

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICIÓN, ENFERMERÍA Y TECNOLOGÍA
MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD



BARRERAS Y SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS QUE REALIZAN SU
CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD VIRGEN DE GUADALUPE,
CARAPARÍ JUNIO-JULIO 2011.

PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD
Y SALUD

Proponente : ROLANDO RODRIGUEZ NINA
Tutor : DR. OSCAR VELASCO

Yacuiba-Tarija-Bolivia
2011

DEDICATORIA

A mis padres Rosendo y Teresa
mis hermanos Ariel, Mariela y Micaela
por estar siempre apoyándome y creyendo en mi
a mi pareja Lourdes por estar a mi lado y por tenerme paciencia

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida.

A la Cooperación Belga.

Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo.

Al Dr. Oscar Velasco.

ÍNDICE

	Páginas
I. CARATULA.....	1
a. Dedicatoria.....	2
b. Agradecimiento.....	3
c. Resumen.....	6
II. INTRODUCCIÓN.....	7
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
a. Pregunta de investigación.....	11
IV. JUSTIFICACIÓN.....	12
V. MARCO TEÓRICO.....	13
a. Marco situacional.....	13
i. Geográfico.....	13
ii. Político.....	13
iii. Histórico.....	17
iv. Antecedentes.....	18
b. Marco conceptual.....	20
c. Marco referencial.....	36
VI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
a. Objetivo General.....	45
b. Objetivo Especifico.....	45
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
a. Diseño.....	46
b. Tipo de investigación.....	46
c. Población y muestra.....	46
d. Muestreo.....	47
e. Variables.....	47
i. Variable dependiente.....	47
ii. Variable independiente.....	47

	f. Operacionalización de las variables.....	47
	g. Criterios de inclusión.....	50
	h. Criterios de exclusión.....	50
	i. Instrumento de la recolección de la información.....	50
	j. Metodología del instrumento.....	50
	k. Instrumento de análisis de la información.....	51
	l. Cuestionamiento ético.....	52
VIII.	RESULTADOS.....	53
	a. Resultados de la aplicación de las encuestas.....	53
	b. Resultados de la aplicación de las entrevistas.....	66
IX.	CONCLUSIONES.....	68
	a. Conclusiones de las encuestas.....	69
	b. Conclusiones de las entrevistas.....	70
	c. Análisis.....	70
X.	RECOMENDACIONES.....	73
XI.	PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	74
	a. Análisis de participación.....	74
	b. Análisis de factibilidad.....	74
	c. Árbol de problemas.....	75
	d. Árbol de soluciones.....	76
	e. Marco lógico.....	77
	f. Cronograma.....	79
	g. Presupuesto.....	80
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....	81
XIII.	ANEXOS.....	83
	a. Modelo de encuesta.....	86
	b. Modelo de entrevista.....	87
	c. Transcripción de las entrevistas.....	88

RESUMEN

Los estudios y datos sobre la satisfacción de los usuarios son componentes importantes en la evaluación de los servicios de salud. La opinión de la población actualmente ya es tomada en cuenta en las nuevas políticas de salud, así como en la realización de las actividades de salud.

El presente estudio dará a conocer la satisfacción o barreras a la calidad, sobre el control prenatal en opinión de las mujeres embarazadas, usuarias del Centro de Salud Virgen de Guadalupe del Municipio de Caraparí.

Las usuarias que asisten al Centro, tardan en llegar entre 15 a 30 minutos, la mayoría de las usuarias vienen a pie, no gastan dinero en su transporte, con respecto a la infraestructura una gran mayoría creen que es adecuada para poder realizar su control prenatal, los diferentes servicios tienen buena señalización, los consultorios tienen una buena ubicación y creen que el ambiente es adecuado para realizar su control prenatal.

Las usuarias en su mayoría se identifican como mestizas, un segundo grupo reducido se identifican con la cultura quechua, las que se consideran mestizas consideran según su cultura, que el control prenatal establece cuidados y previene complicaciones, las que se consideran de la cultura quechua en su mayoría no realizan control prenatal según su cultura pero algunas si tienen cuidados, la cultura guaraní no hace nada se comportan y realiza sus actividades como si no estuviera embarazada. Todas usuarias identificadas como mestizas están de acuerdo con los exámenes complementarios, las usuarias quechuas una mitad está de acuerdo y la otra mitad no está de acuerdo y solo una usuaria menciona que solo se lo haría en caso de emergencia. La usuaria guaraní no está de acuerdo con los exámenes complementarios.

La mayoría de las usuarias asiste a sus controles prenatales para evitar complicaciones, otro grupo que asiste por el bono Juana Azurduy y un pequeño grupo asisten por otros motivos.

BARRERAS Y SATISFACCIONES DE LAS USUARIAS QUE REALIZAN SU CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD VIRGEN DE GUADALUPE, CARAPARÍ JUNIO-JULIO 2011.

II INTRODUCCION

La satisfacción de los usuarios depende de los servicios que les proporcionen las instituciones de salud, se puede considerar como el resultado de diferentes factores o situaciones que se pudieron presentar durante todo el proceso de la prestación de servicios, resultandose un instrumento útil para el análisis de los problemas de salud, como también en la evaluación del grado de cumplimiento de las normas técnicas emanadas por el Ministerio de Salud.

La satisfacción de los usuarios tiene una estrecha relación con la calidad de las prestaciones y atenciones en los servicios de salud. Estos dos elementos deben ser integrales y activos. Dicho proceso forma parte de un manejo gerencial (planificación, implementación, monitorización, evaluación, etc.), esto permitirá comprender las dificultades que un servicio enfrenta e identificar las soluciones.

Los estudios y datos sobre la satisfacción de los usuarios son componentes importantes en la evaluación de los servicios de salud. La opinión de la población actualmente es tomada en cuenta en las nuevas políticas de salud, así como en la realización de las actividades de salud.

El punto de vista de la gente, sus necesidades y percepciones, generalmente son descuidadas y poco tomadas en cuenta por los prestadores de los servicios de salud. Las actividades y programas están comúnmente organizados en base al punto de vista de los técnicos y no toman en cuenta las necesidades y percepciones de la comunidad. Pero, **"nadie comprende más y mejor el punto de vista de la gente que la gente misma"**¹.

¹Donabedian A. "Calidad en la Atención Médica"

Desde la posición de los funcionarios de salud, es muy difícil, casi imposible percibir lo mismo que la gente percibe: en otras palabras es necesario mirar las cosas a través de los ojos de la gente.

El presente estudio daría a conocer la satisfacción o barreras a la calidad, sobre el control prenatal en opinión de las mujeres embarazadas, usuarias del Centro de Salud Virgen de Guadalupe del Municipio de Caraparí.

Se debería considerar la interacción entre el personal de salud y el paciente desde dos puntos de vista²: **“las prestaciones técnicas y las relaciones personales con el paciente son aspectos de la percepción de los pacientes acerca de la calidad de servicio”**, las percepciones de la calidad están influenciadas tanto por los aspectos interpersonales como clínicos de la atención de salud; ambos son importantes, la calidad de servicio es intrínsecamente subjetiva y personal, el cual depende de la relación entre el personal de salud y los usuarios.

Desde un punto de vista analítico, la perspectiva del cliente puede ser representada por los siguientes elementos: la accesibilidad, infraestructura y proceso desarrollado en el control prenatal.

De todas formas, las expectativas, las necesidades y las demandas de los usuarios cambian según el contexto, así que los indicadores para medir la satisfacción (o la insatisfacción) del paciente tienen que ser apropiados a cada contexto específico. El éxito de la provisión de servicios de salud también puede estar determinado por un atento análisis del marco cultural de los usuarios.

En el trabajo de investigación se pudo determinar factores culturales que indirectamente interfieren con el control prenatal, como por ejemplo hacer que acepten los exámenes complementarios.

Las nuevas políticas implementadas por el estado están funcionando como el Bono Juana Azurduy, ya que algunas usuarias asisten a su control por el bono.

²Melium&Sinioris

IIIPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son muchos los factores que pueden afectar una atención adecuada viéndola desde distintas perspectivas, ya sean estas del profesional en salud como la usuaria. Si no hay satisfacción, esto puede deberse al incumplimiento de normas tanto del personal de salud como el de las usuarias, especialmente por desconocimiento y por falta de información por parte de las usuarias,

La accesibilidad, infraestructura y el proceso del control prenatal son factores que pueden crear o eliminar brechas entre el personal de salud y la usuaria, estos factores son muy importantes para cumplir los objetivos del personal de salud que básicamente son de captar y atender a las usuarias embarazadas para satisfacer sus necesidades y reducir la mortalidad.

La medicina occidental en estos últimos tiempos ha buscado solo la mejora de tratamientos, creación de nuevos equipos de diagnóstico más sofisticados y medicamentos más efectivos, dejando de lado lo más importante que es la parte humana, olvidando sus creencias, costumbres y sobre todo comprensión del usuario.

¿A quién afecta?

Los problemas en la calidad de atención afectan a la sociedad, familia y principalmente a las usuarias que asisten a los servicios de salud, y esto adquiere diferentes connotaciones según las características de la población de Boliviana, y en especial la del Municipio de Caraparí, donde se ve migraciones del lado occidental, especialmente de pobladores de comunidades de Sucre y Potosí, que son más afectados por los factores culturales como ser su lenguaje y las costumbres que son diferentes a las de su entorno, dificultando aun más el satisfacer las necesidades de esta población migrante por parte de los servicios de salud.

¿Cómo afecta?

Gracias al seguro de salud SUMI que existe en nuestro País, en su gran mayoría no afecta económicamente a las usuarias, pero sí existe una baja asistencia a los servicios de salud, produciendo una baja cobertura yaumentando los riesgos de presentarse complicaciones. También afecta indirectamente al cumplimiento de metas trazadas por el personal de salud, perjudicando de esta manera también a los servicios de salud, ya que estos son medidos por cumplimiento de metas trazadas.

¿Qué pasa si no intervenimos?

Los centros de salud quedarían perjudicados ya que estos son medidos y evaluados por el cumplimiento de metas y cobertura; e indirectamente los usuarios serían más perjudicados por que estos no asistirán a los centros de salud aumentando las tasas de mortalidad materno infantil, por no brindarles un control prenatal, tratamiento adecuado y oportuno.

¿Hacia dónde apunta el problema?

Si se lo deja a su curso natural, se orienta hacia la creación de barreras cada vez más grandes entre la usuaria y el personal de salud por no entenderse y respetarse ambas partes, ya que no solo hay que ser asistencialista, hay que entender que existen otras necesidades que no solo se satisfacen con un buen tratamiento si no también respetando sus costumbres y tradiciones por parte del personal de salud, y por parte de las usuarias al respetar y entender las normas de la institución. Por ejemplo, donde más se tropieza es en la bioseguridad y en las técnicas de diagnósticos que para nosotros son actividades normales, pero para los usuarios son eventos extraños, tal vez atemorizantes, en todo caso, desconocidos.

a. Pregunta de investigación

¿Determinar la satisfacción de las mujeres embarazadas, usuarias del Centro de Salud Virgen de Guadalupe del Municipio de Caraparí, sobre el control prenatal recibido. Desde el 01 junio- 01 julio 2011. ?

IV.- JUSTIFICACIÓN

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, económicos, ambientales y emocionales, pero quizá sea la salud integral de la madre aún desde la etapa preconcepcional sea la más importante, la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos de alta calidad, sean los factores más susceptibles de modificarse, y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad materna y perinatal.

Aunque la cobertura del control prenatal en Bolivia ha aumentado en los últimos años, es frecuente todavía hoy en día, la captación tardía de embarazadas por parte del personal de salud y un bajo promedio de controles prenatales por la paciente.

La muerte materna y la muerte fetal son dos tragedias propias del subdesarrollo, de graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que surgen desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos económicos, hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia en el actuar médico.

El argumento de que si la calidad mejora aumentarán los costos de los servicios por incremento de la demanda no es verdad, porque si la calidad aumenta se reducen tratamientos complicados, largos, costosos y a la vez también se reducen las pruebas diagnósticas (rayos x, ecografía, tomografía, laboratorios, etc.), que son la principal causa de los altos costos de la atención.

La presente investigación fue diseñada con el objetivo de conocer la satisfacción y barreras de las usuarias desde su perspectiva, para poder determinar sus necesidades o factores que dificultan su control prenatal. De esta manera podremos identificar las falencias que existen en nuestro servicio e intervenir en ellas con el objetivo de mejorar, cuyo impacto se reflejará en la calidad del control prenatal.

V MARCO TEÓRICO

a. Marco situacional

i. Geográfico

El Municipio de Caraparí, Segunda Sección de la Provincia Gran Chaco, se encuentra ubicado al sur-oeste de esta provincia, entre las coordenadas de 21°10'39" a 22°19'58" de latitud sur y los meridianos 63°33'34" a 64°18'24" de longitud oeste.

La capital de la Segunda Sección es Caraparí, que se encuentra situada a 760 m.s.n.m. de altitud, a 32 Km., de la Capital de la Provincia Gran Chaco – Yacuiba y a 232 Km. De la Capital del Departamento-Ciudad Tarija. Y cuenta con 9035 habitantes según INE del 2001. Geográficamente el municipio de Caraparí, se encuentra conformada por 49 comunidades y 7 distritos distribuidos en su entorno territorial.

Tiene como límites a los siguientes espacios geográficos: Al Norte con el Municipio de Villamontes (Tercera Sección de la Provincia Gran Chaco). Al Sur con el Municipio de Bermejo (Segunda Sección de la Provincia Arce). Al Oeste con el Municipio de ÓConnor). Al Este con el Municipio de Yacuiba (Primera Sección de la Provincia Gran Chaco) y la República de Argentina. (1)

ii. Político

Población red municipal Caraparí.- según INE 2001

Grupo de edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
0-9 años	1.321	1.236	2.557
10-19 años	1.137	822	1.959
20-29 años	772	533	1.305
30-39 años	722	463	1.185
40-49 años	529	323	852
50-59 años	315	241	556
60-69 años	175	163	338
70-79 años	107	97	204
> a 80 años	46	33	79
Total	5.124	3.911	9.035

Fuente: INE; CNPV 2001

La Red de Salud del Municipio de Caraparí.- está conformada de la siguiente manera:6 Centros de Salud: Caraparí, Itau, Agua Blanca, Las Sidras, Saladillo y Itaperenda y 8 Puestos de Salud: Iñiguazu, Zapatera, Berety Chaco, San Alberto, Campo largo, Loma alta, Campo largo Hito 22 y San Nicolas

El municipio de Caraparí, cuenta actualmente con 4 seguros públicos de cobertura integral a toda su población, además de los existentes (SUMI,SSPAM,SUSAT) un Seguro escolar (PEASEC) PROGRAMA ESPECIAL DE ATENCION A LA SALUD DEL ESCOLAR., con 170 prestaciones. Tiene una excelente cobertura en lo que se refiere a infraestructura de salud, cuenta con un Centro de salud que tiene una proyección a Hospital básico de segundo nivel localizado en el centro urbano de Caraparí.

La tasa de mortalidad es expresada en diferentes indicadores y tasas en el Departamento de Tarija, ha sufrido variaciones importantes en los últimos años, por la información obtenida en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, el informe de Desarrollo Humano y otros estudios como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1998:

La principal causa de mortalidad notificada para el departamento de Tarija durante la gestión 2003 de acuerdo al SNNIS fueron las enfermedades del Sistema Circulatorio con un 19,1%, le continúa con un 12,8% por tumores, causas externas con un 11,5% y un 9,4% por enfermedades transmisibles, enfermedades intestinales y por tuberculosis con un 1% respectivamente, el 40,6% lo constituyen todas las demás causas. El sexo más afectado es el masculino con un 57,8% y con un 42,2% el femenino; cabe señalar que todavía no se cuentan con datos precisos que nos permitan hacer un desglose y análisis más detallado.

En lo referente al indicador de Mortalidad Infantil, se aprecia que ha experimentado un descenso continuo en la última década.

Por la información de la Encuesta Nacional de Salud 98 (ENDSA), para 1976 la mortalidad infantil fue de 129 por 1.000 nacidos vivos, en 1992 de 60 por 1.000

nacidos vivos, en 1994 de 71 por 1.000 nacidos vivos y en 1998 de 50 por 1.000 nacidos vivos. Los resultados de la ENDSA 2002, recién se encuentran procesando y de acuerdo a estimaciones están alrededor de 43 por 1.000 nacidos vivos, por debajo de la media nacional. Por encima del promedio departamental se sitúan los municipios de Caraparí (55), Bermejo (55) y Padcaya (57).

Los municipios que lograron un mayor descenso de su mortalidad infantil en el último periodo intercensal (21 a 30% de reducción) fueron los municipios de Caraparí, El Puente y Uriondo.

Principales causas de morbilidad consulta ambulatoria gestión 2010 red Caraparí

Patologías	Número	%
Faringo amigdalitis bacteriana	1439	28,57%
Fiebre tifoidea (tratamiento ambulatorio)	576	11,44%
Infección urinaria	430	8,54%
Gastritis	404	8,02%
Impétigo	362	7,19%
Contusiones	346	6,87%
Faringitis aguda	306	6,08%
Resfrío	267	5,30%
Micosis cutánea	246	4,88%
Cólico abdominal	195	3,87%
EDA Bacteriana	190	3,77%
Alergia	177	3,51%

Hipertensión arterial 98 1,95%

Total consultas 5036 100,00%

El estudio fue realizado en el Centro de Salud virgen de Guadalupe que queda en la Zona norte de la ciudad de Caraparí en el barrio Virgen de Guadalupe.

Este centro cuenta con una gran infraestructura que tiene una proyección a un segundo nivel Cuenta con cinco médicos generales, 7 licenciadas 5 auxiliares, 2 bioquímicos, 1 medico ecografista, 2 odontólogos, 2 farmacéuticas, 1 administradora, 1 encargada de archivos y fichaje, encargada de almacenes. 2 chóferes, 2 encargadas de limpieza.

Estructura del centro de salud virgen de Guadalupe

- Tres consultorios médicos
- Un consultorio médico de emergencias
- Una sala de ecografía
- Una sala de radiografía
- Una sala de fisioterapia
- Dos Quirófanos
- Una sala de recuperación post operatorio
- Una sala de observación con tres camas
- Cinco salas de internación con dos camas
- Una sala de partos
- Un cuarto de descanso para médico de turno
- Dos consultorios de odontología
- Un cuarto de descanso para licenciada de turno
- Una sala de vacunación
- Una sala de curación y inyectables

- Una ambiente integral de atención AIEPI
- Una sala de nutrición
- Una farmacia
- Una sala de Administración
- Una sala de estadística
- Un Almacén
- Una sala de reuniones
- Un ambiente para el portero
- Un ambiente para chofer de turno
- Tres ambientes para internos
- Un ambiente para cocina
- Un ambiente para lavandería

iii. Histórico

El área donde se realizó el estudio corresponde al municipio de Caraparí, capital de la Segunda Sección de la provincia Gran Chaco, fue fundado el 20 de agosto de 1658 por el misionero jesuita Pedro Lozano, por disposición del capitán español Don. Luís de Fuentes y Vargas.

De acuerdo a la historia del municipio, se tiene que la creación de la 2da. Sección tiene varias versiones entre ellas: 1) Se señala que la sección provincial de Caraparí, fue creada por la Mención legal (ML) del 19 de Octubre de 1880, con una población de 3.199 habitantes. 2) Otra fuente anota que oficialmente, fue creado mediante Ley de 8 de noviembre de 1912, durante el gobierno del Gral. Heliodoro Villazòn, según el Art. 1º, “crease una segunda sección provincial en la provincia del Gran Chaco, compuesta de los cantones: Caraparí (capital), Saladillo, Itaú y Zapatera”.

Según la bibliografía histórica, se señaló que las poblaciones originarias del municipio de Caraparí pertenecían al territorio de los Chiriguanos, Chanés, Tobas y Maticos que vivían asociados a los naturales de Chururuti, Chimeo e Itaú.

El origen de los principales pobladores - los Chiriguanos- es probablemente la etnia "Tupi-Guaraní", quienes para llegar a estos lugares recorrieron el Paraná Medio por el Río Pilcomayo hasta las tierras de Tarija.(1)

Los Chiriguanos o Avas, provienen del Paraguay, éstos emigraron en busca de mejores tierras para el cultivo de maíz (obati), calabaza (gindaca), poroto (kumanda). Como consecuencia, del crecimiento poblacional optaron por migrar a *tierras sin mal* (Yvyimaraa).

Respecto a la religión, la mayor parte de la población es católica, alcanzando un porcentaje superior al 85%. En las últimas dos décadas, los adeptos a religiones protestantes (evangélicos pentecostales, Testigos de Jehová, y otros) han ido incrementando paulatinamente su número en detrimento de la iglesia católica. Sin embargo una parte de esta población todavía mantiene algunas creencias tradicionales en los aháát (espíritus de los fallecidos).(2)

iv. Antecedentes

Actualmente los usuarios de los servicios de salud son cada vez más exigentes con respecto a los servicios que se les presta, sin embargo la percepción de la calidad varía de un usuario a otro, y tampoco es la misma del usuario al proveedor de salud. Además cuando el usuario valora la calidad de un servicio no disocia en sus componentes, lo juzga como un todo, lo que prevalece es la impresión del conjunto y por ello, cuando existe un defecto en algún elemento de un servicio, el usuario tiende a generalizar los defectos a todo el servicio. Es pues esencial en toda la política del servicio de salud alcanzar la mayor homogeneidad entre sus elementos, por tanto se dice que en materia de servicios la calidad es total o no existe. (3)

La preocupación por la satisfacción de las personas con los servicios de salud ha sido un asunto de constante interés en varios países del mundo, así que en muchos de ellos se efectuaron numerosas investigaciones evaluativas de calidad de atención médica, a través de la satisfacción del usuario, considerando a este componente un indicador de excelencia a la hora de evaluar los servicios de salud.

Es así que en España, México, Chile y otros países se realizaron estudios de satisfacción a través de encuestas a los usuarios, estas encuestas la realizaban de forma periódica como medida correctiva para el mejoramiento continuo de la atención que ofrecen los servicios de salud.

En Bolivia la calidad de atención y la satisfacción de usuario, surge como una necesidad muy imperiosa para el sistema de salud boliviano, es así que en el periodo de 1994 las secretarías regionales de salud conjuntamente con la Organización Mundial de la salud, Organización Panamericana de la Salud, elaboraron y publicaron el primer manual de acreditación de los servicios de salud. En 1995 acreditaron al primer hospital boliviano clínica en la ciudad de La Paz. (4)

En el periodo de 1998 y 2000 se actualiza el manual de acreditación y se crea la Unidad de Observación y Calificación de Hospitales. En el año 2002 se crean las comisiones departamentales de acreditación y reglamento de los servicios de salud.

“En el control prenatal, la ejecución cuidadosa y oportuna de las tareas, le permiten dar calidad al mismo. En la primera consulta se debe ejecutar todas las actividades necesaria para el bienestar de la mujer, en las consultas posteriores se realizaran las actividades de seguimiento, siendo uno de los objetivos del control prenatal la detección oportuna de los problemas que a su vez obliga a tomar las decisiones respectivas”. (5)

b. Marco conceptual

En el ámbito internacional, aún no existe consenso acerca de la definición del control prenatal adecuado; algunos autores han definido los criterios en forma objetiva y otros lo han hecho de manera arbitraria. Una de las formas más comunes para calificar al control prenatal considera dos indicadores: el inicio de la atención y el número de consultas acumuladas. Sin embargo, se ha considerado que el número de consultas debe ser ajustado de acuerdo con la edad gestacional. En 1973, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, propuso la primera tabla, considerando las variables mencionadas y ésta o algunas versiones modificadas de la original han sido utilizadas como criterio de referencia para la evaluación y la utilización. En 1994 Kotelchuck propuso una nueva tabla, donde la utilización de la atención se caracteriza, de acuerdo a dos dimensiones independientes, el inicio adecuado y la recepción adecuada de servicios.

El control prenatal es un medio e instrumento para poder reducir la morbimortalidad materna y perinatal.

La salud materna es un problema social, según OMS a nivel mundial existen millones de mujeres que no tienen acceso a servicios de buena calidad durante el embarazo y el parto, especialmente las mujeres pobres, sin educación o que viven en áreas rurales.

Datos y cifras de mortalidad materna infantil según la OMS:

- Cada día mueren unas 1000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.
- Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.
- La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres y con menor nivel educativo.
- En comparación con las mujeres de más edad, las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.

- La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.
- La mortalidad materna mundial se ha reducido en un tercio entre 1990 y 2008.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 1000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Aunque, en el 2008 se haya reducido la mortalidad en un tercio con relación a 1990 no justifica la muerte de 358 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ello aún siguen muriendo muchas mujeres. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países en desarrollo y la mayoría de ellas podrían haberse evitado con una asistencia médica y con un adecuado control prenatal.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 34%.

Desde 1990 varios países subdesarrollados han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Sin embargo, entre 1990 y 2008 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo ha disminuido en un 2,3% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el ODM.

La distribución de la mortalidad materna en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África y un tercio a Asia Meridional.

La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 290 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 14 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países. Algunos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1000 por 100.000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una adolescente de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4300 en los países desarrollados y de 1 en 120 en los países en desarrollo.

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

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Las infecciones (generalmente tras el parto)
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)
- La obstrucción del parto
- Los abortos peligrosos.

Las demás son causadas por enfermedades como el paludismo, la anemia o la infección por VIH/sida en el embarazo.

La salud materna y del recién nacido están íntimamente relacionadas. Cada año mueren más de 3 millones de recién nacidos, y otros 3 millones mueren antes de nacer.

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

Calidad. Salud.- La descripción de calidad en salud no es fácil pues existen muchos conceptos debido a la variedad de ámbitos a los que podemos estar refiriéndonos. Acordémonos en principio que la calidad es ***“la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores, se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto en cuestión”***. (6)

Esta es una definición aunque es bastante extensa, es muy completa porque nos permite realizar un análisis de su contenido. El primer paso de este análisis, es que calidad es la totalidad de las funciones, características o comportamientos de un bien o servicio. El segundo paso que queremos destacar es que se considera un bien o servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores; y el tercer concepto de la definición es que la calidad es un concepto subjetivo ya que lo que para una persona es bueno para

otras pueden ser considerado incluso de mala calidad. El grado de exigencia depende de una serie de factores culturales, sociales y económicos.

Existe un factor complementario a todo lo expuesto que hará entender que todo bien o servicio tiene dos maneras de percibirse en su nivel de calidad, un primer criterio denominado como calidad científico técnica y otro como calidad funcional. La primera está dirigida al cumplimiento de todos los requisitos indispensables que se desarrollan acordes con lo estrictamente científico, es decir con el cumplimiento de los protocolos de atención analizados con la óptica científica técnica. La calidad funcional, es como se brinda un servicio, es decir como percibe la persona que es atendida. (7)

La calidad científica técnica en salud es toda acción profesional que debe ser aplicada guardando siempre los más altos índices de refinamiento en lo que concierne a la actividad técnica del acto médico prestado.

En la calidad funcional no se han definido parámetros que nos permita fundamentar que determinado servicio profesional ha guardado determinados estándares de calidad. (8)

La calidad es subjetiva para los pacientes y también para los médicos. Existirá un gran problema si lo que conceptuamos como calidad no coincide con lo que piensa el paciente. Siempre lo intangible es más difícil de calificar como bueno o malo porque no se repite regularmente con los resultados exactos y por qué el usuario es parte intrínseca de la prestación.

Obstáculos a que las mujeres reciban la atención que necesitan

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios cualificados, como el África y Asia Meridional. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 66% de las mujeres de los países en desarrollo se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto

significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una enfermera o una matrona capacitada.

En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos y medios solo realizan como mínimo cuatro consultas prenatales menos de la mitad de las embarazadas.

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son:

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

Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.

La mejora de la salud materna es una de las principales prioridades de la OMS, que está tratando de reducir la mortalidad materna ofreciendo orientaciones clínicas y programáticas basadas en datos científicos, fijando normas mundiales y prestando apoyo técnico a los Estados Miembros. Además, la OMS aboga por tratamientos más asequibles y eficaces, elabora materiales didácticos y directrices para los profesionales sanitarios, y presta apoyo a los países para que ejecuten políticas, programas y efectúen un seguimiento de los progresos. (9)

Durante la cumbre de las Naciones Unidas sobre los Objetivos Del Milenio, celebrada en septiembre de 2010, el Secretario General Ban Ki-moon presentó una Estrategia mundial de salud materna e infantil cuyo objetivo es salvar la vida de más de 16 millones de mujeres y niños durante los próximos cuatro años. La OMS está colaborando con los asociados para alcanzar este objetivo.

Mortalidad materna en Bolivia

Según los datos disponibles y los análisis realizados sobre el comportamiento de la mortalidad materna en Bolivia , se ha producido una disminución de las tasas en los últimos 20 años. De acuerdo con las estimaciones de las ENDSAs, entre 1989 y 2003 ha disminuido de 390 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos a 229 por 100 000nv en el último año estimado.

De acuerdo con la información de la Encuesta postcensal realizada en el 2002, los departamentos con mayores tasas de mortalidad materna son Potosí 352 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos, La Paz 326 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos y Beni 264 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos, los cuales sobrepasan el índice nacional.

Atención prenatal

Una mirada al proceso de atención prenatal a nivel nacional evidencia una tendencia ascendente del porcentaje de mujeres embarazadas que reciben el cuarto control prenatal, aunque el valor alcanzado es aun inferior a la meta propuesta. En el año 2005, más de la mitad de las embarazadas (51%) recibió la cuarta consulta de control prenatal. Sin embargo en algunos departamentos, ese índice fue inferior al nacional, especialmente Oruro y La Paz, que presentan porcentajes inferiores a 40%.

Mortalidad materna Tarija

La tasa de mortalidad departamental es la más baja del país con 129 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos, de acuerdo con datos del sistema

nacional de información en salud, el número de muertes maternas muestra un aumento en el periodo 2002-2004 pero se registra una disminución en el año 2005. Las tasas más altas se registran en los municipios de El Puente y San Lorenzo.

Atención prenatal en Tarija

Una mirada al proceso de atención prenatal en el departamento refleja que en el año 2005, solamente 4 municipios superan el 60% de atenciones por 4to control prenatal y los demás están por debajo del 55% de mujeres atendidas. Existe un municipio que no reportó información acerca de estas atenciones.

En el campo de la mejora de indicadores de morbilidad materna se incluyó tres estrategias nacionales y una departamental (SUMI, modelo SAFCI,. Bono Juana Azurduy, Suplemento nutricional: Mamita querida Chura y Sanita).

En los años anteriores han muerto muchas mujeres bolivianas por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. La muerte de estas mujeres no ha sido totalmente ignorada en Bolivia. La problemática ha sido reconocida en las nuevas políticas de salud de nuestro país. Bolivia fue uno de los primeros países en incluir la prevención de la Mortalidad Materna en sus Políticas de Salud, promulgando el 21 de noviembre del 2002 la Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), como una estrategia del Estado Boliviano para la reducción de la mortalidad materna infantil, que otorga prestaciones gratuitas al niño (a) hasta los 5 años de edad y a la mujer embarazada hasta los 6 meses después del parto, con carácter obligatorio y coercitivo en todos los establecimientos de salud sector público.

Las prestaciones del SUMI, en cuanto a las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, fueron definidas con la participación de los Colegios de Profesionales, Directores de Hospitales y profesionales del sector público y seguridad social de los tres niveles de atención, quienes establecieron los

medicamentos e insumos necesarios para cada prestación, como la inclusión de exámenes de laboratorio, imagenología, servicio de sangre y otros.

Tales prestaciones, a fin de facilitar su registro estadístico así como los mecanismos de cobro y pago a los gobiernos municipales, fueron agrupadas en base a diferentes criterios, unos sindromáticos y otros por similitud de diagnóstico o tratamiento, en grupos asociados a patologías denominados Paquetes.

Otra política emanada del ministerio con el objetivo de disminuir la mortalidad materno infantil son los bonos económicos llamado Juana Azurduy, por realizarse los controles y por el parto institucional.

El bono Juana Azurduy es una medida social, que busca mejorar la salud y nutrición de las mujeres embarazadas y de niños y niñas menores de dos años, establecida por Decreto Supremo 066 del 3 de abril de 2009.

El bono hace que las mujeres recibirán dinero en efectivo por: La asistencia regular a 4 controles prenatales en fechas programadas por el personal de salud, por la atención del parto y post parto por personal calificado y por llevar a sus niños y niñas a controles médicos, hasta que cumplan dos años.

Las beneficia del Bono son:

- Mujeres embarazadas.
- Niños o niñas recién nacidos hasta los dos años.
- Niños o niñas que al momento de inscribirse tengan menos de un año de edad.

Si las madres cumplen con sus controles médicos, recibirán lo siguiente:

- 50 Bs. Por el primer control prenatal, hasta el tercer mes de embarazo.
- 50 Bs. Por el segundo control prenatal, entre el cuarto y quinto mes de embarazo.

- 50 Bs. Por el tercer control prenatal, entre el sexto y séptimo mes de embarazo.
- 50 Bs. Por el cuarto control prenatal, entre el octavo y noveno mes de embarazo.
- 120 Bs. Por parto asistido y certificado por personal de salud, y su control hasta siete días después del parto y 125 Bs. Por cada uno de los 12 controles del niño o niña realizados cada dos meses, desde que nace, hasta que tenga dos años de edad. (El monto total recibido será de 1.500 Bs.), haciendo un total de 1.820 Bs. en 33 meses

Otra política de salud en este caso departamental fue el suplemento alimenticio **“Chura y Sanita, Querida Mamita”**, que tiene como objetivo reducir la mortalidad materna que es causada por la desnutrición y la anemia que provocan las hemorragias pre o post parto, el requisito fundamental para acceder al suplemento nutricional es realizar sus controles prenatales. Si bien en Tarija se tiene niveles bajos de mortalidad materno-infantil gracias a la cultura y educación de la gente, aun 180 pequeños mueren de 100 mil nacidos vivos y en tanto que en el país, como promedio nacional, 240 bebés fallecen por cien mil nacidos vivos, a pesar de esto todavía algunas muertes son prevenibles, especialmente en el área rural.

La composición del alimento cuenta entre sus ingredientes: calcio, ácido fólico, zinc para garantizar la salud del bebé, hierro y varias vitaminas para garantizar la salud de la madre, que deberá consumir el producto hasta los seis meses después del parto.

El decreto N 29601 implementa una nueva política de estado, el modelo Salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI), es una estrategia del ministerio de salud y deportes que busca soluciones los problemas de salud y aquellos que inciden en ella como: educación, justicia, producción y saneamiento básico. Toma en cuenta sentires, saberes y prácticas para que TODOS VIVAMOS BIEN. Buscando que el derecho a la salud y a la vida, se ejerza como UN DERECHO FUNDAMENTAL

que el Estado garantiza respetando sus usos y costumbres, por ejemplo el elegir el médico que le atienda, la forma en la que quiera tener su hijo entre mucho. (10)

En los últimos años los países han tenido importantes transformaciones en las organizaciones de sus sistemas de salud, involucrando la calidad de atención y prestación de los servicios este está orientado a satisfacer las necesidades de los usuarios, a la vez de minimizar los riesgos o complicaciones que se pueden presentar.

La calidad se define como un proceso de mejoramiento continuo y medible, en donde todas las áreas de la organización participan activamente en el desarrollo del servicio con la finalidad de satisfacer las necesidades del cliente, logrando con ello mayor productividad. (11)

Para que se lleve a cabo el proceso de atención, hay que observar tres componentes: la accesibilidad, el proceso del control prenatal, infraestructura y ambiente (comodidades). Sin embargo, es poco probable que una sola definición de calidad en salud, sea aplicable en todas las situaciones, en todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos dos conceptos: el primero está referido a la excelencia técnica, es decir, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, con habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder, en otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente" y el segundo concepto está referido a las adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad. Donabedian, implanta el esquema de mejoramiento continuo de la calidad a nivel asistencial, basando sus principios, en el postulado: "...la valoración de la calidad de la atención, debe considerar no sólo el desempeño del médico, sino también el del paciente...".

Definimos al control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, acompañamiento prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal o atención prenatal) como el conjunto de todas aquellas actividades asistenciales y preventivas

promocionales que se realizan en la embarazada, con la finalidad de proteger la salud de la madre y de su niño. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo y humano, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Puede ser utilizado en la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal, valorando el riesgo obstétrico, detectando y tratando enfermedades que agravan la gestación, previniendo las complicaciones obstétricas, (alertando a los hospitales para equiparse convenientemente en cuanto a medicamentos, materiales quirúrgicos, banco de sangre, limpieza e higiene, dotación de sueros, tocólíticos, etc.) también preparando física y emocionalmente a la madre para el parto, lactancia materna y para un adecuado cuidado del recién nacido. (12)

Un control prenatal debe tener tres aspectos fundamentales, el primero es que debe ser Precoz, es decir, la primera visita debe realizarse temprano; en lo posible durante el primer trimestre de gestación, esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento y protección, que constituyen la razón fundamental del control, además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica. El segundo aspecto es que debe ser Periódico, es decir, la frecuencia de los controles prenatales variará según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo, requerirán un número menor de controles que las de alto riesgo. Actualmente en nuestro país según los protocolos del SUMI se considera como mínimo que una gestante reciba cuatro controles prenatales, distribuidas de la siguiente manera; el primer control antes de las 12 semanas, segundo control aproximadamente a las 26 semanas, tercer control aproximadamente a las 32 semanas y el cuarto control aproximadamente a las 38 semanas. En tercer lugar, el control prenatal debe ser completo, es decir se deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, por lo tanto, nuestra atención incluiría exámenes auxiliares, examen y evaluación del embarazo y del crecimiento fetal, cálculo de la edad gestacional, de la fecha probable de

parto, atención odontológica, vacunación antitetánica, atención nutricional, apoyo psicológico, educación para la salud, preparación psicoprofiláctica, estimulación prenatal, así como enseñar a las madres a prepararse para la lactancia. Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno de gran desarrollo en los últimos treinta años.

Los controles prenatales son atenciones que se los realizan en los puestos y centros de salud. En nuestro país existen tres niveles de atención, de tal manera que se presta una atención piramidal, la mayor cantidad de pacientes se lo ven en el primer nivel (puestos y centros de salud), donde trabajan médicos generales, licenciadas en enfermería y auxiliares en enfermería, con atenciones ambulatorias, principalmente de consulta externa y urgencias, el énfasis en este nivel es el trabajo en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí es ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorio sofisticado; pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo con criterio de la tecnología que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

En Bolivia, el SUMI instauro protocolos y procedimientos para el control prenatal, estos protocolos facilita la supervisión y su evaluación tanto al personal de salud y a la institución para su acreditación.

El Carnét Perinatal contribuye a que los datos fundamentales relacionados a cada consulta del control prenatal estén registrados sistemáticamente y esta información llegue a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada.

La calidad de atención para conseguir la satisfacción de los usuarios, presenta una variedad de dimensiones. Entre los más importantes, la competencia profesional,eficacia, satisfacción del cliente, accesibilidad, eficiencia, continuidad, seguridad ycomodidades. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y éstasproporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud

para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas del programa. Se trata de dimensiones que son particularmente importantes en el medio de los países en desarrollo, se indican aquellas dimensiones que están presentes en los controles prenatales de primer nivel de atención.(7)

Competencia profesional. Se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia profesional también puede referirse a los recursos materiales: por ejemplo, una máquina de ecografía que proporciona ecografías que respondan a las normas aceptadas en forma constante.

Accesibilidad. La accesibilidad o acceso, implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística. El social y cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios.

Eficacia. Debe responder a las preguntas: Cuando el tratamiento se aplica correctamente,

¿Produce los resultados deseados? y ¿Es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio?

La eficacia en el ámbito central define las normas y especificaciones. Para determinar si esta es una estrategia eficaz, el peligro que evita el procedimiento debe compararse con los beneficios netos que reporta, tomando en cuenta las complicaciones asociadas.

Satisfacción del cliente. Se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes, produciendo confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

Eficiencia. Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta, dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas, se minimice o se elimine. Sin embargo, sería engañoso dejar implícito que las mejoras de calidad jamás exigen recursos adicionales, pues algunas mejoras cuestan dinero.

Continuidad. Implica que la usuaria puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la calidad de satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención.

Seguridad. Implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los

servicios. Si bien la seguridad pareciera revestir mayor importancia cuando se prestan servicios clínicos complejos, existen también aspectos relativos a esta última en cuanto a la prestación de los servicios básicos de salud. Por ejemplo, las salas de espera en los centros de salud, pueden exponer a los pacientes a infecciones si no se toman medidas para prevenirlo. Si un trabajador de salud no proporciona las instrucciones adecuadas.

Comodidades. Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento en el futuro. Se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad o las características que tornan la espera más confortable, pues son importantes para atraer clientes y mantener la relación con los mismos, así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios.

Clima Organizacional. El ambiente donde una persona desempeña su trabajo diariamente, el trato que un jefe puede tener con sus subordinados, la relación entre el personal e incluso la relación con proveedores y clientes, todos estos elementos van conformando lo que denominamos Clima Organizacional. Este puede ser un vínculo o un obstáculo para el buen desempeño de la organización en su conjunto o de determinadas personas que se encuentran dentro o fuera de ella, puede ser un factor de distinción e influencia en el comportamiento de quienes la integran. En suma, es la expresión personal de la "percepción" que los trabajadores y directivos se forman de la organización a la que pertenecen y que incide directamente en el desempeño de la organización. Tiene varios elementos: como la Estructura, la cual representa la percepción que tienen los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites, normas, obstáculos y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desempeño de su labor. La responsabilidad, el cual es la percepción de parte de los miembros de la organización acerca de su autonomía en la toma de decisiones relacionadas

a su trabajo, es decir, el sentimiento de ser su propio jefe y saber con certeza cuál es su trabajo y cuál es su función.

El desafío, que corresponde a determinados riesgos que pueden correr durante el desempeño de su labor. Las relaciones, la cual es la percepción por parte de los miembros acerca de la existencia de un ambiente de trabajo grato y de buenas relaciones sociales, tanto entre pares como entre jefes y subordinados. La cooperación, la cual es el sentimiento de los miembros de la organización sobre la existencia de un espíritu de ayuda de parte de los directivos y de otros empleados del grupo.

Cultura Organizacional. El patrón general de conductas (o modos de comportarse en la organización), creencias (firme asentimiento y conformidad con las actividades en la organización), principios fundamentales (o bases que deben estar originando la organización de servicios de salud) y valores (aptitudes expresadas en la organización que le dan impulso y significado a la prestación de los servicios de salud) compartidos por los miembros de la organización. (13)

c. Marco referencial

“Calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familiar”. Perú.

¿Ha mejorado la calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familiar en el Perú? ¿Qué está influyendo en la calidad de atención? ¿Hasta qué punto los proyectos ejecutados durante los últimos 10 años han surtido efecto?

Los resultados de los proveedores en salud evidencian que los profesionales encargados de la atención en su mayoría son obstetras. La mayor parte trabaja por más de 3 años en el servicio.

En cuanto a los hallazgos de las usuarias, los factores del establecimiento también tienen mayor influencia en la calidad de atención. Se revela que las usuarias que han sido atendidas en regiones más alejadas y tienen un mejor puntaje en el índice de calidad de atención, esto implica que una parte del efecto puede ser por la ejecución de diferentes proyectos destinados a mejorar la calidad de atención en las zonas más alejadas. Se evidencia también, mejores puntajes en el índice de aquellas usuarias que acudieron a un hospital en comparación con aquellas que acudieron a centros y puestos de salud y que además recibieron un trato amable por parte del profesional de salud, esto con un 95% de confianza.. PACA P. (2003). (14)

“Utilización adecuada de la atención prenatal en el instituto Mexicano del seguro social”. México.

Objetivo. Establecer la proporción de mujeres que utilizan adecuadamente los servicios de salud para la atención prenatal y medir la asociación entre utilización adecuada y los factores obstétricos, socioeconómicos, demográficos y culturales de una población de embarazadas, atendidas en un hospital general. Material y métodos. Se entrevistaron 394 mujeres de 12 a 49 años de edad que cursaban con embarazo de 28 a 42 semanas.

Se aplicó un cuestionario que incluyó variables demográficas sociales, económicas y culturales; conocimientos sobre el embarazo y sus complicaciones; antecedentes ginecobstétricos, y barreras para la utilización de los servicios de salud para atención prenatal. Se hizo análisis descriptivo y se estableció la fuerza de asociación utilizando razón de momios y un modelo de regresión logística. Resultados. El 75% de las embarazadas inició su atención prenatal en el primer trimestre, de ellas el 23.8% acudió a nueve consultas o más (utilización adecuada). Los factores asociados a utilización adecuada fueron: unidad de medicina familiar (UMF) con sistema computarizado; conocimiento y conducta ante complicaciones

del embarazo; paridad; atención prenatal enUMF por el mismo médico; y ocupación de las mujeres.MARTÍNEZ L.(2005). (15)

“Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo”. Barcelona. España.

El objetivo del trabajo es describir las desigualdades socioeconómicas relacionadas con el control del embarazo de las gestantes de Barcelona durante 1994-2003.

La información se obtuvo de encuestas y de las historias hospitalarias. Se estudiaron las siguientes variables dependientes: visitas al obstetra, trimestre de la primera visita, número de ecografías, ecografía del quinto mes, realización de una prueba invasiva, consumir ácido fólico, planificación del embarazo, consumo y abandono del tabaco. Las variables independientes fueron la edad y la clase social.

Resultados: Las gestantes de clases sociales con ocupaciones manuales realizan, en mayor proporción, menos de 6 visitas y la primera visita después del primer trimestre; además, tienen menor probabilidad de realizar alguna prueba invasiva, tomar ácido fólico, planificar el embarazo, no fumar y abandonar el consumo de tabaco. Y las gestantes de clases no manuales realizan, en mayor proporción, más de 12 visitas y más de 3 ecografías.

Conclusiones: Hay desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo, las gestantes de las clases sociales más favorecidas realizan un mejor cuidado y control del embarazo, pero en todas se observa una excesiva medicalización.CANO G. (2003) (16)

¿"Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú".

Objetivos. 1) Determinar el nivel de satisfacción de las usuarias sobre su de control prenatal en hospitales donde se implementó un programa de mejora continua de la calidad (PMC), y comparar estos pacientes y con un grupo de referencia. 2) Estudiar comparativamente las razones de insatisfacción en ambos grupos.

Métodos. Estudio cuasiexperimental. Se aplicaron encuestas de salida en el grupo de intervención (n = 191) y el grupo de referencia (n = 185). La variable dependiente fue la satisfacción con la atención prenatal, y las independientes fueron satisfacción de expectativas, trato del personal, nivel de información, equipamiento, percepción del tiempo de espera, limpieza y comodidad.

Resultados. En el grupo de pacientes que acudieron a los hospitales que participaron en el PMC se encontraron mayores niveles de satisfacción de las usuarias (67,5% frente al 55,1% en el grupo de referencia, P = 0,014). Las razones de insatisfacción fueron el tiempo de espera y el trato inadecuado. El análisis multivariado indicó que el trato del personal, la información durante la consulta, la satisfacción de las expectativas y la aplicación del PMC fueron factores que mostraron una asociación estadísticamente significativa con la satisfacción de la usuaria. SECLLEN J. (2005). (17)

"La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México".1995.

El estudio se diseñó con el fin de conocer las condiciones en las que se realiza el control prenatal en la ciudad de Tijuana y estudiar las posibles asociaciones entre ese tipo de atención y el resultado neonatal en términos de peso y prematuridad. El estudio se realizó entre diciembre de 1993 y marzo de 1994 se entrevistó en ellos a 279 mujeres.

En la entrevista se recogieron datos sobre nivel socioeconómico; y antecedentes ginecobstétricos.

No se encontraron neonatos prematuros, enfermos o con un peso al nacer \leq 2 500 g. Por este último motivo se optó por dicotomizar la variable correspondiente al peso al nacer en \leq 3 000 g y $>$ 3 000 g. Se observó una asociación significativa ($P < 0,00038$) entre la ausencia de control prenatal y un menor peso al nacer. La ausencia de control prenatal se asoció con bajos ingresos familiares; dependencia económica materna. Se encontró que la atención prenatal era de buena calidad en 68% de los casos ($n = 190$) y que tanto el número de las consultas como el momento en que se llevaron a cabo fueron adecuados en 50% de los casos ($n = 142$). RAMÍREZ M. (1994). (18).

“Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias”. México.

Objetivo: evaluar el nivel de satisfacción alcanzado por las usuarias de los servicios de atención prenatal en el primer nivel de atención en México, y comparar con algunas características del proveedor y del servicio.

Material y métodos: mediante la aplicación de una encuesta transversal, en el año 2000, se investigaron 217 pares de proveedores-usuarias de servicios de salud, entrevistados en 95 unidades de atención de primer nivel de ocho entidades federativas de la república mexicana. Se recopiló información mediante: a) observación directa de la consulta médica, b) entrevistas a proveedores y usuarias, y c) aplicación de cuestionario y examen de conocimiento a los proveedores.

Resultados: la satisfacción de las usuarias de los servicios de atención prenatal está relacionada con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que esperó

para recibirla, pero no con la capacidad de resolución clínica del profesional, ni con su edad o género. El trato recibido durante la consulta por la paciente también se asoció con su nivel socioeconómico y se encontró que las usuarias más pobres reciben, proporcionalmente, peor trato. BRONFMAN M. (2002). (19).

“Paquetes alternativos de atención prenatal para las embarazadas de bajo riesgo”.

Como parte de la atención prenatal, se ha desarrollado un número habitual de visitas para las mujeres embarazadas sin que existan pruebas de cuánta atención es necesaria para optimizar la salud de las madres y los recién nacidos. Estas visitas pueden incluir pruebas, educación y otros controles de salud. La revisión incluyó siete ensayos controlados aleatorios con más de 60000 mujeres. Los ensayos se realizaron en países de ingresos altos (cuatro ensayos) y de ingresos bajos y medios (tres ensayos). En los países de ingresos altos el número de visitas se redujo a alrededor de ocho. En los países de menores ingresos las visitas eran, en menos de cinco ocasiones. Sin embargo, hubo algunas pruebas de estos ensayos de que en los países de ingresos bajos y medios, la mortalidad perinatal puede aumentar con las visitas reducidas. El número de inducciones del trabajo de parto y los partos por cesárea fueron similares en las mujeres que recibieron visitas reducidas comparadas con atención estándar. Hubo pruebas de que las mujeres en todos los ámbitos estuvieron menos satisfechas con el esquema de visitas reducidas; algunas mujeres percibieron que el tiempo entre las visitas fue demasiado extenso. TDOWSWELL T. (2010). (20).

“Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y gineco-obstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima”, 2004.

El estudio fue realizado con mujeres en condiciones de alta, hospitalizadas en los servicios de medicina, cirugía y gineco-obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la muestra fue de 318 usuarias. Los resultados globales fueron Satisfactorios para: señalización (69.18%), apariencia de los trabajadores (95.60%), privacidad (60.69%), equipamiento (73.91%), exámenes de laboratorio (98.68%); ayuda diagnóstica por imágenes (90.04%), tiempo de espera (79.81%) y trato de personal (98.08%); alimentación (54.50%), limpieza general (70.44%) Atención del médico: información (96.85%), comprensión de información (85.53%), competencia (96.86%), respuesta sobre enfermedad (87.11%), tiempo dedicado (89.31%), trato (92.77%), calificación global (88.68%). Atención de la enfermera: Rapidez (64.470%), administración de medicamentos (87.42%), trato (79.87%), calificación global (70.44%). Trato de la técnica de enfermería (57.55%), calificación global (53.46%). Experiencia: Justificación del gasto (84.91%), intención de retorno (86.79%), recomendación del servicio (88.68%), calificación global (72.64%).

No Satisfactorios: Atención caja y admisión (76.42%), alta (83.33%), farmacia (80.19%). Limpieza de pabellón, mesita y cama (54.72%), sábanas (89.31%), servicios higiénicos (76.10%), tiempo de hospitalización (75.79%), necesidad de cambios (78.62%). ACOSTA Z.L. (2004). (21).

“Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados”. Perú, 2000.

El objetivo del presente trabajo es determinar el nivel de satisfacción del usuario (SU) en centros de salud (CS) y hospitales del MINSA; analizar la relación entre SU y nivel socioeconómico (NSE); e identificar los factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Los materiales y métodos utilizados son: el análisis secundario de los datos de Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) 2000. Fueron entrevistados 376 y 327 usuarios de los CS y hospitales. Las variables de estudio fueron la satisfacción del usuario, nivel socioeconómico y accesibilidad

para la atención. Se aplicó estadística descriptiva y multivariada. Se determinó que los usuarios de los establecimientos muestran características diferenciadas. La SU fue 68,1% y 62,1% para los CS y hospitales, respectivamente. Los usuarios de menor NSE presentaron mayor satisfacción. La edad, educación, distancia al establecimiento y el tiempo de espera presentan asociaciones con la SU. Conclusiones: existen factores sociodemográficos, económicos y de accesibilidad para la atención, que muestran relación con la satisfacción del usuario; tales factores se comportan de manera particular según el tipo de establecimiento de salud (centro de salud, hospital), debido fundamentalmente a que la población usuaria es distinta. PALACIN J. (2000). (22)

“Nivel de conocimiento sobre la importancia del control prenatal y sus factores determinantes en madres que acuden a la consulta de atención integral del ambulatorio urbano tipo II pueblo nuevo Venezuela año 2006”

Con el propósito de determinar el nivel de conocimiento sobre la importancia del control prenatal y sus factores determinantes, en 323 madres que acuden a la consulta, se realizó una investigación no experimental de carácter descriptiva transversal durante el lapso comprendido entre Junio – Noviembre 2006, se realizó un muestreo no probabilístico de tipo accidental, encontrándose los siguientes hallazgos: 73,4 % tenían entre 20 y 40 años de edad; el nivel de conocimiento predominante por grupo etario fue bueno; respecto al estado civil: las casadas mostraron un excelente nivel a diferencia de los otros grupos. De acuerdo al número de gestas: las primigestas y madres con 3 gestas presentaron un nivel excelente. Las causas de escogencia del centro para el control prenatal fueron: cercanía al centro 58,65 % y buena atención prestada 33,65 % mientras que entre las razones de un control inadecuado se encontraron: embarazo no deseado 61,53 % y falta de tiempo 21,15 %. De las madres que iniciaron el control prenatal durante el primer trimestre 83,9 % del total de la muestra asistió a 6 o más consultas siendo este adecuado. DOMÍNGUEZ D. (2006). (23)

“Grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, atendidas en el departamento de obstetricia y ginecología del hospital central universitario estado de Lara Venezuela año 2007”.

Con el objetivo de determinar el grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” desde Octubre/2006 hasta Octubre/2007, se realizó una investigación de campo, de tipo descriptivo y corte transversal, con una muestra de 244 adolescentes.

Se les aplicó una encuesta con 30 preguntas dicotómicas para evaluar orientación educativa durante las consultas acerca del embarazo, parto y puerperio. Se obtuvo 79,9% de satisfacción global y en orientación educativa solo un 18,9. Hubo orientación deficiente en cuidados puerperales y del recién nacido, beneficios de la lactancia materna e influencia negativa de hábitos insanos en el embarazo. Se sugiere evaluar la calidad del control prenatal en los diferentes centros, el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el manual de procedimientos de la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva a la adolescente y la reorientación oportuna de los mismos involucrando aspectos dirigidos a atender las necesidades emocionales de la adolescente con respecto al embarazo. COLMENÁREZ F.C. (2007). (24).

VI OBJETIVOS

a. Objetivo General

Determinar y analizar la satisfacción en las mujeres embarazadas, usuarias del Centro de Salud Virgen de Guadalupe del Municipio de Caraparí, sobre el control prenatal recibido. Desde el 01 junio- 01 julio 2011.

b. Objetivos Específicos

1. Determinar la accesibilidad de las usuarias para poder realizar su control prenatal en el Centro de Salud Virgen de Guadalupe de Caraparí.
2. Identificar la satisfacción de las usuarias que hacen su CPN a partir de la estructura y proceso.
3. Determinar factores culturales con respecto al CPN
4. Elaborar un proyecto de intervención

VII DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

a. Diseño

El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal cualitativo cuantitativo. Estos estudios se sitúan sobre la base de un conocimiento sólido y se ve que el problema alcanza cierto nivel de claridad pero aún se necesita información para caracterizar la situación particular. Incluye una sistemática recolección y presentación de información pudiendo llevarse a gran escala.

b. Tipo de investigación

Se realizó una Investigación sobre las barreras y la satisfacción de las usuarias sobre la atención del Control Prenatal en el Centro Salud de virgen de Guadalupe de la Ciudad de Caraparí.

Para dar respuesta a los objetivos del estudio se procedió a tomar una fuente primaria de información, es decir que los datos se obtendrán directamente de las unidades de estudio, mediante la aplicación directa de una encuesta previamente validada y dos entrevistas a profundidad

c. Población y muestra

El universo de estudio está constituido por 28 usuarias, constituyendo todas las usuarias embarazadas que asistieron a su control prenatal en el Centro de Salud Virgen de Guadalupe desde 01 junio a 01 julio de 2011.

La muestra de estudio está constituido por 22 usuarias fueron encuestadas Siendo entonces la unidad de estudio cada una de estas mujeres embarazadas.

De la muestra se tomaron a dos usuarias para hacer una entrevista en profundidad

Duración del Estudio: 01 junio al 01 de julio de 2011.

d. Muestreo

El muestreo es probabilístico estratificado con búsqueda de las usuarias por criterio de conveniencia. Se tomaron en cuenta a las usuarias embarazadas que asistieron a su control prenatal en el Centro de Salud “Virgen de Guadalupe”.

e. Variables

i. Dependiente

Satisfacción en las usuarias

ii. Independiente

Tiempo, medio de transporte, gasto económico, ubicación, señalización, infraestructura, comodidad, identificación cultural, control prenatal.

f. Operacionalización de variables

Variables para el objetivo 1

Variable	Definición	Escala
Accesibilidad Tiempo utilizado para llegar centro de salud.	Que tiempo utilizado o tarda para poder llegar al centro de salud.	Menor a 15 minutos 16 a 30 minutos 31 a 1 hora Más de 1 hora
Medio de transporte Utilizado para llegar C.S.	Cuál es el medio de transporte utilizado para llegar al centro de salud.	A pie En movilidad Otros

Dinero que gastan para poder llegar al C. S.	Cuanto de dinero gasta para poder llegar al centro de salud.	Nada Menos de 5 Bs. 6 Bs a 10 Bs. Más de 10 Bs.
Ubicación física del C.S.	La ubicación del centro de salud es accesible.	SI NO

Variables para el objetivo 2

Variable	Definición	Escala
Señalización de los servicios.	La señalización de los servicios del centro de salud es:	Muy malo Malo Regular Bueno Muy bueno
Ubicación de los consultorios	Considera que la ubicación de los consultorios es:	Muy malo Malo Regular Bueno Muy bueno
Infraestructura adecuada	Considera que la infraestructura del centro de salud es adecuada para realizar su control prenatal.	Adecuada Inadecuada
Infraestructura cómoda	Cómo considera la comodidad del establecimiento de salud:	Cómodo Indiferente Incomodo

Tiempo de espera para realizar su control prenatal.	Que tiempo espera desde su llegada al centro de salud hasta el momento de ser atendida:	Menos de 30 min 31 min a 1 hora 1 hora a 2 horas Más de 2 horas
Opinión del tiempo de espera	Considera que el tiempo de espera para la consulta es:	Poco Adecuado Mucho

Variables para el objetivo 3

Variable	Definición	Escala
Pertenencia a una cultura originaria	Con que cultura usted se identifica.	Mestiza Quechua Guaraní
Perspectiva cultural del control prenatal	Según su cultura con la que se identificó, que perspectiva tiene sobre el control prenatal.	Prevenir complicaciones Tener cuidados No hacen nada
Acepta los exámenes complementarios	Según con la cultura con la que se identificó, usted acepta los exámenes complementarios del control prenatal.	Acepta No acepta Solo en emergencia

g. Criterios de inclusión

- Mujer embarazada
- Que viven en el área urbana de Caraparí
- Usuaris que hacen su control en el Centro de Salud Virgen de Guadalupe

h. Criterios exclusión

- Mujeres no embarazadas
- Usuaris que pertenezcan a otras comunidades o que vivan en área periurbana
- Usuaris que haga su control en otro centro de salud

i. Instrumentos de recolección de la información

La obtención de información se lo realizo directamente sobre las unidades de estudio, mediante la aplicación directa de encuestas y dos entrevistas a profundidadcuyas preguntas estaban dirigidas a obtener datos con los cuales se midió el grado de atención de calidad y el indicador de satisfacción de la usuaria en el servicio de consulta externa, solicitando su control prenatal.

j. Metódica del instrumento

Para el objetivo N° 1 se elaboró preguntasque miden la satisfacción de las embarazadas en relación a la accesibilidad, tiempo, dinero gastado.

Para el objetivo N° 2 en la misma encuesta, en un acápite diferente se busca opiniones referidas a la infraestructura del centro de salud, señalización, ubicación de los consultorios, comodidad y al proceso para la realización del control prenatal, tiempo de espera, el tiempo de la consulta y el servicio que se le brinda.

Para el objetivo N 3 se elaboró preguntas para determinar con qué cultura se identifican las usuarias para poder determinar su perspectiva sobre el control prenatal según su cultura.

Se capacito a dos internas de enfermería en el uso y aplicación del formulario

Preguntas de la entrevista

1. ¿Cómo se siente?
2. ¿La espera es molesta?
3. ¿Le preocupa el tiempo que utiliza para realizar su control prenatal?
4. ¿Cómo organiza a su familia en su casa, cuando usted viene a realizar su control prenatal?
5. ¿Cómo se siente con el trato que se le brinda durante todo el tiempo que estuvo en el centro de salud?
6. ¿Se siente cómoda con las maniobras que el medico realiza, cuando desea saber la posición del feto?
7. ¿En general como se siente cuando lo examina?
8. ¿Y qué tal las recomendaciones que le dan los médicos?
9. ¿Entendió las recomendaciones del médico?
10. ¿Siempre se atendió con el mismo médico o cambió?
11. ¿Usted está de acuerdo que le saquen sangre u orina para su control prenatal?
12. ¿Qué le pareció la ecográfica?
13. ¿De alguna manera usted se sintió maltratada o discriminada?
14. ¿Qué cosa usted cree que debería cambiar aquí?
15. ¿Tiene alguna queja?
16. ¿Cómo cree Ud. que la atención sería más rápido?

k. Instrumentos de análisis de la información

Para valorar la variable de la calidad de la atención se aplicaron dos modelos de análisis de los datos una encuesta a las usuarias y dos entrevistas a profundidad para determinar las barreras o satisfacción que se encontró durante la realización del control prenatal.

Una vez recolectada la información se procedió a procesar los datos con el sistema de palotes y a transcribir la grabación de las entrevista. La información se organizó en tablas y gráficos y se transcribió utilizando los programas Excel y Word.

I. Cuestionamiento ético

Para realizar este estudio se solicitó la autorización de la coordinadora de red del municipio de Caraparí.

Antes de iniciar la encuesta se solicitó el consentimiento de la usuaria que acudió al servicio de consulta general.

VIII RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS

CUADRO N 1

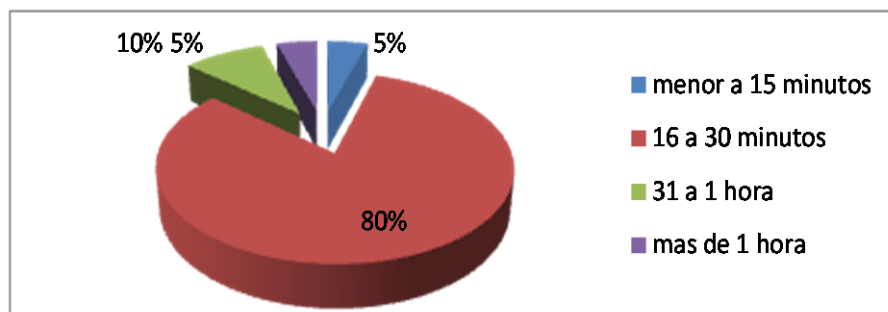
Distribución de las embarazadas según el tiempo utilizado para poder llegar al centro de salud. Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.

Tiempo utilizado	Número de mujeres embarazadas	Porcentaje
Menor a 15 minutos	1	5%
16 a 30 minutos	18	80%
31 a 1 hora	2	10%
Más de 1 hora	1	5%
Total	22	100%

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

GRAFICO 1

Distribución de las embarazadas según el tiempo utilizado para llegar al centro de salud. Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.



En relación a tiempo utilizado para llegar al centro de salud Virgen de Guadalupe, un 80 % de las usuarias refirió llegar entre 16 a 30 minutos. Un 10% indico llegar entre 31 a 1 hora. Un pequeño porcentaje del 5% indico que tarda menos de 15 minutos y otro pequeño porcentaje de 5% señalo tardar más de una hora.

CUADRO 2

Distribución de las embarazadas según el medio de transporte utilizado para llegar al servicio de medicina general para realizar su control prenatal.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.

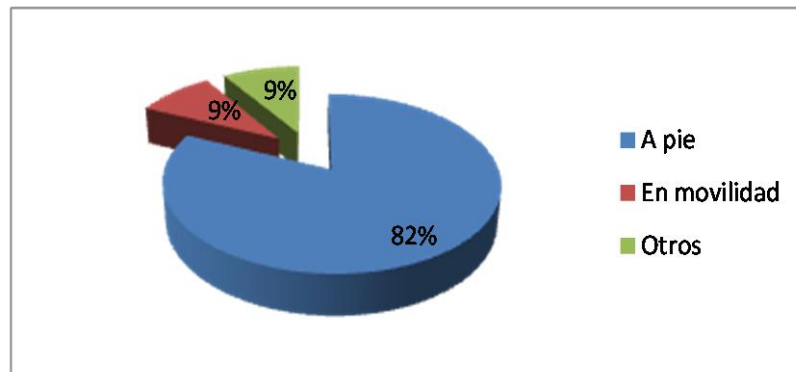
Medio de transporte	Número de mujeres embarazadas	Porcentaje
A pie	18	82%
En movilidad	2	9%
Otros	2	9%
Total	22	100%

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

GRAFICO 2

Distribución de las embarazadas según el medio de transporte utilizado para llegar al servicio de medicina general para realizar su control prenatal.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.



En relación al medio de transporte utilizado para llegar al servicio de medicina general, un 82 % de las usuarias refirió venir a pie. Un 9% indico llegar en movilidad y otro porcentaje similar en otros medios de transporte.

CUADRO 3

Distribución de las embarazadas según el dinero que gastan para poder llegar al servicio de medicina general para realizar su control prenatal.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.

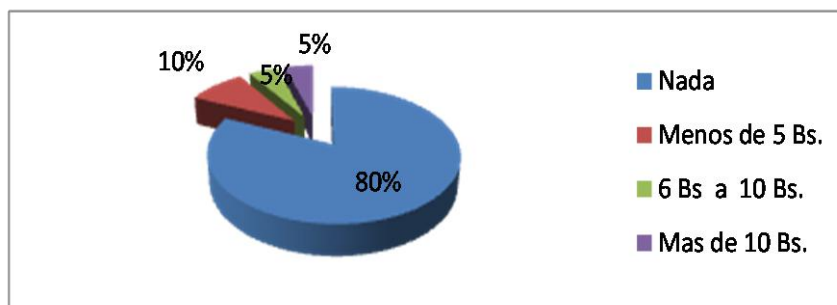
Dinero gastado	Número de mujeres embarazadas	Porcentaje
Nada	18	80%
Menos de 5 Bs.	2	10%
6 Bs a 10 Bs.	1	5%
Más de 10 Bs.	1	5%
Total	22	100%

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

GRAFICO 3

Distribución de las embarazadas según el dinero que gastaron para poder llegar al servicio de medicina general para realizar su control prenatal.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.



En relación al dinero que gastaron para llegar al servicio de medicina general, un 80 % de las usuarias no gastaron nada. Un 10% indico gastar menos de 5 Bs. Un 5% de las usuarias gastaron entre 6 a 10 Bs y otro porcentaje similar gasto más de 10Bs para poder llegar al servicio de medicina general para realizar su control prenatal.

CUADRO 4

Opinión de las mujeres gestantes sobre si el centro de salud es accesible.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.

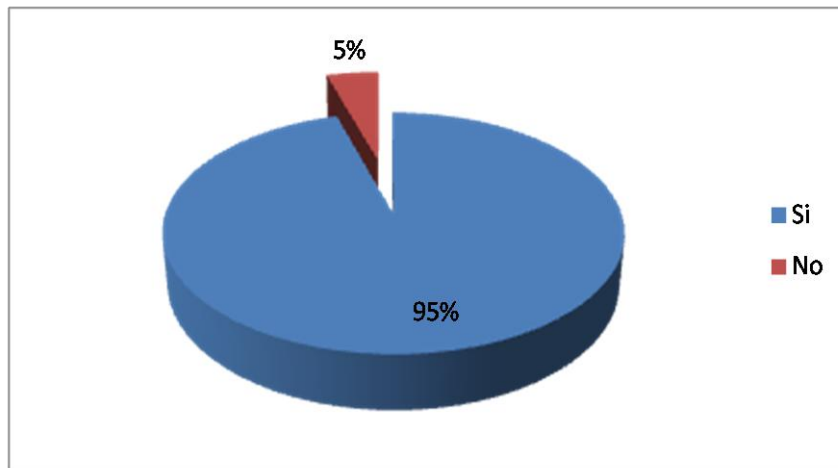
Accesibilidad	Número de mujeres embarazadas	Porcentaje
Si	21	95%
No	1	5%
Total	22	100%

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

GRAFICO 4

Opinión de las mujeres gestantes sobre el centro de salud es accesible.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011



La gran mayoría de las usuarias mencionan que el centro de salud es accesible representada por un 95% y solo un 5% menciona que es inaccesible el centro de salud, para poder llegar al servicio de medicina general para realizar su control prenatal.

CUADRO 5

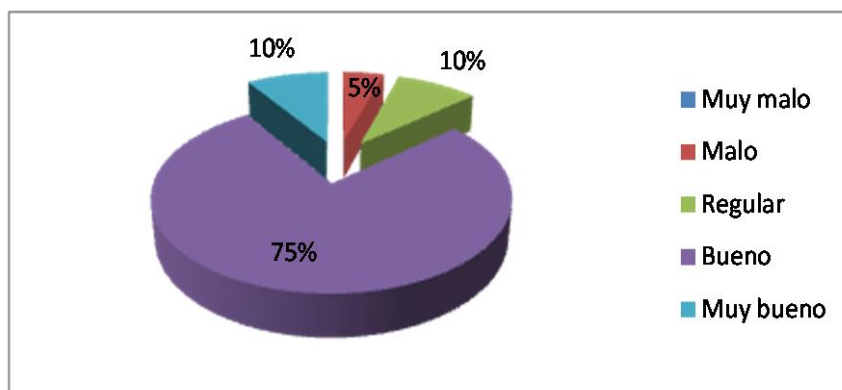
Opinión de las mujeres gestantes sobre la señalización de los servicios del centro de salud. Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.

Señalización	Número de mujeres embarazadas	Porcentaje
Muy malo	0	0%
Malo	1	5%
Regular	2	10%
Bueno	17	75%
Muy bueno	2	10%
Total	22	100%

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

GRAFICO 5

Opinión de las mujeres gestantes sobre la señalización de los servicios del centro de salud. Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011



La gran mayoría de las usuarias mencionan que la señalización es buena representada por un 75%. Es muy bueno opina un 10%. Regular opina un 10% solo un 5% menciona que es malo la señalización de los servicios del centro de salud.

CUADRO 6

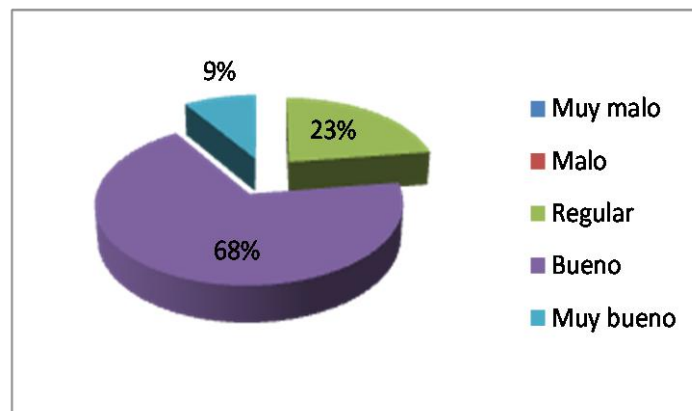
Opinión de las mujeres gestantes sobre la ubicación de los consultorios de medicina general. Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.

Ubicación	Número de mujeres embarazadas	Porcentaje
Muy malo	0	0%
Malo	0	0%
Regular	5	23%
Bueno	15	68%
Muy bueno	2	9%
Total	22	100%

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

GRAFICO 6

Opinión de las mujeres gestantes sobre la ubicación de los consultorios de medicina general. Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.



El 68% de las usuarias mencionan que la ubicación de los consultorios de medicina general es buena, un 23 % lo consideran regular y un 9% opinan que los consultorios tiene una muy buena ubicación.

CUADRO 7

Opinión de las mujeres gestantes sobre si la infraestructura del centro de salud es adecuada para la realización de su control prenatal.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.

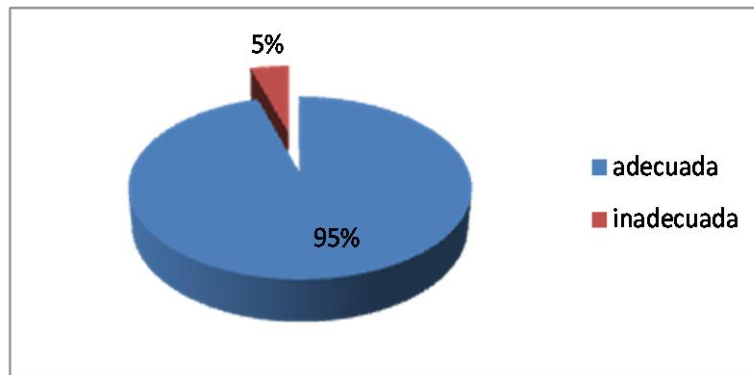
Infraestructura	Número de mujeres embarazadas	Porcentaje
Adecuada	21	95%
Inadecuada	1	5%
total	22	100%

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

GRAFICO 7

Opinión de las mujeres gestantes sobre si la infraestructura del centro de salud es adecuada para la realización de su control prenatal.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011



La gran mayoría de las usuarias mencionan que la infraestructura es adecuada para poder realizar su control prenatal que es representada por un 95% y solo un 5% menciona que no es adecuada.

CUADRO 8

Opinión de las mujeres gestantes sobre si la infraestructura es cómoda para la realización de su control prenatal.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.

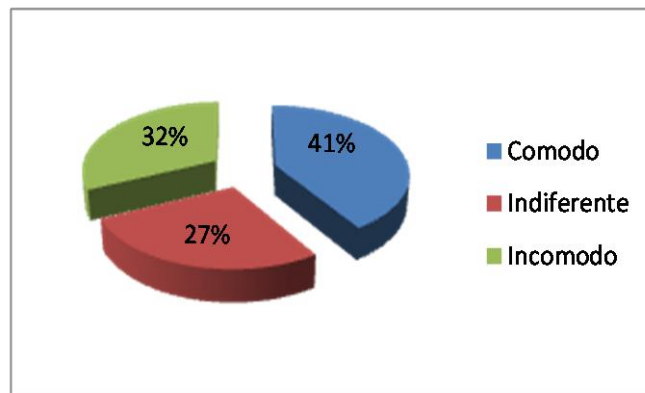
Comodidad	Número de mujeres embarazadas	Porcentaje
Cómodo	9	41%
Indiferente	6	27%
Incomodo	7	32%
total	22	100%

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

GRAFICO 8

Opinión de las mujeres gestantes sobre si la infraestructura es cómoda para la realización de su control prenatal.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.



El 41% de las usuarias mencionan que la infraestructura es cómoda para poder realizar su control prenatal. Un 32% menciona que es incómodo y el 27% de las usuarias le es indiferente.

CUADRO 9

Distribución de las embarazadas según el tiempo de espera desde su llegada al centro de salud hasta el momento de realizar su control prenatal.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.

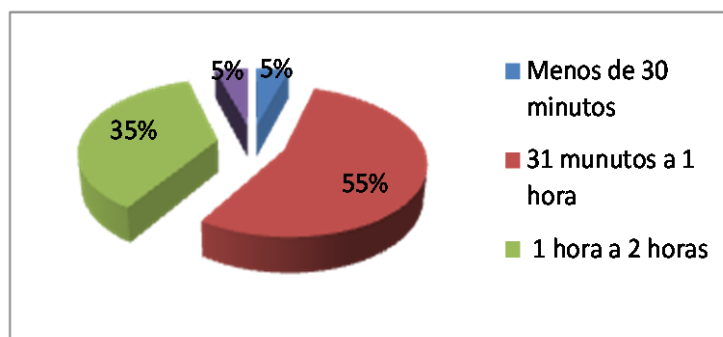
Tiempo de espera	Número de mujeres embarazadas	Porcentaje
Menos de 30 minutos	1	5%
31 minutos a 1 hora	12	55%
1 hora a 2 horas	8	35%
Más de 2 horas	1	5%
Total	22	100%

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

GRAFICO 9

Distribución de las embarazadas según el tiempo de espera desde su llegada al centro de salud hasta el momento de realizar su control prenatal.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.



El 55% de las usuarias mencionan que esperan entre 31 minutos a 1 hora. Un 35% de los usuarios esperan entre 1 a 2 horas. Un 5% menciona que espera menos de 30 minutos y otro porcentaje similar espera más de 2 horas desde su llegada al centro de salud hasta el momento de realizar su control prenatal.

CUADRO 10

Opinión de las mujeres gestantes sobre el tiempo de espera desde su llegada al centro de salud hasta el momento de realizar su control prenatal.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.

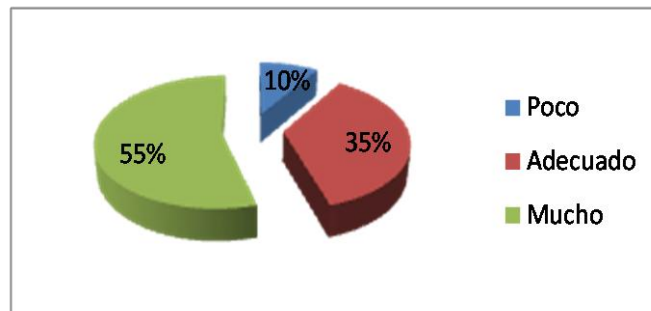
Tiempo de espera	Número de mujeres embarazadas	Porcentaje
Poco	2	10%
Adecuado	8	35%
Mucho	12	55%
Total	22	100%

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

GRAFICO 10

Opinión de las mujeres gestantes sobre el tiempo de espera desde su llegada al centro de salud hasta el momento de realizar su control prenatal.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.



El 55% de las usuarias menciona que esperan mucho tiempo. Un 35% menciona que el tiempo es el adecuado y solo un 10% menciona que es poco el tiempo de espera.

CUADRO 11

Distribución de las embarazadas según su identificación con una cultura.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.

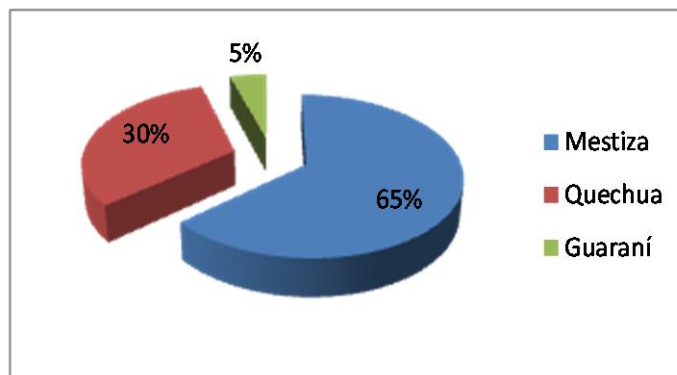
Cultura con la que se identifica	Número de mujeres embarazadas	Porcentaje
Mestiza	14	65%
Quechua	7	30%
Guaraní	1	5%
Total	22	100%

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

GRAFICO 11

Distribución de las embarazadas según su identificación con una cultura.

Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.



El 65 % de las usuarias se consideran mestizas. Un 30% de las usuarias se identifican con la cultura quechua y solo un 5% de las usuarias se identifica con la cultura guaraní.

CUADRO 12

Según su cultura con la que se identificó, que perspectiva tiene sobre el control prenatal. Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011.

Cultura con la que se identifico	Número de mujeres embarazadas	Perspectiva que tiene sobre el control prenatal
Mestiza	14	8 usuarias cuidados y 6 prevenir complicaciones
Quechua	7	4 usuarias cuidados y 3 no hacen nada
Guaraní	1	No hacen nada

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

De las 14 usuarias que se identifican como mestizas, 8 usuarias lo realizan por cuidados y 6 usuarias para prevenir complicaciones. De las 7 usuarias que se identifican como quechuas, 4 usuarias lo realizan por cuidados y 3 no hacen nada. De la usuaria que se identificó como guaraní no realiza ningún tipo de cuidados, procedimiento o rito.

CUADRO 13

Según con la cultura con la que se identificó, usted acepta los exámenes complementarios del control prenatal. Centro de salud Virgen de Guadalupe 2011.

Cultura con la que se identifico	Número de mujeres embarazadas	Aceptación de los exámenes complementarios
Mestiza	14	Todas aceptan
Quechua	7	3 aceptan, 3 no aceptan 1 si es emergencia
Guaraní	1	No acepta

Fuente: encuesta a mujeres gestantes 2011

De las 14 usuarias que se identificaron como mestizas todas aceptan los exámenes complementarios. De las usuarias que se identificaron como quechuas 3 usuarias aceptan, 3 usuarias no aceptan y 1 usuaria acepta en caso de emergencia. La usuaria que se identificó como guaraní no acepta los exámenes complementarios del control prenatal.

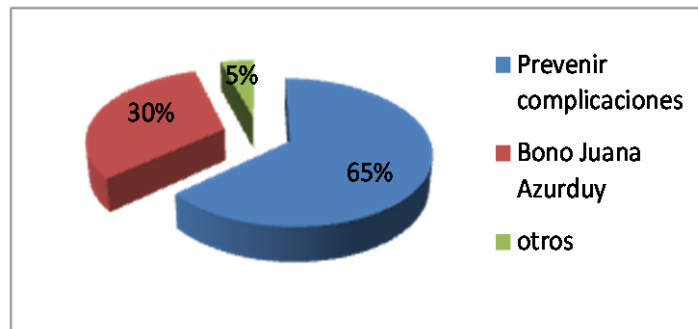
CUADRO 14

Distribución de las embarazadas según el motivo por el cual asisten a realizar su control prenatal. Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011

Por qué realiza su control prenatal	Número de mujeres embarazadas	Porcentaje
Prevenir complicaciones	14	65%
Bono Juana Azurduy	7	30%
otros	1	5%
Total	22	100%

GRAFICO 14

Distribución de las embarazadas según el motivo por el cual asisten a realizar su control prenatal. Centro de Salud Virgen de Guadalupe 2011



El 65% de las usuarias asisten a su control prenatal para prevenir complicaciones. Un 30% asiste por el bono Juana Azurduy y el 5% asiste a su control prenatal por otros motivos.

IX RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Cabe aclarar que se realizaron dos entrevistas, una a una usuaria identificada como quechua y otra a una usuaria identificada como mestiza.

Cuando se les pregunto a las usuarias en la entrevista como se sintieron cuando realizaron por primera vez su control prenatal, ambas mencionaron que se sentían intranquilas, nerviosas a causa desconocimiento de los procedimientos que realizaría el médico.

Cuando se les pregunto acerca de la espera, ambas usuarias mencionaron que la espera era molesta, sobre todo por los tramites que tiene que hacer una para ser atendida y por el trabajo que dejan de hacer por venir a realizar su control prenatal, esos dos factores preocupa a ambas usuarias, por que dejan a sus hijos con la vecina, su marido se enoja por dejar la casa sola y en otras situaciones es por qué ya no le quieren dar permiso en el trabajo.

Con relación al trato general que recibieron durante su estadía en el centro de salud ambas mencionaron estar satisfechas.

Con respecto a la maniobras que realiza el médico para determinar la presentación del feto, existe una discrepancia ya que la usuaria identificada como quechua, no le gusta y le da vergüenza a diferencia de la usuaria identificada como mestiza que no se sintió incomoda.

Las recomendaciones de los médicos son aceptadas pero algunas veces no entendidas por ambas usuaria generalmente por que utiliza mucha terminología.

Cada vez que una usuaria vienen a realizar su control prenatal encuentran un medico diferente y eso no les gusta porque según manifiesta una usuaria, que uno de los médicos le dice una cosa y otro le dice otra, además de eso algunas usuarias tiene preferencia con un medico determinado ya sea por el trato que recibió o por la confianza que le brindo el médico.

Las usuarias identificadas como quechuas no aceptan los exámenes complementarios a diferencia de las usuarias mestizas que si aceptan los exámenes complementarios. La tecnología sigue siendo un factor que crea discrepancias entre las usuaria ya que unas aceptan las ecografías y les gusta a otras le dan miedo y no les gusta.

La usuaria identificada como quechua, se sintió maltratada por la funcionaria que da fichas, que le habría retado por no traer su carnet de control prenatal, la mayoría de las quejas suceden por el tiempo de espera.

Lo que les gustaría que cambie en el servicio, es el horario de atención, que sea hasta fin de semana y que sea más rápido y también quieren que se les cambien a la funcionaria que da fichas.

IX CONCLUSIONES

a. Conclusiones de la encuesta.

Las usuarias que asisten al Centro de Salud Virgen de Guadalupe para realizar su control prenatal, tardan en llegar entre 15 a 30 minutos, la mayoría de las usuarias vienen a pie, no gastan dinero en su transporte y consideran que el centro de salud es accesible.

Con respecto a la infraestructura una gran mayoría creen que es adecuada para poder realizar su control prenatal, los diferentes servicios tienen buena señalización, los consultorios tienen una buena ubicación y creen que el ambiente es adecuado para realizar su control prenatal.

La mayoría de las usuarias mencionan que esperan de 31 minutos a 1 hora para ser atendidas, creen que es mucho tiempo de espera y piensan que en general el servicio es adecuado.

Las usuarias en su mayoría se identifican como mestizas, un segundo grupo reducido se identifican con la cultura quechua, las que se consideran mestizas consideran según su cultura, que el control prenatal establece cuidados y previene complicaciones.

Las que se consideran de la cultura quechua en su mayoría no realizan control prenatal según su cultura pero algunas si tienen cuidados, la cultura guaraní no hace nada se comportan y realiza sus actividades como si no estuviera embarazada.

Todas usuarias identificadas como mestizas están de acuerdo con los exámenes complementarios, las usuarias quechuas una mitad está de acuerdo y la otra mitad no está de acuerdo y solo una usuaria menciona que solo se lo haría en caso de emergencia. La usuaria guaraní no está de acuerdo con los exámenes complementarios.

La mayoría de las usuarias asiste a sus controles prenatales para evitar complicaciones, otro grupo que asiste por el bono Juana Azurduy y un pequeño grupo asisten por otros motivos.

b. Conclusiones de la entrevista

La falta de información provoca que las usuarias estén intranquilas y nerviosas, este factor podría solucionarse con una adecuada comunicación. El tiempo de espera sigue siendo un factor que afecta la satisfacción de las usuarias y les preocupa por que dejan a sus hijos con la vecina y porqué dejan de hacer su trabajo, esto se pudo determinar tanto en la encuesta como en la entrevista.

En general el trato que se les brinda en el centro de salud es bueno y aceptado por las usuarias.

Las maniobras realizadas en las usuaria para poder identificas la presentación del feto no le gusto a la usuaria quechua a diferencia de la usuaria mestiza, esta discrepancia creo que sucede más que todo por factores culturales y educativo, porque cuando una usuaria recibe más información y respeto a sus usos y costumbres, está preparada tiene la mente más abierta.

Las recomendaciones de los médicos son aceptadas pero a veces no son entendidas por las usuarias esto crea una brecha en la comunicación medico paciente, que provoca indirectamente insatisfacción de las usuarias por no entender al médico.

Hay molestias en las usuarias porque cada vez que vienen a ser su control prenatal encuentran otro médico y esto interfiere con la relación médico paciente, produciendo nuevamente la satisfacción de las usuarias.

Existe una diferencia con respecto a la aceptación de los exámenes complementarios ya que la usuaria quechuas no lo aceptan porque no les gusta y

le duele a diferencia de la usuaria mestizas que si lo acepta y siente más seguras, esta diferencia se presenta más que todo por la falta de información.

La usuaria quechua se sintió maltrata una vez, cuando no trajo su carnet de control prenatal por la funcionaria que da las fichas, tal vez el carnet sea un requisito primordial para ser atendida, pero este requisito no debe influir en el comportamiento de la funcionaria pública, porque nadie tiene la autoridad y el derecho de retar a las usuarias sobre todo de áreas alejadas, porque van contra los objetivos y principios de nuestra institución.

El tiempo de espera sigue siendo uno de los factores que provoca que las usuarias estén insatisfechas y eso es la que quieren cambiar, que sea más rápido y que atiendan los fines de semana más.

c. Análisis.-

En esta encuesta se aplicaron preguntas a las usuarias acerca de los elementos que según la bibliografía incluida se considera que son los elementos que intervienen en el concepto de calidad del Control Pre Natal.

Según las respuestas, la calidad del Control Pre Natal brindado en el Centro de Salud Virgen de Guadalupe percibida por las mujeres encuestadas es aceptable. Ellas encuentran una mayoría de los elementos de infraestructura, señalética y ubicación de los consultorios como mejor que solo aceptables.

Hay una respuesta que sale de ese esquema, y es que las encuestadas encuentran que el tiempo de espera es muy prolongado. Si se observa la tabla N° 9 conteniendo las respuestas por el tiempo de espera, se puede observar que un 40 % de encuestadas dice que esperan entre una hora a dos y más horas, y si se observa la tabla N° 10, 55 % de las encuestadas dice que el tiempo de espera es muy largo. Estas dos respuestas hacen que el análisis de calidad que hacemos muestre que hay un elemento sensible según la opinión de las mujeres. Si estos

datos además se cruzan con el tiempo que las encuestadas dicen tardar para llegar al Centro de Salud (Tabla N° 1) se tiene que ellas emplean entre media hora a más de una hora, parece que precisamente esas mujeres son las que encuentran el tiempo de espera muy largo. Si analizamos el peor escenario que puede tener una mujer, tomando los datos extremos podemos percibir que la mujer que tarda una hora o más para llegar al centro de salud, que llega a pie, y que allí le toca esperar dos o más horas antes de ingresar al consultorio, añadiendo el tiempo para volver a su domicilio... podría perder cuatro o más horas de un día. Lo que daría lugar a una embarazada posiblemente aburrida y cansada al llegar a su domicilio.

También merece un análisis el grupo de respuestas sobre su pertenencia a un grupo cultural originario. Estas mujeres se muestran menos inclinadas a aceptar los exámenes complementarios que supone el control pre natal. La pregunta es si las actividades de educación y consejería del personal de enfermería no logran cambiar esta actitud, o si hay otras explicaciones sobre esa conducta, por ejemplo que el lenguaje de comunicación con estas personas no sea el adecuado. En todo caso, se puede observar con claridad que la condición cultural incide en el cumplimiento de los estándares del protocolo de control Pre Natal.

De todas maneras, se considera que el Centro de Salud Virgen de Guadalupe puede modificar sus desempeños para responder a ambos hallazgos, y de esa manera, acercarse más a un modelo de calidad en la oferta del Control a embarazadas.

Se pudo determinar que la falta de información y el uso de un lenguaje con mucha terminología y poco clara por parte de los médicos, interfieren en la relación médico paciente influyendo negativamente en la satisfacción de las usuarias.

La falta de una orientación y comunicación adecuada provoca a que se falte el respeto a sus usos y costumbres de las usuarias, que provoca el rechazo a las maniobras y exámenes complementarios, creando indirectamente la insatisfacción

de la usuaria, que pudiera llegar en un momento dado a rechazar los servicios o de forma definitiva decidir ya no venir al centro de salud.

De esta manera, la implantación de las nociones sobre interculturalidad recibidas en el Post Grado podrá ser introducida de manera progresiva, para evitar estas dificultades y lograr la satisfacción de las usuarias.

X RECOMENDACIONES

La accesibilidad y el ambiente es aceptado por la mayoría de las usuarias pero se debería brindar más comodidad ya que por su estado son frágiles y fácilmente se aburren.

El tiempo de espera es mucho, esto se debe en mi análisis, a que la usuaria pasa por muchos trámites para poder ser atendida primero pasa por fichaje y archivos para poder sacar su historia clínica y darle su ficha, luego pasan por signos vitales y termina esperando en el consultorio. Se sugiere cambiar el horario de ingreso de la encargada de fichaje, archivos y de la licenciada que toma signos vitales para que puedan venir más temprano y así las usuarias no esperen mucho tiempo y los médicos no esperen mucho la primera ficha.

Se sugiere poner un televisor en la sala de espera con videos educativos , también se pedirá a los médicos que oriente y expliquen a las usuarias con más paciencia la importancia de los controles prenatales y las maniobras que realizaran para evitar el rechazo y faltar el respeto a sus costumbres de las usuarias.

Se deberá habilitar un área de información para los usuarios y publicar el rol de turnos y consulta de los médicos, para que las usuarias determinen y puedan elegir el médico que sea de su agrado para su atención.

Se coordinará con la alcaldía y con la gobernación sobre los contratos del personal de salud, que tenga ciertos requisitos como se hablar quechua para romper esa barrera de la incomunicación y tal vez de estamnera se educaría a las usuarias sobre la importancia que tiene el control prenatal.

La Coordinación de Red debe considerar el informe de la presente investigación, para realizarla en los demás establecimientos de salud, para poder realizar intervenciones adecuadas según los problemas encontrados en cada área, elaborando estrategias que garanticen los máximos beneficios, aprovechando de forma óptima los recursos humano y económico con los que cuenta nuestra región.

XI PROYECTO DE INTERVENCIÓN

a. Análisis del interesado

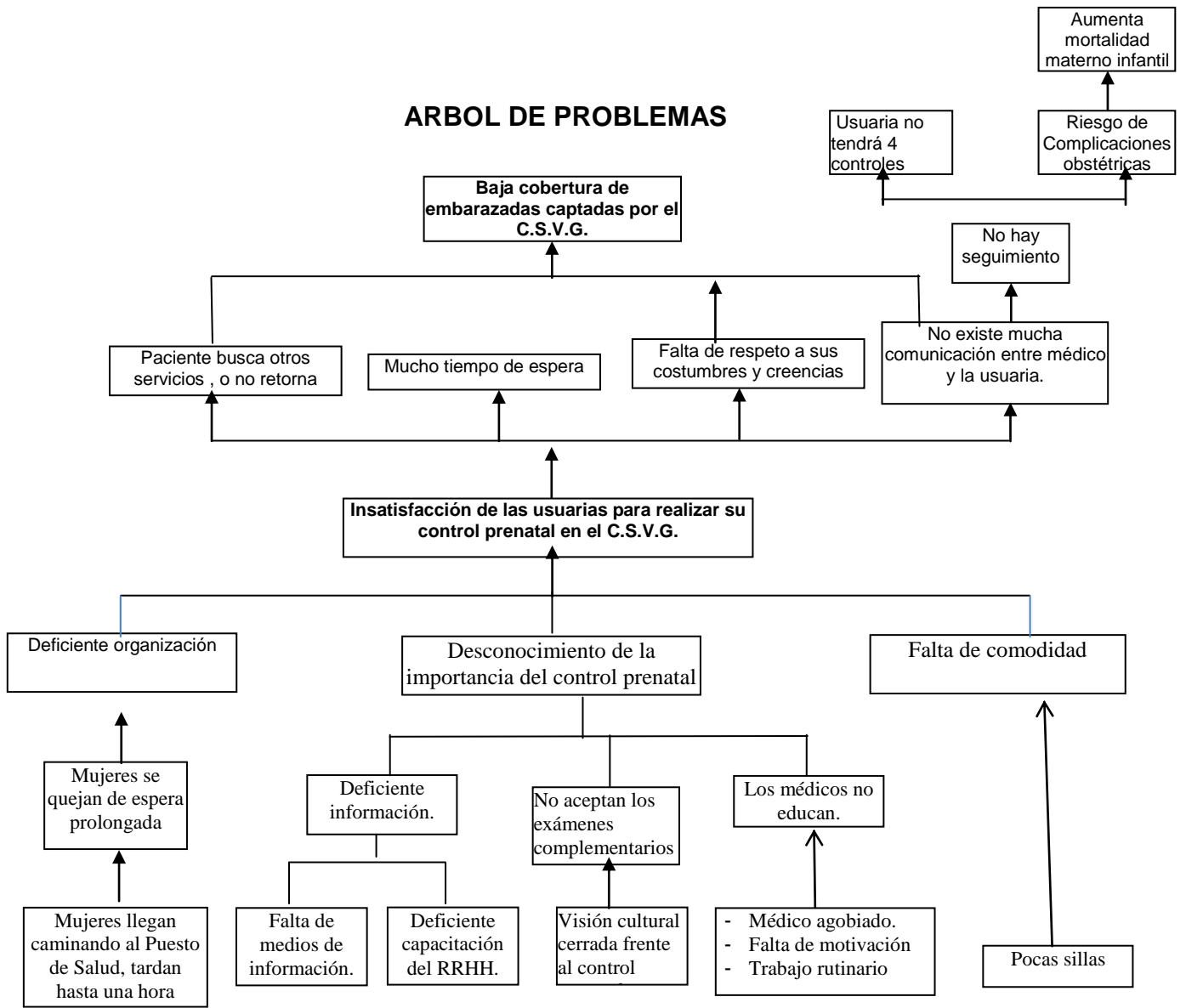
El presente proyecto actúa a dos niveles:

- a) Capacitación del personal de salud en general sobre la importancia del control prenatal y una capacitación de relaciones humanas con una visión intercultural.
- b) Orientar a las mujeres embarazadas que asisten al centro de salud virgen de Guadalupe interesadas en realizar su control prenatal.

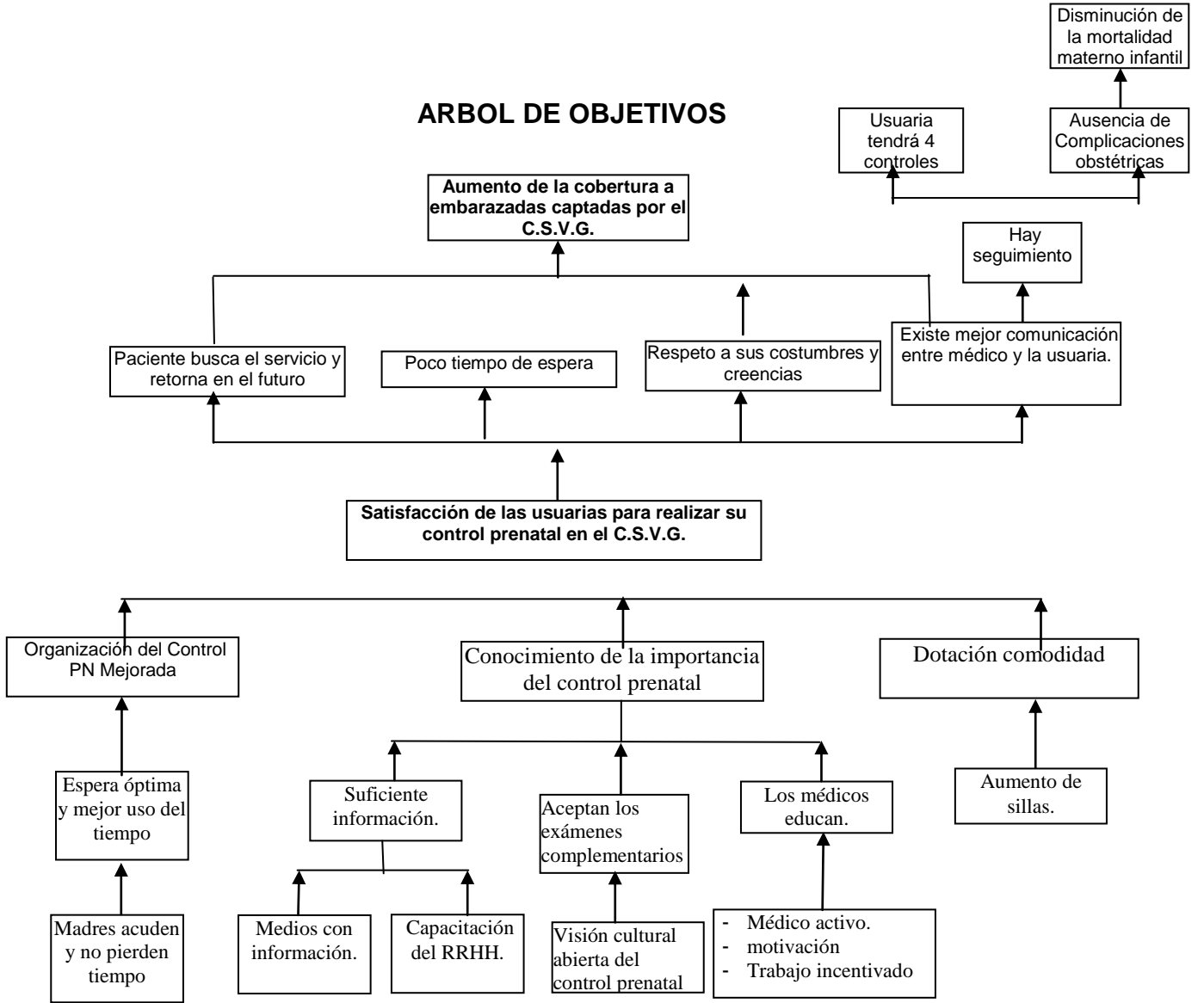
b. Análisis de factibilidad

El presente proyecto se puede realizar, porque se tiene la infra estructura adecuada, se cuenta con los medios audiovisuales y el material que faltaría se puede obtener porque se cuenta con una fuente de financiamiento municipal.

ARBOL DE PROBLEMAS



ARBOL DE OBJETIVOS



LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	HIPÓTESIS O SUPUESTOS
<p><i>Lograr la satisfacción de las usuarias que realizan su control prenatal en el centro de salud virgen de Guadalupe.</i></p>	<p>a.- Aumento del número de controles prenatales en consultas externas del centro de salud virgen de Guadalupe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Libro de registros de control prenatal - Historias clínicas - Recetario recibo - SNIS 	

<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <p>1.- Mejorar la organización del Centro de salud de Guadalupe.</p> <p>2.- Concientizar sobre la importancia del control prenatal.</p>	<p>-Cambiar el horario de la encargada de archivos y fichaje. -Cambiar el horario de la enfermera de signos vitales.</p> <p>- Sensibilización del personal médico. - Capacitación interculturalidad al personal de salud.</p> <p>-Televisor con videos educativos</p>	<p>-Planilla de asistencia -Fotografías -Consulta médica empieza a 08:00 a.m.</p> <p>- Actas de evaluación al personal médico.</p> <p>-Fotografías</p>	<p>-Recurso humano estable en el tiempo.</p> <p>-Alta motivación</p> <p>-Recursos económicos suficientes.</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>1.- Informar a la población sobre los servicios que brinda el centro de salud</p> <p>2.- Realizar ferias educativas de prevención y promoción de complicaciones obstétricas.</p>	<p>-100% del personal de Salud que brinda información sobre los servicios que ofrece el centro de salud</p> <p>2 ferias educativas una realizadas en el centro de salud y la otra en la plaza principal.</p> <p>2 reuniones de</p>	<p>-Entrega de boletines -Entrevistas con los pacientes -Registros de visitas domiciliarias</p> <p>-Fotografías -Actas -Facturas -Grabaciones</p>	<p>-Suficiente material impreso -Suficiente recursos económicos -compromiso del personal de salud</p> <p>- Suficiente presupuesto</p>

3.- Realizar reuniones de autoevaluación para la mejora continua de los servicios.	autoevaluación en el centro de salud	-Libros de actas -Planes de acción	- Asistencia del personal de salud Compromiso del personal
---	--------------------------------------	---------------------------------------	---

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO 4 SEMANAS	FEBRERO 4 SEMANAS	MARZO 4 SEMANAS	ABRIL 4 SEMANAS	MAYO 4 SEMANAS	JUNIO 4 SEMANAS	JULIO 4 SEMANAS
Informar a la población sobre los servicios que brinda el centro de salud.	■	■	■	■	■	■	■
Realizar ferias educativas de		■					■

prevención y promoción de complicaciones obstétricas.																						
Realizar reuniones de autoevaluación para la mejora continua de los servicios.																						

PRESUPUESTO

DETALLE	COSTOS DEL PRODUCTO	POSIBLES DE FINANCIAMIENTO	COSTO TOTAL DEL PRODUCTO
---------	---------------------	----------------------------	--------------------------

Boletines	200 Bs.	Honorable alcaldía municipal de Caraparí	3490Bs.
Libros de registros	50Bs.		
Libro de actas	70Bs.	Sub Gobernación de Caraparí	
Cámara fotográfica	1350Bs.		
Hojas bom	200Bs.		
Cartulinas	130Bs.		
Maradores	120Bs.		
Lapiceras	120Bs.		
Refrigerio	900Bs.		
Tinta para impresora	250Bs.		

XII BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de desarrollo municipal del municipio de Caraparí, gestión 2010

2. Wilman P. Libro historia de Caraparí 1º edición. año 1995 página 27
3. Sossa G., SossaC., "Niveles de satisfacción y condicionantes de la consulta de los usuarios de los servicios de Guardia Hospitalaria", Corrientes Argentina, disponible en URL: <http://www.unne.edu.ar/cyt/sociales/s.pdf>. Acceso 27 de Junio del 2011.
4. Secretaria Nacional de Bolivia "Manual de acreditación de hospitales de Bolivia", segunda edición La Paz Bolivia. 1998.
5. Ministerio de Salud y Deportes "Norma de soporte básico madre y el niño", Unidad de atención a las personas, La Paz Bolivia. 1998.
6. Veloz R. "Curación científica o calidad en los servicios médicos", disponible en URL: <http://www.gerenciaensalud.com>. Acceso 2 de Junio del 2011
7. Chávez M. "Evaluación de los aspectos generales de la calidad de atención en salud", disponible en URL: <http://www.gerenciaen salud.com>. Acceso 20 de julio del 2011.
8. Loeguering L, Reiter R, Gambone J. Valoración de la calidad en la atención Médica. Clínica. Obstetricia. Ginecología. 1994;1: 113-125.
9. Organización Mundial de la salud. [en línea] URL disponible en: http://www.int/reproductivehealth/publications/Spanish_HRP_ITT_96_5.en.html. Acceso 24 de julio del 2011.
10. Ministerio de Salud y Deportes "Salud familiar comunitaria intercultural" versión didáctica; publicación 171. La paz Bolivia. 2009.
11. Teorías sobre la calidad. [en línea] URL disponible en: <http://www.geocities.com/gehg48/TeoriasConclusion.html>. Acceso 2 de Agosto del 2011.

12. Cunningham G, McDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L. Williams Obstetricia. 4° edic. Edit. Másson. 1996:241-258.
13. Castillo C. Cultura y Clima Organizacional. [en línea] URL disponible en: <http://www.rppnet.com.ar/culturaorganizacional.htm>. Acceso 11 de julio del 2011.
14. PACA P. (2003) "**Calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familiar**". Lima. Perú.
15. MARTÍNEZ L., REYES S., GARCÍA M.C., (2005) "**utilización adecuada de la atención prenatal en el instituto mexicano del seguro social**" Cuernavaca, México.
16. CANO G. S., RODRÍGUEZ S., BORRELLA C. M., SALVADORA J.(2003) "**Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo**". Barcelona, España.
17. SECLÉN J. A., BENAVIDES B., JACOBY E., VELÁSQUEZ A., WATANABE E. (2005). "**Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal**". Lima, Perú.
18. RAMÍREZ M., RICHARDSON V., ÁVILA H. , CARAVEO V.E., SALOMÓN R.E., BACARDÍ M., JIMÉNEZ A.M.(1994) "**La atención prenatal**" Tijuana, México.
19. BRONFMAN M.N., LÓPEZ S., MAGIS C., MORENO A., RUTSTEIN S. (2002) "**Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias**". Cuernavaca México.
20. TDOWSWELL T., CARROLI G., DULEY L., GATES S., NEELOFUR D., PIAGGIO G. (2010) "**Paquetes alternativos de atención prenatal para las embarazadas de bajo riesgo**". Tijuana, México.

21. ACOSTA Z.L. (2004). ***“Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y gineco-obstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”*** Lima Perú.

22. PALACIN J.S., DARRAS C. (2000) ***“Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados”*** Lima Perú.

23. DOMÍNGUEZ D., ESCOBAR F., GÁMEZ A., MÉNDEZ A., MENDOZA Y., SUÁREZ S. (2006). ***“Nivel de conocimiento sobre la importancia del control prenatal y sus factores determinantes en madres que acuden a la consulta de atención integral del ambulatorio urbano en Pueblo Nuevo”***. Pueblo Nuevo Venezuela.

24. COLMENÁREZ F.C., (2007) ***“grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, atendidas en el departamento de obstetricia y ginecología del hospital central universitario”***. Barquisimeto, Estado Lara Venezuela.



XIII ANEXOS

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA

ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y MEDICINA

Código

El motivo de la encuesta es para poder recabar información sobre el servicio y la atención que se le brinda cuando realiza su control prenatal, tiene como objetivo mejorar la calidad en el servicio, le agradecemos de ante mano por su colaboración.

Señora usuaria está de acuerdo que se le realice esta encuesta si no

ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD

1) Que tiempo utilizado o tarda para poder llegar al centro de salud.

a) Menos de 15 min. b) 16 a 30 min. c) 31 a 1 hora d) más de 1 hora

2) Cual es el medio de transporte utilizado para llegar al centro de salud.

a) A pie b) Movilidad c) otro

3) Cuanto de dinero gasta para poder llegar al centro de salud.

a) Menos de 5Bs. b) 6 Bs a 10 Bs. c) más de 10 Bs.

4) La ubicación del centro de salud es accesible.

a) SI b) NO

ESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD:

5) La señalización de los servicios del centro de salud es:

a) Muy malo b) malo c) regular d) bueno e) Muy bueno

6) Considera que la ubicación de los consultorios es:

a) Malo b) Regular c) Bueno d) Muy buena e) Excelente

7) Considera que el ambiente del consultorio es:

a) Malo b) Regular c) Bueno d) Muy bueno e) Excelente

8) Considera que la infraestructura del centro de salud es adecuada para realizar su control prenatal.

- a) Adecuada b) Inadecuada

9) Cómo considera la comodidad del establecimiento de salud:

- a) Cómodo b) Indiferente c) Incomodo

PROCESO PARA LA REALIZACIÓN DEL CONTROL PRENATAL

10) Cuánto tiempo espera desde su llegada al centro de salud hasta el momento de ser atendida:

- a) Menos de 30 minutos b) 31 minutos a 1 hora c) 1 hora a 2 horas d) Más de 2 horas

11) Considera que el tiempo de espera para la consulta es:

- a) Poco b) Adecuado c) Mucho

12) Con qué cultura usted se identifica.

- a) Mestiza b) Quechua c) Guaraní d) Otro

13) Según su cultura con la que se identificó, qué perspectiva tiene sobre el control prenatal.

- a) Prevenir complicaciones b) Tener cuidados c) no hace nada

14) Según con la cultura con la que se identificó, usted acepta los exámenes complementarios del control prenatal.

- a) Acepta b) No acepta c) Solo en caso de emergencia

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO2: MODELO DE ENTREVISTA USUARIA

1. ¿Cómo se sintió cuando realizo su primer control prenatal?
2. ¿La espera es molesta?
3. ¿Le preocupa el tiempo que utiliza para realizar su control prenatal?
4. ¿Cómo organiza a su familia en su casa, cuando usted viene a realizar su control prenatal?
5. ¿Cómo se siente con el trato que se le brinda durante todo el tiempo que estuvo en el centro de salud?
6. ¿Se siente cómoda con las maniobras que el medico realiza, cuando desea saber la posición del feto?
7. ¿En general como se siente cuando lo examina?
8. ¿Y qué tal las recomendaciones que le dan los médicos?
9. ¿Entendió las recomendaciones del médico?
10. ¿Siempre se atendió con el mismo médico o cambió?
11. ¿Usted está de acuerdo que le saquen sangre u orina para su control prenatal?
12. ¿Qué le pareció la ecográfica?
13. ¿De alguna manera usted se sintió maltratada o discriminada?
14. ¿Qué cosa usted cree que debería cambiar aquí?
15. ¿Tiene alguna queja?
16. ¿Cómo cree Ud. que la atención sería más rápido?

ANEXO 3

ENTREVISTA A USUARIA IDENTIFICADA COMO QUECHUA

Entrevistador: ¿Cómo se sintió cuando realizo por primera vez un control prenatal?

Entrevistada: "Bueno, la primera atención, no sabía cómo era. ¿Cómo será? Decía yo. Me hacían preguntas, de ahí, poco a poco, me fui acostumbrando."

Entrevistador: ¿La espera es molesta?

Entrevistada: "Un poco, mucho tarda, de un lado te andan mandando a otro lado, piden cartón y si no traemos me reta."

Entrevistador: *¿Quién te reta?*

Entrevistada: "La señorita que da ficha."

Entrevistador: ¿Le preocupa el tiempo que utiliza para realizar su control prenatal?

Entrevistada: "Sí"

Entrevistador: *¿Por qué?*

Entrevistada: "Es que en mi casa no hay nadie que cocine, marido molesta mucho."

Entrevistador: ¿Cómo organiza a su familia en su casa, cuando usted viene a realizar su control prenatal?

Entrevistada: "Que es organizar, no te entiendo."

Entrevistador: *"Ósea, a quien dejas a tus guaguas, en otras palabras quien se queda en tu casa con tus hijos."*

Entrevistada: "Ah. A la vecina le encargo a mis hijos."

Entrevistador: ¿Cómo se siente con el trato que se le brinda, durante todo el tiempo que estuvo en el centro de salud?

Entrevistada: "Bien no más."

Entrevistador: ¿Se siente cómoda con las maniobras que el medico realiza, cuando desea saber la posición del feto?

Entrevistada: ¿Cómo es eso?

Entrevistador: “Lo que quiero que me digas es, si no te molesta que te toquen la pansa cuando te hacen tu control prenatal.”

Entrevistada: “No me gusta.”

Entrevistador: ¿Por qué no te gusta?

Entrevistada: “no sé, me da vergüenza.”

Entrevistador: ¿En general como se siente cuando lo examina?

Entrevistada: “Bien no más, con poco de miedo.”

Entrevistador: ¿Por qué con miedo?

Entrevistada: “Es que no sé qué va a pasar, el médico no me dice nada.”

Entrevistador: ¿Y qué tal las recomendaciones que le dan los médicos?

Entrevistada: “Bien no más”

Entrevistador: ¿Entendió las recomendaciones del médico?

Entrevistada: “Sí, pero a veces no mucho, habla raro, más que todo por la alimentación y me trataban bien.”

Entrevistador: ¿Siempre se atendió con el mismo médico o cambió?

Entrevistada: “No. Siempre cambia”

Entrevistador: ¿Y eso te gusta o no te gusta?

Entrevistada: “No me gusta.”

Entrevistador: *¿Por qué no te gusta?*

Entrevistada: *“Por qué, uno dice una cosa y otro dice otra cosa. Además de eso unos de hablan bien y otros no dicen nada solo te agarra nomas.”*

Entrevistador: ¿Usted está de acuerdo que le saquen sangre u orina para su control prenatal?

Entrevistada: *“No”*

Entrevistador: *¿Por qué?*

Entrevistada: *“No me gusta, duele.”*

Entrevistador: *¿Por qué más?*

Entrevistada: *“No sé, a mi antes no me sacaban sangre en mi pueblo.”*

Entrevistador: *¿Y cómo hacían entonces?*

Entrevistada: *“A mí me hablaban nomas.”*

Entrevistador: *¿Y qué te decía el doctor?*

Entrevistada: *“No, no era doctor, era dona Petrona, bien buenita era.”*

Entrevistador: ¿Qué le pareció la ecográfica?

Entrevistada: *¿Qué?*

Entrevistador: *“La maquina con la tele, donde ven a tu guagua.”*

Entrevistada: *“Ah. Bien nomas.”*

Entrevistador: *¿Pero te gusta?*

Entrevistada: *“No mucho.”*

Entrevistador: *¿Por qué?*

Entrevistada: *“No entiendo, manchas nomas veo.”*

Entrevistador: ¿De alguna manera usted se sintió maltratada o discriminada?

Entrevistada: "Un poquito."

Entrevistador: ¿Por qué un poquito mamita?

Entrevistada: "Es que, abecés me hablan feo."

Entrevistador: ¿Quién te habla feo?

Entrevistada: "La señorita que da ficha, una vez me ha retado por no traer mi cartoncito."

Entrevistador: ¿Qué cosa usted cree que debería cambiar aquí en el Centro de Salud?

Entrevistada: "Nada, está bien nomas."

Entrevistador: ¿No te gustaría que cambiáramos a la señorita que da las fichas?

Entrevistada: "Si"

Entrevistador: ¿Tiene alguna queja o a escuchado alguna queja?

Entrevistada: "Si, el tiempo, mucho se espera."

Entrevistador: ¿Cómo cree Ud. que la atención sería más rápido?

Entrevistada: "no sé, tal vez que atiendan más rápido"

Entrevistador: ¿Cómo se sintió cuando realizo por primera vez un control prenatal?

Entrevistada: "Un poco nerviosa, pero después que me hablo el médico me sentí más tranquila."

Entrevistador: ¿La espera es molesta?

Entrevistada: "Sí, por que uno viene a las 8 de la mañana y se va tarde como a las 10 y en mi trabajo se molestan."

Entrevistador: ¿Por qué crees que molestan?

Entrevistada: "Por qué tardo mucho, me dan permiso una hora para hacer mi control y eso es poco se tarda más y ellos piensan que hago otras cosas."

Entrevistador: ¿Le preocupa el tiempo que utiliza para realizar su control prenatal?

Entrevistada: "Sí"

Entrevistador: ¿Por qué?

Entrevistada: "Como te dije, se molestan en la oficina porque tardo mucho."

Entrevistador: ¿Cómo organiza a su familia en su casa, cuando usted viene a realizar su control prenatal?

Entrevistada: "Mi mama es la que se queda en mi casa, ella cocina y cuida a mis hijos."

Entrevistador: ¿Cómo se siente con el trato que se le brinda, durante todo el tiempo que estuvo en el centro de salud?

Entrevistada: "Me siento bien, me tratan bien."

Entrevistador: ¿Se siente cómoda con las maniobras que el medico realiza, cuando desea saber la posición del feto?

Entrevistada: "No me siento incomoda, la primera vez sí, pero ahora ya no."

Entrevistador: ¿En general como se siente cuando lo examina?

Entrevistada: "Me siento bien."

Entrevistador: ¿Y qué tal las recomendaciones que le dan los médicos?

Entrevistada: "Bien."

Entrevistador: ¿Entendió las recomendaciones del médico?

Entrevistada: "Sí. Casi siempre, abecés no por que utiliza palabras raras."

Entrevistador: ¿Siempre se atendió con el mismo médico o cambió?

Entrevistada: "No me atiende el mismo médico, a veces cambia."

Entrevistador: ¿Y eso cambios de médicos le gusta?

Entrevistada: "No me gusta."

Entrevistador: ¿Por qué no te gusta?

Entrevistada: "Por qué, conoces a un médico con el que te agarras confianza y luego entra otro que no lo conoces y ya no tienes la misma confianza, aparte de eso hay médicos que te atiende bien y hay otros que no."

Entrevistador: ¿Usted está de acuerdo que le saquen sangre u orina para su control prenatal?

Entrevistada: "Si"

Entrevistador: ¿Por qué?

Entrevistada: "No sé, me siento más segura."

Entrevistador: ¿Qué le pareció la ecográfica?

Entrevistada: "Si es muy interesante."

Entrevistador: *¿Pero te gusta?*

Entrevistada: *“Si”*

Entrevistador: *¿Por qué?*

Entrevistada: *“Por qué puedo ver a mi bebe.”*

Entrevistador: ¿De alguna manera usted se sintió maltratada o discriminada?

Entrevistada: *“No”*

Entrevistador: ¿Qué cosa usted cree que debería cambiar aquí en el Centro de Salud?

Entrevistada: *“Tal vez, no sé, los horarios de atención, tal vez si atendieran los fines de semana yo no tendría que estar pidiendo permiso. Ah me olvidaba sería bueno que pudiera elegir al médico que me atienda.”*

Entrevistador: ¿Tiene alguna queja o a escuchado alguna queja?

Entrevistada: *“Pienso que el tiempo de espera es mucho y eso no le gusta a nadie”*

Entrevistador: ¿Cómo cree Ud. que la atención sería más rápido?

Entrevistada: *“Si nos pasan directamente a los consultorios de acuerdo a la llegada de la gente sería más rápido y no tendríamos que dar muchas vueltas”*