacia de los servicios, para algunas condiciones, los resultados ligan estrechamente con la calidad del servicio, para otras condiciones intervienen fuertemente factores ajenos a la Calidad, generalmente características del paciente y su medio ambiente, para determinar el grado de éxito del tratamiento.

En el proceso de prestación de un servicio de salud, interviene una parte del personal, equipos y elementos, directamente involucrados en el acto médico, y por otro lado la infraestructura administrativa que es y mantiene las condiciones, que hacen posible la realización del acto. Además, en el proceso hay dos aspectos, uno de tipo técnico, tiene que ver con los criterios y procedimientos médico-clínicos; el otro más subjetivo, se refiere al trato percibido por los pacientes. El primer aspecto se llama la calidad técnica y el segundo la calidad humana. (10)

Calidad Técnica:

Busca lograr los mayores beneficios y disminuir los riesgos al prestar los servicios de salud, cumpliendo con las mejores normas técnicas de atención adoptadas por el país de acuerdo a su realidad nacional. (3)

Se refiere a la serie de criterios, conocimientos teóricos y prácticos, actitudes, habilidades, destrezas y elementos de trabajo, que es necesario aplicar para el diagnóstico y tratamiento a las necesidades del usuario, en todas y cada una de las actividades requeridas en el proceso de atención de un servicio. (10)

Ventajas:

1. Cumple con los protocolos y normas de atención adoptadas por el país.
2. Su evaluación es sencilla, a través de la utilización de estándares de medición.
3. Los resultados no son distorsionados por prejuicios personales o sociales.

Desventajas:

1. No permite valorar el nivel de calidad percibido por los usuarios.
2. Se concentra en un área específica, perdiendo la perspectiva de la atención integral.

Calidad Humana:

Es la medida que los usuarios utilizan para evaluar un servicio, pues asumen que la Calidad Técnica depende de ella, por el contrario, el personal científico centra su interés en la evaluación de la Calidad Técnica, omitiendo en ocasiones el aspecto humano. (10)

El respeto al paciente como ser humano integral, la búsqueda de su satisfacción plena, depende grandemente de la relación interpersonal que se refiere al uso de valores y normas socialmente definida, rigen la interacción entre los individuos en general y en sus cuestiones particulares. Es buena cuando todos los aspectos del servicio: El trato del personal médico, administrativo, el orden, la limpieza, el decoro, etc. Muestran respeto y consideración para los pacientes.

Ventajas:

1. Permite la valoración del nivel de calidad percibido por los usuarios.
2. Es la que determina la aceptación del servicio o atención por parte del usuario.

Desventajas:

1. Su evaluación es compleja por que los parámetros para su medición no han sido bien definidos.
2. Los resultados son afectados por prejuicios personales o sociales.
3. En la mayoría de los casos este tipo de calidad es menospreciada.

La evaluación de la calidad, bajo esta definición, mide el éxito de un programa de salud sólo en una de sus funciones: La prestación de servicios personales de salud. Por ello la valoración de la calidad es parte de la evaluación de un programa, revela deficiencias que a menudo nos llevarán a un sector u otro del proceso de planificación, implicando a otro tipo de evaluación. (11)

La evaluación de la calidad de los programas es sin duda de las funciones prioritarias de los equipos de atención primaria y ha de ser implantada desde el principio de sus funcionamientos. Ha de convencerse de la necesidad de poner en marcha estas actividades de control de calidad asistencial y del beneficio de reportan a las autoridades sanitarias, a los profesionales sanitarios y los usuarios de los servicios sanitarios. (12)

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Constituye el proceso por el cual se estima el rendimiento global del empleado mediante la utilización de estándares. La mayor parte de los empleados procura obtener retroalimentación sobre la manera en que cumple sus actividades y las personas que tienen a su cargo la dirección de otros empleados deben evaluar el desempeño individual para decidir las acciones que deben tomar. (8)

Una organización no puede adoptar cualquier sistema de evaluación del desempeño. El sistema debe ser válido y confiable, efectivo y aceptado. El enfoque debe identificar los elementos relacionados con el desempeño, medirlos y proporcionar retroalimentación a los empleados y al departamento de personal. (8)

1. Ventajas de la Evaluación del Desempeño:

- Mejora el desempeño, mediante la retroalimentación.
- Políticas de compensación: puede ayudar a determinar quiénes merecen recibir aumentos.
- Decisiones de ubicación: las promociones, transferencias y separaciones se basan en el desempeño anterior o en el previsto.
- Necesidades de capacitación y desarrollo: el desempeño insuficiente puede indicar la necesidad de volver a capacitar, o un potencial no aprovechado.
- Planeación y desarrollo de la carrera profesional: guía las decisiones sobre posibilidades profesionales específicas.
- Imprecisión de la información: el desempeño insuficiente puede indicar errores en la información sobre el análisis de puesto, los planes de recursos humanos o cualquier otro aspecto del sistema de información del departamento de personal.
- Errores en el diseño del puesto: el desempeño insuficiente puede indicar errores en la concepción del puesto.
- Desafíos externos: en ocasiones, el desempeño se ve influido por factores externos como la familia, salud, finanzas, etc., que pueden ser identificados en las evaluaciones.

2. Preparación de las Evaluaciones del Desempeño:

El objetivo de la evaluación es proporcionar una descripción exacta y confiable de la manera en que el empleado lleva a cabo el puesto. Los sistemas de evaluación deben estar directamente relacionados con el puesto y ser prácticos y confiables. Es necesario que tengan niveles de medición o estándares completamente verificables.

Por estar directamente relacionados con el puesto se entiende que el sistema califica únicamente elementos de importancia vital para obtener éxito en el puesto. (8)

Si la evaluación no se relaciona con el puesto, carece de validez. Se entiende que la evaluación es práctica cuando es comprendida por evaluadores y evaluados. Un sistema complicado puede conducir a confusión o generar suspicacia y conflicto. Existen elementos comunes a todos los enfoques sobre evaluación del desempeño:

- Estándares de Desempeño:

La evaluación requiere de estándares del desempeño, que constituyen los parámetros que permiten mediciones más objetivas. Se desprenden en forma directa del análisis de puestos, que pone de relieve las normas específicas de desempeño mediante el análisis de las labores.

Basándose en las responsabilidades y labores en la descripción del puesto, el analista puede decidir qué elementos son esenciales y deben ser evaluados en todos los casos. Cuando se carece de esta información, los estándares pueden desarrollarse a partir de observaciones directas sobre el puesto o conversaciones directas con el supervisor inmediato. (8)

Algunas de las razones que justifican la utilización de estándares son:

- Para evaluar la calidad del desempeño.
- Para buscar la excelencia profesional.
- Para valorar y comparar el desempeño actual con uno deseado.
- Para ayudarnos a entender las causas de un bajo o un buen desempeño.
- Es una obligación moral de cada proveedor, prestar servicios de calidad a todos los usuarios.

El establecimiento de estándares es un elemento importante en cualquier iniciativa de Garantía de Calidad. Algunos supuestos necesarios para el éxito en la determinación de estándares son:

- Establecer estándares sólo si se van a utilizar.
- Deben ser acordados localmente (no deben ser impuestos por otros niveles).

Los Estándares deben ser:

- Medibles.
- Alcanzables (con los recursos disponibles).
- Claros y explícitos.
- Simples (fáciles de entender).
- Realísticos y aceptables.
- Congruentes con los objetivos institucionales y principios del servicio.
- Controlados con mediciones específicas.

Los clientes, los profesionales, gerentes, las autoridades de salud y las organizaciones tienen diferentes puntos de vista sobre por qué es importante la calidad. Estas perspectivas diferentes dependen del conocimiento, la experiencia y de cada situación. Si se toman en forma aislada los diferentes intereses de cada parte, se valoraría la calidad sobre la base de diferentes estándares. Por esta razón es importante considerar quien define los estándares.

- Mediciones del Desempeño:

Son los sistemas de calificación de cada labor. Deben ser de uso fácil, ser confiables y calificar los elementos esenciales que determinan el desempeño. Las observaciones del desempeño pueden llevarse a cabo en forma directa o indirecta. En general, las observaciones indirectas (exámenes escritos, simulaciones) son menos confiables porque evalúan situaciones hipotéticas. Las mediciones objetivas del desempeño son las que resultan verificables por otras personas.

Por norma general, las mediciones objetivas tienden a ser de índole cuantitativa. Se basan en aspectos como el número de unidades producidas, el número de unidades defectuosas, tasa de ahorro de materiales, cantidad vendida en términos financieros o cualquier otro aspecto que pueda expresarse en forma matemáticamente precisa.

Las mediciones subjetivas son las calificaciones no verificables, que pueden considerarse opiniones del evaluador. Cuando las mediciones subjetivas son también indirectas, el grado de precisión baja aún más.

- Elementos Subjetivos del Calificador:}

Las mediciones subjetivas del desempeño pueden conducir a distorsiones de la calificación. Estas distorsiones pueden ocurrir con mayor frecuencia cuando el calificador no logra conservar su imparcialidad en varios aspectos.

1. Los prejuicios personales: cuando el evaluador sostiene a prioridad una opinión personal anterior a la evaluación, basada en estereotipos, el resultado puede ser gravemente distorsionado.
2. Efecto de acontecimientos recientes: las calificaciones pueden verse afectadas en gran medida por las acciones más recientes del empleado. Es más probable que estas acciones (buenas o malas) estén presentes en la mente del evaluador. Un registro cuidadoso de las actividades del empleado puede servir para disminuir este efecto.
3. Tendencia a la Medición Central: algunos evaluadores tienden a evitar las calificaciones muy altas o muy bajas, distorsionando de esta manera sus mediciones para que se acerquen al promedio.
4. Efecto de Halo o Aureola: ocurre cuando el evaluador califica al empleado predispuesto a asignarle una calificación aún antes de llevar a cabo la observación de su desempeño, basado en la simpatía o antipatía que el empleado le produce.

5. Interferencia de Razones Subconscientes: movidos por el deseo inconsciente de agradar y conquistar popularidad, muchos evaluadores pueden adoptar actitudes sistemáticamente benévolas o sistemáticamente estrictas.

- Métodos para Reducir las Distorsiones:

Cuando es necesario el empleo de métodos subjetivos para la medición del desempeño, los especialistas en personal pueden reducir las posibilidades de distorsión mediante capacitación, retroalimentación y una selección adecuada de técnicas de evaluación.

Las técnicas de evaluación pueden dividirse entre técnicas basadas en el desempeño durante el pasado y las que se apoyan en el desempeño a futuro.

Antes de emprender un esfuerzo evaluativo el administrador debe de definir el sujeto de evaluación, el cual puede ser toda la agencia o partes de ellas, tales como una institución, un programa o un servicio. En buena parte de estas decisiones dependen del cargo y nivel en el cual esta situado el administrador de servicios. (19)

Las decisiones sobre las condiciones de la evaluación dependen también de la organización de los servicios, porque la información para evaluar difiere de un nivel a otro, además, los niveles de organización definen niveles de decisión, planeación y control. (18)

3. Implicaciones del Proceso de Evaluación

Tanto el diseño del sistema de evaluación como sus procedimientos suelen ser responsabilidad del departamento de personal. Si el objetivo consiste en la evaluación del desempeño durante el pasado y en la concesión de reconocimientos, es probable que se prefieran los enfoques de carácter comparativo. Se pueden utilizar otros métodos para la evaluación del desempeño pasado, en caso de que la función esencial del sistema consista en el suministro de retroalimentación. (8)

Los métodos de evaluación orientados a futuro pueden centrarse en metas específicas. La auto evaluación o los centros de evaluación pueden proponerse la identificación de aspectos específicos que se pueden mejorar o servir como instrumentos de la promoción interna. Es necesario que el enfoque adoptado sea utilizado por los gerentes de línea. (8)

Los sistemas de evaluación que implican la participación de los gerentes y supervisores tienen mayor aceptación. La participación incrementa el interés y la comprensión.

CÍRCULOS DE CALIDAD

La idea básica de los Círculos de Calidad consiste en crear conciencia de calidad y productividad en todos y cada uno de los miembros de una organización, a través del trabajo en equipo y el intercambio de experiencias y conocimientos, así como el apoyo recíproco. Todo ello, para el estudio y resolución de problemas que afecten el adecuado desempeño y la calidad de un área de trabajo, proponiendo ideas y alternativas con un enfoque de mejora continua. (8)

Definiciones:

1. Un Círculo de Calidad es un pequeño grupo de personas que se reúnen voluntariamente y en forma periódica, para detectar, analizar y buscar soluciones a los problemas que se suscitan en su área de trabajo.

2. Un Círculo de Calidad está formado por pequeños grupos de empleados que se reúnen e intervienen a intervalos fijos con su dirigente, para identificar y solucionar problemas relacionados con sus labores cotidianas.

3. Un Círculo de Calidad está integrado por un reducido número de empleados de la misma área de trabajo y su supervisor, que se reúnen voluntaria y regularmente para estudiar técnicas de mejoramiento de control de calidad y de productividad, con el fin de aplicarlas en la identificación y solución de dificultades relacionadas con problemas vinculados a sus trabajos.

4. El Círculo de Calidad es un grupo pequeño que desarrolla actividades de control de calidad voluntariamente dentro de un mismo taller. Este pequeño grupo lleva a cabo continuamente, como parte de las actividades de control de calidad en toda la empresa, auto desarrollo y desarrollo, mutuo control y mejoramiento dentro del taller, utilizando técnicas de control de calidad con participación de todos los miembros.

5. Un grupo pequeño de empleados que realizan tareas similares y que voluntariamente se reúnen con regularidad, en horas de trabajo, para identificar las causas de los problemas de sus trabajos y proponer soluciones a la gerencia.

La Misión de un Círculo de Calidad:

- Contribuir a mejorar y desarrollar a la empresa.
- Respetar el lado humano de los individuos y edificar un ambiente agradable de trabajo y de realización personal.
- Propiciar la aplicación del talento de los trabajadores para el mejoramiento continuo de las áreas de la organización.

El término Círculo de Calidad tiene dos significados. Se refiere tanto a una estructura y a un proceso como a un grupo de personas y a las actividades que realizan. Por consiguiente, es posible hablar de un proceso de Círculo de Calidad al igual que de la estructura del mismo. (8)

- **Estructura:**

La estructura de un Círculo de Calidad es fundamentalmente la forma como esta integrado el grupo y se define de acuerdo con la posición de los miembros dentro de una organización empresarial. En la práctica, los Círculos de Calidad requieren de un periodo prolongado de labores bajo la tutela de un Asesor.

- **Proceso:**

El proceso de un Círculo de Calidad está dividido en cuatro subprocesos:

- 1) Identificación de problemas, estudio a fondo de las técnicas para mejorar la calidad y la productividad, y diseño de soluciones.
- 2) Explicar, en una exposición para la Dirección o el nivel gerencial, la solución propuesta por el grupo, con el fin de que los relacionados con el asunto decidan acerca de su factibilidad.
- 3) Ejecución de la solución por parte de la organización general.
- 4) Evaluación del Éxito de la propuesta por parte del Círculo y de la organización.

Todo este proceso involucra dos entidades íntimamente relacionadas; el personal de salud y la usuaria del servicio cuyo resultado final es la mejoría de la calidad de atención.

NORMAS DEL PROGRAMA DE CONTROL PRE-NATAL

Es difícil definir Calidad cuando está en relación con la complejidad de la atención médica y cuando, el análisis final, las normas absolutas solo pueden definirse en relación con los niveles de salud individual y comunitaria. No obstante, como un primer paso a esta dirección un grupo de médicos puede definir una serie de normas sobre sus propias actuaciones, con las que puede comparar logros reales. (13)

Las normas son orientaciones que ayudan a asegurar la calidad de atención. Los estándares definen el nivel de calidad de la atención médica aceptable para un programa, o para la organización de medios que definen la norma. (14)

Son un conjunto de partes explícitas que reglan las actividades de los miembros del equipo de salud. Todo lo que se considera normado debe estar escrito, contemplando las actividades que deben ser cumplidas por todo el personal que trabaja en equipo. La única razón válida para el no cumplimiento de una norma es cuando, debida a características muy especiales del caso, este es exclusivo de la norma para brindar al usuario una mejor atención. (15)

Las normas pueden definirse en relación con:

1. Los efectos de la atención: reales o previstos
2. La atención individual del personal profesional.
3. La capacitación para obtener la calidad, representada en el ambiente en que se presta la atención.

Las normas pueden representar niveles mínimos o máximo de atención aceptable y constituyen una base para la evaluación y control de calidad. Por tanto no debe considerarse las normas como reglas o reglamentos sino más bien como orientación de las cuales pueden derivarse reglas o reglamentos.

Como lo indica la definición de la Asociación Americana de Salud Pública, se elaboran las normas para programa u organizaciones. Estas pueden hacerse en los planos nacional, regional o local, especialmente por lo que se refiere a normas de programas.

Las normas se basan en criterios científicos. Por supuesto estas normas o sugerencias tienen que ser modificadas de acuerdo a la realidad nacional de cada país. Las normas de atención médica servirán para mantener la calidad y extender la cobertura.

Deben ser dinámicas y por lo tanto estar sujetas a revisión y mejoramiento constante, no deben fijarse al nivel mínimo, sin embargo, no todas deben fijarse al nivel

máximo. Es decir, deben establecer el nivel mínimo que garantice el nivel de atención, y por debajo del cual no conviene descender.

Un buen ambiente ayuda a mantener las normas, pero por si solo no garantiza la Calidad de Atención.

CONTROL PRENATAL

Definición:

La atención prenatal es una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad. (13)

Requisitos Básicos que debe Cumplir una Atención Prenatal:

1. Precoz:

Debe comenzarse lo mas temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre, etapa de mayor importancia (embriogénesis y organogénesis) en el desarrollo de un ser intrauterino. De esta manera es más factible la identificación de un embarazo de alto riesgo obstétrico.

2. Periódico:

La frecuencia de controles varía según el riesgo que exhibe la madre. Las de Alto Riesgo Obstétrico necesitan mayor cantidad de consultas que las de Bajo Riesgo. Algunas normas fijan una mínima de 5 controles. 1 durante la primera mitad del embarazo, 1 entre la 23-27 semanas y 1 mensual a partir de las 27 semanas.

En Nicaragua, las normas establecen un mínimo de 4 controles durante todo el embarazo en las gestantes normales. A las de Bajo Riesgo 6 controles si fueron captadas desde el primer trimestre, 3 controles si fueron captadas en el segundo trimestre y 1 control

si son captadas el tercer trimestre. Para la de Alto Riesgo establecen 9 controles si se captó en el primer trimestre, 6 controles si se captó en el segundo trimestre y 3 si se captó en el tercer trimestre.

3. Completo:

El contenido mínimo de las consultas debe garantizar las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación en salud.

4. Amplia Cobertura:

Cada territorio debe conocer a todas sus embarazadas y los embarazos esperados. Se deben plantear metas de cobertura. La idea sería controlar al 100% de las embarazadas, si es menor de la meta, aplicar metodologías de enfoque de riesgo.

5. Gratuidad:

Toda consulta brindada a la mujer embarazada debe ser gratuita, incluyendo los exámenes de laboratorio básico.

Contenido del Control Prenatal

a) La Primera Consulta:

La primera consulta prenatal al igual que la última deberán de realizarse por un médico, el cual deberá comenzar con un cuidadoso interrogatorio, cuya guía está en el formulario de anamnesis y examen físico y hoja clínica perinatal simplificada, un examen clínico y obstétrico completo. (Anexo D)

La anamnesis deberá incluir datos de identificación, características socio-económicas, antecedentes familiares, personales, gineco-obstétricos y perinatales.

Los contenidos en la 1era. Consulta serán comunes para todas las embarazadas (Alto y Bajo Riesgo), y sobre la base del examen clínico completo, del PAP, examen

odontológico y exámenes complementarios de laboratorio se procederá a clasificar quien es en bajo riesgo o normal y quien de alto riesgo obstétrico, para referirla a consulta especializada. (Anexo C)

- Inmunizaciones:

Las gestantes deben recibir 2 dosis de vacuna antitetánica, con un intervalo de 6-8 semanas, a menos que esta inmunizada con anterioridad al presente embarazo.

- Contenidos Educativos:

Aún cuando la embarazada normal no debiera de tener ningún problema o inconveniente de continuar con el mismo régimen de vida que llevara antes del embarazo, siempre que este fuera normal, es necesario prescribir algunas indicaciones específicas por las modificaciones fisiográvidicas que la gestación conlleva. He aquí algunas:

- ◆ Uso de ropa holgada y calzado de tacones bajos, para prevenir futuras caídas.
- ◆ Reducción del trabajo si es excesivo e interrupción del mismo si se desarrolla en ambiente tóxico o insalubre.
- ◆ Hacer ejercicio siempre que no signifique esfuerzo.
- ◆ Higiene diaria.
- ◆ Fomentar la lactancia materna así como el cuidado de las mamas.
- ◆ Evitar el consumo de licor por sus efectos teratogénicos.
- ◆ No fumar, el tabaco esta relacionado con recién nacidos de bajo peso al nacer y se dice que la mortalidad perinatal aumenta en hijos de madres fumadoras.
- ◆ Orientar sobre parto, postparto y control de la fertilidad.
- ◆ Fomentar el parto institucional.

- Estado y Requerimientos Nutricional de la Embarazada:

Para conocer el estado nutricional de la embarazada es necesario conocer el peso pregravidico y la talla de esta, si no se conoce peso pregravidico utilizar: Tarjeta de Altura

Uterina y Peso Materno, si se conoce graficar los peso en la curva de ganancia de peso y analizar: Anormal menor de P.25 y mayor de P.90.

La alimentación debe ser equilibrada, la cual esta compuesta por diferentes alimentos (grasas, carbohidratos y proteínas), consumidos en cantidades adecuadas de acuerdo a las características individuales de la mujer, para satisfacer las necesidades del organismo.

Alimentos Básicos:

Proveen principalmente energía, por su alto contenido de carbohidratos. Son más baratos que los otros alimentos y contienen proteína no completa por lo que debe ser complementada con alimentos del grupo formador. Por su bajo costo son la principal fuente de energía de la gran mayoría de nuestra población. Se incluyen el arroz, maíz, trigo y sus productos (pan, pasta, galletas, tortillas, atole).

Para variar el alimenticio se puede intercambiar en cada tiempo de comida alguno de los alimentos incluidos en este grupo.

Alimentos formadores:

Su función es construir y mantener nuestros músculos, órganos, pies, ojos, boca, etc. Este grupo provee proteínas de excelente calidad cuando es de origen animal, pero por su alto costo se recomienda incluirla en pequeñas cantidades mezclándolo con alimentos del grupo realimentos básicos. Algunos de los ejemplos más comunes que se consumen en nuestro país son: arroz, frijoles, maíz, trigo, carne, huevo, pescado, productos lácteos, etc.

Alimentos Protectores

Proveen vitaminas y minerales, mejoran la calidad de la dieta, incluye frutas y verduras. Fuente importante de vitaminas y minerales como vitamina A, C y complejo B; minerales calcio, hierro, potasio.

Alimentos de Energía Concentrada:

Proveen energía de forma concentrada. No deben consumirse en exceso. En este grupo se encuentran los alimentos que vienen a complementar la necesidad calórica proporcionada por los alimentos básicos. Se incluyen los azúcares y las grasas.

b) Visitas Subsecuentes

Los elementos básicos que deberán valorarse en todas las consultas son:

- ◆ Ganancia de peso.
- ◆ Determinación de la presión arterial.
- ◆ Altura uterina y valoración del crecimiento fetal.

- **Ganancia de Peso:**

Al término de la gestación el aumento normal es de unos 11 Kg., valor promedio de 20% sobre el peso habitual, con una amplitud que se extiende desde 6 Kg. (percentil 10) a 15.6 (percentil 90).

Por medio del cálculo de la ganancia de peso y conociendo el peso pregrávidico de la mujer se calcula la ganancia ponderal materna.

Este dato sirve para evaluar la evolución normal del embarazo y estado nutricional de la madre y el niño, permitiendo conocer el riesgo de presentar un recién nacido de bajo peso al nacer.

$$\text{INDICE} = \frac{\text{Peso Actual en Kg.} \times 100}{\text{Peso de referencia según talla}}$$

- Determinación de la Presión Arterial:

Por la importancia que tiene la presión arterial, es básico su control en cada una de las visitas. La medición debe realizarse luego de 15 minutos de reposo previo

La presión diastólica y sistólica descienden en la primera mitad del embarazo en 5-10 mmHg. alcanzando hacia el término los valores pregravidicos. Cuando los valores de presión sistólica y diastólica están por debajo de 95 y 55 mmHg. respectivamente debe ser investigada así como todo aumento de la presión por encima de 140/90.

- Altura Uterina:

A partir de la 12-13 semanas de gestación ya es posible comprobar el aumento del tamaño del útero por encima del pubis.

La medida de la altura uterina se mide en centímetros, con una cinta métrica flexible e inextensita, desde la sínfisis del pubis hasta donde se palpe el fondo uterino.

El extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano y entre los dedos índices y mayor de la otra se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo del útero.

La altura uterina en función de la edad gestacional muestra un crecimiento lineal hasta la semana 37, con ligero aplastamiento posterior; este incremento se debe a un aumento constante de: 0.8 cm. por semana (percentil 50) entre la semana 20-35, 1 cm. Cada semana hasta la 20 semanas y 0.5 cm. Cada semana hasta la 37-38.

El tamaño de útero puede no concordar con la edad del embarazo por:

- Útero grande:
 - Error en fecha última menstruación
 - Embarazo gemelar
 - Polihidramnios
 - Embarazo molar
 - Macrosomía fetal

- Miomatosis uterina coincidente con el embarazo
- Útero pequeño
 - Error el fecha de ultima menstruación
 - Retardo del crecimiento intrauterino
 - Oligoamnios

Enfoque de Riesgo

Una forma lógica y efectiva de abordar los problemas de salud perinatal, es la aplicación del enfoque de riesgo. Este obedece a la necesidad de asignar recursos de forma diferenciada, de modo que quiénes mas lo necesitan, reciban una mayor atención de acuerdo a la condición de riesgo que presenten. Este enfoque se fundamenta en el hecho que no todos los individuos tienen la misma probabilidad de padecer de un daño determinado, sino que para algunos dicha probabilidad es mayor que para otros. (15)

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para todos los individuos de bajo riesgo hasta un máximo, necesario solo para aquellos con alta probabilidad de sufrir alteraciones de la salud en el futuro. Como en otros campos de la salud, la atención perinatal determina que la embarazada, el parto y el recién nacido, sean atendidos en el nivel de complejidad de su grado de riesgo. (15)

Riesgo:

Es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño; y daño es el resultado, afección o situación no deseada en función del cual se mide un riesgo.

- Embarazo de Bajo Riesgo

Cuando existen factores (sociales, biológicos, etc.) solos o asociados que pueden ser significativos en la aparición de un daño, pero que al presente, con las acciones ejecutadas, no producen alteraciones al estado de salud de la madre, feto o ambos y que pueden ser manejadas y resueltas por métodos clínicos simples.

- Embarazo de Alto Riesgo:

Cuando existen factores de riesgo (sociales, biológicos, etc.) solos o asociados y cuya presencia pueda significar un mayor compromiso y alteración en el embarazo de parto y del puerperio, con repercusión en el estado de salud de la madre, feto o ambos.

Es necesario identificarlos, marcando unas características que nos permitan reconocer el riesgo, la hoja de historia perinatal simplificada, recoge todos los datos básicos durante las distintas etapas del periodo reproductivo, con la aplicación correcta de esta hoja se pueden detectar fácilmente aquellas embarazadas con riesgo.

El abordaje de los factores de riesgo preconcepcional permite la corrección de conductas, factores de riesgo reproductivo o patologías que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS

El concepto de satisfacción del consumidor (paciente), el autor Philip Kotler lo define como “El estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento o resultado que se percibe de un producto con sus expectativas”. (16)

Matemáticamente lo podemos expresar como la diferencia entre el resultado obtenido con el uso y experiencia del producto-servicio, menos las expectativas previas acerca de dicho uso y experiencia. En este caso se dice que el consumidor está satisfecho cuando el resultado de la resta es positivo y que está insatisfecho cuando es negativo. (16)

Donabedian agrupa en tres categorías los componentes fundamentales del servicio susceptibles de generar satisfacción: componente técnico, componente interpersonal, y componente del entorno y sus comodidades.

En un país como el nuestro, el perder o dejar de captar clientes (pacientes) es un lujo que nadie puede darse, sin embargo es algo que ocurre frecuentemente. Por ello, lograr su satisfacción es el motivo principal de cualquier negocio. Atrás quedó el predominio de los productores, hoy el consumidor fija las reglas. (16)

Las personas que quieran hacer uso de los servicios de una unidad de salud, a veces tienen que afrontar una serie de barreras de tipo económico, geográfico y cultural. Las unidades de salud deben diseñar sus servicios de tal manera que estas barreras, desaparezcan o reduzcan al mínimo. (10)

No solo es necesario que los recursos existan para poder prestar los servicios, es también necesario que la población a la cual van dirigidos, los conozcan y puedan llegar a ellos, es decir además de disponibilidad de recursos por parte de la gente debe haber accesibilidad de los servicios por parte de la población. (17)

La accesibilidad constituye un factor intermedio entre la capacidad de producir servicios y la producción o consumo real de dichos servicios. Decir que algo es accesible, vale tanto como decir que esta fuera del individuo, el cual tiene que desear, buscarlo y finalmente alcanzarlo. La accesibilidad esta íntimamente ligada con la disponibilidad a pesar de ser conceptos distintos.

La disponibilidad y accesibilidad afectan tanto a las variables que determinan la eficiencia de la agencia (productividad y utilización), como las variables que determinan resultado sobre la población (calidad y uso).

La satisfacción es un componente de calidad en la medida que es el objetivo de la atención ya que nos da la información sobre el éxito del personal de salud en satisfacer los valores y expectativas del usuario. Además el usuario puede pedir cosas que están prohibidas social y profesionalmente, pero a pesar de esto la satisfacción del usuario es una medida válida de calidad ya que en el caso en que el usuario pide cosas apropiadas, se puede argumentar que la educación ha fallado.

La clave para entender la satisfacción del consumidor radica en comprender que lo importante es la percepción de lo recibido, la cual está dominada por las expectativas. A su vez, estas se determinan por la experiencia previa del consumidor, las referencias de los amigos o familiares, la información y promesas que emanan de la empresa y su entorno competitivo, así como de las diferentes necesidades individuales. (16)

Resulta intuitivo pensar en que para mejorar la satisfacción del consumidor se debe implementar medidas como mejorar la calidad del producto o atención (en el cual

también hay que considerar el precio), los servicios complementario de entrega, instalación, financiamiento, entre otros. (16)

Hay que insistir en otro aspecto quizá no tan intuitivo, pero muy importante: el manejo correcto de las expectativas de los consumidores: debemos balancear la “sobrepromesa”, que quizá genere prueba pero no repetición de compra al quedar los consumidores insatisfechos y la “infrapromesa”, que logra consumidores satisfechos aunque quizá muy pocos, sin lograr la necesaria masa crítica de clientes para operar a largo plazo. (16)

Las apreciaciones de satisfacción o disgusto que tengan los usuarios como resultado de su contacto con los servicios de salud son indicadores de la eficiencia humana en el servicio por tanto la manera más sencilla para evaluar la calidad humana es solicitar a los usuarios actuales y potenciales y al personal de salud, sus apreciaciones sobre los servicios.

Ambientes de Atención en el Centro de Salud de Ciudad Darío.

Como una forma de mejorar la Satisfacción de los usuarios a los servicios del Centro de Salud de Ciudad Darío, la Dirección de dicho centro montó como plan piloto un mecanismo de atención que consiste en agrupar en un mismo cubículo de atención denominado ambiente, todos los programas que forman parte del plan de servicios del Ministerio de salud tales como:

- Programa de Planificación Familiar.
- Programa de Control de Crecimiento y desarrollo.
- Programa de Control Prenatal.
- Programa de morbilidad general.

Todos ellos realizados en un mismo cubículo por uno o dos miembros del personal de enfermería y/o médicos, los que de forma ordenada atienden a los usuarios de los diferentes programas cuyos expedientes son enviados a los cubículos de forma aleatoria, de esta forma un mismo personal atiende a cualquier solicitante de dichos programas según sus expedientes sean enviados por el personal de Admisión.

V. MATERIAL Y MÉTODO

A. Tipo de Estudio

El estudio denominado Calidad de Atención del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío (Matagalpa). Es de enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, el cual se llevó a cabo durante el período de Mayo a Junio del 2005.

B. Área de Estudio

Este estudio se realizó en el Centro de Salud de Ciudad Darío, departamento de Matagalpa; El municipio de Ciudad Darío se encuentra entre los 12° 43' de latitud norte y 86° 07' de longitud oeste; A 90 kms de la Capital, Managua y a 40 kms. de la Ciudad de Matagalpa, su cabecera departamental. Sus límites son: Al Norte los Municipios de San Isidro y Sébaco, Al Sur los Municipios de Teustepe, Tipitapa y San Francisco Libre, al Este los Municipios de Terrabona y San José de los Remates y al Oeste el Municipio de El Jicaral (León).

La distribución organizacional de la población que en su totalidad corresponde a 39,288 habitantes es: sector urbano cuenta con 15,349 habitantes de los cuales 7,552 son mujeres, la población total urbana esta distribuida en 23 barrios y en el sector rural que cuenta con 23,939 habitantes, de los cuales 10,330 son mujeres. La población total rural esta distribuida en 23 comarcas. La densidad poblacional es de 44Hab. /Km².

En el casco urbano se ubica actualmente un Centro de Salud de cobertura Municipal el cual fue construido con financiamiento del FISE en el año 2000, ubicado sobre la carretera panamericana en el Km. 89 ½.

El personal del Centro de Salud está compuesto por 7 Médicos (4 Generales, 3 Servicio Social), 1 Odontólogo, 12 Enfermeras (2 Profesionales y 10 Auxiliares), 14 trabajadores de diferentes sectores con un total de 34 trabajadores que atienden a la población del Municipio.

Este Centro Salud dentro de la infraestructura interna cuenta con: una Sala de Emergencias, El PAI, un laboratorio clínico, un consultorio odontológico, 2 consultorios para atención de dispensarizados, 4 consultorios para morbilidad general y para los diferentes programas, una sala de labor y parto, una sala de puerperio, una farmacia, una bodega, un área e limpieza y las oficinas administrativas y de dirección.

C. Universo

a) Todas las mujeres embarazadas que asistieron al Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío en el período de Mayo a Junio del 2005; el Universo se calculó sacando la media de las pacientes asistentes al Programa de Control Prenatal en los meses de Mayo y Junio del año 2003 y 2004, resultando un total de 215 mujeres durante esos dos meses.

b) El personal de salud que brindó Atención a las mujeres embarazadas en el Centro de Salud de Ciudad Darío en el período de Mayo y Junio del 2005 que está constituido por 7 Médicos y 12 Enfermeras.

D. Muestra

a) Estuvo constituida por las 206 pacientes que asistieron a la Atención Médica del Programa de Control Prenatal del Centro de Salud. Esta Muestra fue calculada según muestreo y datos estadísticos históricos de la misma Unidad de Salud.

b) También se incluyó al 26% de todo el personal que labora en el Centro de Salud, conformado por 2 Auxiliares de Enfermería, 2 Médicos en Servicio Social y 1 Médico General que dieron la Atención Prenatal.

I. Tipo de Muestra

Nuestra Muestra es de Tipo Probabilístico Sistemático ya que todos y cada uno de los elementos de la población tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados.

II. Muestreo

Dado que el objetivo del presente estudio fue Valorar la Calidad de Atención del Programa de Control Prenatal brindado a las usuarias del Centro de Salud de Ciudad Darío, se realizó por los investigadores (dos) el cálculo del tamaño del Universo para posteriormente calcular el de la muestra.

El Universo esperado para Mayo y Junio del 2005 se calculó sacando la media de los Controles Prenatales realizados en los meses de Mayo y Junio correspondientes a los años 2003 y 2004. El Universo esperado es de 215 Controles Prenatales en los meses de Mayo y Junio del 2005.

Una vez conocido el Universo se dispuso calcular el tamaño de la Muestra del estudio a través del uso de las fórmulas de la selección del tamaño muestral, resultando una muestra de 206 Controles Prenatales los que fueron sometidos a valoración para determinar su Calidad de Atención en el período del estudio.

Se realizó luego un Muestreo de tipo Sistemático numerando cada una de las pacientes que asisten al Programa de Control Prenatal y se calculó el denominado “Número de Selección Sistemática” que es el intervalo numérico que sirvieron de base para la selección de la muestra. Este se calculó dividiendo el total del Universo (N) por la muestra (n), en nuestro caso se incluyó una de cada una de las pacientes que asistieron al Control Prenatal.

Una vez que se determinó el tipo de muestreo para la recolección de una muestra significativa, los investigadores se ubicaron en los consultorios donde el personal de salud del centro encargado del programa brindó Atención a las embarazadas, ahí se procedió a llenar el formulario de observación que valoró la Calidad Técnica y Humana del personal de salud durante la consulta del Control a todas las mujeres que acudieron a

realizarse su Control Prenatal y que voluntariamente aceptaron ser parte del estudio. Una vez concluida la consulta del Control Prenatal se llevó a la usuaria a un consultorio aparte a realizarle una encuesta sobre satisfacción de la atención brindada por parte del personal de salud.

III. Criterios de Admisión:

Criterio de Inclusión:

1. Todas aquellas usuarias del Programa de Control Prenatal del Centro de Salud de Ciudad Darío
2. Todas aquellas mujeres embarazadas que eran de nuevo ingreso al Programa de Control Prenatal.
3. Todo el personal de salud que brindó Atención en el Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío.
4. Todas las Embarazadas que asistieron al Programa de Control Prenatal, y que Voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

Criterio de Exclusión:

1. Toda aquella persona que no cumplieron con los Criterios de Inclusión.
2. Toda mujer embarazada que asistió al Programa de Control Prenatal y que rehusó ser entrevistada.

E. Fuente de Información

El proceso de recopilación de la información de este estudio se hizo de tipo primario, mediante la directa percepción y registro de todos los datos concernientes con los sujetos de estudio (personal de salud y usuarias), a través de la utilización de un formulario de observación estructurado durante la consulta prenatal y de una entrevista a solas con las usuarias del Programa de Control Prenatal.

F. Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos

Por las características de este estudio, se encaminó a obtener información en dos momentos diferentes:

El primer momento se dio durante la aplicación de los procedimientos establecidos en las Normas de Control Prenatal que se realizaron a toda atención que brinda el personal de salud de las mujeres embarazadas desde que entró al cubículo de Control Prenatal, para lo cual nos valimos de la observación, a través de la implementación de un formulario validado, sin intervenir en ningún momento de la consulta prenatal.

El segundo momento, al final de la Atención del Control Prenatal, el segundo investigador se llevo a la paciente a un cubículo diferente y a solas, para lo cual se designó el método de la encuesta validada a través de una entrevista que se le hace al usuario del servicio para obtener información sobre la satisfacción de la atención brindada y de las dificultades que tuvo que vencer para llegar a recibir dicha atención en la unidad de salud.

La validación del formulario de observación así como de la encuesta, se realizó en el Centro de Salud de Ciudad Darío mediante una Prueba Piloto. En esta prueba se analizaron si las instrucciones de los instrumentos de medición se comprenden y si los ítems funcionaron adecuadamente, confirmando así la confiabilidad y validez de los instrumentos de medición.

La encuesta incluyó secciones correspondientes a datos personales, socioeconómicos, educacionales y de procedencia y también la satisfacción de las usuarias hacia la Atención Prenatal sobre cada uno de los procesos de la atención (trato, información recibida, tiempo de espera, equipos, limpieza, local ente otros), para lo cual se empleó una lista de chequeo para indagar si la atención recibida fue satisfactoria.

Para el formulario se empleó al igual que en la entrevista una sección de datos del personal que realizó la atención, también se incluyeron las secciones sobre el trato del personal de salud, la realización de algunos procedimientos (determinación del peso y talla, toma de presión arterial, análisis de laboratorio, etc.), curso del embarazo crecimiento, posición y salud del bebé, escucha de latidos del bebé, examen minucioso, la no realización de tacto vaginal durante la consulta, orientación sobre la alimentación, prescripción de vitaminas, acceso a los resultados de los exámenes de laboratorio previos, el no pago por los servicios, limpieza del personal que atiende y del local de la atención, y buen equipamiento.

Primer Instrumento: “El formulario de la observación de la atención Prenatal”

El presente formulario pretendió valorar de una forma objetiva la aplicación de los procedimientos establecidos en las Normas de Control Prenatal que se realizó en toda atención que brindó el personal de salud a las mujeres embarazadas desde que entraron al cubículo de Control Prenatal, para lo cual nos valimos de la observación, a través de la implementación de este formulario, sin intervenir en ningún momento de la consulta Prenatal.

Este formulario se dividió en tres secciones que son: Datos generales con un total de 3 preguntas que no tuvieron ningún valor, Calidad Técnica con un total de 34 registros y Calidad Humana con 10 registros. Estas dos últimas secciones si fueron valoradas aunque de forma separada, a través de una escala de medición arbitraria implementada por los investigadores, basándose en los procedimientos y actividades mínimas necesarias para realizar un buen Control Prenatal.

A la hora de comenzar la observación de la Atención Prenatal, al lado de cada registro se ubicaron 2 categorías para marcar, ambas con un valor numérico SI (1), NO (0), se marcó con una “X” si se realizó la actividad o no se realizó la actividad.

Al realizarse la actividad se adjudicó un punto a dicha acción, se realizó una suma de los puntos obtenidos y se sacó un promedio porcentual de las diferentes actividades que definieron, tanto la Calidad Técnica como la Calidad Humana de forma separadas, en base a éste se agruparon posteriormente por categorías: Muy deficiente de 0 a 25%, Deficiente de 26 a 50%, Aceptable de 51 a 75%, Adecuado de 76 a 100%. Teniendo así un resultado de dicha evaluación.

1. **Datos generales:**

- ❖ Esta sección sirvió de referencia para conocer la categoría del personal de salud que brindó la atención, sus daños laborados en el ministerio de salud, y si era o no responsable del programa de control prenatal, a estas preguntas no se les otorgó ningún puntaje.

2. **Calidad Técnica:**

- ❖ **Actividades de la introducción a la consulta:** Se realizó un total de cuatro actividades a observar cada una con un puntaje de un punto si se realizó dicha actividad, su sumatoria dió un total de cuatro puntos.
- ❖ **Acciones sobre registros de datos:** Cuatro acciones de registros que se realizaron con un valor de un punto cada una, sumando cuatro puntos en total.
- ❖ **Acciones del examen físico y del laboratorio:** Se obtuvo un total de trece actividades realizadas por el personal de salud, cada una con el puntaje de un punto que sumaron trece puntos.

- ❖ **Educación a la madre:** En total son nueve acciones educativas realizadas, para cada una con un punto, para totalizar nueve puntos.

- ❖ **Tratamiento:** Son cuatro acciones que se tomaron en cuenta, que fueron un total de cuatro puntos.

3. **Calidad Humana:**

- ❖ **Actitud del trabajador de la salud:** Se observó diez actitudes del personal de salud para un total de diez puntos.

Segundo instrumento “Encuesta de Satisfacción a las asistentes del Control Prenatal”.

La presente entrevista se realizó al concluir la atención del control prenatal, fue realizada por el segundo integrante del estudio en un cubículo diferente y a solas con la paciente con el objetivo de evitar sesgos.

Esta entrevista se dividió en dos secciones que son: Datos generales de la usuaria, con un total de cinco preguntas sin puntaje alguno, que dieron información sobre: Edad, Escolaridad, Estado Civil, Número de Embarazos y Procedencia de ésta, la otra parte de la entrevista correspondió a la satisfacción de la usuaria frente a la Atención Prenatal la cual se midió.

Para la medición del grado de satisfacción de la usuaria se hizo uso de la escala de Linkert. A la usuaria se le leyeron 15 afirmaciones en total, para responder se le pidió a la usuaria que externase su reacción eligiendo uno de los 4 puntos de la escala para cada afirmación; a cada uno de estos puntos se le asigna un valor numérico; Muy Deacuerdo (4), Deacuerdo (3), en Desacuerdo (2) y Muy en Desacuerdo (1). Al final se obtuvo una puntuación total, sumando los resultados obtenidos por cada categoría escogida, sabiendo que el puntaje máximo es de 75 y el mínimo de 15.

En base a esto se agruparon posteriormente por categorías: De 15 a 30 Muy en Desacuerdo, de 31 a 45 Desacuerdo, de 46 a 60 Deacuerdo y de 61 a 75 Muy Deacuerdo. Teniendo así un resultado para dicha evaluación.

G. Técnica y Recolección de la Información

El presente estudio se realizó en un período de seis meses desde su planificación hasta la redacción del informe final.

El proceso de la recolección de la información se realizó en el Centro de Salud del municipio de Ciudad Darío de Mayo a Junio del 2005, durante la atención a las mujeres que acudieron al Programa de Control Prenatal. Se realizó por los investigadores los que observaron sin intervenir en ningún momento de la actividad de Control Prenatal, que realizaron tanto el personal de salud, como las madres usuarias del servicio.

Posteriormente el segundo investigador llevó a la madre a un cubículo diferente al del Control Prenatal para realizarse el segundo momento de la recolección de datos, la entrevista a la usuaria sobre la satisfacción de la atención brindada.

H. Plan de Tabulación y Análisis

a) Variables de Estudio por Objetivo Especifico

Objetivo 1) Describir las características socio-demográficas de la población de estudio.

- Edad de la madre
- Escolaridad
- Estado Civil
- Numero de Embarazos
- Procedencia

Objetivo 2) Determinar la calidad técnica del personal de salud que labora en el Centro de Salud de Ciudad Darío.

- Categoría Laboral
- Tiempo de laborar en el Ministerio de Salud
- Personal Responsable del Programa de Control Prenatal
- Calidad Técnica.

Objetivo 3) Determinar la calidad humana en la atención del Programa de Control Prenatal, en el Centro de Salud de Ciudad Darío.

- Calidad Humana.

Objetivo 4) Conocer el nivel de satisfacción de las madres usuarias del programa de Control Prenatal.

- Grado de Satisfacción de la madre frente a la Atención Prenatal

b) Entrecruzamiento de las Variables

- Categoría Laboral y Calidad Técnica.
- Categoría Laboral y Calidad Humana.
- Tiempo de Laborar en el Ministerio de Salud y Calidad Técnica.
- Tiempo de Laborar en el Ministerio de Salud y Calidad Humana.
- Personal encargado del Programa y Calidad Técnica.
- Personal encargado del Programa y Calidad Humana.
- Grado de satisfacción de la madre frente a la Atención Prenatal.

c) Operacionalización de Variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Edad de la Madre	Cantidad de años de vida transcurridos en la mujer embarazada desde su nacimiento hasta el día del Control Prenatal.	Encuesta de Satisfacción	Menor de 18 años De 19 a 34 años Mayor o igual a 35 años
Escolaridad	El nivel educativo alcanzado por la madre al momento del Control Prenatal.	Encuesta de Satisfacción	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad Otro
Estado Civil	El nivel de convivencia legal de toda persona establecido por las leyes del país.	Encuesta de Satisfacción	Soltera Casada Viuda Unión Estable
Número de Embarazos	Cantidad de estados gravídicos presentados por la madre hasta la actualidad.	Encuesta de Satisfacción	Prímigesta Bigesta Trigesta Multigesta Gran multigesta
Procedencia	Área geográfica en la cual habita la madre.	Encuesta de Satisfacción	Área rural Área urbana

Categoría Laboral	Nivel establecido por la institución basado en el nivel de preparación alcanzado por el personal de salud.	Formulario de observación de la Atención Prenatal	Auxiliar Enfermería. Enfermera Profesional Médico Social. Médico General
Tiempo laborado en el Ministerio de Salud	Años de laborar en la institución desde su ingreso a la misma, hasta la fecha de estudio.	Formulario de observación de la Atención Prenatal	De 0 a 3 años De 4 a 7 años De 8 a 13 años Mayor de 13
Personal encargado del Programa de Control Prenatal	Persona responsable de brindar la atención prenatal en el momento del estudio.	Formulario de observación de la Atención Prenatal	Encargado No Encargado
Calidad Técnica	Ejecución de Criterios y procedimientos clínicos, técnicos y educacionales, establecidos por el Sistema Nacional de Salud para el cumplimiento de un adecuado Control Prenatal. En base al puntaje obtenido en la escala arbitraria utilizada. (Veáse anexo).	Formulario de observación de la Atención Prenatal	Muy Deficiente Deficiente Aceptable Adecuado

Calidad Humana	Disposición del trabajador responsable de programa, hacia la madre durante la atención prenatal. En base al puntaje obtenido en la escala arbitraria utilizada. (Veáse anexo).	Formulario de observación de la Atención Prenatal	Muy deficiente Deficiente Aceptable Adecuado
Grado de Satisfacción de la madre frente a la Atención Prenatal	Sensación de la usuaria de haber recibido repuestas o cumplimiento a su demanda. De acuerdo a la escala de Linkert utilizada. (Veáse anexo).	Encuesta de Satisfacción	Muy De Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

d) Análisis Estadístico

Este estudio pretendió describir los aspectos en el proceso de Calidad de Atención durante la prestación de un servicio de salud, como son la Calidad Técnica y la Calidad Humana del personal de salud que presta dichos servicios, a la vez intento determinar el Grado de Satisfacción de la usuaria del servicio, mediante el cruce de las diferentes variables, de acuerdo a cada objetivo específico, aplicando diversos métodos estadísticos para así obtener los resultados.

Una vez finalizado el periodo de recolección de los datos, la información obtenida, previamente codificada, se proceso mediante el paquetes estadístico EPI INFO 6.O, para posteriormente resumir la información en cuadros estadísticos y gráficos de acuerdo al tipo de información. Al final se uso de MICROSOFT WORD XP como procesador de palabras.

I. Consideraciones Éticas

En el momento de realizar la recolección de la información, se les explico a cada usuaria del Control Prenatal atendida al momento del estudio así como al personal que brinda la Atención Prenatal del Centro de Salud Ciudad Darío los procedimientos y objetivos del estudio, y se les solicito su consentimiento para realizar tanto la observación de la atención prenatal como la encuesta de satisfacción a la usuaria, teniendo derecho a aceptar o rechazar. Una vez aceptado se procedió a realizar dichos procedimientos, manteniendo los resultados de forma confidencial.

VI. RESULTADOS

El presente estudio tiene como objetivo describir la Calidad de Atención de los Controles Prenatales que se realizan en el Centro de Salud de Ciudad Darío municipio de Matagalpa, basándose para ello en el llenado de 206 encuestas que valoraron la Calidad Técnica y la Calidad Humana de la Atención Prenatal, así como el grado de Satisfacción de las usuarias del servicio.

Características del Personal de Salud que realiza los Controles Prenatales.

TABLA No. 1
Categoría Laboral del Personal de Salud del Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

CATEGORÍA LABORAL	No	%
AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	40
ENFERMERA PROFECIONAL	-	-
MEDICO EN SEVICIO SOCIAL	2	40
MEDICO GENERAL	1	20
Total	5	100%

Fuente: Formulario de observación

Del 100% del personal de salud del Centro de Salud de Ciudad Darío que participó en nuestro estudio, un 40% (2) fue representado por los Médicos en Servicio Social, otro 40% (2) por el personal Auxiliar de Enfermería y 20% (1) por los Médicos Generales.

TABLA No. 2
Años Laborados del Personal de Salud en el Ministerio de Salud,
Mayo – Junio 2005.

CATEGORÍA LABORAL	AÑOS LABORADOS			
	0-3	4-7	8-13	>13
AUXILIAR DE ENFERMERIA			1	1
ENFERMERA PROFECIONAL				
MEDICO EN SEVICIO SOCIAL	2			
MEDICO GENERAL		1		
Total	2	1	1	1

Fuente: Formulario de observación

Una Auxiliar de Enfermería presentaba al momento del estudio Veinte (20) años de Laborar en el Ministerio de Salud, otra Auxiliar de Enfermería presentaba Trece (13) años, el Médico General cinco (5) años y los dos Médicos en Servicio Social tenían 3 meses.

TABLA No. 3
Responsables del Programa del Control Prenatal del Centro de Salud de
Ciudad Darío, Mayo – junio 2005.

CATEGORÍA LABORAL	RESPONSABLE PROGRAMA	
	SI	NO
AUXILIAR DE ENFERMERIA	-	110
ENFERMERA PROFECIONAL	-	-
MEDICO EN SEVICIO SOCIAL	-	50
MEDICO GENERAL	46	-
Total	46	160

Fuente: Formulario de observación

En el Centro de Salud de Ciudad Darío, solamente el Médico General era al momento del estudio el Responsable del Programa.

TABLA No. 4
Número de Controles Prenatales Realizados por el personal de Salud del
Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

CATEGORÍA LABORAL	NUMERO DE CONTROLES	
	No.	%
AUXILIAR DE ENFERMERIA	110	53.4
ENFERMERA PROFECIONAL	-	-
MEDICO EN SEVICIO SOCIAL	50	24.3
MEDICO GENERAL	46	22.3
Total	206	100%

Fuente: Formulario de observación

Las Auxiliares de Enfermería realizaron 110 Controles Prenatales equivalentes al 53.4% del total de las encuestas, los Médicos en Servicio Social elaboraron 50 Controles Prenatales para un 24.3% y el Médico General realizó 46 Controles para un 22.3%.

Características personales de las mujeres atendidas en el Programa de Control Prenatal en el municipio de Ciudad Darío.

TABLA No. 5
Edad de las Usuarias del Programa de Control Prenatal en el Centro de
Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

EDAD DE LA MADRE	No.	%
< 18 AÑOS	26	12.7
19 – 34 AÑOS	164	79.6
> 35 AÑOS	16	7.7
Total	206	100

Fuente: Entrevista de Satisfacción

Con respecto a las madres usuarias del Programa de Control Prenatal encontramos que 164 madres que representan el 79.6% estaban entre las edades de 19 a 34 años, 26 madres para un 12.7% estaban entre las edades de menores o iguales a 18 años y 16 que equivalen a un 7.7% eran mayores o iguales a 35 años.

TABLA No. 6
Procedencia de las Usuarias del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

PROCEDENCIA DE LA MADRE	No.	%
ÁREA URBANA	162	78.6
ÁREA RURAL	44	21.4

Cuando nos referimos a la Procedencia de la madre tenemos que la mayoría provenían del Área Urbana con un total de 162 (78.6%) y en menor grado las procedentes del Área Rural para un total de 44 (21.4%).

TABLA No. 7
Escolaridad de las Usuarias del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

ESCOLARIDAD	No.	%
ANALFABETA	-	-
PRIMARIA	75	36.5
SECUNDARIA	130	63
UNIVERSIDAD	1	0.5
Total	206	100

Fuente: Entrevista de Satisfacción

En este aspecto encontramos que 130 usuarias (63%) presentaban educación secundaria, 75 (36.5%) habían obtenido algún grado de educación primaria y una (1) usuaria que representa el 0.5% tenía estudios Universitarios.

TABLA No. 8
Estado Civil de las Usuarias del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

ESTADO CIVIL	No.	%
SOLTERA	44	21.4
CASADA	52	25.1
UNIÓN ESTABLE	110	53.4
VIUDA	-	-
Total	206	100

Fuente: Entrevista de Satisfacción

Encontramos que 110 usuarias que representan el 52.5% vivían en Unión Estable, 52 que equivalen al 25.1% eran Casadas y 44 para un 21.3% eran Solteras al momento del estudio.

TABLA No. 9
Número de Embarazos de las Usuarias del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

NUMERO EMBARAZOS	No.	%
PRIMIGESTA	58	28.1
BIGESTA	82	39.7
TRIGESTA	19	9.2
MULTI GESTA	47	23
Total	206	100

Fuente: Entrevista de Satisfacción

En lo que respecta al Número de Embarazos de las usuarias se encontró que 82 (39.7%) eran Bigestas, 58 (28.1%) eran Primigestas, 47 (23%) Multigestas y 19 (9.2%) Trigestas al momento del estudio.

Actividades del Control Prenatal que conforman la Calidad Técnica realizada por el Personal de Salud.

TABLA No. 10
Introducción a la consulta y Registro de los datos de las Usuarias del
Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío,
Mayo – Junio 2005.

Realizó la Actividad	Introducción a la Consulta		Registro de Datos	
	No.	%	No.	%
Adecuado	16	7.8	155	75.2
Aceptable	32	15.5	32	15.5
Deficiente	50	24.3	19	9.2
Muy Deficiente	108	52.4	-	-
Total	206	100	206	100

Fuente: Formulario de observación

Con respecto a la Introducción encontramos que el 52.4% de los controles realizados fueron Muy Deficientes, el 24.3% fueron Deficientes, el 15.5% fueron Aceptables y tan solo el 7.8% fueron Adecuados.

En nuestro estudio apreciamos que el 75.2% tubo un registro de datos Adecuado, el 15.5% se enmarcó en el rango de Aceptable, mientras que el 9.2% fue Deficiente, el rango de Muy Deficiente no obtuvo registro.

TABLA No. 11
Ejecución del Examen Físico, educación y tratamiento indicado a las
Usuaris del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad
Darío, Mayo – Junio 2005.

Realizó la Actividad	Examen físico		Educación		Tratamiento	
	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuado	16	7.8	16	7.8	31	15
Aceptable	130	63.1	48	23.3	124	60.2
Deficiente	60	29.1	31	15	51	24.8
Muy Deficiente	-	-	111	53.9	-	-
Total	206	100	206	100	206	100

Fuente: Formulario de observación

El Personal de Salud que realizó el examen físico a las usuarias del Control Prenatal, alcanzó 63.1% como Aceptable, 29.1% fueron Deficientes y solo el 7.8% lograron ser Adecuados.

En esta categoría de Educación el 53.9% Controles Prenatales fueron Muy Deficientes al momento de brindar la educación a la Madre, mientras que un 23.3% fueron Adecuados, el 15% alcanzó el rango Deficiente y solo el 7.8% fue Aceptable.

En el 60.2% del total de las encuestas realizadas se indicó un Tratamiento Adecuado, a la vez el 24.8% fue Deficiente y solamente el 15% alcanzó el Tratamiento Aceptable.

TABLA No. 12
Calidad Técnica del Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío,
Mayo – Junio 2005.

Calidad Técnica	No.	%
Adecuado	16	7.8
Aceptable	111	53.9
Deficiente	79	38.3
Muy Deficiente	-	-
Total	206	100

Fuente: Formulario de observación

Encontramos en nuestro estudio que el 53.9% alcanzó el rango de Aceptable, el 38.3% se ubico dentro de lo Deficiente y únicamente el 7.8% fue Adecuado y no encontramos ningún resultado Muy Deficiente.

TABLA No. 13
Calidad Humana del Personal de Salud que realiza los Controles Prenatales
en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

Calidad Humana	N0	%
Adecuado	162	78.6
Aceptable	44	21.4
Deficiente	-	-
Muy Deficiente	-	-
Total	206	100

Fuente: Formulario de observación

Al revisar los resultados de la Calidad Humana se encontró que el 78.6% se ubico dentro de lo Adecuado, el 21.4% entraron dentro del rango Aceptable y no hubo ningún registro en las categorías de Deficiente y Muy Deficiente.

TABLA No. 14
Valoración de la Calidad Técnica alcanzada según la categoría laboral del personal de Salud que realizó los Controles Prenatales en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

Categoría Laboral	Calidad Técnica							
	Adec.		Acep.		D		MD	
	N0	%	N0	%	N0	%	N0	%
Auxiliar de Enfermería	16	7.7	33	16	61	29.6	-	-
Enfermera Profesional	-	-	-	-	-	-	-	-
Medico en Servicio Social	-	-	32	15.5	18	8.7	-	-
Medico General	-	-	46	22.3	-	-	-	-
Valor de P: 0.00000003 Chi Cuadrado: 70.82 Grado de Libertad: 4								

Fuente: Formulario de observación

Al relacionar los parámetros mencionados encontramos que las Auxiliares de Enfermería obtuvieron un 29.6% en el rango Deficiente, 16% en Aceptable y tan solo el 7.7% en el rango de Adecuado. El rango de Muy Deficiente no obtuvo registro. Las Enfermeras Profesionales no participaron en este estudio. Los Médicos en Servicio Social Obtuvieron un 15.5% controles en el rango de Aceptable y 8.7% en el rango de Deficiente, no realizaron Controles Prenatales que se ubicaran dentro de lo Adecuado o Muy Deficiente. Lo Médicos Generales Solamente realizaron Controles Prenatales que se ubicaron dentro del rango de Aceptable con un 22.3%.

TABLA No. 15
Valoración de la Calidad Humana alcanzada según la Categoría Laboral del Personal de Salud que realizó los Controles Prenatales en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

Categoría Laboral	Calidad Humana							
	Adec.		Acep.		D		MD	
	N0	%	N0	%	N0	%	N0	%
Auxiliar de Enfermería	84	40.7	26	12.6	-	-	-	-
Enfermera Profesional	-	-	-	-	-	-	-	-
Medico en Servicio Social	32	15.5	18	8.7	-	-	-	-
Medico General	46	22.3	-	-	-	-	-	-
Valor de P: 0.00000672 Chi Cuadrado: 19.21 Grado de Libertad: 2								

Fuente: Formulario de observación

Comparando los aspectos de Calidad Humana según la Categoría Laboral del personal de Salud se encontró que las Auxiliares de Enfermería alcanzaron el 40.7% dentro del rango de Controles Adecuados, el 12.6% en el rango de lo Aceptable y no obtuvieron resultados en los rangos de Deficientes ni Muy Deficientes. Los Médicos en Servicio Social obtuvieron 15.5% en lo Adecuado y 8.7% en lo Aceptable, al igual que las Auxiliares de enfermería no realizaron Controles Prenatales cuya Calidad Humana fuesen Deficientes ni Muy Deficientes. Los Médicos Generales también se ubicaron en controles dentro del rango Adecuado con un 22.3%. Las Enfermeras Profesionales no participaron en este estudio.

TABLA No. 16
Valoración de la Calidad Técnica obtenida según los Años Laborados del
Personal de Salud que realizó los Controles Prenatales en el Centro de Salud
de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

AÑOS LABORADOS	Calidad Técnica							
	Adec.		Acep.		D		MD	
	N0	%	N0	%	N0	%	N0	%
0 - 3	-	-	32	15.5	18	8.7	-	-
4 - 7	-	-	46	22.3	-	-	-	-
8 - 13	-	-			1	0.5	-	-
>13	16	7.7	33	16	60	29.1	-	-
Valor de P: 0.00000034 Chi Cuadrado: 73.77 Grado de Libertad: 8								

Fuente: Formulario de observación

Al combinar los aspectos antes mencionados obtuvimos que aquellos que han laborado de 0-3 Años el 15.5% se ubicó en el rango de Aceptable, el 8.7% en el Deficiente y no se encontró registros en los rangos de Adecuado ni Muy Deficiente. En aquellos que han laborado de 4-7 Años solo obtuvieron resultado dentro de lo Aceptable con un 22.3%. Los que tienen de 8-13-Años solamente se ubicaron dentro del rango de Deficiente con un 0.5%. El personal que ha laborado por más de 13 años se encontró que un 29.1% se ubico en lo Deficiente, un 16% el lo Aceptable y solo un 7.7% el lo Adecuado, no hubo registros en el rango de Muy Deficiente.

TABLA No. 17
Valoración de la Calidad Humana obtenida según los Años Laborados del
Personal de Salud que realizó los Controles Prenatales en el Centro de Salud
de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

AÑOS LABORADOS	Calidad Humana							
	Adec.		Acep.		D		MD	
	N0	%	N0	%	N0	%	N0	%
0 - 3	32	15.5	18	8.7	-	-	-	-
4 - 7	46	22.3	-	-	-	-	-	-
8 - 13	-	-	1	0.5	-	-	-	-
>13	84	40.7	25	12.1	-	-	-	-
Valor de P: 0.0001246 Chi Cuadrado: 23.03 Grado de Libertad: 4								

Fuente: Formulario de observación

Quando relacionamos estas dos variables encontramos que personal que ha laborado de 0-3 Años 15.5% se halló el lo Adecuado y el 8.7% en lo Aceptable, no hay registros en Deficiente y Muy Deficiente. Aquellos que han trabajado de 4-7Años solamente se ubican en el rango de Adecuado con un 22.3%. Los que tienen de 8-13 Años de laborar solo se encontraron en los límites de lo Aceptable con 0.5%. Los que llevan más de 13 Años el 40.7% se encontró el lo Adecuado y el 12.1% en lo Aceptable no obteniendo registros en las categorías de Deficiente ni Muy Deficiente.

TABLA No. 18
Responsable del Programa de Controles Prenatales y la Calidad Técnica en
el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

Responsable del Programa	Calidad Técnica							
	Adec.		Acep.		D		MD	
	N0	%	N0	%	N0	%	N0	%
SI	-	-	46	22.3	-	-	-	-
NO	16	7.7	65	31.5	79	38.3	-	-
Valor de P: 0.00000001 Chi Cuadrado: 49.28 Grado de Libertad: 2								

Fuente: Formulario de observación

Al relacionar la Responsabilidad del Programa y la Calidad Tecnica brindada encontramos que el 7.7% de las encuestas realizadas como Adecuadas fueron hechas por el personal que no era responsable del programa, el responsable del programa obtuvo 22.3% en Aceptable, 31.5% de los controles realizados por el personal no responsable del programa fueron aceptables y el 38.3% Deficientes.

TABLA No. 19
Responsable del Programa de Controles Prenatales y la Calidad Humana en
el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.

Responsable del Programa	Calidad Humana							
	Adec.		Acep.		D		MD	
	N0	%	N0	%	N0	%	N0	%
SI	46	22.3	-	-	-	-	-	-
NO	116	56.3	44	21.3	-	-	-	-
Valor de P: 0.0000766 Chi Cuadrado: 15.64 Grado de Libertad: 8								

Fuente: Formulario de observación

Los responsables del programa alcanzaron el 22.3% de controles Adecuados, el personal que no era responsable del programa obtuvo 56.3% de controles Adecuados y 21.3% Aceptables ningún personal obtuvo rendimientos Deficientes y Muy Deficientes el Calida Humana.

TABLA No. 20
Satisfacción de la usuaria del Control Prenatal según la atención brindada
por el Personal de Salud en el Centro de Salud de Ciudad Darío,
Mayo – Junio 2005.

SATISFACCION	N0.	%
Muy Deacuerdo	16	7.8
De Acuerdo	190	92.2
Desfavorable	-	-
Muy Desfavorable	-	-
Total	206	100

Fuente: Entrevista de Satisfacción

En nuestro estudio encontramos que un 92.2% estuvo De Acuerdo con la Atención Prenatal brindada y un 7.8% dentro de lo Muy De Acuerdo, mientras que en las categorías de Desfavorables y Muy Desfavorables no se encontró ningún registro.

VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Elevar el nivel de calidad en los servicios de salud es esencial para disminuir los problemas de salud de la población, para ello es necesario evaluar tanto la Calidad Técnica como la Humana que se brindan en estos servicios.

En lo referente a las características del personal de salud del Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío, tenemos que la mayoría de los que atienden el Programa de Control Prenatal pertenece a las Auxiliares de Enfermería a pesar de la existencia de Médicos en Servicio Social y Médicos Generales que laboran en dicho centro. Por otro lado encontramos que la responsabilidad del Programa de Control Prenatal está a cargo de un Médico General y este es el que menos Controles Prenatales realiza en su atención a las usuarias, lo que puede repercutir en la Calidad de Atención del Servicio.

Al respecto de las características de las Usuarias del Servicio encontramos que las gran mayoría de ellas se encontraban dentro de las edades adecuadas para sobrellevar sin dificultades su embarazo, esto posiblemente sea el resultado de los esfuerzos que realiza el Ministerio de Salud en la educación Sexual y programas de Planificación familiar que desde años atrás se vienen ejecutando con el fin de disminuir los embarazos de Alto Riesgo en nuestro país.

Todas las mujeres embarazadas en nuestro estudio presentaban por lo menos algún grado de educación primaria, y la mayoría educación secundaria, esto guarda relación con el hecho que casi todas las mujeres pertenecían al área urbana, sector de mayor accesibilidad a centros educativos.

Por su parte en lo referente al Estado Civil de la Usuarias, nos encontramos que una amplia mayoría se encontraban en Unión Estable con su pareja, seguida de el estado de Madre Casadas y en menor número las madres Solteras.

En cuanto al número de embarazos de las usuarias, la mayoría eran Bigestas, seguidas de Primigestas y en tercer lugar las Multigestas comportamiento esperado en las sociedades que presentan mayor nivel educativo de su población en general.

En nuestro estudio al analizar la Calidad de la Atención desde el punto de vista técnico no encontramos controles prenatales Muy Deficientes, la mayor parte de ellos reflejó una Calidad Técnica Aceptable. Sin embargo existió un elevado número de controles en el rango de Deficientes y muy pocos Controles Prenatales Adecuados, lo que no es beneficioso para nuestras usuarias del servicio.

La Calidad Técnica de los Controles Prenatales mejoró en la medida en que aumentaba el nivel de formación académica del personal de salud. El Médico General realizó todos sus controles en el nivel Aceptable, sin embargo es el personal que menos Controles Prenatales realizó a pesar de ser el Responsable del Programa. En cambio las Auxiliares de Enfermería al realizar el mayor número de Controles Prenatales del estudio, estas son las únicas que alcanzaron el nivel de controles Adecuados, pero realizan mas controles deficientes que Adecuados y Aceptables.

Es necesario mencionar que sobre las Auxiliares de Enfermería recae el peso de la atención de los diferentes programas de atención (Control Prenatal, Control de Crecimiento y Desarrollo y Planificación Familiar) lo que por sobre carga de trabajo puede influir en la Calidad de Atención que este personal brinda.

El Médico en Servicio Social a pesar del poco tiempo de laborar en el Ministerio de Salud alcanzó niveles de Calidad Técnica Aceptables en la gran mayoría de controles realizados, esto es posiblemente debido al esfuerzo que realizan las Universidades en integrar la educación del nuevo médico a la atención primaria en salud.

Las Auxiliares de Enfermería que poseen más años de laborar en el Ministerio de Salud fueron las únicas en alcanzar los niveles Adecuados de Calidad Técnica, sin embargo éstas realizaron el mayor número de controles Deficientes, lo que no nos permite concluir en que el hecho de que tener mas años laborados es un factor determinante para haber alcanzado el nivel de controles Adecuados, por lo que en nuestro estudio los años laborados no son un factor determinante en la Calidad Técnica de la atención.

Como hemos mencionado anteriormente el mayor número de controles fue realizado por el personal que no era responsable del Programa de Control Prenatal y a pesar de esta situación estos alcanzaron niveles de Adecuados y Aceptables en un mayor número de controles que el Médico General que solamente realizó controles Aceptables, sin embargo los de éste último se mantuvieron en su totalidad en los rangos permisibles

del estudio esto puede ser debido a que los Responsables de Programas en las instituciones de salud son a los que generalmente se les da mayor tiempo capacitación del Programa y estos a su vez son los encargados de transmitir estos conocimientos al resto del personal de salud lo que les permite tener un mejor dominio de las normas y procedimientos referentes al Control Prenatal. Sin embargo dedican mayor tiempo en aspectos de tipo administrativo que de tipo asistencial, lo que disminuye su productividad en la atención y esto es un factor en perjuicio de la Calidad Técnica.

En lo referente a los aspectos que conforman la Calidad Técnica podemos notar que el aspecto que mayormente se cumplió en niveles adecuados fue el registro de los datos, contrariamente el personal de salud realizó mas controles Muy Deficientes en aspectos tan importantes como son la introducción de la consulta en donde se le explica a la madre la importancia de los Controles Prenatales y en que consisten cada uno de los procedimientos a realizarse durante la misma, el otro aspecto de nivel Muy Deficiente fue el de educación a la madre en donde se brinda educación sobre cuidados que ésta debe tener durante el transcurso de todo su embarazo, esto posiblemente se deba a tres factores, el primero a la facilidad que tiene la realización de actividades mecánicas ya normatizadas y que cuentan con una guía de registro como lo es la Historia Clínica Perinatal Básica y el Carnet Perinatal lo que le facilita al personal de salud enormemente el cumplir con el llenado de las mismas.

El segundo que dichas actividades dependen de la disponibilidad del personal a la hora de la realización de los Controles Prenatales y en tercer lugar a la sobrecarga de trabajo que tiene el personal en cada uno de los ambientes al realizar actividades en mas de dos programas a la vez.

En cuanto al Examen Físico y el tratamiento instaurado podemos analizar que se realizaron mas controles en niveles de Aceptables, esto posiblemente es debido a que estos son aspectos que cuentan con una guía auxiliar en la Historia Clínica Perinatal Básica y el Carnet Perinatal por lo que también a pesar de ser actividades manuales y que necesitan un mayor esfuerzo laboral por el personal de salud, éste para poderse registrar debe de efectuarse previamente y son siempre un requisito en cada Control Prenatal de la usuaria. Sin embargo y a pesar de ello se realizaron un número grande de controles Deficientes lo que refleja la falta de individualización del paciente y la necesidad de poner un poco de mayor interés en estos dos aspectos.

El análisis de la Calidad Técnica reflejó que la atención puede estarse limitando al cumplimiento de normas de un programa y no a la atención de personas a personas.

Todos estos datos nos ayudarían a confirmar que la Calidad Técnica de los Controles Prenatales fue Aceptable; sin embargo la calidad de los servicios de salud no dependen exclusivamente de la Calidad Técnica que su personal pueda ofrecer a la población, sino también la Calidad Humana que se pueda brindar.

Al analizar la Calidad Humana con que se realizaron los Controles Prenatales encontramos que la gran mayoría de ellos fueron realizados con un nivel Adecuado de Calidad Humana, y en menor grado el nivel de Aceptable, no se obtuvieron niveles Deficientes ni Muy Deficientes lo que habla en bien del trato humanizado con que en el Centro de Salud de Ciudad Darío atiende a las usuarias del servicio de Control Prenatal, esto puede ser producto de los múltiples esfuerzos que realiza la dirección del centro de salud en el trato humanizado y con calidez en la atención en cada uno de sus servicios.

Al escoger la Calidad Humana brindada y compararla con la Categoría Laboral del personal de salud, encontramos que todo el personal logró una buena calidez en su Atención. Las Auxiliares de Enfermería dado los muchos años que tienen de laborar en el Ministerio de Salud les ha permitido conocer y entender las necesidades de la población y esto las ha sensibilizado en los aspectos de su que hacer diario.

Por su parte los Médicos en Servicio Social los cuales lograron una buena Calidad Humana en sus controles Prenatales reciben desde hace varios años una educación encaminada a cambiar la visión de un nuevo médico asistencial para brindar un trato mas humanizado y de forma integral, y de esta forma abandonar la vieja tradición de aliviar enfermedades sin tratar al paciente.

Al respecto del Médico General a pesar de estar vinculado a aspectos de índole administrativo, no ha perdido su sensibilidad hacia los pacientes logrando todos sus controles con un nivel Adecuado de Calidad Humana.

La evaluación de la Calidad Humana confirma los datos encontrados al analizar la satisfacción de las usuarias del programa de Control Prenatal, las cuales refirieron en casi la totalidad de los casos estar De Acuerdo con el tipo de atención brindada y en un muy pequeño porcentaje de los casos Muy de Acuerdo, pero ninguna paciente manifestó un sentimiento Desfavorable ni Muy Desfavorable. Lo que habla en bien del establecimiento de una buena comunicación y de esta forma la instauración de una buena relación Médico Paciente.

VIII. CONCLUSIÓN

A partir de este estudio podemos concluir:

1. Las características socio-demográficas de la población en estudio refleja una distribución semejante con relación a la Edad, Escolaridad, Estado Civil, Número de Gestas y Procedencia de las usuarias del Control Prenatal.
2. La Calidad Técnica de los Controles Prenatales brindada por el Personal de Salud fue en su mayoría Aceptable y en un menor número Adecuados, estos niveles alcanzados se relacionaron directamente con el Nivel Académico del Personal de Salud, sin embargo no encontramos ninguna relación directa con el hecho de ser o no Responsable del Programa de Control Prenatal, ni con los Años Laborados en el Ministerio de Salud.
3. La Calidad Humana demostrada por el Personal de Salud que realizó los Controles Prenatales a las usuarias del servicio, alcanzaron según los grados de clasificación del estudio niveles Adecuados y Aceptables. Este hallazgo no tubo una relación directa con la Categoría Laboral tampoco con el hecho de tener mas Años Laborados en el Ministerio de Salud ni con ser o no Responsable del Programa de Atención Prenatal.
4. Las usuarias del Programa de Control Prenatal se mostraron en su mayoría Satisfechas con el tipo de atención brindada, ya que en nuestra clasificación manifestaron en un 92.2% estar De Acuerdo con la Atención recibida. Los principales factores manifestados fueron basados en el buen trato recibido por el personal de salud, la atención gratuita y la buena relación Médico Paciente.

Es así que el estudio revela las debilidades en las cuales se deben encaminar los esfuerzos para mejorar tanto en Calidad Técnica y Calidad Humana en el Centro de Salud de Ciudad Darío y así brindar mejor servicio a las usuarias.

IX. RECOMENDACIONES

1. Consideramos que la Calidad de Atención de los Servicios de Salud puede mejorar, para ello se podría implementar un plan de educación permanente que permita mejorar la Calidad Técnica de los servicios, al mismo tiempo establecer un programa de evaluación continua de la enseñanza y cumplimiento de las Normas recomendadas por el Ministerio de Salud.
2. En lo que respecta a la Calidad Humana, consideramos necesario establecer un programa de educación permanente en torno a Relaciones Humanas que garantice mantener los niveles adecuados de satisfacción.
3. Implementar la realización de los Controles Prenatales en un Ambiente exclusivo para la atención a la mujer embarazada que permita una privacidad adecuada necesaria para brindar este servicio.
4. Implementar una guía educativa anexa a la Historia Clínica Perinatal que le permita al personal de salud una orientación sobre temas educativos que son esenciales en cada uno de los Controles Prenatales que se realicen.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Sotelo Figueiredo J. El Enfoque de Riesgo y la Mortalidad Materna: Una perspectiva Latinoamericana. Bol. Panam. 1993; Vol. 114 (4): 16-20.
2. Abouzahr C, Vlassoff C, kumar A. quality Health for Women: a Global Challenge. Health Care for Women 1997; Vol. 17.
3. Ministerio de Salud. Programa de Calidad de Atención en los Servicios de Salud. Nicaragua; 1995
4. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 52. Nicaragua: 2004.
5. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. Nicaragua; 1993.
6. Vallejos A., Tinoco C. Atención del Control Pre y Postnatal Según Llenado de la Historia Clínica Perinatal Base. Centro de Salud Manuel Orozco. San Isidro, Matagalpa; 1992.
7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos y Experiencias. Informe de un Grupo Científico de la OPS/OMS. Washington USA: OPS/OMS; 1990; Serie de Informes Técnicos: 519.
8. Ministerio de Salud. Manual de Gerencia de Calidad de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención. Nicaragua; 2001.
9. Donavedian Avedis. The Seven Pillars of Quality. Arch. Pathol lab 1990; Vol. 114: 1115-1118.
10. Pavón Lasso H. Evaluación de los Servicios de Salud. Conceptos, Indicadores, Ejemplos de Análisis Cuantitativos. 2nd ed. Colombia: Valle; 1987. p. 11 – 180.

11. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica: Análisis del Desempeño del Equipo Local de Salud Compromiso con un Proceso Estratégico. Informe de un Grupo Científico de la OPS/OMS. Panamá: OPS/OMS; 1994. Serie de Informes Técnicos: 432.
12. Programa de Formación Docente Pedagógico OPS/PMS. Evaluación de Programa. Serie Paltex 1992; Modulo8: 11-18.
13. Huntley R, White K. La Calidad de la Atención Médica. Publicación Científica OPS 1998.
14. Crown S G. Estándares o Normas de Atención en Salud Materno Infantil. Publicación Científica 1990; 1205: S13-21.
15. Ministerio de Salud. Normas de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio Normal y de Bajo Riesgo. Nicaragua; 1997.
16. Alvarado R, Vera A. Evaluación de la Satisfacción de Usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Rev. Chilena de Salud Pública. Chile 2001; Vol. 5 (2): 81-89.
17. Ley 423 / 2003 de 25 de Enero, General de Salud. (Gaceta, número 91, de 25-01-2003).
18. Frenk J. El Concepto y la Medición de Accesibilidad Sobre Servicios de Salud. Bol Epidem. México 1995; Vol. 119 (7).
19. Palomino A, Pasmio S. Mejoramiento Continuo de la Atención Prenatal y su Impacto en la Mortalidad Perinatal. Rev. Colom Ginecol 2001.
20. Fujimori E, Núñez L M, Vianna I M. Evolución del Estado Nutricional de Embarazadas Atendidas en la Red Básica de Salud. Rev. Latinoam. Enferm. Ginecol. 2001.

21. Secien Palacín J, Benavides J. Relación entre los Programas de Mejoras de la Calidad de Atención y Satisfacción de las Usuarías. Rev. Panam. Salud Pública 2004; Vol. 16 (3): 14-57.
22. Gallardo L. Estudio de Control Prenatal en el Área VII Nueva Segovia. Nueva Segovia; 1990
23. Gómez W, Chávez O. Detección de Factores de Riesgos en Embarazadas y Calidad de Control Prenatal en el Distrito IV. Managua; 1993.
24. Flores J, Martínez F. Evaluación del Conocimiento del Control Prenatal en el SILAIS Río San Juan. Río San Juan; 1993.
25. Gaitán M, Baca P. Estudio de Control Prenatal. Jinotega: 1995.
26. Machado Yolanda. Tecnología y Farmacología. Rev. Centroam. de Ciencias de la Salud 1988; 57-59.
27. Urbina L.M. Secuencia del Sub-programa del Control Prenatal en el Segundo Nivel de Atención. Hospital Bertha Calderón Roque. Managua: Hospital Bertha Calderón; 1989.

XI. ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS

A.....GRÁFICOS

ANEXOS

B.....FICHAS

ANEXO

C.....FLUJOGRAMA

**ANEXO D.....HOJA PERINATAL
BÁSICA**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- GRÁFICO N0. 1 Categoría Laboral del Personal de Salud del Centro de Salud de Ciudad Darío Mayo - Junio del 2005.
- GRÁFICO N0. 2 Años Laborados en el Ministerio de Salud por el Personal del Centro de Salud de Ciudad Darío.
- GRÁFICO N0. 3 Responsable del Programa de Control Prenatal del Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 4 Número de Controles Prenatales realizados por el Personal de Salud del Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 5 Edad de las Usuarias del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.
- GRÁFICO N0.6 Procedencia de las Usuarias del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 7 Escolaridad de las Usuarias del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 8 Estado Civil de las Usuarias del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 9 Número de Embarazos de las Usuarias del Programa de Control Prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo – Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 10 Calidad Técnica del Control Prenatal en el Centro de Salud Ciudad Darío, Mayo - Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 11 Valoración de la Calidad Técnica obtenida según la Categoría Laboral del Personal de Salud que realizo los Controles Prenatales en el Centro de Salud Ciudad Darío, Mayo - Junio 2005.

- GRÁFICO N0. 12 Valoración de la Calidad Técnica obtenida según los años laborados por el Personal de Salud que realizo los Controles Prenatales en el Centro de Salud Ciudad Darío, Mayo - Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 13 Responsabilidad del Programa de Control Prenatal y Calidad Técnica Brindada.
- GRÁFICO N0. 14 Introducción a la Consulta y Registro de los Datos a las Usuaris de Programa de Control Prenatal del Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo - Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 15 Ejecución del Examen Físico, Educación y Tratamiento indicado a las Usuaris del Control Prenatal del Centro de Salud Ciudad Darío, Mayo - Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 16 Calidad Humana del Personal de Salud que realiza los Controles Prenatales en el Centro de Salud Ciudad Darío, Mayo - Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 17 Valoración de la Calidad Humana alcanzada según la Categoría Laboral del personal de Salud que realizo los Controles Prenatales en el Centro de Salud de Ciudad Darío, Mayo - Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 18 Valoración de la Calidad Humana obtenida según los años laborados por el Personal de Salud que realizo los Controles Prenatales en el Centro de Salud Ciudad Darío, Mayo - Junio 2005.
- GRÁFICO N0. 19 Responsabilidad del Programa de Control Prenatal y Calidad Humana Brindada.
- GRÁFICO N0. 20 Satisfacción de las Usuaris del Programa de Control Prenatal según la Atención brindada por el Personal de Salud del Centro de Salud Ciudad Darío, Mayo - Junio 2005.

ÍNDICE DE FICHAS

- FICHA N° 1. Formulario de observación de la Atención Prenatal.**
- FICHA N° 2. Satisfacción de las asistentes de Control Prenatal.**
- FICHA N° 3. Guía Educativa del Control Prenatal.**



**UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA**

Encuesta: “Satisfacción de la asistente del Control Prenatal”

**Calidad de Atención del Control Prenatal en Centro de Salud de Ciudad Darío
(Matagalpa) del 1 de Mayo al 30 Junio del 2005.**

Fecha _____ **Nº Entrevista** _____

I. DATOS GENERALES DE LA USUARIA

1) Edad

- (1) < 0 Igual a 18 años _____
- (2) De 19 a 34 años _____
- (3) Mayor o igual a 35 años _____

2) Escolaridad

- (1) Analfabeta _____
- (2) Primaria _____
- (3) Secundaria _____
- (4) Universidad _____
- (5) Otro _____

3) No. de embarazos

- (1) Prímigesta _____
- (2) Bigesta _____
- (3) Trigesta _____
- (4) Multigesta _____
- (5) Gran multigesta _____

4) Estado Civil

- (1) Soltera _____ (3) Viuda _____
 (2) Casada _____ (4) Unión Estable _____

5) Procedencia

- (1) Área Rural _____ (2) Área Urbana _____

I. SATISFACCIÓN DE LA MADRE AL SERVICIO:**1. En el Centro de Salud Ciudad Darío se brinda una buena atención prenatal.**

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
 (2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

2. En el Centro de Salud Ciudad Darío se informa de una manera clara la importancia del Control Prenatal.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
 (2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

3. En el Centro de Salud Ciudad Darío se explica adecuadamente los componentes del Control Prenatal.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
 (2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

4. En el Centro de Salud Ciudad Darío se informa de una manera clara los procedimientos a realizar durante el Control Prenatal.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
 (2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

5. En el Centro de Salud Ciudad Darío el tiempo de espera para las usuarias del Control Prenatal es adecuado.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
(2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

6. En el Centro de Salud Ciudad Darío el horario de atención es favorable para la usuaria del Control Prenatal.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
(2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

7. En el Centro de Salud Ciudad Darío la accesibilidad es buena para las usuarias del Control Prenatal.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
(2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

8. En el Centro de Salud Ciudad Darío el personal que brinda la atención prenatal es amable y cortés.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
(2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

9. En el Centro de Salud Ciudad Darío el personal que brinda la atención prenatal es respetuoso.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
(2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

10. En el Centro de Salud Ciudad Darío se brinda comodidad y privacidad en los consultorios de atención a las usuarias.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
(2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

11. En el Centro de Salud Ciudad Darío el personal que brinda la atención prenatal demuestra dominio de sus conocimientos prácticos y teóricos.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
(2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

12. En el Centro de Salud Ciudad Darío el personal que brinda la atención prenatal presenta buenas condiciones de higiene.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
(2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

13. En el Centro de Salud Ciudad Darío existen buenas condiciones higienico sanitarias en los consultorios de atención a las embarazadas.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
(2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

14. En el Centro de Salud Ciudad Darío el cobro por los servicios es bueno.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
(2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo

15. En el Centro de Salud Ciudad Darío las usuarias de control prenatal quedan satisfechas con la atención brindada.

- (4) Muy Deacuerdo (3) Deacuerdo
(2) En Desacuerdo (1) Muy en Desacuerdo



**UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA**

Formulario de Observación de la Atención Prenatal

**Calidad de Atención del Control Prenatal en Centro de Salud de Ciudad Darío
(Matagalpa) del 1 de Mayo al 30 Junio del 2005.**

Fecha _____ N° de formulario _____

I. DATOS GENERALES DEL PERSONAL DE SALUD:

1) Categoría Laboral:

(1) Enfermera Técnico Medio _____

(2) Enfermera Profesional _____

(3) Médico en Servicio Social _____

(4) Laboral Médico General _____

2) Años laborando en el Ministerio de Salud:

(1) De 0 a 3 años. _____

(2) De 4 a 7 años. _____

(3) De 8 a 13 años. _____

(4) Mayor de 13 años _____

3) Responsable del Programa de Atención Prenatal (1) SI _____ (2) NO _____

II. VALORACIÓN DE CALIDAD TÉCNICA

Marque con una X en Si/No según se realizó las siguientes actividades:

1. Datos de Introducción: Un total de cuatro actividades a observar cada una con un puntaje de un punto, si se realiza dicha actividad, su sumatoria de un total de cuatro puntos.		
	SI (1)	NO(0)
a. Se realizó una introducción o presentación al inicio de la consulta		
b. Se explica contenido del Control Prenatal		
c. Se pregunta sobre condición actual de la Madre		
d. Se explica procedimientos a realizar durante el Control Prenatal		
2. Acciones de Registro: Cuatro acciones de registros a realizar con un valor de un punto cada una, sumados de cuatro puntos en total.		
	SI(1)	NO(0)
a. Se realizó una historia clínica completa y se registro en el expediente		
b. Se realizó llenado de Historia Clínica Prenatal Base		
c. Se realizó llenado del Carnet Prenatal		
d. Se registraron todos los datos durante la consulta		
3. Acciones del Examen Físico y de Laboratorio: Un total de trece actividades a observar si el personal de salud las realiza, cada una con el puntaje de un punto que suman doce puntos.		
	SI(1)	NO(0)
a. Se calculó Edad Gestacional y Fecha Probable de Parto		
b. Se realizó toma de signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria y temperatura)		
c. Se realizó la toma de Peso y Talla		
d. Se realizó examen físico completo (céfalo caudal)		
e. Se realizó medida de altura de fondo uterino		
f. Se realizó la valoración de la vitalidad fetal y el diagnóstico de su presentación tomando en cuenta la edad gestacional (frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales, maniobras de Leopold)		
g. Se realiza examen Odontológico		
h. Se realizó tacto vaginal		

i. Se realizó la toma de Papanicolaou		
i. Se aplicó vacuna antitetánica (según normas Programa Inmunización)		
k. Se realiza Valoración del Riesgo		
l. Se realiza valoración de estado nutricional		
m. Se manda mandaron exámenes de rutina/interpretaron exámenes de laboratorio		
4. Acciones de Educación a la madre: En total son nueve acciones educativas a realizar, para cada una con un punto, para totalizar nueve puntos.		
	SI(1)	NO(0)
a. Se explicó Importancia del Control Prenatal		
b. Se explicó sobre la Evolución del Embarazo		
c. Se prepara a la Madre para el Parto y Puerperio		
d. Se realiza Promoción de la Lactancia Materna		
e. Se brinda educación sobre la alimentación durante el embarazo		
f. Se explica la importancia de tomar hierro y ácido fólico		
g. Se brinda educación sobre higiene durante el embarazo		
h. Se explica la importancia de la aplicación de la Vacuna antitetánica		
i. Se brinda educación sobre planificación familiar post-parto		
5. Tratamiento: Son cuatro acciones a tomar en cuenta, que son un total de cuatro puntos.		
	SI(1)	NO(0)
a. Se recomienda dieta según la valoración nutricional de la madre		
b. Se Recomienda tomar hierro y ácido fólico durante el embarazo		
c. Se manda a repetir exámenes de ser necesario		
d. Se dan recomendaciones generales		

Total de puntuación Obtenida					
Categoría de Calificación Según Resultados					
Muy deficiente de 0 a 25%	Deficiente de 26 a 50%	Aceptable de 51 a 75%	Adecuado de 76 a 100%,		

III. VALORACIÓN DE LA CALIDAD HUMANA

Marque con una X en Si/No según se presenten o no dichas actitudes

Actitud del trabajador de la salud: Se trata de observar diez actitudes de personal de salud para un total de diez puntos.		
	SI(1)	NO(0)
a. El personal de salud demuestra interés al dar la atención.		
b. El personal de salud se muestra respeto al paciente durante la atención.		
c. El personal de salud brinda confianza al paciente durante la atención.		
d. El personal de salud se muestra amable y cortés durante la atención.		
e. El personal de salud se muestra paciente al brindar la atención		
f. El personal de salud se muestra accesible al brindar la atención		
g. El personal de salud brinda comodidad a la usuaria.		
h. El personal de salud hace que la usuaria participe de una forma activa durante la consulta.		
i. El personal de salud toma en cuenta las inquietudes de la usuaria		
j. El personal de salud demuestra seguridad al dar la atención prenatal		

Total de puntuación Obtenida			
Categoría de Calificación Según resultados			
Muy deficiente de 0 a 25%	Deficiente de 26 a 50%	Aceptable de 51 a 75%	Adecuado de 76 a 100%,

GUÍA EDUCATIVA DEL CONTROL PRENATAL

La presente guía tiene como objetivo orientar los aspectos educativos que deben cumplirse en cada uno de los Controles Prenatales que se realicen a las usuarias de este programa y de esta forma establecer una educación permanente y estandarizada a todas las mujeres embarazadas que acudan al servicio.

Debe ser llenada con una “X” en el Control Prenatal que corresponda a la hoja perinatal y/o Carné Perinatal de la paciente.

EDUCAR SOBRE	1er	2do	3ro	4to	5to
Realizar Introducción a la Consulta.					
Preguntar y Orientar sobre la Condición Actual de la Madre.					
Explicar la importancia del Control Prenatal					
Explicar el contenido del Control Prenatal.					
Explicar cada uno de los procedimientos a realizar en el Control Prenatal.					
Explicar sobre la evolución del Embarazo.					
Brindar educación sobre la Alimentación.					
Promover la Lactancia Materna Exclusiva.					
Promover la Higiene Personal durante el Embarazo.					
Explicar la importancia de la ingesta de Hierro y Ácido Fólico.					
Explicar la importancia y el esquema de Vacunación durante el Embarazo.					
Preparar a la madre para el Parto y el Puerperio.					
Orientar sobre la importancia de la Planificación Familiar en el post parto.					

FLUJOGRAMA ASISTENCIAL

