

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima

TESIS Para optar el grado académico de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

AUTOR

Oscar Fausto Munares García

ASESOR Constantino DominguezBarerra

LIMA – PERÚ 2005

*A mis padres Pedro y Dora,
mis hermanos Rosa, Daniel y Silvia,
por la comprensión brindada
en este itinerario que he
escogido en el área del conocimiento.*

INDICE

TEMAS	Pág.
Resumen.....	4
Introducción.....	5
Objetivos.....	17
Material y Métodos.....	18
Resultados.....	27
Discusión.....	47
Conclusiones.....	64
Recomendaciones.....	65
Bibliografía.....	66
Anexos.....	70

RESUMEN

ESTUDIO SOBRE CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LIMA

OBJETIVO: Evaluar la calidad del control prenatal realizado en centros de salud pertenecientes a la Dirección de Salud V Lima Ciudad.

MATERIAL Y METODOS: Estudio Retro-prospectivo, Polietápico. Se analizó la información secundaria de tres estudios cuantitativos (1° etapa) referentes a calidad del control prenatal y de un estudio cualitativo (2° etapa), aplicando entrevistas a profundidad a usuarias y prestadores de salud de centros de salud (primer nivel de atención), ambos con la finalidad de servir de insumo para la posterior triangulación. La metodología constó en la coincidencia entre las categorías encontradas en el estudio cualitativo y los resultados significativos de los estudios cuantitativos referentes a las dimensiones accesibilidad, seguridad, capacidad profesional, eficacia, eficiencia, continuidad, satisfacción y comodidades. El análisis, fue estadístico (descriptivas e inferencial) en los estudios cuantitativos y de entrevistas grabadas con equipos magnetofónicos (estudio cualitativo), para su posterior categorización y sistematización de los hallazgos.

RESULTADOS: En controles prenatales de centros de salud del primer nivel de atención de Lima, las dimensiones adecuadas son accesibilidad, seguridad y capacidad profesional. Las dimensiones inadecuadas son eficacia, eficiencia, continuidad, satisfacción y comodidades, todas expresadas en ambos esquemas (cualitativo y cuantitativo), se presentó dos nuevas dimensiones: clima y cultura organizacional.

CONCLUSIONES: En los estudios sobre el control prenatal en centros de salud del primer nivel de atención de Lima Ciudad se ha encontrado similitudes significativas en la influencia de la calidad del control prenatal en la capacidad profesional, accesibilidad, satisfacción del cliente, continuidad y comodidades.

Palabras Clave: Control prenatal, calidad atención, dimensiones

INTRODUCCION

En los últimos años las naciones han tenido importantes transformaciones en las organizaciones de sus sistemas nacionales de salud, involucrando la calidad de atención, como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios este está orientado a otorgar seguridad a los usuarios, a la vez de minimizar los riesgos en la prestación de salud^(1,2). La política sectorial del Ministerio de Salud en su análisis comparativo⁽³⁾ de la situación del sector, sostiene que nuestra capacidad de respuesta de los sistemas de salud, se encuentra en el puesto 172 de 191 países estudiados y en el desempeño global en el puesto 129, demostrando así, la falta de esquemas de manejos adecuados a nuestros problemas de salud. La salud materna es un problema social, 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. El 35% de las mujeres que viven en países en desarrollo del África, Asia y Latinoamérica, no recibe atención prenatal, así mismo, cerca del 50% da a luz sin la asistencia de una persona calificada y el 70% no recibe atención en las seis semanas siguientes al parto⁽³⁵⁾. En estos momentos la desigualdad más grave en el sistema de salud ya no es la cobertura de la atención, sino la calidad de los servicios⁽⁴⁶⁾, y en el campo de la salud materna y más específicamente en el control prenatal, juega un papel importante en lograr que las gestantes elijan el parto institucional y de esta manera mayor protección a la salud. Lamentablemente el esquema del profesional de salud que realiza el control prenatal más mecanizado y no con el método científico. El conocimiento de las modalidades bajo las cuales los individuos utilizan los servicios de salud, tanto para prevenir como para resolver un problema de salud, constituye una pieza clave para el diseño de políticas y estrategias tendientes a mejorar la entrega de servicios a la población. ¿Es la calidad la respuesta a ello?

La calidad se define como un proceso de mejoramiento continuo y medible⁽⁵⁾, 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. Para que se lleve a cabo el proceso de atención, hay que observar tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente (comodidades). Se entiende por calidad de atención, al grado por el cual los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual. 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⁽⁴⁾, 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 preventivo 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 morbilidad 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, tocólisis, etc.) también preparando física y emocionalmente a la madre para el parto, lactancia materna y para un adecuado cuidado del recién nacido.

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⁽⁶⁷⁾ se considera como mínimo que una gestante reciba seis controles prenatales, distribuidas de la siguiente manera; dos atenciones antes de las 22 semanas, la tercera entre las 22 a 24 semanas, la cuarta entre las 27 a 29 semanas, la quinta entre las 33 a 35 semanas y la sexta entre las 37 a 40 semanas. En tercer lugar, el control prenatal

debe ser Completo, es decir, que los contenidos mínimos 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. Aplicado en forma rutinaria, normatizada⁽⁵⁴⁾ y extensiva, conjuntamente con criterios de riesgo, referencias, niveles de asistencia, atención institucional del parto, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes y lesiones maternas y perinatales⁽⁵³⁾.

Los controles prenatales de centros de salud son atenciones de primer nivel. En nuestro país existen cuatro niveles de atención, de tal manera que se presta una atención piramidal, el mayor volumen (80%) lo presta el primer nivel (con una población asignada entre 6,001 a 20,000 habitantes), donde trabajan profesionales generales en instituciones de menor tamaño, 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 nuestra realidad, los controles prenatales de centros de salud, son realizados por profesionales en obstetricia y médicos generales. En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí 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 criterioso de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado. En los centros de salud, la tecnología empleada es una adaptación de la Historia Clínica Perinatal Simplificada, el Carné Perinatal y el Sistema Computarizado para computadoras personales implementados desde 1983, basado en los criterios del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). En el Perú, no hay normas y procedimientos para normatizar el control prenatal, porque falta un mayor compromiso de la institución que lo deben observar y mejorar como es el caso del Instituto Especializado Materno Perinatal.

El CLAP propuso y aun está en uso en nuestro medio, la utilización de la Historia Clínica Perinatal y su correspondiente Carné Perinatal, como una medida que facilita la supervisión del cumplimiento de las normas y su evaluación, pasos indispensables para el correcto cumplimiento del proceso normativo. Se constituye además en la fuente de datos que

permitirá a los servicios disponer de la información necesaria para la toma de decisiones. La Historia Clínica Perinatal comienza con datos de identificación, edad y caracterización socio-educacional y continúa con ciertos antecedentes familiares u obstétricos de reconocida importancia para el pronóstico del embarazo actual. En el sector EMBARAZO figuran aquellos datos o exámenes que deben ser anotados o recordados en cada control. Su registro induce al cumplimiento de una serie de acciones que deben ser realizadas en la atención perinatal. El sector PARTO o ABORTO incluye la información básica para el control del período de dilatación, así como los datos del parto y alumbramiento más importantes para el futuro control de la puérpera y el neonato. El sector RECIEN NACIDO incluye los datos fundamentales del examen que deberá efectuarse a todo neonato y el tipo y nivel de cuidado requerido. En el sector PUERPERIO se resume las acciones desarrolladas en el postparto o postaborto e incluye un capítulo dedicado al asesoramiento en contracepción. Tanto el componente neonatal, como el materno, finalizan con el estado al egreso y patologías diagnosticadas. El Carné Perinatal contribuye a que los datos fundamentales relativos al control prenatal, al ser registrados sistemáticamente en cada consulta, lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada. La principal desventaja en el sistema es que la falta de datos en algún período del proceso de atención compromete la calidad de la asistencia de las etapas siguientes. Esta situación se presenta, por ejemplo, toda vez que el parto no se realiza en la misma institución en donde se efectúa el control prenatal. Lo mismo ocurre cuando el control postparto y pediátrico se realiza fuera de la institución donde nació el niño. Para poder contactar los niveles en la atención materna se utiliza el Carné Perinatal. El carné perinatal debe estar siempre en poder de la embarazada, quien lo utilizará para toda acción de salud que reciba en su estado grávido o puerperal⁽⁵⁴⁾.

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 de la utilización. En 1994 Kotelchuck⁽⁶⁾ 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 estudio del control prenatal se ha abordado desde diferentes puntos de vista: asistencial, gerencial, de calidad y como instrumento de reducción de morbimortalidad materna-perinatal. En el campo asistencial, se ha investigado desde el punto de vista materno y perinatal. Desde el punto de vista materno, se ha encontrado ventajas como medida de prevención de enfermedades^(7,8), mejor tiempo para el parto, ventajas con los días de hospitalización⁽⁹⁾, el no tener control prenatal incrementa el riesgo de parto pretérmino⁽¹⁰⁾, las embarazadas mayores de 40 años participan menos en el control prenatal y controles pediátricos⁽¹¹⁾. En el campo perinatal, el control prenatal se ha estudiado ampliamente en su relación con el bajo peso al nacer^(12,13,14,15), pero se ha demostrado que ésta, no es una relación causal, se ha encontrado que el bajo peso puede disminuir en las que tienen más controles prenatales por los consejos nutricionales que en los controles se imparten.

En el campo gerencial, se ha estudiado la implementación de modelos de control, capacitación y vigilancia de las actividades del control prenatal en la atención primaria, la vigilancia del cumplimiento en las normas institucionales de atención a las gestantes, así como la identificación de grupos con menor probabilidad de recibir atención esquemas de utilización adecuada, los errores existentes en el proceso de información, la utilización de nuevos protocolos y modelos de atención, así como identificación de barreras, así mismo los indicadores son peores en adolescentes que no tienen control prenatal pues se ha demostrado que es mejor si se inicia en el primer trimestre, la paridad está asociada con la utilización del control prenatal^(14,16,17,18,19,20,21,23).

El inadecuado control prenatal es más común entre mujeres menores de 20 años o en las multíparas sin educación, en México se encontró que la satisfacción de la usuaria hacia el control prenatal esta relacionada con el trato recibido durante la consulta y el tiempo de espera para recibirla, pero no con la capacidad del profesional, edad o género, otros estudios indicaron que las norteamericanas inician más en el primer trimestre sus controles prenatales que las francesas (21.2% versus 4%), también se ha estudiado la actitud de la paciente con los consejos dados en el control prenatal como el dejar de fumar y uso de vitaminas, se concluyó que las que tienen mejor actitud hacia el control prenatal y usan más los suplementos vitamínicos que aquellas con menor actitud, los que tienen más controles prenatales, usan más las ecografías, en promedio 4.7 ecografías, también se ha demostrado baja cobertura de seguimiento materno en la atención primaria, en España se ha demostrado que el 54% tienen control prenatal adecuado, también se ha estudiado la cantidad promedio de controles prenatales con los factores económicos y resultados adversos del embarazo, esto se ha visto en países en desarrollo, pero no así en los países desarrollados^(14,24,25,26,27,28).

A nivel operativo se ha estudiado que el control prenatal tiene barreras para implementarse, por lo complejo que puede ser, por falta de recursos o por insuficiente información del programa, la forma en como reportan los datos, está relacionada con el impacto del control prenatal, se ha estudiado que el control prenatal inadecuado cuesta 233 dólares más que el adecuado, los costos bajan de mayor a menor, tras la utilización de un modelo de sólo médicos, de un modelo mixto entre enfermeras y médicos o un modelo de sólo enfermeras, en embarazos de bajo riesgo, pero no hay diferencias en estos tres modelos, para la atención se ha visto que en los controles prenatales faltan estandarizarse, pues las peticiones no son resueltas en todos los establecimientos de forma uniforme, también se ha demostrado la necesidad de capacitación, en los que realizan los controles prenatales, sobre todo a nivel de registro de la información^(30,31,32).

Aunque en la actualidad la calidad y calidez en el control prenatal, no son adecuadas, pues prevalece más la cantidad de atenciones prenatales que la calidad de atención. Los estudios sobre calidad del control prenatal se han enfocado en la satisfacción del cliente, nivel de recuerdo de los pacientes en los profesionales involucrados en el control prenatal (99% recuerda al ginecólogo, 32% al profesional en obstetricia, 22% al médico general y 1% a otros profesionales)⁽³³⁾, se ha encontrado la eficacia de algunas recomendaciones realizadas en el control prenatal a través de las pacientes, el 56% realiza actividades como medida de la presión arterial, examen de orina, peso, talla, examen pélvico e historia clínica obstétrica en las dos primeras consultas, 32% indicaron alguna vez en las entrevistas realizadas que durante los controles prenatales sobre nutrición, uso de vitaminas, tabaco, alcohol, drogas, examen de mamas y ganancia de peso, también se ha tratado de usar índices de mejora del control prenatal^(32,34), se ha estudiado que cuando los controles son adecuados, el promedio de consultas es de nueve, también que los controles prenatales de establecimientos de salud privado tienen mejores indicadores que los del hospital⁽³⁵⁾, en Finlandia se demostró que el 87% de las mujeres acuden a su ginecólogo para chequearse en los últimos cinco años, teniendo más probabilidad de asistir a sus controles prenatales cuando se embarazan, la educación que se da sobre hábitos nocivos es del 25% en tabaquismo, 26% en alcoholismo y 16% en drogadicción⁽³⁷⁾. En Estados Unidos uno de los problemas que afrontan los controles prenatales es que son desiguales de acuerdo a la raza y condición de inmigración⁽³⁸⁾, es menor en las de raza negra, o en asiáticas⁽³⁹⁾, en ese país, las latinas empiezan sus controles prenatales a partir del cuarto mes⁽⁴⁰⁾, para el año 2001 ya se indicaba el modo de estudiar el control prenatal bajo el esquema de Donabedian (estructura proceso y resultado)⁽³⁹⁾.

En el campo de la mejora de indicadores de morbilidad materna se incluyó últimamente en la estrategia: Plan para la reducción de la mortalidad materna (en el impacto que este control prenatal tiene en la mortalidad perinatal) y en el proyecto 2000⁽²¹⁾, se realizó un estudio para evaluar al control prenatal tradicional con un nuevo modelo de atención más efectiva en los resultados materno y perinatales, no encontrándose mucha diferencia en cinco indicadores estudiados⁽⁴⁴⁾. El riesgo de muerte materna es 9.8 veces mayor en ausencia del control prenatal y parto institucional⁽⁴⁵⁾, en Colombia se determinó que el 48% de los casos de muertes maternas habían tenido control prenatal⁽¹⁶⁾ los modelos de mejoramiento continuo de la calidad mejoran significativamente el indicador de mortalidad perinatal⁽¹⁴⁾.

¿Cuáles son las dimensiones de la calidad de atención que se encuentran en los controles prenatales de primer nivel de atención?. Para poder abordar esta pregunta es necesario responder otras más ¿cómo están los controles prenatales en nuestra realidad?, ¿Cómo se realizan actualmente en los centros de salud?, ¿Se ha estudiado la calidad del control prenatal?, ¿Qué dimensiones de la calidad tienen los controles prenatales de centros de salud?, ¿Tiene las mismas dimensiones que los demás servicios o presentan algún patrón especial? y ¿cuál es la mejor forma de abordar su estudio?

Un alcance de cómo están los controles prenatales en nuestra realidad nos lo indica la Encuesta Nacional de Demografía y Salud⁽⁵⁸⁾ en 1996 encontró en nuestro país, que el 67% de las gestantes recibió control prenatal por un profesional de la salud (54% de ellas, con por lo menos cuatro controles), ya para el año 2000⁽⁵⁰⁾, el 85% de las madres que habían dado a luz a niños menores de 5 años, recibió asistencia prenatal, siendo casi la totalidad (84%) por parte de profesionales o técnicos de salud (35% por médicos, 36% por Obstetrices y 13% por enfermeras, sanitarios, promotoras), el cuidado prenatal se ha incrementado en doce puntos porcentuales respecto al observado en 1996, pero aun se observa un 15.5% de gestantes que no reciben atención prenatal. Como una medida de respuesta a la atención materna en general y en especial al control prenatal, el Ministerio de Salud determinó como problema prioritario la reducción de la baja cobertura en la atención y la reducción de la exclusión, para lo cual propuso el lineamiento de la extensión y universalización del aseguramiento en salud, instrumentalizado a través del Seguro Integral de Salud (SIS)⁽⁴⁹⁾ el objetivo del SIS es lograr que las prestaciones de salud sean continuadas, reponiendo los insumos utilizados en dichas prestaciones (atención de salud preventivas y recuperativas) y lograr que la atención de salud a los beneficiarios del SIS sea inmediata y en términos de calidad. Estas prestaciones se dan a gestantes, niños de 0 a 4 años, niños y adolescentes de 5 a 17 años. El seguro cubre las prestaciones de salud

(atenciones y consultas otorgadas a los beneficiarios del SIS) y pago por prestación (reconocimiento del pago a los establecimientos prestadores de servicios de salud). La distribución de los pagos está dada, en un primer momento, en la reposición total de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos suministrados a los beneficiarios del SIS o su adquisición con los excedentes. Así mismo y si aun se cuenta con excedentes, estos se destinarán a la adquisición de otros bienes y servicios que requieran el establecimiento prestador de servicios de salud. Así como otros gastos que garanticen la atención y calidad del servicio de salud, pero por falta de presupuesto y para llegar a un mejor impacto en los indicadores este lineamiento se ha focalizado.

Una posible explicación a las interrogantes planteadas sería a nivel de las dimensiones de la calidad de atención. La calidad de atención presenta una variedad de dimensiones. Diprete y colaboradores⁽⁶⁵⁾ indican que son ocho los más importantes, la competencia profesional, eficacia, satisfacción del cliente, accesibilidad, eficiencia, continuidad, seguridad y comodidades. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y éstas proporcionan 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.

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 rayos X debe proporcionar radiografías que respondan a las normas aceptadas en forma constante. Su desmedro puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.

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 o

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 definen 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. A veces, la continuidad se logra asegurándose de que las usuarias visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones, se logra mediante el mantenimiento de registros bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente. 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 placentera, pues son importantes para atraer clientes y mantener la relación con los mismos, así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios.

Estas dimensiones básicamente han salido gracias a estudios de tipo cuantitativo. Generalmente la calidad de atención ha sido en su mayoría estudiada bajo el esquema cuantitativo, donde el investigador, es quien estudia al sujeto investigado sin que este (sujeto investigado) forme parte del proceso de construcción del conocimiento, este tipo de investigaciones tiende a manejar datos muy válidos y precisos, parámetros fundamentales dentro de este tipo de investigaciones. A grandes rasgos podemos afirmar que en las ciencias sociales (con ellas, las ciencias médicas) han prevalecido dos grandes perspectivas. La primera, el positivismo, donde se postula que el único conocimiento aceptable es el conocimiento científico que obedece a ciertos principios metodológicos únicos. Los procedimientos utilizados son: el control experimental, la observación sistemática del comportamiento y la correlación de variables. En este caso, la teoría científica sólo se ocupa de los hechos, ya que tiene que ser aséptica, desinteresada, sus valores no deben interferir con el problema a estudiar y universal. Bajo este paradigma se indica que es posible acercarnos a conocer la realidad de modo objetivo, la objetividad es uno de los rasgos más importantes. La filosofía contemporánea ha criticado los postulados sobre los que se sustenta al enfoque positivista, especialmente los relativos a la existencia de un lenguaje científico universal y la correspondencia entre teoría y verdad. La segunda perspectiva es la fenomenológica, este postulado se apoya en que la experiencia parte del

supuesto de que lo subjetivo, no sólo puede ser fuente de conocimiento, sino incluso presupuesto metodológico y objeto de la misma ciencia. La teoría es una reflexión en y desde la práctica, esta realidad está constituida no sólo por hechos observables y externos, sino también por significados, símbolos e interpretaciones elaboradas por el propio sujeto a través de una interacción con los demás. Por tanto la teoría cualitativa se centrará en la identificación de las reglas que subyacen, siguen y gobiernan los fenómenos sociales. Lo que se buscan son patrones de intercambio, resultado de compartir significados e interpretaciones sobre la realidad. No busca la explicación o la causalidad, sino la comprensión, pues es una de las dimensiones y objetivos fundamentales de este tipo de teoría. Los valores inciden en la investigación y forman parte de la realidad, y la misma investigación es influida por los valores del contexto social y cultural. El conocimiento no es aséptico ni neutro; es un conocimiento relativo a los significados de los seres humanos en interacción, sólo tiene sentido en la cultura y en la vida cotidiana. No aspira a establecer leyes, sino a fijar conceptos y establecer regularidades y señalar su importancia para el presente, no busca la generalización, sino que es idiográfica y se caracteriza por estudiar con profundidad una situación concreta. Desarrolla hipótesis individuales que se dan en casos individuales.

Los métodos cualitativo-cuantitativo pueden aplicarse conjuntamente, según las exigencias de la situación investigada, la ciencia se vale de ambos métodos, pues le proporciona una visión más amplia de la realidad, es decir se complementan. Una forma de lograr esta complementariedad es la triangulación de métodos, la cual es la conjugación o combinación de datos de naturaleza cualitativa y cuantitativa, dando lugar al diseño mixto, interpretativos para un mismo fenómeno lo cual permite contrastar datos. La triangulación contribuye a corregir los inevitables sesgos que se hallan presentes en cada uno. Gracias a la utilización de ambos paradigmas, se ha podido identificar dos elementos, de los muchos que deben estar insertos dentro del estudio de la calidad del control prenatal que han surgido tras la realización del estudio cualitativo, como es el caso del clima organizacional⁽⁵⁵⁾ y la cultura organizacional⁽⁵⁶⁾.

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 cual es su trabajo y cual 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. Los estándares son medidos a través de los miembros de una organización que lo perciben. El conflicto, el cual es énfasis en que los problemas salgan a la luz y no permanezcan escondidos o se disimulen y la Identidad, el cual es el sentimiento de que uno pertenece a la organización y la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización.

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.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la calidad del control prenatal realizado en centros de salud pertenecientes a la Dirección de Salud V Lima Ciudad.

Objetivos Específicos:

- ◆ Determinar las dimensiones de la calidad en los controles prenatales realizados en centro de salud de la Dirección de Salud V Lima Ciudad.

- ◆ Analizar la influencia de las dimensiones de la calidad en el control prenatal de centros de salud de la Dirección de Salud V Lima Ciudad.

- ◆ Sistematizar otras dimensiones involucradas en la calidad del control prenatal de centros de Salud de la Dirección de Salud V Lima Ciudad.

MATERIAL Y METODOS

AREA DE INVESTIGACIÓN:

- Ciencias Médico-Sociales

TIPO DE ESTUDIO

- Retro-prospectivo, transversal, analítico, Bietápico cuali-cuantitativo

AREA DE ESTUDIO

La zona de realización del estudio correspondió a la jurisdicción de la Dirección V - Lima Ciudad (DISA V) del Ministerio de Salud, la DISA V cuenta con 50 establecimientos, 12 hospitales, 26 Centros de Salud y 12 Puestos de Salud, correspondientes al primer nivel de atención, su cobertura abarca una población total de 1'521,298 habitantes y cuenta con 11,810 profesionales de Salud, 4,935 médicos y 1,193 Obstetrices para toda Lima. La DISA V queda justo en la capa urbana de la ciudad y abarca distritos de clase media (primer y segundo quintil primordialmente) y media baja, entre ellos tenemos nueve distritos bajo su responsabilidad: Lima Cercado, Breña, La Victoria, Jesús María, Lince, Magdalena, San Isidro, San Miguel, Miraflores, Surquillo y San Borja. En Lima, la cobertura del Ministerio de Salud con respecto a los controles prenatales bordea el 85 a 91.4% para el primer y segundo quintil.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio Retro-prospectivo, transversal, analítico, Polietápico. La primera etapa, analizó la información secundaria de estudios referentes a calidad del control prenatal realizados en centros de salud del primer nivel de atención de Lima, en los últimos tres años, la segunda etapa constó de un estudio cualitativo, donde se aplicó entrevistas a profundidad a usuarias y prestadores de salud, ambos con la finalidad de servir de insumo para la posterior triangulación de la información. El análisis, se dividió en dos etapas, la primera fue un análisis estadístico utilizando el programa estadístico SPSS v10 para Windows con la finalidad de determinar estadísticas descriptivas e inferenciales a través de pruebas paramétricas y no paramétricas. En la segunda etapa, se realizó entrevistas grabadas con equipos magnetofónicos, a usuarias y profesionales, para su posterior categorización y sistematización de los hallazgos. La interpretación constó en la coincidencia entre las categorías encontradas en el estudio cualitativo y los resultados significativos de las variables halladas en el estudio cuantitativo, con la finalidad de darle mayor profundización al estudio.

MUESTRA DEL ESTUDIO

Población

Se estudiaron dos poblaciones:

- a) Usuaris que fueron atendidas para su control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima, pertenecientes al Ministerio de Salud.
- b) Profesionales de salud que brindaron atenciones en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima, pertenecientes al Ministerio de Salud.

Duración del Estudio: 8 meses

Unidad de Análisis: Centros de Salud del primer nivel de atención del MINSA

Unidad de Muestreo:

- Profesionales que atienden controles prenatales en Centros de Salud de Lima
- Usuaris atendidas en controles prenatales en centros de salud de Lima
- Carnés Perinatales realizados en centros de salud de Lima

Tamaño de las Muestras:

Se estudiaron un total de 460 usuarias y 22 profesionales de salud. Estas muestras se dividieron en:

- 140 usuarias para determinar la percepción de la calidad del control prenatal en centros de salud de Lima, con 95% de confianza y ± 5 de error de muestreo.
- 206 usuarias para determinar los resultados del control prenatal con relación a la calidad del mismo, con 95% de confianza y ± 5 de error de muestreo.
- 102 usuarias para determinar la calidad del Carné Perinatal, con 95% de confianza y ± 5 de error de muestreo.
- 12 usuarias para analizar aspectos a través de entrevistas a profundidad referentes a calidad del control prenatal.

Con respecto a los profesionales de salud, estos se dividieron en:

- 15 profesionales que atendieron los controles prenatales de las usuarias en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima.
- 7 profesionales para analizar a través de entrevistas a profundidad sobre calidad del control prenatal.

Marcos Muestrales:

1° Etapa: Análisis de Base de Datos

<i>Centros de Salud</i>	<i>Usuarías</i>		<i>Profesionales</i>	
	<i>N= 8536</i>	<i>n = 140</i>	<i>N = 33</i>	<i>n = 15</i>
Max Arias Schreiber	948	18	5	2
San Martín De Porres	1040	19	6	2
Chacra Colorada	1188	19	4	2
Breña	1104	19	5	2
Carlos Phillips	1364	19	2	2
Sinchi Roca	1296	19	3	2
Juan Pérez Carranza	1044	19	8	2
El Porvenir	520	8	6	1

2° Etapa: Entrevistas a profundidad

<i>Centros de Salud</i>	<i>Profesionales</i>	<i>Usuarías</i>
	<i>N= 7</i>	<i>N= 12</i>
Jesús María	1	2
Breña	1	2
Juan Pérez Carranza	1	2
Lince	1	2
Max Arias Schreiber	1	2
Mirones	2	2

Selección de Participantes

Criterios de selección para las usuarias

de inclusión:

- Paciente atendida en un Centro de Salud de Lima
- Edad entre los 17 a 36 años
- Haber tenido al menos una consulta prenatal previa
- Aceptar entrar al estudio

de exclusión:

- Tener consultas prenatales en la institución y además en otro establecimiento de salud
- Haber sido hospitalizada durante su embarazo.

Criterios de selección para el proveedor de salud

de inclusión:

- Personal de salud encargado de la consulta prenatal en el Centro de Salud
- Aceptar entrar al estudio

de exclusión

- Personal de salud no profesional de las diferentes disciplinas de la salud como es el caso de internos de medicina u obstetricia

Procedimientos de muestreo: Para la recolección de la información, tanto para las usuarias como para el proveedor de salud, se procedió al muestreo no probabilístico, sistemático intencional, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima.

TECNICAS Y METODOS DE TRABAJO

▪ Fuentes de información:

1° Etapa: Análisis de Base de Datos

Fuentes secundarias, a través del análisis de bases de datos de estudios referentes a calidad de atención prenatal en centros de salud de Lima de los últimos tres años (Anexos 1,2,3,4)

2° Etapa: Entrevistas a profundidad

Fuente primaria, a través de entrevistas a profundidad a profesionales y usuarias del control prenatal en centros de salud de Lima (Anexo 5 y 6).

▪ Técnicas de recolección de información: Se realizó una triangulación de técnicas, obtenidas de las dos fuentes siguientes:

1° Etapa: Análisis de Base de Datos

2° Etapa: Entrevistas a profundidad

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable Dependiente

Calidad del Control Prenatal: Conjunto de atributos percibidos en los controles prenatales de primer nivel de atención que permiten calificarlo como mejor, igual o peor que sus similares, estos atributos pueden apreciarse a través de la percepción de los involucrados, los registros utilizados y los resultados finales observados. Se consideró control prenatal adecuado en el primer estudio, cuando el registro del carné perinatal se encontraba debidamente realizado y estos controles superaban los seis. En el segundo estudio, se consideró control prenatal adecuado, cuando superaban los seis controles y además habían una percepción favorable hacia el control por parte de la usuaria y los profesionales, finalmente en el tercer estudio, se consideró control prenatal adecuado, si cumplía con los tres criterios, ser precoz, periódico y completo.

Variables Independientes:

- **Competencia profesional:** La 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
- **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
- **Eficacia:** La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones
- **Satisfacción del cliente:** La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad
- **Eficiencia:** Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad
- **Continuidad:** implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.
- **Seguridad.** Implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios.
- **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

RECOLECCION DE DATOS

1° Etapa: Análisis de Base de Datos

- Se procedió a identificar las bases de datos de estudios sobre calidad de atención en el control prenatal realizados en Lima durante los últimos tres años.
- Se procedió a uniformizar la información de acuerdo a nuestras características a estudiar sobre calidad de atención (competencia, satisfacción de usuario, accesibilidad, etc.)
- Posteriormente la información se dicotomizó en dos grandes bloques con referencia a los parámetros antes descritos de calidad del control prenatal, adecuado e inadecuado, siendo adecuado si cumple con lo estipulado en nuestra variable e inadecuado si falta a ello, posteriormente las bases de datos se analizó con estadística descriptiva e inferencial.
- Con los resultados obtenidos se procedió a confeccionar una guía de entrevista a profundidad.

2° Etapa: Entrevistas a profundidad

- En esta etapa se procedió de la siguiente manera, primeramente se envió una solicitud escrita a la Dirección de Salud Lima Ciudad V, pidiendo el permiso para visitar Centros de Salud de su jurisdicción. Una vez obtenido el permiso, este fue solamente concedido para quince establecimientos de Salud, lo cual se aprovecho para la realización de las entrevistas.
- Luego se visitaba cada centro de salud, con la finalidad de tener una reunión con el Director de cada centro, se indicaba la finalidad del estudio y se presentaba la carta de autorización emitida por la Dirección de Salud, una vez aceptado el estudio por el jefe del centro, se procedía a ubicar a los profesionales responsables del control prenatal en sus respectivos consultorios.
- Una vez hallado al profesional se procedía a indicarle el objeto de la investigación y se recalca que el estudio tenía permiso de la Dirección de Salud y del Jefe del Centro de Salud. Una vez explicado esto, se procedía a invitar a los profesionales al estudio, con los que aceptaban, se procedía a fijar fecha y hora de la entrevista.
- El día acordado se reforzaba la idea de que la entrevista, era una entrevista anónima, y que la obligación del investigador era de grabar toda la conversación y entregar en un tiempo prudencial, una copia escrita de dicha entrevista y el derecho del entrevistado era de indicar si dicha entrevista podría usarse para fines de investigación, una vez resuelto esto, se utilizaba como insumo para el estudio.

- La entrevista tenía una duración promedio de media hora a cuarenta minutos, generalmente fue hecha en el consultorio respectivo, aunque algunas veces se realizaba en lugares distintos a este, como es el caso del auditorio del centro.
- La información era grabada y escrita en formato electrónico, luego de esto se procedió al estudio sistematizado de la categorización de los hallazgos y la posterior triangulación de las técnicas.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

1° Etapa: Análisis de Base de Datos

Con respecto al primer estudio, las variables asociadas a la calidad de atención fueron la *accesibilidad*, reflejada en la percepción de la comodidad, ubicación del consultorio prenatal, costo de la atención, tiempo de espera, recursos, equipo y materiales utilizados para la atención prenatal, flujograma y ambiente del consultorio. En la *Seguridad*, se indagó la percepción de la calidad del centro de salud, el tiempo de la consulta prenatal, la capacidad del profesional, el horario de atención, la supervisión de las actividades y el reparto de las responsabilidades. La *eficacia* se estudió mediante la percepción de los cambios en el estado de salud, la valoración de los análisis de laboratorio, la ayuda personal auxiliar, las estrategias para la mejora del control prenatal, la facilidad en contar, conocer y usar el manual de procedimientos para la atención prenatal, la percepción de la calidad del manual en su aplicación, así como en la toma de decisiones clínicas, la *satisfacción del usuario interno* se verificó a través de la percepción del reconocimiento del centro de salud hacia el profesional, la posibilidad de ascensos y de otros estudios, El *respeto al usuario* se indagó a través de la percepción hacia la forma de responder, la capacidad de la usuaria de poder escoger al profesional que la atiende (selección profesional), el escuchar a los pacientes, la atención prestada hacia la paciente, la percepción por parte de la usuaria de la molestia del profesional cuando se le hacen preguntas y las recomendaciones indicadas durante la consulta prenatal. Otra variable estudiada fue la *Información completa*, esta se indagó mediante la percepción de la Información recibida en la consulta prenatal, el entendimiento de las explicaciones, la valoración de la información por las pacientes, el reconocimiento de los objetivos del control prenatal, el motivo de las recomendaciones, el dar otras alternativa a las recomendaciones, la explicación sobre los hábitos alimenticios y los signos de riesgo en el embarazo. Así mismo se verificó la percepción del profesional con respecto al llenado de la Historia Clínica Perinatal. Finalmente se estudió el trabajo en equipo a través de la ayuda del personal auxiliar. En este estudio se

analizaron respuestas que terminaban en una escala de likert, la cual tenía cinco parámetros: Excelente, Muy buena, Buena, Regular y Mala, posteriormente, se dicotomizó los resultados en Adecuado (Excelente, Muy buena, buena) e Inadecuado (Regular y Mala).

El segundo estudio evaluó la relación de las actividades propuestas para el control prenatal consignadas en el Carné Perinatal con la calidad del mismo, las variables estudiadas fueron: la *seguridad*, expresada en las actividades consignadas como la anamnesis, la determinación de la edad gestacional y la fecha probable de parto, la evaluación del estado Nutricional, la determinación del tabaquismo, la evaluación del estado clínico general, evaluación de alteraciones del pezón, la detección de presentaciones fetales anormales y la pesquisa de la hipertensión inducida por el embarazo. La siguiente variable a estudiar fue la *competencia*, reflejada en la prevención de tétanos neonatal, prevención de la anemia, detección del crecimiento fetal, y detección de distócias pélvicas. La tercera variable a estudiar fue *el trabajo en equipo*, reflejada en las actividades que el profesional del control prenatal realiza, pero con la participación de otros profesionales, como es el caso de la determinación del grupo y factor Rh, detección de procesos dentales, detección de patología ginecológica y la detección de infección de transmisión sexual. Todas estas actividades están consignadas en los manuales de normas y procedimientos del Ministerio de Salud, estas actividades también están consignadas en los Manuales del CLAP en sus publicaciones científicas: 1321.01, y 1204, adoptadas por el Perú desde 1983 y trasladadas a los esquemas del Ministerio.

Para el análisis los datos se clasificaron en cuatro categorías: *Buena*, aquel registro que se encontraba bien llenado, de acuerdo a las normas establecidas, *Enmendaduras*, aquel registro que por cualquier motivo, se encontraba con borrones o algún tipo de arreglo que invalida al dato por considerarlo no legible, pero consignados en el lugar adecuado, *No registrado*, cuando el ítem estudiado no figuraba en la casilla que le correspondía por falta de llenado y *Registro Inadecuado*, aquel registro que consignaba otra información no consignada en los manuales o consignada en los manuales pero colocada en otro casillero, el cual no le correspondía. Posteriormente, los datos fueron dicotomizados en Adecuado (Buena) e Inadecuado (Enmendaduras, no registrado y registro inadecuado).

El tercer estudio verificaba la calidad del control prenatal en relación a sus principales componentes, Precoz, periódico y completo, esta es una manifestación de la *eficacia*

del control prenatal. Se consideró *control prenatal Precoz* cuando este se inició durante el primer trimestre de la gestación, se consideró *control prenatal Periódico*, cuando como mínimo presentaban dos controles en el Primer Trimestre (hasta las 14 semanas), dos en el Segundo Trimestre (entre 15 a 28 semanas) y dos en el Tercer Trimestre (entre 29 a 41 semanas), tomando en cuenta que la frecuencia de los controles varia según el riesgo que exhibe la embarazada, finalmente se consideró *control prenatal completo*, cuando este control reúne como mínimo seis controles prenatales. Posteriormente, se dicotomizó los hallazgos en control prenatal Adecuado cuando cumplía los tres criterios: Precoz, periódico y completo e Inadecuado, cuando no cumplía todos los parámetros, finalmente se analizó la relación la variable *oportunidad* en este estudio a través de los diagnósticos del embarazo y el control prenatal.

La información de las bases de datos en un inicio se analizó a través de estadísticas descriptivas, con medidas de dispersión y medidas de tendencia central (variables cuantitativas). Posteriormente, se aplicó estadística inferencial, con las variables categóricas dicotomizadas (adecuado e inadecuado), se utilizó el Chi cuadrado y en aquellas donde una de las celdas fueron menor a cinco, se interpretó con la prueba exacta de Fisher, para las variables continuas, se utilizó la prueba t-Student con un nivel de significación estadística $p < 0.05$. Para la determinación de los riesgos, se utilizó el OR (odds ratio), con sus intervalos de confianza al 95%.

2° Etapa: Entrevistas a profundidad

La información de las entrevistas fue grabada de las cintas de audio, para facilitar la posterior interpretación de los datos. Se procedió a sistematizar los hallazgos con lo que coincida con las variables estipuladas y que se encuentran en la guía de entrevista y se procedió a ubicar estas variables en las entrevistas.

RESULTADOS

Se presentan los hallazgos de tres estudios relacionados al control prenatal en centros de salud de Lima Ciudad y luego se discutirán estos hallazgos con el estudio cualitativo. El primer estudio es un estudio correlacional realizado en 102 pacientes y verificaba el registro del carné Perinatal. El segundo estudio es una encuesta sobre percepción de la calidad del control prenatal realizado en 140 usuarias y 15 profesionales. El tercer estudio fue un estudio comparativo en 206 usuarias según el tipo de parto con indicadores de eficacia del control prenatal (precoz, periódico y completo).

Finalmente se realizó un estudio cualitativo con entrevistas a profundidad en 7 profesionales y 12 usuarias sobre calidad del control prenatal. Se consideró control prenatal adecuado en el primer estudio, cuando el registro del carné perinatal se encontraba debidamente realizado y estos controles superaban los seis. En el segundo estudio, se consideró control prenatal adecuado, cuando superaban los seis controles y además habían una percepción favorable hacia el control por parte de la usuaria y los profesionales, finalmente en el tercer estudio, se consideró control prenatal adecuado, si cumplía con los tres criterios, ser precoz, periódico y completo.

Las dimensiones que nos permitirán acercarnos al estudio más detallado de la calidad del control prenatal y que también son consideradas en otros estudios fueron: competencia profesional, accesibilidad, eficacia, satisfacción, eficiencia, continuidad, seguridad y comodidad.

1. Competencia Profesional

En los estudios realizados en las usuarias se encontró que la percepción de la capacidad del profesional es adecuada en un 83.6% y un 80% manifestó que la información brindada era adecuada, estos datos fueron estadísticamente significativos (Tabla 1).

La tecnología más empleada en los controles prenatales, es la del Sistema Informático Perinatal, este sistema indica que en una paciente que acude a consulta prenatal, lo mínimo indispensable para el control prenatal es la Historia Clínica Perinatal y su respectivo Carné Perinatal.

Tabla 1. Competencia profesional en el control prenatal de centros de salud de Lima Ciudad según percepciones de las usuarias – 2001

Dimensión Competencia	n	%
Capacidad del profesional***		
Adecuado	117	83.6
Inadecuado	23	16.4
Tratamiento medicamentoso***		
Adecuado	109	77.9
Inadecuado	31	22.1
Información brindada***		
Adecuado	112	80.0
Inadecuado	28	20.0
Total	140	100.0

***p<0.0001

En los estudios realizados en los profesionales, se observó que el 73.3% percibe el registro del carné Perinatal como adecuado, las estrategias de mejora del control prenatal en un 86.7%, así como el uso del manual de normas y procedimientos (73.3% adecuado). Además el conocimiento del manual de normas es adecuado en un 60% (Tabla 3).

Sin embargo al estudiar el adecuado registro de los carnés perinatales, no se encontró ningún carné adecuadamente registrado, para que los carnés estén adecuadamente registrados se requiere de 8 controles prenatales, pero cuando se encuentra inadecuadamente registrado, presentan 6 controles y entre las actividades con más inconvenientes en su registro, se encontró la anamnesis (100% inadecuado, n=102), la medición del peso pregestacional, talla y ganancia de peso en un 93.1%, la determinación del grupo y factor Rh y el examen genital del Papanicolau con un 85.3% de registro inadecuado y la determinación de la Edad gestacional, tenía 41.2% (n=42) de registro adecuado. Del mismo modo se determinó que la actividad registro de la medición de peso pregestacional, la talla y ganancia de peso materno se encontraba adecuadamente registrado en un 6.9% (n=7) e inadecuadamente registrado en un 93.1% (n=95).

Finalmente en la actividad prevención, detección y tratamientos se encontraron adecuadamente registrados en un 57.8% (n=59) e inadecuadamente registrado en un 42.2% (n=43). Entre las actividades que se registran de forma adecuada tenemos la presión arterial (77.5% de registro adecuado), la determinación del tabaquismo en el embarazo con un 70.6% (Tabla 2).

Tabla 2. Competencia profesional a través de las actividades registradas en los Carnés Perinatales de centros de salud de Lima Ciudad – 1999

Actividades	frecuencia	%
Determinación de la presión arterial***		
Adecuado	79	77.5
inadecuado	23	22.5
Evaluación del crecimiento fetal***		
Adecuado	4	3.9
inadecuado	98	96.1
Evaluación de la pelvis*		
Adecuado	39	38.2
inadecuado	63	61.8
Vacuna antitetánica		
Adecuado	65	63.7
inadecuado	37	36.3
Determinación del Grupo y Factor Rh		
Adecuado	20	19.6
inadecuado	82	80.4
Determinación de la Hemoglobina		
Adecuado	45	44.1
inadecuado	57	55.9
Determinación de tabaquismo***		
Adecuado	72	70.6
inadecuado	30	29.4
Examen clínico*		
Adecuado	63	61.8
inadecuado	39	38.2
Examen clínico de mamas		
Adecuado	45	44.1
inadecuado	57	55.9
Examen odontológico***		
Adecuado	21	20.6
inadecuado	81	79.4
Examen gineco-obstétrico		
Adecuado	53	52
inadecuado	49	48
Examen genital y Papanicolau***		
Adecuado	15	14.7
inadecuado	87	85.3
Diagnostico de la presentación fetal		
Adecuado	45	44.1
inadecuado	57	55.9
Total	102	100

*p<0.05

***p<0.0001

La competencia guarda relación con la aplicación correcta de las normas, se encontró que existen 11.8 veces más posibilidades de tener un registro adecuado del carné perinatal cuando la actividad examen odontológico esta adecuadamente registrado (OR: 11.8 IC95% 3.1-45.1), es 9.2 veces más con la actividad examen clínico (OR: 9.2 IC95% 1.2-196.8) y es 18.1 veces más con la actividad examen de mamas (OR: 18.1 IC95% 2.2-146.6).

Tabla 3. Competencia profesional en el control prenatal de centros de salud de Lima Ciudad según percepciones del profesional – 2001

Dimensión Competencia	n	%
Uso de Manual de Procedimientos		
Sí	11	73.3
No	4	26.7
Conocimientos del Manual de Normas y Procedimientos		
Sí	9	60.0
No	6	40.0
Calidad de la aplicación del Manual de Normas y Procedimientos		
Adecuado	8	53.3
Inadecuado	7	46.7
Calidad de los protocolos de atención prenatal		
Adecuado	9	60.0
Inadecuado	6	40.0
Calidad de La HCPB y del Carné Perinatal		
Adecuado	11	73.3
Inadecuado	4	26.7
Pregunta sobre hábitos alimenticios		
Sí	9	60.0
A veces	6	40.0
Cuenta con otros estudios*		
Sí	13	86.7
No	2	13.3
Calidad del reparto de responsabilidades		
Adecuado	10	66.7
Inadecuado	5	33.3
Calidad de las estrategias de mejora del Control Prenatal*		
Adecuada	13	86.7
Inadecuada	2	13.3
Calidad de la supervisión*		
Adecuada	12	80.0
Inadecuada	3	20.0
Calidad del Flujograma		
Adecuado	8	53.3
Inadecuado	7	46.7
Calidad de los recursos para el control prenatal		
Adecuados	7	46.7
Inadecuados	8	53.3
Calidad de los equipos para el control prenatal		
Adecuados	10	66.7
Inadecuados	5	33.3
Total	15	100.0

*p<0.05

Del mismo modo existe 12.6 veces más posibilidades de tener un registro adecuado del carné Perinatal cuando la actividad examen gineco-obstétrico es adecuada (OR: 11.6 IC95% 1.6-101.5), es 10.5 veces más con la actividad evaluación de la pelvis (OR: 10.5 IC95% 1.9-74.7), así mismo se tiene 7.2 veces más posibilidades de tener un registro adecuado del carné perinatal cuando se encontraba adecuadamente registrado la actividad peso pregestacional, la talla y la ganancia de peso materno (OR: 7.2 IC95% 1.1-48.1).

El 60% que realizan su labor profesional en los controles prenatales de centros de salud contaba con otros estudios ($p < 0.05$) e indicaban que las estrategias planteadas para mejorar la calidad del control prenatal eran adecuadas ($p < 0.05$), sin embargo ellos indicaban que tanto la calidad de los recursos asignados para el control prenatal y los equipos que tenían para la realización de las actividades eran inadecuadas en un 53.3% y 33.3% respectivamente (Tabla 3).

2. Accesibilidad

La accesibilidad o acceso a los servicios de salud, implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios, comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural o lingüística.

Tabla 4. Dimensión accesibilidad en el control prenatal de centros de salud de Lima Ciudad según percepciones de las usuarias – 2001

Dimensión Accesibilidad	n	%
Entendimiento de las explicaciones del profesional***		
Sí	130	92.9
No	10	7.1
Percepción del Tiempo de espera		
Adecuado	62	44.3
Inadecuado	78	55.7
Documentación requerida para la atención***		
Adecuada	108	77.1
Inadecuada	32	22.9
Total	140	100.0

*** $p < 0.001$

La dimensión accesibilidad o acceso a los servicios, es más que una dimensión específica, es un elemento que favorece la adecuada interacción profesional paciente. Como ejemplos de acceso de tipo cultural se encontró que un 92.9% de las usuarias consideran que si entienden las explicaciones que su profesional les brinda en los controles prenatales

($p < 0.001$), como ejemplo de acceso de tipo organizacional observamos que un 77.1% consideró que la documentación requerida para la atención era adecuada ($p < 0.001$) y un 55.7% consideró que el tiempo de espera para ser atendido es inadecuado (Tabla 4).

Tabla 5. Dimensión accesibilidad en el control prenatal de centros de salud de Lima Ciudad según percepciones del profesional – 2001

Dimensión Accesibilidad	n	%
Contar con Manual de Procedimientos**		
Si	14	93.3
No	1	6.7
Calidad del horario de atención*		
Adecuado	13	86.7
Inadecuado	2	13.3
Calidad del tiempo de espera		
Adecuado	10	66.7
Inadecuado	5	33.3
Total	15	100.0

* $p < 0.05$

** $p < 0.001$

Entre los profesionales que atienden en los controles prenatales se observó que un 86.7% consideró que el horario de atención es adecuado ($p < 0.05$) y un 66.7% consideró que el tiempo de espera era adecuado (Tabla 5).

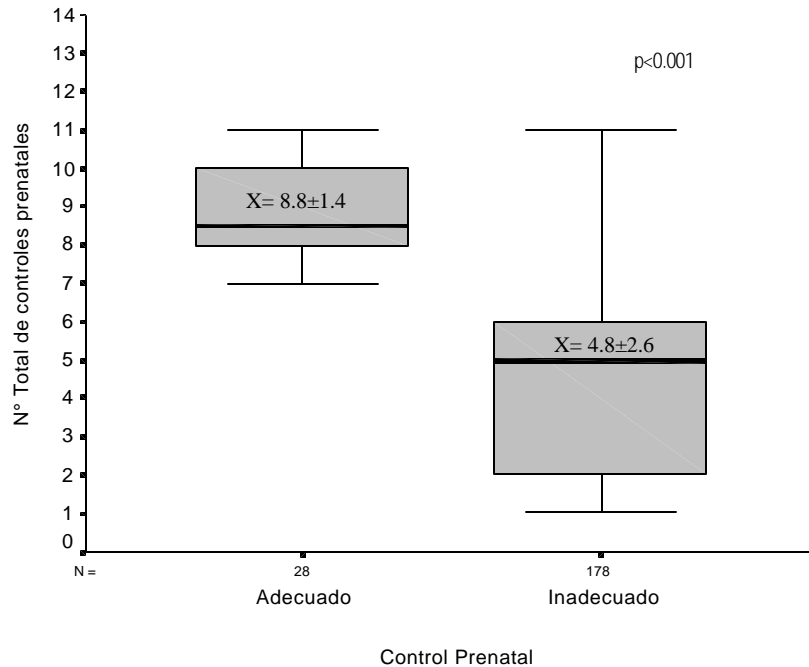
Dentro de la accesibilidad organizacional, los estudios realizados en los profesionales nos indican que existen 17.5 veces más posibilidades de presentar acceso adecuado cuando el control prenatal es de calidad (OR: 17.5 IC95% 1.2-250.4), que cuando no lo es. Así mismo existen 7.5 veces más posibilidades que el control prenatal sean percibidos de forma adecuada cuando los equipos utilizados para el control son adecuados (OR: 7.5 IC95% 0.5-252.1). En los estudios realizados a los profesionales que laboran en los centros de salud del primer nivel de atención de Lima ciudad, se encontró que existen 7.5 veces más posibilidades de tener un control prenatal de calidad cuando el tiempo de espera percibido por los profesionales es adecuado (OR: 7.5 IC95% 0.5-252.1) y en los estudios realizados con las usuarias se encontró que existen 2.2 veces más posibilidades de percibir un control prenatal de calidad cuando el tiempo de espera era adecuado (OR: 2.2 IC95% 1.01-4.8).

3. Eficacia

Al estudiar los controles prenatales y su relación con el control prenatal adecuado encontramos que para tener un control prenatal adecuado se requiere de 9 controles

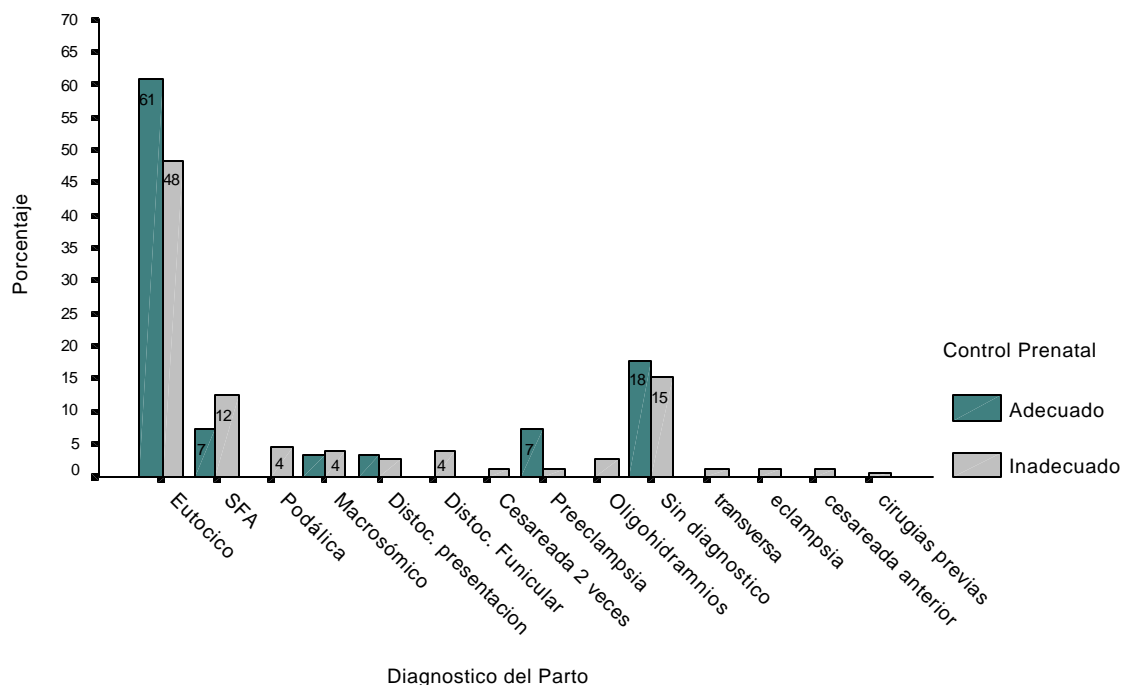
prenatales y para obtenerlo de forma inadecuada sólo se requiere de 5, estas diferencia fueron estadísticamente significativa (Figura 1).

Figura 1. Eficacia del control prenatal según número total de controles prenatales en usuarias atendidas en centros de salud de Lima Ciudad – 2001



Al estudiar los diagnósticos del parto y su relación con el control prenatal se encontró que de los controles prenatales adecuados, los partos eutócicos representan el 61%, los que presentaron parto por cesárea por sufrimientos fetal agudo representaron el 7%, así mismo las cesareadas por Preeclampsia con un 7%, mientras que de los controles prenatales inadecuados el 48% correspondió al parto eutócico, un 12% al parto por cesárea por sufrimientos fetal agudo y partos por cesárea por presentación podálica y distócia funicular fueron del 4% respectivamente. Se observa también que tanto para los partos eutócicos, como para los distócicos, presentan controles prenatales adecuados e inadecuados, pero, mayoritariamente los controles prenatales adecuados se presentan en los partos eutócicos (Figura 2).

Figura 2. Eficacia del Control Prenatal según diagnósticos del parto de pacientes atendidas en Centros de Salud de Lima Ciudad - 2001

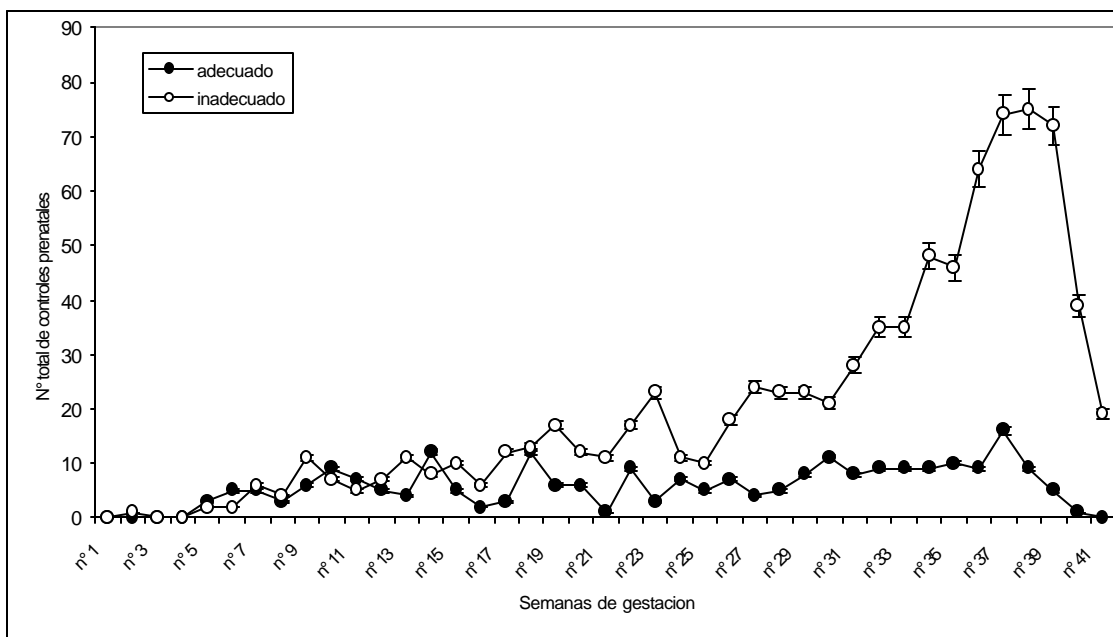


Así mismo al estudiar el número total de controles prenatales por las semanas de gestación, observamos que los controles prenatales inadecuados tienen mayor número de controles en el tercer trimestre, mientras que las que presentan controles prenatales adecuados mantiene el número de controles de forma constante, durante toda la gestación (Figura 3).

Cabe indicar que este dato fue muy difícil de determinar en los estudios cualitativos, pues estos son eminentemente subjetivos y la eficacia definida anteriormente tiene una acepción eminentemente cuantitativa, por lo que sólo se presentan datos cuantitativos.

El control prenatal es un elemento por excelencia dentro de la medicina preventiva, es decir, actúa en algunos casos, como protector de los principales riesgos obstétricos, en el estudio se encontró que los catorce diagnósticos postparto de las pacientes, tres tenían relación directa con el control prenatal, en el parto eutócico (61% de los controles prenatales adecuados y 48% de los controles prenatales inadecuados), en el oligohidramnios y en los macrosómicos.

Figura 3. Eficacia del control prenatal según número total de controles prenatales por semanas gestacionales en usuarias atendidas en centros de salud de Lima Ciudad - 2001



4. Satisfacción del Cliente

La denominación de satisfacción es el resultado favorable entre la expectativa y la percepción, un paciente se siente satisfecho, si al concluir con la atención se despejaron sus expectativas, a través de lo que ha percibido a lo largo de la atención brindada.

El 95% de las usuarias de centros de salud indicó que una satisfacción de los clientes es ser escuchada por su profesional ($p < 0.001$), mientras que un 73.6% percibió cambios en su estado de salud tras las consultas prenatales ($p < 0.001$). Al estudiar las razones por las que no volvería a utilizar los servicios del centro de salud, se encontró que las usuarias no volverían por el mal trato (83.6%), mal servicio (73.3%) o porque no la atendieron en un 79.3% (Tabla 6).

Al estudiar la dimensión satisfacción del cliente en el profesional, encontramos que el 40% ($n = 6/15$) de los entrevistados manifiesta recibir reconocimientos por parte de la institución por la labor realizada, mientras que el 60% manifiesta no recibirlo.

Tabla 6. Dimensiones satisfacción del cliente en el control prenatal de centros de salud de Lima Ciudad según percepciones de las usuarias – 2001

Dimensión satisfacción del cliente	n	%
Percibió cambios en su estado de salud***		
Si	103	73.6
No	37	26.4
Ser escuchada por su profesional***		
Si	133	95.0
No	7	5.0
Molestias del profesional al ser preguntado***		
Si	22	15.7
No	85	60.7
No sabe	33	23.6
Forma de responder del profesional***		
Adecuado	105	75.0
Inadecuado	35	25.0
No regresaría al establecimiento por Maltrato*		
Si	117	83.6
No	23	16.4
tratamiento dado***		
Si	127	90.7
No	13	9.3
porque no la atendieron***		
Si	111	79.3
No	29	20.7
tiempo de espera largo*		
Si	85	60.7
No	55	39.3
porque no le dieron los medicamentos***		
Si	93	66.4
No	47	33.6
mal servicio***		
Si	103	73.6
No	37	26.4
Total	140	100.0

*p<0.05

***p<0.001

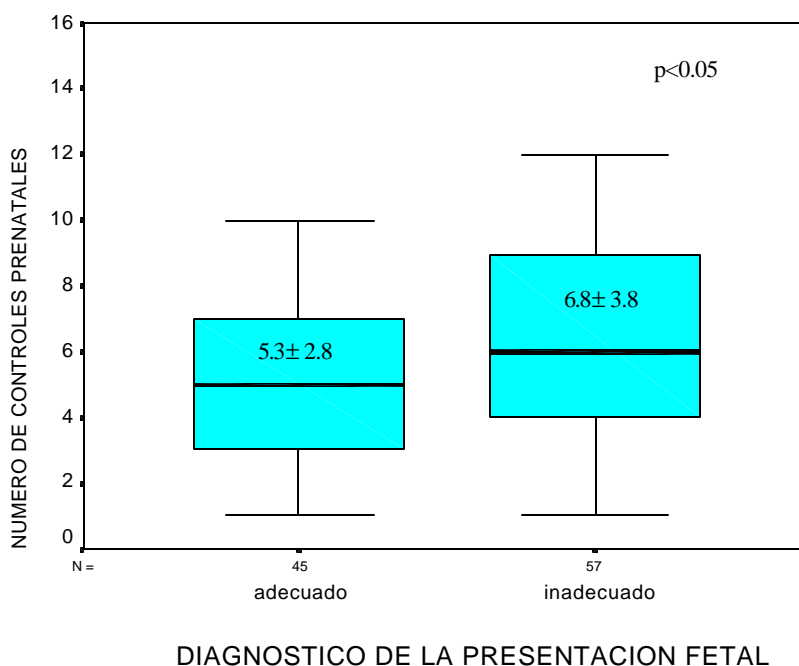
En los estudios realizados con las usuarias se encontró que existen 5 veces más posibilidades de presentar un control prenatal de calidad cuando las pacientes perciben que la forma de responder de su profesional es adecuada (OR: 5.1 IC95% 2.2-11.5), 2.2 veces más cuando perciben que le dan otras alternativas a las recomendaciones (OR: 2.15 IC95% 1.01-4.57), 2.8 veces más posibilidades de tener un control prenatal de calidad cuando se percibe que el tratamiento medicamentoso es adecuado (OR: 2.8 IC95% 1.12-6.39).

5. Eficiencia

Denominamos eficiente, aquel acto en el cual se realiza la misión que se tiene encargada de forma eficaz y competente. En salud, eficiencia se refiere a la efectividad que se logra de las acciones de salud con la mínima cantidad de desperdicio, esto significa con menos complicaciones y al más bajo costo.

Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad, es decir suministran el mayor beneficio con los recursos que se cuentan. Al estudiar la eficiencia del control prenatal adecuado según el adecuado registro del carné Perinatal se observó que para que exista un adecuado registro de la actividad diagnóstico de la presentación fetal se requiere de cinco controles prenatales (Figura 4).

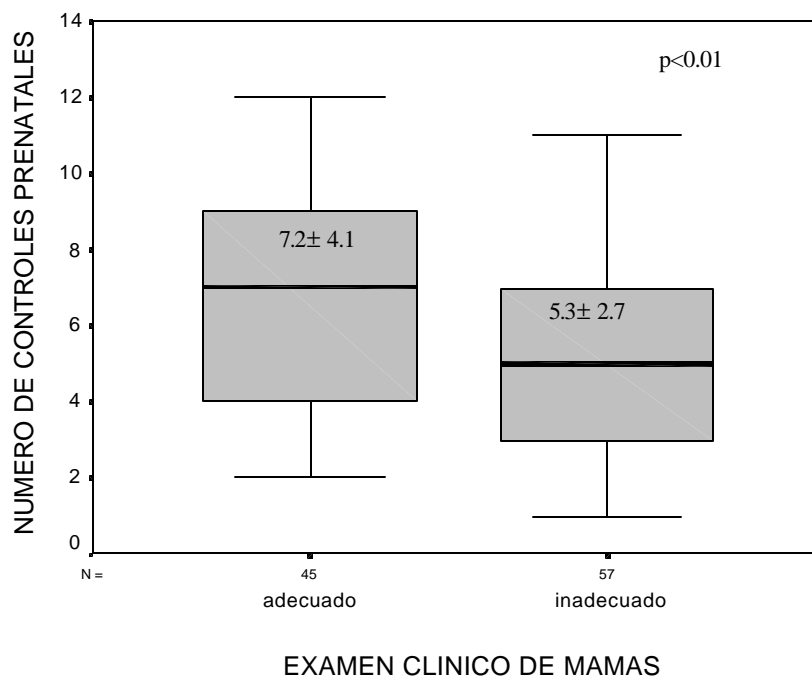
Figura 4. Eficiencia del registro de la actividad presentación fetal en el carné perinatal de usuarias atendidas en centros de salud de Lima Ciudad – 1999



Es decir se requiere de más controles inadecuados que de controles adecuados, este comportamiento es diferente en otras actividades registradas en el Carné Perinatal, pues en los registros de la actividad examen clínico de mamás, o de la determinación de la hemoglobina se requieren más controles prenatales adecuados que inadecuados.

Se requiere de siete controles prenatales adecuados para que la actividad examen clínico de mamás esté adecuadamente registrado, de igual modo en la actividad determinación de la hemoglobina se requiere de 7 controles prenatales adecuados para que esté adecuadamente registrado. (Figuras 5 y 6) Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Figura 5. Eficiencia del registro del examen clínico de mamás en el carné perinatal de usuarias atendidas en centros de salud de Lima Ciudad -1999



Al estudiar los determinantes del control prenatal eficiente, es decir el ser precoz, periódico y completo con los diagnósticos del parto, se encontró que los controles prenatales precoces están en un 52% en los partos eutócicos, en un 15% de las cesareadas por sufrimiento fetal agudo y en las cesareadas anteriores, mientras que los que no llegaron a ser precoces están en un 49% en los partos eutócicos, en un 13% de las cesareadas por sufrimiento fetal, en un 6 a 7% de las cesareadas por parto presentación podálica, finalmente en un 7% en las cesareadas por distócia funicular y oligohidramnios (Figura 7).

Figura 6. Eficiencia del registro de la determinación de la hemoglobina en el carné perinatal de usuarias atendidas en centros de salud de Lima Ciudad – 1999

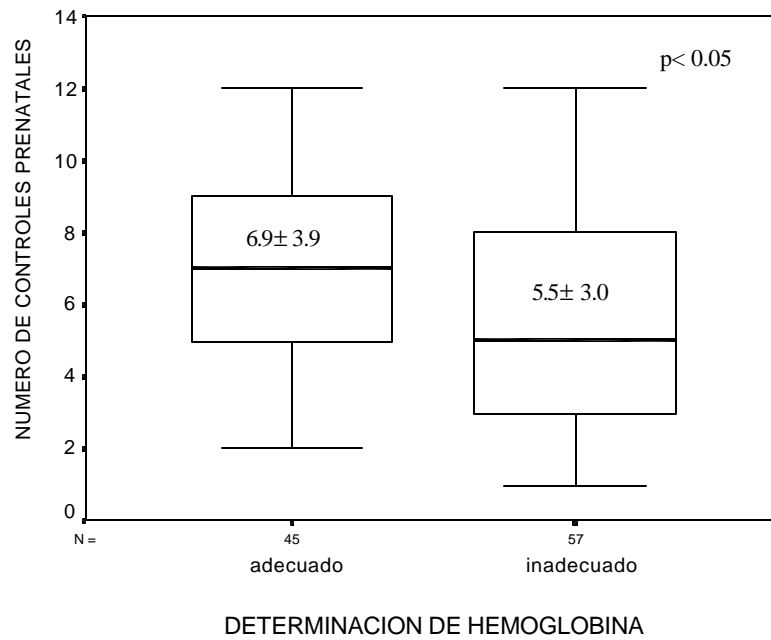
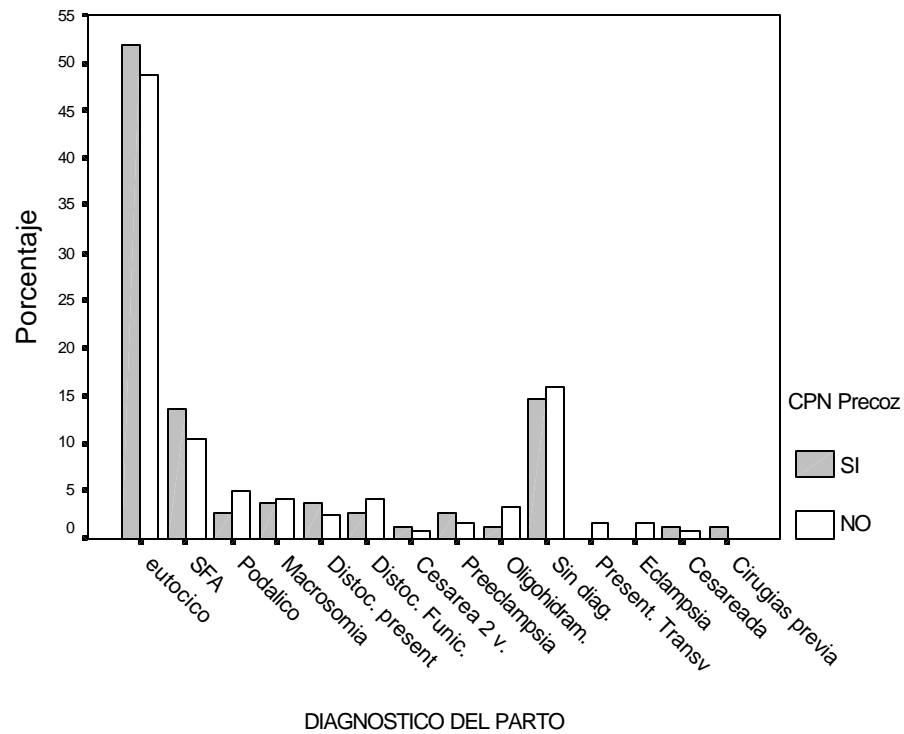
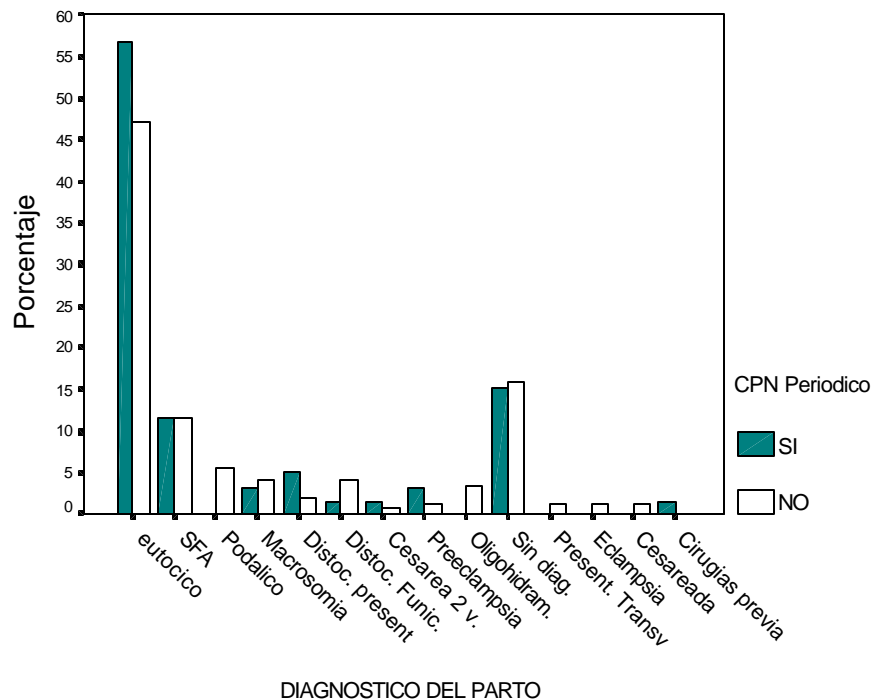


Figura 7. Eficiencia del control prenatal precoz según diagnósticos del parto en usuarias atendidas en centros de salud de Lima Ciudad - 2001



Entre los controles prenatales periódicos, se observó que el 56% se encontraban con los partos eutócicos, en un 12% en las cesareadas por sufrimiento fetal, en un 8% por las cesareadas por distócia de presentación y Preeclampsia en un 7% en todas las cesareadas por cirugía previa, mientras que las que no presentaron control prenatal periódico, un 48% presentó parto eutócico, un 13% cesáreas por sufrimiento fetal, cesáreas por presentación podálica, por distócia funicular en un 8% (Figura 8).

Figura 8. Eficiencia del control prenatal periódico según diagnósticos del parto en usuarias atendidas en centros de salud de Lima Ciudad - 2001

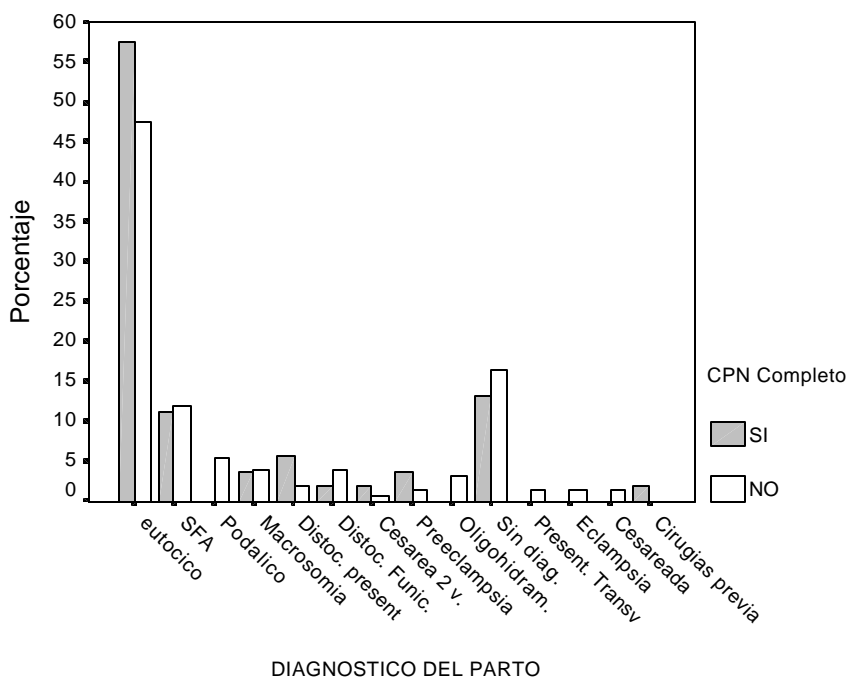


Se observó que el 57% de los controles prenatales completos tenían diagnóstico de parto eutócico, el 12% cesareadas por sufrimiento fetal agudo, el 7% cesareadas por distócia de presentación y Preeclampsia. Mientras que de los que no presentaron el control prenatal completo el 48% presentó parto eutócico, el 13% parto por cesárea por sufrimiento fetal agudo, 8% parto por cesárea por presentación podálica y un 7% por parto por cesárea por distócia funicular (Figura 9).

La eficiencia guarda relación con dos parámetros, la obtención del mejor servicio a menos costo, esto se logra, con la reducción de los errores y evitando el desperdicio. Se encontró que en promedio los controles prenatales adecuados están entre los 9 y los controles

prenatales inadecuados bordean los 5, estas diferencias fueron estadísticamente significativas. (Figura 1)

Figura 9. Eficiencia del control prenatal completo según diagnósticos del parto en usuarias atendidas en centros de salud de Lima Ciudad - 2001



En los estudios realizados con las usuarias atendidas en centros de salud del primer nivel de atención de Lima Ciudad, se encontró que existen 2.8 veces más posibilidades de tener un control prenatal de calidad cuando se percibe que el tiempo que se le da en la consulta es percibido como adecuado (OR: 2.8 IC95% 1.31-5.96).

Existen 66 veces más posibilidades de tener un control prenatal de calidad cuando este es precoz (OR: 66.1 IC95% 9.2-133.7), es decir el control prenatal es iniciado en el primer trimestre, 128 veces más cuando es periódico (OR: 127.5 IC95% 17.4-261.5), es decir cumple con los tiempos estipulados por las normas para los controles prenatales ajustados a las semanas estacionales y 136 veces más cuando es completo (OR: 136.7 IC95% 22.1-337.1), es decir cumple con tener mínimo seis controle prenatales.

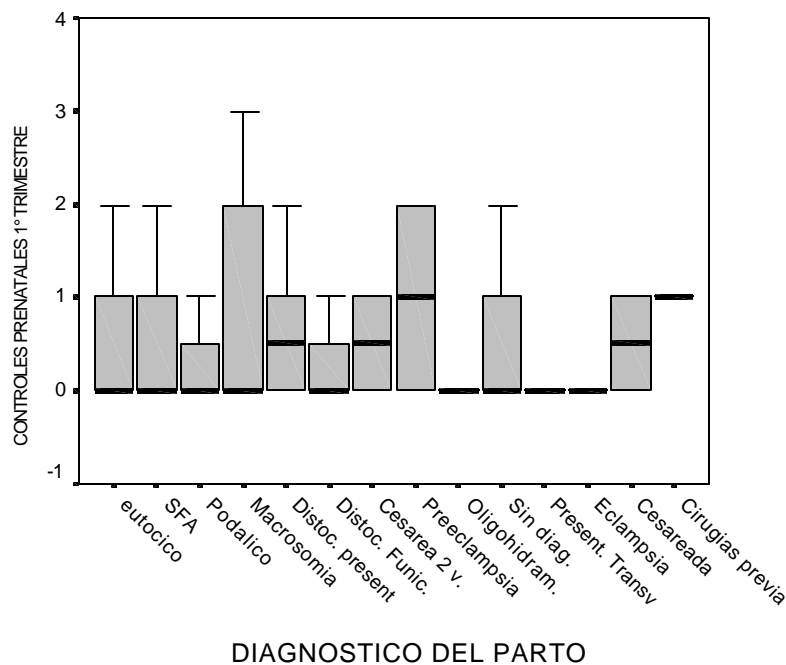
6. Continuidad

La continuidad estudia la posibilidad que tiene la usuaria de recibir la atención completa de los servicios sin interrupciones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Al estudiar el promedio de controles prenatales según diagnósticos y por trimestres

encontramos que los partos eutócicos tienen en promedio ningún control en el primer trimestre, uno en el segundo y tres en el tercero, de forma similar tienen los que presentaron cesárea por sufrimiento fetal agudo.

Se observa que los que presentan algún tipo de patología, el promedio de controles prenatales es en mayor número en el tercer trimestre y en promedio mayor a las que culminarán con parto eutócico, en un inicio los controles son similares en el primer trimestre, para todas, en el segundo trimestre el comportamiento es similar al primero, pero sólo aumentan ligeramente, para luego, en el tercer trimestre, pasar los cuatro controles en promedio, uno mayor que las que culminaron en parto eutócico. Los que presentaron parto por cesárea por Preeclampsia, en promedio tienen un control en el primer trimestre, dos en el segundo y tres en el tercer trimestre. Los que presentaron cesárea por macrosomía fetal, en promedio presentaron ningún control en el primer y segundo trimestre y tres controles en el tercer trimestre (Figuras 10, 11 y 12).

Figura 10. Continuidad del control prenatal en el primer trimestre según diagnostico del parto en usuarias atendidas en Centros de Salud de Lima Ciudad - 2001



La calidad del control prenatal, según promedio de controles prenatales por trimestres fue, para los adecuados, en 1º trimestre:1.7; en el 2º Trimestre: 2.9 y en el 3º trimestre: 4.2 controles, en cambio para los controles prenatales de calidad inadecuada fue de 0.6, 0.9 y 3 controles respectivamente ($p < 0.001$).

Figura 11. Continuidad del Control prenatal en el segundo trimestre según diagnostico del parto en usuarias atendidas en Centros de Salud de Lima Ciudad - 2001

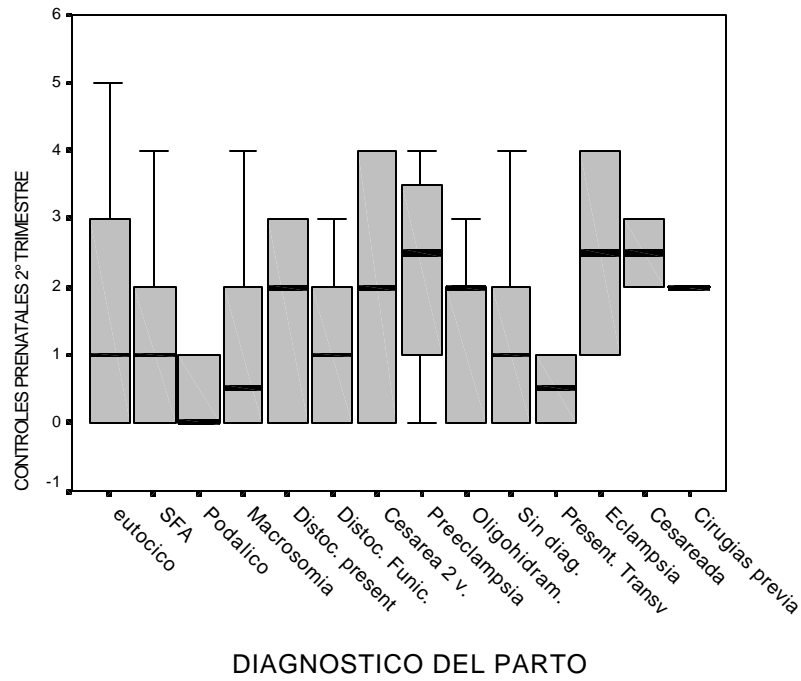
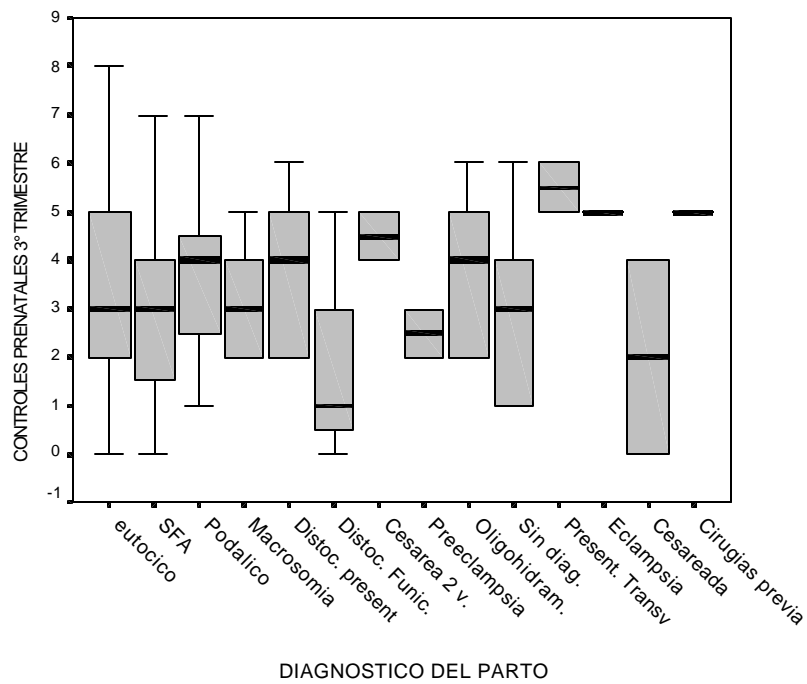
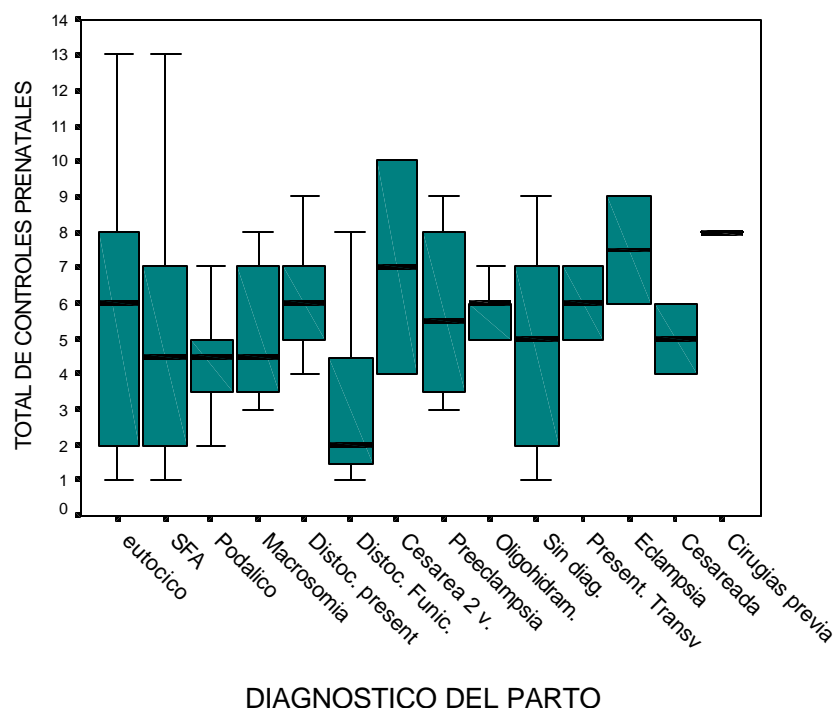


Figura 12. Continuidad del control prenatal en el tercer trimestre según diagnostico del parto en usuarias atendidas en Centros de Salud de Lima Ciudad - 2001



Los que presentaron parto eutócico en general tiene un promedio de 6 controles, similar a las cesareadas por distócia de presentación, oligohidramnios y la presentación transversa. Quienes presentaron más controles prenatales fueron las cesareadas por segunda vez y la cesareadas por Eclampsia. El que presentó, en promedio, menos controles prenatales fueron las cesareadas por distócia funicular (figura 13).

Figura 13. Continuidad del control prenatal según diagnostico del parto en usuarias atendidas en centros de salud de Lima Ciudad - 2001



Se evidencia que las mujeres que presentan controles prenatales adecuados, acuden a sus consultas prenatales tempranamente y generalmente sus promedios por semanas no varían mucho, no así los que presentan controles prenatales inadecuados, en este rubro los pacientes en promedio son mayores en el tercer trimestre que en los otros trimestres.

7. Seguridad

La seguridad esta encaminada básicamente a la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. Este elemento en los controles prenatales es menor en los centros de salud que atienden en el primer nivel a gestantes de bajo riesgo. En los controles prenatales la seguridad está encaminada a la actividad de vigilancia y prevención de complicaciones de la

madre y su producto, en el primero estaría encaminado a la vigilancia y prevención de las principales causas de muerte materna, y en el segundo a las principales causas de muerte Perinatal, así el control prenatal de primer nivel cumpliría una labor muy importante.

Tabla 7. Seguridad del control prenatal de centros de salud de Lima Ciudad según percepciones de las usuarias – 2001

Dimensión Seguridad	n	%
Preferencia por el profesional ^{***}		
Si	120	85.7
No	15	10.7
No sabe	5	3.6
Ser adecuadamente atendida por el profesional ^{**}		
Si	86	61.4
No	54	38.6
Valoración de la información brindada ^{***}		
Si	128	91.4
No	12	8.6
Explicación de objetivos del control prenatal ^{***}		
Si	122	87.1
No	18	12.9
Explicación de motivo de las recomendaciones ^{***}		
Si	125	89.3
No	15	10.7
Explicación de otras alternativas a recomendaciones ^{***}		
Si	90	64.3
No	34	24.3
No sabe	16	11.4
Total	140	100.0

^{***}p<0.001

^{**}p<0.01

En las encuestas realizadas en las usuarias se encontró que el 85.7% indicó preferencia por su profesional que la atiende en el control prenatal ($p<0.001$), además que un 91.4% indicó que valora la información que le dan en la consulta prenatal ($p<0.001$), así como también indican ser adecuadamente atendidas en la consulta ($p<0.01$) estos datos fueron estadísticamente significativos (Tabla 7).

En las encuestas realizadas a los profesionales se observó que el 73.3% consideró que es adecuado la calidad de los resultados del laboratorio, y un 86.7% la ayuda del técnico en enfermería ($p<0.05$) este último dato fue estadísticamente significativo (Tabla 8).

Tabla 8. Seguridad del control prenatal de centros de salud de Lima Ciudad según percepciones del profesional – 2001

Dimensión Seguridad	n	%
Calidad de los resultados de laboratorio		
Adecuados	11	73.3
Inadecuados	4	26.7
Calidad de la ayuda del técnico en enfermería*		
Adecuado	13	86.7
Inadecuado	2	13.3
Total	15	100.0

*p<0.05

8. Comodidades

La comodidad se refiere a las características de los servicios, que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción de la usuaria y su deseo de volver al establecimiento de salud. Al estudiar las encuestas realizadas a las usuarias, se observó que el 66.4% consideró que la comodidad del centro de salud era adecuada ($p<0.001$), un 65.7% percibió que los ambientes del consultorio prenatal son adecuados y un 61.4% consideró adecuada la duración de la consulta ($p<0.05$), estos datos fueron estadísticamente significativos (Tabla 9).

Tabla 9. Comodidad en el control prenatal de centros de salud de Lima Ciudad según percepciones de las usuarias – 2001

Dimensión Comodidad	n	%
Comodidad del Centro de Salud***		
Adecuada	93	66.4
Inadecuada	47	33.6
Ambiente del consultorio prenatal***		
Adecuado	92	65.7
Inadecuado	48	34.3
Tiempo de la consulta prenatal*		
Adecuada	86	61.4
Inadecuada	54	38.6
Total	140	100.0

*p<0.05

***p<0.001

En los estudios realizados en las usuarias que se atendieron en centros de salud del primer nivel de atención de Lima Ciudad, se encontró que existen 3.9 veces más posibilidades de tener un control prenatal de calidad cuando perciben cómodo el consultorio prenatal.

DISCUSION

Partiendo de los resultados hallados, nos permitimos plantearnos tres cuestionamientos básicos entorno a la calidad del control prenatal en centros de salud, el primero está referido a la triangulación de métodos, el segundo a las propiedades de este control prenatal y finalmente dar algunos aportes al esquema actual del control prenatal de primer nivel de atención.

En cuba, se admitió que uno de los componentes para la reducción de la muerte materna son los cuidados prenatales⁽⁵⁹⁾. La competencia profesional, se ha encontrado muy fuerte en la percepción de la calidad del control prenatal, pero varía de acuerdo al prestador y a la usuaria, en el primero la capacidad está referida al dominio técnico, conocimientos y experiencia, este elemento si está en desmedro, pues se ha demostrado que a nivel técnico y de procedimientos, no son adecuados, por ello hay fallas en las principales actividades que tiene que realizarse en el control prenatal, por acción de otras actividades, básicamente de índole administrativa (calidad del registro del carné perinatal, 26.7% inadecuado, en ejecución de protocolos de atención en un 40% y en la aplicación de las normas es un 46.7%). En los segundos está reflejada en la capacidad del profesional (83.6% adecuado), el tratamiento con medicamentos (77.9% adecuado) y la información brindada (80% adecuado). Por parte de la usuaria, la competencia se refleja más al trato humano que este puede darle, es seguro que si no hubiera condiciones óptimas de capacidad técnica y conocimientos en el control prenatal, pero si mucho trato humano en el paciente, este último no percibirá mala calidad del control prenatal. La relación con los pacientes, se valoran aspectos como la amistad, el respeto y la confianza mutua⁽⁶⁰⁾. Aunque otros piensan que la atención prenatal es deficiente en cuanto a calidad y calidez, sobre todo en el primer nivel de atención, esto sólo se verificaría en la capacidad resolutive ante emergencias obstétricas pero no en la atención en general⁽⁶¹⁾, puesto que se ha demostrado que en países en desarrollo, como el nuestro, el personal de salud no se encuentra adecuadamente capacitado en atención prenatal⁽⁶²⁾. Esta dimensión es perfectamente advertida por las usuarias, si bien es cierto, no bien definida, pero si percibida, los datos cualitativos nos indican que no solamente a las usuarias les interesa las características de su gestación, sino también consejos útiles que le permitirán llevar una buena gestación, tanto desde el punto de vista científico como no científico y esto es una prueba de la capacidad que manejan nuestros profesionales en los controles prenatales.

Entrevistador : [...] "¿Y que tal las recomendaciones que le daban?"

Entrevistada : "Sí, más que todo por la alimentación y me trataban bien, si me gustaba, por eso es que venía desde allá hasta acá." [...]

Entrevista u-01

Los profesionales tienen estrategias para poder llegar a las pacientes, generalmente no empiezan con elementos eminentemente técnicos, sino más bien de índole personal y humano (reflejada en el trato), para luego observar los parámetros técnicos.

[...] " No, normalmente la gente es espontanea, el paciente es espontáneo, viene y yo, cuando entre, les digo: ¿Cómo sigues hija?, ¿Cómo te ha ido en tu trabajo?, ¿Alguna molestia? Si está dentro de lo normal, Ok, entonces, nos vamos a ver ¿Cómo está el sobrino? Vamos a ver su peso, su crecimiento, ¿Ha bajado de peso? Trabajamos todo eso, esta todo normal. Por los menos hasta acá, esta todo normal. Paciente que es poca comunicativa, normalmente son los primeros meses, después ya no, ya después, son mis pacientes..." "...Porque llegan prácticamente desorientadas totalmente, con el susto y la culpabilidad encima, porque normalmente los traen los padres, hermanos, ¿no?. Y no saben a quien preguntar. Se les trata de hablar, pero como caso nosotros hemos usado la primera, o sea ¿no? Vamos solamente al primer control. Que seria de nuestras manos, entonces es lo poco que podemos darles a ellas, y eso es lo único. Esto es en el caso de adolescentes. En el caso de pacientes en general, normalmente intentas darle confianza, enseñarle, orientarle, ver, como te digo, no solamente la parte obstétrica, muchas cosas, ellas traen un mundo, su hogar, sus problemas de pareja, con problemas de hijos, con problemas económicos. Nosotros nos convertimos ¿no? En sus confidentes en cierta manera, en una guía, en una orientadora". [...]

Entrevista p-01

La disposición de la paciente reflejada en su actitud hacia el control prenatal tiene que ser identificada desde el primer momento, si ésta es trabajada, la posibilidad de lograr una adherencia adecuada al control prenatal y por ende, una continuidad y así poder plasmar de forma completa la competencia profesional estará segura. Estos parámetros surgen en la consulta del profesional, en un primer momento, es un trato humano y luego es verificado a través de las destrezas técnicas y buen juicio de los profesionales, esto logra la continuidad de los controles.

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

Entrevista u-02

Esto tiene muchos que ver con las políticas programáticas de las instituciones de salud, con la asignación de prioridades y con la adecuada gestión de los recursos que le llegan a la

Dirección de Salud, lo que sí es percibido por los profesionales, es que no hay suficientes recursos para cubrir las necesidades básicas que requiere un adecuado control prenatal, pero aun así realizan su labor lo mejor que pueden. Esta percepción es negativa en los profesionales, porque las necesidades en su mayoría son de infraestructura y no han sido atendidas en un buen periodo de tiempo.

[...] "Hay, sí. Debería de ser, en parte mejor (el control prenatal), debería la tecnología, de verdad, haber avanzado, seguimos como la época de la carreta, nuestro fetoscopio, cuando deberíamos tener realmente, por lo menos un Sonicaid y tal vez escuchar a los pacientes, desde muy pequeñitos." [...]

Entrevista p-07

[...] "Mira, este escritorio, creo que tiene mis mismos años de servicio. Mira hay huecos, huecos por todos lados. Yo tengo un consultorio que está que se apolilla a pedazos, huecos por todos lados, no les interesa." [...]

Entrevista p-10

Los profesionales están conscientes que es un elemento básico para ser utilizado en el primer nivel de atención, pero la DISA Lima ciudad, tiene la ventaja de estar en el centro de Lima, donde otras tecnologías utilizadas, como por ejemplo, para la atención de los especialistas, permite que algunas de las actividades que cubre el control prenatal sean suplantadas con otras más costosas, pero precisas y de mutua aceptación entre profesionales y usuarias. En los estudios realizados en usuarias se encontró que existen 7.3 veces más posibilidades de tener calidad del control prenatal cuando las usuarias perciben que la capacidad del profesional es adecuada (OR: 7.3 IC95% 2.8-19.1).

La adecuada aceptación de esta tecnología, con la empatía y capacidad que pueda dar el profesional, son las principales armas que pueden utilizarse en el control prenatal de primer nivel. El control prenatal de centro de salud, se caracteriza por la atención primaria y la función en este nivel es básicamente preventiva, en cualquiera de sus tres momentos (prevención primaria, secundaria o terciaria), su esquema es a través de la tecnología más aceptada en el primer nivel, una de ellas es la utilización del Sistema informático Perinatal. Nuestros registros del carné perinatal no son adecuados, pero esto es un comportamiento observado en otras realidades, en Bolivia, se demostró que la Historia clínica perinatal se encontraba disponible en casi todos los servicios, pero los profesionales no lo utilizaban para los fines que fue diseñada, ya que no toman decisiones basadas en las instrucciones impresas en la ficha⁽⁶³⁾. En Colombia, el llenado incompleto de la historia clínica prenatal, lo indican como que se ha convertido en una desafortunada costumbre en la práctica cotidiana

médica moderna, siendo inapropiada en un 60%^(16,44) En España, también se ha encontrado que en el control prenatal de atención primaria, una reducción en el porcentaje de médicos que asumen los protocolos de atención (25%)⁽⁶⁴⁾. Esto puede deberse a que en un primer momento, los controles prenatales de primer nivel son generalmente de bajo riesgo, con un alto contenido de actividades preventivas, y con un mayoritario grupo de gestantes que cursarán normalmente su gestación, complicándose o no, a nivel del parto o puerpério. También podría ser a que el trabajo preventivo, plasmado en los diferentes documentos sea adecuado, pero no se plantean mecanismos para materializarlo⁽⁶⁰⁾.

Con respecto a mejorar la dimensión competencia profesional, desde el punto de vista profesional al parecer los directivos de la institución no lo están realizando, puesto que las capacitaciones no son regulares, y si los hay, son para dar conocimientos en otros aspectos de la salud reproductiva, como es el caso de planificación familiar o prevención de cáncer de cuello uterino u otras cosas, y muy poco está estipulado la mejora continua del conocimiento de los avances que el control prenatal pueda tener: Esta capacitación si se realiza, es en definitiva, por iniciativa personal, es decir, no es una responsabilidad de la institución actualmente.

En las pacientes, el problema más percibido es el tiempo de espera, (55% de percepción inadecuada) este elemento aun es un problema en toda organización de salud y los controles prenatales no escapan a ello, pues esto tiene dos vertientes, los procedimientos administrativos que realizan en admisión para el ingreso de una paciente, que actualmente son aumentados por la carga del SIS (22.9% de percepción inadecuada), y el tiempo requerido para la consulta prenatal, pues se ha estimado como promedio media hora en la primera consulta prenatal y de quince a doce minutos para las ulteriores. Si sumáramos el tiempo total que un profesional tendría en una gestante con seis controles prenatales, sería de una hora con 45 minutos para poder lograr todo lo que el control prenatal se pretende, sin incluir los procedimientos administrativos que tienen que realizarse durante el control actualmente. Habría que preguntarse que se puede hacer bien con este tiempo y que cosas no están siendo realizadas luego.

Actualmente para que el control prenatal sea adecuado, el Ministerio de salud indica tener como mínimo seis controles, repartidos en aproximadamente uno en el primer trimestre, dos en el segundo y tres en el tercer trimestre, los resultados expuestos nos indican que este es el patrón de controles prenatales que tiene la paciente que tendrá un parto normal (Figura 13), pero debería ser mayor en los que presentan alguna alteración. Sin embargo las pacientes que tienen problemas en el parto, tienen más controles en su mayoría en el tercer

trimestre, donde poco es el accionar preventivo, entonces todo es pasado a las actividades recuperativas que tienen que realizarse en los hospitales. Cabe indicar que el estudio encontró que para que un control prenatal sea adecuado, en promedio bordea los 9 controles, muy superior a lo que estipula actualmente el Ministerio de salud. Con esta cantidad de controles prenatales se lograría lo mínimo requerido actualmente, pero lo que si faltase hacer son los componentes educativos que deberían darse a la gestante. Pues generalmente las gestantes acuden a los controles prenatales a partir del quinto mes, es decir, cuando este producto ya es extrapélvico, este elemento para ser revertido debe de ser trabajado desde el punto de vista educativo, quizá el mayor número de controles prenatales mejoraría el componente educativo, mucho mejor si hubiera en los centros de salud, otras actividades ligadas a la salud materna, como nutrición, psicología, preparación para el parto y estimulación prenatal. En España⁽³⁴⁾, se ha encontrado que el número de visitas en atención primaria fue de 9.6 controles, muy similar a los que nosotros pretendemos para los controles prenatales adecuados, en Francia, se ha encontrado que en mujeres pobres el número de controles prenatales es de 6.8 en aquellas sin seguro social, y de 12.9 controles en las que si presentan dicho seguro⁽⁶⁵⁾.

Con respecto a la dimensión comodidades, no es muy buena, esto es aceptada por las usuarias en poco más del 60%. En los esquemas de calidad, los estudios indican que las escalas de satisfacción incluidas las de comodidades son adecuadas cuando pasan del 85% de satisfacción favorable. Donabedian indica que si bien, esta dimensión no logra impactos deseados en los niveles de salud, sirven para lograr adhesión al paciente. Esta aceptación a las comodidades puede ser percibidas por los profesionales también, pues mucho del mobiliario que tiene el Ministerio de Salud ya ha pasado su periodo de vida útil, pero aun son usados, pues este mejoramiento en los servicios equivale a un gasto de recursos, que los establecimientos no pueden solventar actualmente, se creó en el SIS una posibilidad luego de la devolución de los recursos posterior a las atenciones, pero el seguro tiene actualmente mucho déficit de aceptación de registros adecuados para poder hacer efectivo dicho gasto por las Direcciones de Salud, por lo que los recursos no llegan a cubrir las principales necesidades, que son la devoluciones por las atenciones y los insumos utilizados tras la atención que no queda presupuesto para destinarlo a gastos de otro tipo, como equipamiento, capacitación o mobiliario.

El control prenatal de centro de salud, es un control eminentemente preventivo, la finalidad de este debería ser el de servir de filtro para las derivaciones adecuadas de las pacientes con riesgo, además el control prenatal de centros de salud, debe tener un gran énfasis en el área educativa. La característica de la prevención es la de trabajar en las personas de forma

individual, jerarquizada al grado de riesgo que presenta cada paciente. Entonces los elementos que deben usarse para lograr este objetivo son la prevención primaria, es decir trabajar con los posibles detonantes de causar enfermedades, bajo este precepto y siguiendo el esquema de Lalonde y Lafrosier se trabaja con los posibles detonantes, es decir con los estilos de vida, los componente genéticos y biológicos que pueden llevar a un cuadro patológico a expresarse, para ello nos tenemos que basar en la tecnología que puede brindarse en ese momento, algunas de ellas están en el carné Perinatal, pero son poco usadas, tal es el caso de la vigilancia del incremento del peso materno o el incremento de la altura uterina, que prácticamente no son utilizados pues con ellos se podía detectar fetos con retardo del crecimiento o macrosomías fetales, esta parte del control prenatal ha sido suplantado actualmente por la utilización de la ecografía.

El segundo esquema que se plantea es la prevención secundaria, aquí ya no es primordial actuar en los posibles detonantes de enfermedad, si no más bien, es el de la utilización de esquemas de detección temprana de patologías, muy sensibles y específicas, la finalidad aquí es que se logre detecciones en estadios preclínicos, con la finalidad de revertir los signos, detenerlos o aplacarlos, este ejemplo lo podría dar la Preeclampsia, durante años no se ha descubierto la etiología de la Preeclampsia, entonces está no puede ser manejada bajo esquemas de prevención primaria, pero si es posible trabajarlo bajo la prevención secundaria, desde hace años en países desarrollados se ha estudiado un sin número de pruebas predictivas de Preeclampsia, entre ellos tenemos a la prueba de Gant, de la presión arterial media, del ejercicio isométrico, del calcio en orina y otras más, entre las primeras, que son las más baratas pues sólo requieren de un estetoscopio, tensiómetro y de un profesional capacitado, se han demostrado que son sensibles en ser predictoras de Preeclampsia casi dos meses antes de empezar los estadios clínicos, las prueba de Gant puede lograr esto, la razón por la cual no se usa en la atención primaria, es que esta prueba requiere de media hora con la paciente, sólo para la prueba, cosa que es imposible de hacerlo en la consulta prenatal, pero sería posible si este fuera realizado dentro de las clases de psicoprofilaxis, pues se tiene a las gestantes en grupo y el tiempo es más holgado o mejor aun presentarlo como un servicio a parte.

El componente educativo dentro del control prenatal es primordial. Los estudios en educación nos indican que las personas asimilan conocimiento de cuatro formas básicas, la primera es de forma directa, esto se puede lograr a través de charlas en los pasillos, sobre todo de charlas participativas, con técnicas participativas y contenidos basados en problemas, el segundo modo es a través de la tutoría, esto se puede lograr en la consulta prenatal propiamente dicha, entre la interacción profesional-paciente, la tercera forma es a

través del aprendizaje en grupo, esto se puede lograr en las clases de psicoprofilaxis, nutrición o estimulación prenatal, donde el aprendizaje es básicamente logrado por el grupo y no individualmente y finalmente las personas asimilan conocimiento a través del estudio individual, esto quiere decir, dejando folletería muy rica en información, pues este es otra forma en que las personas asimilan conocimiento.

En Chile. En Chile, la educación materna en el control prenatal manejan siete objetivos: signos y síntomas de alarma, nutrición materna, lactancia y cuidados del recién nacido, derechos legales, orientación sexual, planificación familiar, preparación para el parto⁽⁶⁶⁾. Todas estas formas de aprendizaje son posibles de realizar en los controles prenatales, pero los estudios en educación indican que estas deben estar concatenadas entre sí, para lograr el aprendizaje, deben tener objetivos claros y conocidos y necesariamente deben ser dirigidas por el personal responsable de la consulta prenatal. Actualmente algunos centros de salud, realizan estas actividades, pero ninguna está concatenada una de la otra, es decir el patrón que verificará la adecuada asimilación de los contenidos es la evaluación que los profesionales pueden hacer de las actividades, al parecer el problema radica en que muchos profesionales no manejan las técnicas educativas adecuadas, y por ende, no se logra mejorar conductas, pues uno de las razones por la cual se educa es para mejorar conductas, estas no se refleja en las pacientes, pues los objetivos del control prenatal de centros de salud, no están articulados para ser educativos, aunque se pretenda decir que si lo son.

En centros de salud los controles prenatales deberían impartir conocimientos a las gestantes de las principales causas de muerte materna y Perinatal, con elementos educativos y con aprendizaje basado en problemas de la realidad. Al parecer estos elementos se pueden lograr si la cultura organizacional, es decir la escala valorativa que se le puede dar al control prenatal realizado por profesionales de centros de salud y el clima organizacional se pone de la mano a trabajar este punto. Pues se ha demostrado que existen componentes interactuantes y dinámicos que juegan un papel crucial para el logro de las dimensiones de la calidad en el control prenatal, el primero y más dinámico es el clima organizacional y el segundo que da cimientos es la cultura organizacional. En Estados Unidos, en adolescentes gestantes se ha encontrado aceptabilidad en materiales educativos como literatura (98%), espacios audiovisuales (39.2%) y clases (61.4%)⁽⁶⁷⁾. Aunque este componente educativo es un poco duro de usar en la atención médica, pues se ha demostrado que algunos médicos permanecen reacios a dar explicaciones en la consulta⁽⁶⁸⁾. Debido a que en la mayoría de los casos los profesionales se centran de forma exclusiva en aspectos somáticos y cuidados puntuales. Además de barreras por problemas con la organización de los servicios y

barreras culturales (OR: 2.9 veces)⁽⁶⁸⁾. Una de las razones sería la falta de efectividad de las actividades de educación continua de los programas habituales de las instituciones de salud para los profesionales⁽⁶⁹⁾.

Los profesionales del primer nivel de atención no utilizan de forma completa y con buen juicio todo lo que el sistema informático perinatal les brinda, prueba de ello es que hay un grupo de profesionales que no lee o utiliza el manual de normas y procedimientos, o sus complementos donde los principios del control prenatal están plasmados. Este carné perinatal es considerado como un elemento distractor en algún momento, por la dificultad en registrar todos los ítems, esto se encontró en las entrevistas cualitativas, es muy poco el porcentaje de utilidad que se encuentra en el carné Perinatal. Queda reflejado también que no hay conexión de las actividades realizadas en los hospitales con los del centro de salud, sobre todo en salud materna perinatal.

[...] "Lo que pasa es que no lo llenamos correctamente (el carné perinatal), tampoco lo usamos, nadie se pone a usarlo, creo que, no sé si en algunos hospitales realmente lo vaciarán en su base de datos, si lo tendrán, harán trabajos de eso, no lo sé, o nos cansamos por gusto, llenar todos los cuadraditos, no sabemos. Porque acá en el centro de salud, no tenemos una base de datos, o sea, no nos sirve a nosotros, solamente para ver en el momento, aumento de peso, crecimiento del útero, para nosotros, o sea, como algo, lo que siempre en todas las tarjetas que hemos manejado, pero que después, o sea, que tengamos una base de datos y después hagamos un trabajo o algo con eso; No para nada." [...]

[...] "Claro, es que, lo llenamos por rutina, por ejemplo, nosotros llenamos las dos: la tarjeta que va con la paciente y la historia Perinatal, que queda en la historia clínica; porque nos exigen y más nos pasamos en llenarlo. Tienes que llenar la Perinatal, tienes que llenar la historia clínica, tengo que llenar un cuaderno de seguimiento, tengo que llenar las recetas del SIS, con todas sus cosas, viene el primer control, pase la receta y tengo que llenar la batería de laboratorio, tengo que llenar las dos hojas del sistema SIS, adelante y detrás, sellarlos firmarlos, sabes que es un laberinto. Más me demoraré, como cuarenta minutos a una hora con la paciente, pero escribiendo, ¿no? Al final termino cansada, pero de escribir." [...]

Entrevista p-02

En Estados Unidos, se ha encontrado que una de las razones de barreras para dar en las consultas es la falta de tiempo, la ausencia de incentivo económico, y la inexistencia de un entrenamiento profesional específico⁽⁷⁰⁾. En las encuestas realizadas a las usuarias se observó que el 55.7% indicaba que el tiempo de espera es inadecuado, los profesionales perciben un 33.3% de tiempo de espera inadecuado. En México, la opinión sobre el tiempo

de espera fue menos favorable conforme el trato observado fue más inadecuado⁽⁶⁹⁾. Este elemento de la dimensión accesibilidad, también es percibido e identificado en las entrevistas a profundidad, los profesionales indican que la principal queja que un paciente tiene es el tiempo de espera.

[...] "O sea, las quejas en sí, es por el tiempo de espera, esa es la principal queja, pero del servicio propiamente, no." [...]

Entrevista p-05

[...] "Sí, es bueno, pero a veces, nada más, la mayoría no nos gusta, uno hace cola desde temprano, porque vienen a atender desde las ocho y diez, recién están entrando, ocho y media, recién a veces están atendiendo, eso. Otras personas vienen, se zampan a la cola, eso nomás, más que todo, no vienen a la hora exacta, ya que no hay quien les controle. Sí, por eso. Enantes también se estaban quejando, nadie les controla, por eso, desde temprano. Por eso es que la hora se les va. La mayoría de las personas se quejan de eso..." "...Que halla un personal que dirija la asistencia de todos. Que vengan hora exacta, si haya atención hora exacta, no la hora que se les da la gana. Vienen pues, tarde, uno hace cola desde las siete, siete y media y ahora hace frío, demasiado, más que todo los que tienen bebé. A veces cuando están con resfrío, uno tiene que sacarlo al frío, para qué, para hacer cola, uno llega temprano. En verano, igual teníamos que venir temprano a hacer cola." [...]

Entrevista u-01

Definitivamente el Seguro Integral de Salud (SIS) ha servido para poder mejorar la accesibilidad en todos los sentidos, pero más específicamente la accesibilidad de tipo económica, pues esa es la labor de las instituciones estudiadas aquí, establecimientos del primer nivel de atención y sobre todo las gestantes. Los profesionales identifican que verdaderamente el SIS ha permitido mejorar las coberturas de atención, privilegiando a los que menos tienen.

A pesar que el SIS busca la universalización de los servicios de salud⁽⁵¹⁾, es decir que todos tengan acceso a los servicios, sin exclusión, esta se ha manejado en un inicio de forma un tanto desordenada, fue percibida por los profesionales primero y luego los pacientes lo perciben en las actividades administrativas que este seguro conlleva para poder ser operativizado, tanto así que aun se tienen errores en la adecuada utilización del seguro, errores que esta costando mucho a los prestadores de salud y administrativos en mejorarla. Además la adecuada devolución de los recursos esta siendo muy lenta desde los fondos programados a la parte operativa, que ya se están cumpliendo algunos centros con desabastecimientos de algunos implementos.

[...] "No, hasta el año pasado, era pues, que era por el seguro del SIS, que toda gestante automáticamente las afiliábamos. Eso era por norma del SIS. Bueno la asistente social cumplía pues con lo que les indican, pues: ¿A todas? Todas pasaban por el SIS, inclusive cuando teníamos reunión en la red Santa Rosa, el director a veces también se quejaba: "...vienen acá con su Cherokee, a su cuatro por cuatro, bien a la cadena de oro, no puede ser..", El director del hospital decía. "...va llegar un momento que no vamos a tener ni recursos, con qué vamos a comprar el algodón, las gasas..." Más bien ahora todo ha cambiado, a partir de este año cambio, ya no todas tienen acceso al SIS." [...]

Entrevista p-03

Este elemento que es tan provechoso para lograr la satisfacción del cliente, no está siendo adecuadamente mantenido, prueba de ello, son las percepciones de los profesionales que a diario tienen que atender en lugares no muy cómodos.

[...] "Si hacemos una comparación en cuanto al ambiente, hay muchas limitaciones. Como podrás observar, no hay una privacidad, lo cual es muy mortificante para la gestante, para la gestante sobre todo. Por ejemplo, no contamos con un baño apropiado donde ellas se puedan cambiar, ellas, necesariamente lo hacen detrás del biombo, pero ellas lo hacen avergonzadas." [...]

Entrevista p-05

Con respecto a la satisfacción del cliente, encontramos que las usuarias tienen elementos muy significativos para determinar su satisfacción, el percibir cambios en su estado de salud (76.6% adecuado), el ser escuchada (95% adecuado), forma de responder por el profesional (75% adecuado), son indicativos de esta dimensión en los controles prenatales de primer nivel de atención. En el estudio cualitativo se encontró que los profesionales identifican más algunos elementos que están en juego para la concreción de la satisfacción del usuario, estos tienen mucho que ver con la variedad de servicios que pueden prestar, es más indican que este es la única forma de lograr adhesión a las consultas prenatales y a las consultas postnatales luego

[...] "Entrevistador : ¿Cuáles serían los puntos buenos por los cuales hay aumento en la demanda de gestantes?

Entrevistada : De que damos una atención integral, porque en el hospital no se le da en nutrición, el seguimiento a las pacientes anémicas, porque ellas hacen visitas a domicilio, también hacen charlas demostrativas como deben preparar los alimentos ricos en fierro para la degustación entonces se refleja en las de bajos recursos, el seguimiento de las pacientes en nutrición y ellas a veces se quedan admiradas, las pacientes que llegan del hospital, así no

me explica como acá en el centro de salud, ¿no? Y agradecen, que tengamos también los talleres de estimulación prenatal, Psicoprofilaxis..." "...Claro, y vienen, tenemos entre treinta a veinticinco pacientes, que algunas vienen con su pareja a las reuniones. El que uno se preocupe por ellas cuando las vamos a visitar y también la calidez. ¿Qué será?, Como uno a diario, uno ya las conoce y a veces ellas han compartido conmigo sus problemas, sus cosas y entonces trato de facilitarles para la atención, igual cuando después ya dan a luz y vienen para la atención." [...]

Entrevista p-04

Con respecto a la dimensión comodidad, no es muy buena, en las encuestas realizada a las usuarias, se encontró que un 33.6% percibía una comodidad inadecuada, (en el ambiente del consultorio en un 34.3% y el tiempo de la consulta, con un 38.6% de percepción inadecuada). En el estudio cualitativo, se encontró que la comodidad es percibida por los profesionales en la atención prenatal, pero esta dimensión, es muy difícil de presentarse cabalmente, puesto que el mantener un servicio con todas las comodidades demandan recursos, recursos que en cuestión de Ministerio de Salud, son manejados de la forma más racionalmente posible, a través de prioridades.

Con respecto a la dimensión continuidad, los datos obtenidos nos indican que en promedio las que terminarán en parto eutócico, presentarán 6 controles prenatales, similar a las que serán cesareadas por distócia de presentación y por Preeclampsia, Eclampsia (Figura 13), el comportamiento encontrado en las que culminaron con parto eutócico por trimestre fue en promedio ningún control en el primer trimestre, uno en el segundo y tres en el tercero, este comportamiento fue similar a las que fueron cesareadas por sufrimiento fetal agudo. El estudio cualitativo indicó en los profesionales manifiestan que esta dimensión si está adecuadamente implementada, pues gracias al Seguro Integral, se puede lograr mejores coberturas de controles prenatales, es más en algunos casos estos elementos son mayores a lo estipulado, pudiendo generarse excesos en los gastos de atención, esto podría congestionar en algunas pacientes más atenciones de lo que el SIS estipula y puede ser una de las razones por la cual, las cifras no son similares entre los diagnósticos y los esquemas de atención.

[...] "Ah, en ese aspecto, hoy sí. La gente puede tener hasta nueve a diez controles, hasta trece controles, o sea, tal vez, con la gratuidad de esta, que tiene la paciente, pero lo que sí ha aumentado es la aceptación, o sea, el aumento, o sea, yo antes más veía pacientes de planificación familiar que gestantes." [...]

Entrevista p-01

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, es considerada clima organizacional. Este clima presenta características que forman un sistema interdependiente altamente dinámico. Entre ellos tenemos la estructura del clima organizacional, representada por las percepciones que tienen los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites, normas, obstáculos y otras limitaciones que se ven enfrentados en el desempeño de su labor.

Actualmente en los controles prenatales de centros de salud de Lima Ciudad, se enfrentan organizacionalmente a un elemento muy burocratizado, esto es a las actividades realizadas por el Seguro Integral de Salud, este seguro ha llevado a que los establecimientos de salud, cambien en muy poco tiempo y con una indebida política de comunicación las actividades que los profesionales tienen que realizar en los controles prenatales a nivel administrativo, llevándolos en muchos casos a la confusión o sobredimensión de las actividades a realizar en el control. Esta política de comunicación no adecuada, llega a los profesionales que indebidamente exponen a las usuarias del sistema a cambios constantes que perjudican en muy buena medida los esfuerzos que el seguro y el establecimiento quieren realizar, repercutiendo así en las actividades que tienen que realizar los profesionales directamente con las pacientes. Se ha encontrado conflictos entre profesionales y entre directivos, que repercuten ciertamente en la atención a los pacientes, esto es más reflejado por una necesidad de poder que tienen los profesionales en ocupar cargos y tener distinciones a nivel de jerarquía, ocasionando roces entre grupos de trabajo.

[...] "Porque la Obstetrix me dijo: "...Tú el otro mes ya te tienen que transferir al hospital..." Ya, yo vine, a esa cita, pedí mi papel de transferencia para que la Obstetrix, me solicite. Justo se había ido de vacaciones. Vine, me mandaron al fondo, en Planificación Familiar, entonces ahí la doctora me hizo preguntas y después, ten el papel de transferencia. No me transfirió. ¿Por qué? "...Yo no se nada (me decía), yo no se con quien te estas atendiendo...", encima, de las pastillas que nos dan, me dijo: "...esto tienes que tomar antes del desayuno...", Ya, así me tomaba antes del desayuno, y me llegó a chocar la barriga, me dolía bien feo, hasta vine una vez, de emergencia acá. De ahí, después cuando regresó la otra Obstetrix, le conté, así me ha pasado, por eso he dejado de tomar mis pastillas. "...¡No! Me dice, eso tienes que tomarlo después del desayuno, no antes. Porque si no, te choca...", me dijo. Así me ha dicho la Obstetrix de al fondo. "...bueno habrá sido su error, o ¿que será, pues?..." me dijo. Yo no quiero que me manden allá, yo quisiera venir acá. "...Ya...", me dijo. "... Después, cuando vienes para tu control, pides conmigo nomás, yo te voy a atender...", por eso ahora, cuando vengo a Planificación Familiar, entro acá.

Si me controló, pero no era como acá. Acá la Obstetrix si tiene paciencia, en cambio la del afondo, para renegando. Justo cuando me tocaba allá, se salió, se fue y regresó después de media hora, recién me atendió, y no era así de confianza, para preguntarle varias cosas. En cambio acá la Obstetrix, si le preguntaba todo, ¿Cómo es esto? o esto me esta chocando, ¿A mi no me choca, a mi esposo le está chocando? "...eso es normal..." me decía. Así yo le decía a ella, de confianza, pero allá. No, no podía, esa confianza no era igual." [...]

Entrevista u-01

Estas discrepancias son más encaminadas a la obtención de poder dentro del grupo en los centros de salud, pero en personas comprometidas en sus acciones y que saben cuales son sus actividades, esta discrepancia no es notada por las pacientes, o profesionales, es decir, muchas veces hay problemas en la responsabilidad de la organización del control prenatal, pero es más, en personas no comprometidas y que tienen problemas personales con miembros del grupo de trabajo o cuando desean algún tipo de poder en la organización.

La cooperación es una de las características del clima organizacional, este es el sentimiento de los miembros de la organización sobre la existencia de espíritu de ayuda de parte de los directivos y de otros empleados del grupo, se pone énfasis en el apoyo mutuo tanto vertical como horizontal.

En los centros de salud de Lima Ciudad, la cooperación no es buena para lograr una adecuada calidad del control prenatal, esto es percibida por los miembros del grupo de trabajo, pues identifican que no todos los trabajadores están dispuestos a lograr los objetivos del control.

[...] "Entrevistada: Teóricamente la misión es brindar una calidad de atención, una buena calidad de atención en una madre gestante, pero siempre hay, no es óptima.

Entrevistador: Ya, ¿Por qué me dice que no es óptima?

Entrevistada: Porque hay varios factores, hay varios factores que los impiden, por eso.

Entrevistador: ¿Cómo por ejemplo, Cuál?

Entrevistada: De parte del profesional, no todas están, ¿este?. No todos se ponen la camiseta, ni tienen ese carisma de la responsabilidad de la atención, de dar una buena atención, te dejan pasar muchas cosas, y a pesar de que se dice, trabajar en equipo, no es así." [...]

Entrevista p-02

[...] "Asistenciales y administrativas. Si, y ahí se descuida al paciente, después en la persona que da la bienvenida, a la paciente, también, a veces hay demora en la consulta, por el triaje, ahora por ejemplo adolecemos de personal técnico, y hay un servicio de triaje que no trabaja

eficientemente, a pesar de que ese es su trabajo diario, y la gente, la mayoría de las técnicas, ya son personas de mayor edad, adultas mayores, como que están en una etapa de menopaúsicas, premenopaúsicas, en que les afecta el trabajo, no hay calidez en todas ellas en la atención." [...]

Entrevista p-02

Esta característica si se ve reflejada en los pacientes, aunado a la burocratización de las actividades, la falta de comunicación adecuada de los cambios en las normas del seguro integral de salud, y los conflictos personales por las cuotas de poder que presentan los profesionales, se agudizan en las actividades del control prenatal y hace que la accesibilidad no logre su función, la satisfacción del cliente y la eficacia y eficiencia no se logren cabalmente.

Cultura Organizacional es el patrón de conductas o modos de comportarse, creencias de mutua conformidad con las actividades prestadas, principios fundamentales originados por los miembros que la componen y valores o aptitudes compartidos por los miembros de la organización, que les dan impulso y significado a las actividades que realizan. Se ha encontrado en España, que las expectativas del trabajador están en la satisfacción personal, sentido de pertenencia e identificación institucional, la motivación, el auto desarrollo y las cargas de trabajo. Las expectativas de los pacientes, están en la accesibilidad social, tiempos de espera, servicios de información y educación⁽³⁰⁾.

Uno de los elementos más saltantes que los profesionales de salud en los controles prenatales sienten, son los valores que la organización tiene, lamentablemente con respecto a su mutua creencia es pobre y muy mala, pues se percibe un ambiente de disvalor, en el trabajo, sobre todo el brindar seguridad, tanto a los profesionales como a los pacientes, pero es más marcado entre los miembros de la organización, no hay una convicción de bien común, generalmente este es opacado por el sentido de oportunidad entre los miembros.

[...] "No, no tengo una silla cómoda, a pesar de haber pedido, el mobiliario que tenemos es viejo, desde que llegué lo encontré. Yo tuve que hacer, tuve que organizar una rifa, para poder comprar un armario a Psicoprofilaxis, porque ya me sé la lección de que no hay dinero; y se perdió la grabadora que nos compraron, o sea después de 16 años el jefe nuevo que llegó, sustente la necesidad; y me compró la grabadora y en la tarde la serumista le robaron la grabadora, es que no teníamos un armario con llave, y tuvieron que pagar la grabadora hizo pagar el doctor, comprar otra nueva con el vigilante que estaba en ese tiempo y tuvimos que hacer una actividad para poder comprar un armario que tenemos abajo, y eso tampoco

debe ser. ¿No? No, así no se siente para dar bienestar. Sí. Y esta vez, para implementarlo sí, con algunas cositas que vamos pidiendo colaboración." [...]

Entrevista p-02

Mientras que al definir como debería ser la calidad del control prenatal, este entorno de disvalor cambia a conceptos técnicos y de trato humano, muy diferentes al clima en el cual se encuentran inmersos, e incluso utópico, pues muchas de estas características deseadas, sólo son posibles con el apoyo de todos los miembros de la organización.

[...] "Ah, la calidad, para mí, con respecto al centro de salud, que sea una atención integral, que sea valorar todo, una parte emocional, una parte clínica una parte social inclusive. Y mirándolo desde ese punto de vista, guiar al paciente, un control de que debe hacer a largo plazo o a un corto plazo, debería, que sea bueno, y que tenga una buena experiencia para ella, ¿no?." [...]

Entrevista p-01

Definitivamente para que exista un patrón regular de conducta en las actividades del control prenatal, tienen que salir de una decisión política por parte de los directivos de cada institución, pues en otro establecimiento se observó que gracias a la decisión política, las actividades y por ende los esquemas de atención son reguladas desde la dirección del centro de salud.

[...] "Lo que es así también, o sea, cada profesional acá en el centro de salud tiene que tener quince atenciones como mínimo, ¿Para qué? Para que gente tenga trabajo, seas nombrado o contratado, tienes que tener quince pacientes, antes eran veinte, pero eso depende del médico jefe, el médico jefe acá, ha querido que demos a los pacientes más calidad que cantidad, entonces ellos han visto en una reunión, que todos van a atender quince, o sea yo no me puedo pasar, todos tenemos nuestros tickets" [...]

Entrevista p-03

La falta de autoridad desde los directivos de la política, cubre varios aspectos de la cultura organizacional, la escasez de recursos, la falta de una política de comunicación adecuada, el clima inadecuado en el cual se ofrece los servicios de salud, aunado a una política de disvalores, ocasiona que los profesionales traten de ser competentes por sus propios medios, sin necesidad de pedir apoyo a las direcciones respectivas, más que nada como un elemento enteramente personal.

[...] "La coordinadora, pero tampoco hay presupuesto para capacitación, todo está restringido o sea a nivel de DISA, ¿no?, Todo es en forma personal, cuando lo hemos hecho, las capacitaciones que hemos acudido han sido de forma personal. Es que de repente las necesidades son personales, y no todos tenemos la misma intención, por ejemplo a mí, me gusta estar capacitándome, todos los años, yo me capacito, voy a cursos, a todos los cursos que puedo ir, voy." [...]

Entrevista p-06

Las dimensiones que influyen en la calidad de los controles prenatales fueron la capacidad del profesional, la accesibilidad, la satisfacción del cliente, la continuidad y las comodidades. Con respecto a la eficacia, esta no es buena, puede ser vista desde las consultas prenatales o el tipo de parto que tuvo la paciente. El promedio de controles prenatales que presentan las mujeres con control prenatal adecuado es de 9, y en las que presentan control prenatal inadecuado es de 5. Los resultados también nos indican que con seis consultas prenatales, más de la mitad terminarán en parto eutócico, el otro grupo terminará con partos distócicos y la preferencia en parto por cesárea, muchos de los diagnósticos de cesárea encontrados, no pueden ser prevenidos en los controles prenatales, como es el caso del sufrimiento fetal agudo, la distocia de presentación o el parto en presentaciones anómalas. Pero si hay diagnósticos que pueden ser prevenidos, no del todo, pero si en un grupo de ellos, como es el caso del oligohidramnios, macrosmia, la Preeclampsia o la Eclampsia. Sólo es cuestión de fijarlo bajo otro punto de vista en el control prenatal. Definitivamente los profesionales en la atención del control prenatal conocen lo ideal de este, desde el punto de vista de la calidad, pero son contradecidos con las actividades que realizan, las políticas impuestas y los estándares a llegar, pues es considerado como un ideal no muy alcanzable.

[...] "La preparación del profesional, que esté suficientemente capacitado, que brinde calidez, información, que sea claro en su lenguaje que haya una buena comunicación entre la paciente y el profesional, el ambiente adecuado también debe estar limpio, ordenado, el personal técnico también debe estar capacitado y como debe recibir a la paciente, debe dársele una atención integral, física y emocional también y para que se sientan cómodas, darle bienestar en la consulta, y también la forma en como se recibe a la paciente, pues son personas más susceptibles, las gestantes." [...]

Entrevista p-04

CONCLUSIONES

En los controles prenatales de centros de salud del primer nivel de atención de Lima, las dimensiones adecuadas fueron la accesibilidad, seguridad y competencia profesional. Las dimensiones inadecuadas fueron la capacidad del profesional, eficacia, satisfacción del cliente, eficiencia, continuidad y comodidades.

En los estudios sobre los controles prenatales de Centros de Salud de Lima Ciudad se ha encontrado similitudes en la influencia de la calidad del control prenatal en la capacidad profesional, accesibilidad, satisfacción del cliente, continuidad y comodidades.

Se ha observado que los patrones eficacia, eficiencia y seguridad son privativos a los esquemas cuantitativos y las dimensiones clima organizacional y cultura organizacional son hallazgos de los esquemas cualitativos.

RECOMENDACIONES

- ◆ Realizar estudios con mayor número de pacientes, sobre todo hasta la observación de los resultados finales maternos y perinatales.
- ◆ Realizar estudios cuantitativos que tomen como variables las dimensiones clima organizacional y cultura organizacional con la finalidad de poder medir su influencia en los controles prenatales de centros de salud.
- ◆ Realizar estudios comparativos con controle prenatales en otras regiones, tal es el caso del control prenatal de centro de salud de la sierra o la selva.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Estándares de calidad para el primer nivel de atención. DGSP-MINSA. 2002
2. Morris M, Gambone J. Mejoramiento continuo en la atención médica. Clin. Obstet. Ginecol. 1994;1: 127-136.
3. Ministerio de Salud. Propuesta Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012 y Fundamentos para el Plan estratégico sectorial del quinquenio Agosto 2001-Julio 2006. [en línea] URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/ocom/lineamientos/Lineamientos7.pdf> Acceso 30 de mayo del 2004.
4. Loeguering L, Reiter R, Gambone J. Valoración de la calidad en la atención Médica. Clin. Obstet. Ginecol. 1994;1: 113-125.
5. Chassin M, Galvin R, et. al. La urgente necesidad de mejorar la calidad asistencial. JAMA(ed esp) 1999(8)3:128-136.
6. Kotelchuck M. An evaluation of the kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. Am J Public Health. 1994;84(9)1414-1420.
7. Schwarcz R, Fescina y col. Obstetricia. 5° edic. edit. Manual Moderno. Argentina 1995:147-159.
8. Cunningham G, McDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L. Williams Obstetricia. 4° edic. Edit. Másson. 1996:241-258.
9. Haas J, Berman S, Goldberg A, Lee L, Cook E. Prenatal hospitalization and compliance with guidelines for prenatal care. Am J Public Health 1996;86(6)815-19.
10. Vintzielos A, Ananth C, Smulian J, Scorza W, Knuppel R. The impact of prenatal care in the United States on preterm births in the presence and absence of antenatla high-risk conditions. Am J Obstet Gynecol 2002;187:1254-7.
11. Dye T, Wojtowycz M, Applegate M, Aubry R. Women's Willingness to share information and participation in prenatal care systems. Am J Epidemiol 2002;156:286-91.
12. Sable M, Herman A. The relationship between prenatal heath behavior advice and low birth weight. Public Health Reports 1997;112:332-339.
13. Katz S, Armstrong R, LoGerfo J. The adequacy of prenatal care and incidence of low birthweight among the poor in. Am J Public Health 1994;84:986-991.
14. Sanchez-Perez H, Ochoa-Diaz H, García-Gil M, Martin-Mateo M. Bienestar social y servicios de salud en la región fraylesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal. Salud Publica Mex. 1997;39:530-38
15. Haas J, Orav E, Goldman L. The relationship between physicians' qualifications and esperience and the adequacy of prenatal care and low birthweight. Am J Public Health 1995;85:1087-1091.
16. Pasmíño de Osorio S, Máshta F, Perdomo C, Torres L, Rojas J, Arturo M, Zambrano L, et al. La calidad del control prenatal como garantía de salud de las madres y recién nacidos. [en línea] URL disponible en: http://www.encolombia.com/go_calidad_control.htm. Acceso 20 de Marzo del 2003.
17. Bailon E. Seguimiento del embarazo en atención primaria. Semergen 2000;26:537-49.
18. Martínez-González L, Reyes-Frausto S, García-Peña MC. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Mex 1996;38:341-351.
19. Sandoval A, Andrade M, Cordero G, Bravo M. Calidad del proceso de la información en atención prenatal. Rev. Med. IMSS (Méx) 1996;34(2):165-8.

20. Guerrero H, Flores A, Ponce C, Ríos L. Utilizando nuevos protocolos para mejorar la calidad de los controles prenatales: un cuasiexperimento en Ica. 1997
21. Villar J, Baaquel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Belizan M, Farnot U, Al-Mazrou Y, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001;357:1551
22. Gifford B. Quality care in a Medicaid Managed care program: adequacy of prenatal care for teens in Chicago. *Public Health Nursing* 2001;18:236-242.
23. Bronfman-Pertsovsky M, Lopez-Moreno S, Maguis-Rodriguez, Moreno-Altamirano A, Rutsteins S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Publica Mex.* 2003;45:445-54.
24. Hellerstedt W, Pirie P, Lando H, Curry S, McBride C, Grothaus L, Nelson J. Differences in preconceptional and prenatal behaviors in women with intended and unintended pregnancies. *Am J Public Health* 1998;88:663-666.
25. Spring M, Ross P, Etkin N, Deinard A. Sociocultural factors in the use of prenatal care by Hmong women, Minneapolis. *Am J Public Health* 1995;85:1015-7.
26. Fernandez J, Alvarez R, Del Río L, Ortega M, Ortega P. Seguimiento del embarazo en atención primaria. garantía de calidad del sistema de registro. *Semergen* 2000;24(8) 609-613
27. Medoza M, Sanchez B, García M, Avila H. Morbilidad percibida y control prenatal. estudio de campo. *Perinatol Reprod Hum* 2002;16:26-34.
28. Martinez A, VanDick A, Nápoles F, Robles J, Ramos A, Villaseñor I. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. *Cad. Saúde Pública* 1996;12(3)
29. Alexander G, Tompkins M, Petersen D, Weiss J. Source of bias in prenatal care utilization indices: implications for evaluating the Medicaid expansion. *Am J Public Health* 1991;81:1013-16.
30. Vega-Vega G, Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar. *Salud Publica Mex.* 1993;35:283-7.
31. Sandoval A, Andrade M, Cordero G, Bravo M. Calidad del proceso de la información en atención prenatal. *Rev. Med. IMSS (Méx)* 1996;34(2):165-8.
32. Goberna J, García P, Galvez M. Evaluación de la calidad de la atención prenatal. Atención primaria. 1996;18:75-8
33. Alexander G, Kotelchuck M. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. *Public Health Reports* 1996;111:408-18.
34. Simpson L, Korenbrot C, Greene J. Outcome of enhanced prenatal services for Medicaid-eligible women in public and private settings. *Public Health Reports* 1997;112:122-32.
35. Hemminki E, Sihvo S, Forssas E, Koponen P, Kosunen E, Perala M. The role of gynaecologist in women's health care-women's view. *Inter J Quality Health Care* 1998;109-64
36. Minkovitz C, Duggan A, Wilson M. Managed care, reimbursement structure, and access to prenatal social services. *Women's health issues* 1999;9:231-240
37. Juncadella B. Prenatal care to future citizens. *Current surgery* 2000;01:161
38. Yu S, Alexander G, Schwalberg R, Kogan M. Prenatal care use among selected asian american groups. *Am J Public Health* 2001;91:1865-1868.
39. Joyce T, Bauer T, Minkoff H, Kaestner R. Welfare reform and the perinatal health and health care use of latino women in california, New York City and Texas. *Am J Public Health* 2001;91:1857-1864
40. Alexander G, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges and directions for future research. *Public Health Report* 2001;116:306-316

41. Ticona M, Huanco D. Mortalidad perinatal Hospital Hipólito Unanue de Tacna 1992-1996. *Fronteras en Medicina* 1997;5(2): 87-96.
42. Jaramillo A, Palomino A, Pasmíño de Osorio S, Pinzón F. Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud de Popayán. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*. 2002 vol 51 num 3. [en línea] URL disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/ginecologia/obste52101-mejoramiento.htm>. Acceso 28 de Marzo del 2004
43. Seclen-Palacín J, Jacoby E, Benavides B, Novara V, Velásquez V, Watanabe E, Arroyo C. Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del proyecto 2000. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2003;3(4).
44. Benavides B. ¿Por qué se reduce tan lentamente la mortalidad materna en el Perú? Balance y desafíos. [en línea] URL disponible en: <http://www.proyecto2000.org/pdf/MORTB.BC.pdf>. Acceso 22 de febrero del 2003
45. Teorías sobre la calidad. [en línea] URL disponible en: <http://www.geocities.com/gehg48/TeoriasConclusion.htm>. Acceso 28 de Marzo del 2004
46. Family Care International. Servicios de salud materna de buena calidad. [en línea] URL disponible en: http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_maternal_health.htm. Acceso 24 de Marzo del 2004
47. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. Cap 9 Salud Materno-Infantil. Perú 2000:125-130
48. Ministerio de Salud. Aprueban directiva que regula los pagos por prestaciones del seguro integral de salud a los establecimientos prestadores de salud. Resolución Ministerial N°727-2003-SA/DM. Normas Legales. Diario el Peruano. Domingo 29 de Junio del 2003
49. Ministerio de salud. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. DGSP. 2004 [línea] URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/AOE/aoe-guiasnacionales.asp>. Acceso 27 de Febrero del 2005
50. Schwarcz R, Díaz A, Fescina R, DeMuncio B, Belitzky R, Delgado L. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. *Pub. Cientif.* 1321.01 CLAP OPS-OMS.1992
51. Díaz A, Schwarcz R, Díaz J, Simini F, Giacomini H, et al. Sistema informático perinatal. *Pub Cientif* 1204 CLAP- OPS-OMS. 1990.
52. Bustos P, Miranda M, Peralta R. Clima Organizacional. [en línea] URL disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/clio.htm>. Acceso 27 de Febrero del 2005
53. Castillo C. Cultura y Clima Organizacional. [en línea] URL disponible en: <http://www.rppnet.com.ar/culturaorganizacional.htm>. Acceso 27 de Febrero del 2005
54. DiPrete L, Miller L, Rafeh N, Hatzell T. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. 2° Edic. Serie perfeccionamiento de la metodología de garantía de calidad. USAID. [en línea] URL disponible en: <http://www.gaproject.org/pubs/PDFs/M1.pdf> Acceso 30 de Julio del 2004
55. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Educación y Salud ENDES 1996.
56. Raydel A, Pagés D, Hernandez J, Dominguez A, Crespo T, Suárez R. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1998;24(2):80-5 [en línea] URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol24_2_98/gin04298.htm. acceso 9 de junio del 2001.

57. Girón M, Beviá B, Medina E, Simón M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales Rev Esp Salud publica 2002;76:561-575.
58. Távora L. Como lograr una maternidad segura en el Perú. Rev. Ginecol Obstet (Perú)2001;47(1)11.
59. FCI. Servicios de salud materna de buena calidad. [en línea] URL disponible en http://www.safemotherhood.org/fact_and_figures/spanish/s_maternal_health.htm. acceso 15 de marzo del 2001.
60. Organización Mundial de la salud. [en línea] URL disponible en: http://www.int/reproductive-health/publications/Spanish_HRP_ITT_96_5.en.html. Acceso 19 de junio del 2003
61. Hernandez J, Alvarez R, Del Río L, Ortega M, Ortega P. Seguimiento del embarazo en atención primaria. Garantía de calidad del sistema de registro. Semergen 1996; 24(8): 609-13.
62. Lejeune V, Chaplet M, Carbone B, Jannet D, Milliez M. Precarity and pregnancy in París. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999;83:27-30
63. Universidad Católica de Chile [en línea] URL disponible en: http://escuela.med.puc.cl/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.html. Acceso 28 de octubre del 1998.
64. Gifford B. Quality care in a Medicaid managed of prenatal care for teens in Chicago. Public Health Nursing 2001;18(4):240.
65. Delvaux T, Buckens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to parental care in Europe. Am J Prev Med 2001;21(1)56.
66. The Lancet (editorial) La salud es difícil de vender. The Lancet 1998;351:687

Estudio sobre registro adecuado del Carné Perinatal

ANEXO 1: HOJA DE REGISTRO

Análisis de los datos registrados en el Carné Perinatal pertenecientes a gestantes que se controlaron en Centros de Salud de la Periferia de Lima

Edad de la Paciente:_____ N° controles Prenatales:_____ Distrito:_____

I PARTE: CARA INTERNA DEL CARNÉ PERINATAL:

DATOS DE FILIACION:

En cuanto a los datos estipulados en el área de Filiación, determinar si los recuadros enunciados en adelante se encuentran en algunas de estas categorías, marcar la letra (a) si el recuadro está correctamente llenado, (b) si tiene enmendaduras, (c) si no está registrado y (d) si está registrado de forma inapropiada.

NOMBRE	(a)	(b)	(c)	(d)
DOMICILIO	(a)	(b)	(c)	(d)
LOCALIDAD/ DISTRITO	(a)	(b)	(c)	(d)
TELEFONO	(a)	(b)	(c)	(d)
EDAD	(a)	(b)	(c)	(d)
EDAD <15 Y >35	(a)	(b)	(c)	(d)
ALFABETA	(a)	(b)	(c)	(d)
ESTUDIOS	(a)	(b)	(c)	(d)
ESTADO CIVIL	(a)	(b)	(c)	(d)

ANTECEDENTES:

En cuanto a los datos estipulados en el área de Antecedentes, determinar si los recuadros enunciados en adelante se encuentran en algunas de estas categorías, marcar la letra (a) si el recuadro está correctamente llenado, (b) si tiene enmendaduras, (c) si no está registrado y (d) si está registrado de forma inapropiada.

ANTECEDENTES FAMILIAR	(a)	(b)	(c)	(d)
ANTECEDENTES PERSONALES	(a)	(b)	(c)	(d)

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

En cuanto a los datos estipulados en el área de Antecedentes Obstétricos, determinar si los recuadros enunciados en adelante se encuentran en algunas de estas categorías, marcar la letra (a) si el recuadro está correctamente llenado, (b) si tiene enmendaduras, (c) si no está registrado y (d) si está registrado de forma inapropiada.

GESTAS	(a)	(b)	(c)	(d)
ABORTOS	(a)	(b)	(c)	(d)
VAGINALES	(a)	(b)	(c)	(d)
NACIDOS VIVOS	(a)	(b)	(c)	(d)
VIVEN	(a)	(b)	(c)	(d)
NINGUNO O MÁS DE 3 PARTOS	(a)	(b)	(c)	(d)
ALGUN RECIEN NACIDO MENOR A 2500 g	(a)	(b)	(c)	(d)
GEMELARES	(a)	(b)	(c)	(d)
PARTOS	(a)	(b)	(c)	(d)
CESAREAS	(a)	(b)	(c)	(d)
NACIDOS MUERTOS	(a)	(b)	(c)	(d)
MUERTOS 1° SEMANA	(a)	(b)	(c)	(d)

DESPUES DE 1° SEMANA	(a)	(b)	(c)	(d)
FIN ANTERIOR EMBARAZO	(a)	(b)	(c)	(d)
RECIEN NACIDO CON MAYOR PESO	(a)	(b)	(c)	(d)

ESTADO NUTRICIONAL:

En cuanto a los datos estipulados en el área de Estado Nutricional, determinar si los recuadros enunciados en adelante se encuentran en algunas de estas categorías, marcar la letra (a) si el recuadro está correctamente llenado, (b) si tiene enmendaduras, (c) si no está registrado y (d) si está registrado de forma inapropiada.

PESO ANTERIOR	(a)	(b)	(c)	(d)
TALLA	(a)	(b)	(c)	(d)

EMBARAZO ACTUAL:

En cuanto a los datos estipulados en el área de Embarazo Actual, determinar si los recuadros enunciados en adelante se encuentran en algunas de estas categorías, marcar la letra (a) si el recuadro está correctamente llenado, (b) si tiene enmendaduras, (c) si no está registrado y (d) si está registrado de forma inapropiada.

FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION (FUM)	(a)	(b)	(c)	(d)
FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)	(a)	(b)	(c)	(d)
DUDAS	(a)	(b)	(c)	(d)
ANTITETANICA PREVIA	(a)	(b)	(c)	(d)
ANTITETANICA ACTUAL	(a)	(b)	(c)	(d)
GRUPO Y FACTOR Rh	(a)	(b)	(c)	(d)
SENSIBILIDAD	(a)	(b)	(c)	(d)
FUMA	(a)	(b)	(c)	(d)
EXAMEN CLINICO NORMAL	(a)	(b)	(c)	(d)
EXAMEN DE MAMÁS NORMAL	(a)	(b)	(c)	(d)
EXAMEN ODONTOLOGICO NORMAL	(a)	(b)	(c)	(d)
PELVIS NORMAL	(a)	(b)	(c)	(d)
PAPANICOLAU NORMAL	(a)	(b)	(c)	(d)
COLPOSCOPIA NORMAL	(a)	(b)	(c)	(d)
CERVIX NORMAL	(a)	(b)	(c)	(d)
VDRL	(a)	(b)	(c)	(d)
HEMOIGLOBINA (Hb)	(a)	(b)	(c)	(d)

CONSULTAS ULTERIORES:

En cuanto a los datos estipulados en el área de Consultas Ulteriores, determinar si los recuadros enunciados en adelante se encuentran en algunas de estas categorías, marcar la letra (a) si el recuadro está correctamente llenado, (b) si tiene enmendaduras, (c) si no está registrado y (d) si está registrado de forma inapropiada.

FECHAS DE CONSULTA	(a)	(b)	(c)	(d)
SEMANAS DE AMENORREA	(a)	(b)	(c)	(d)
PESO (Kg)	(a)	(b)	(c)	(d)
TENSION ARTERIAL	(a)	(b)	(c)	(d)
ALTURA UTERINA	(a)	(b)	(c)	(d)
PRESNTEACION (Cef/Pelv/Tr)	(a)	(b)	(c)	(d)
FRECUENCIA CARDIACA FETAL (F.C.F.)	(a)	(b)	(c)	(d)
MOVIMIENTO FETAL	(a)	(b)	(c)	(d)
AREA EN BLANCO DEDICADA AL RESPONSABLE DEL CONTROL	(a)	(b)	(c)	(d)

II PARTE: CARA PRINCIPAL

DATOS DEL ROTULO:

En cuanto a los datos estipulados en el área correspondiente a la cara anterior del Carné Perinatal, determinar si los recuadros enunciados en adelante se encuentran en algunas de estas categorías, marcar la letra (a) si el recuadro está correctamente llenado, (b) si tiene enmendaduras, (c) si no está registrado y (d) si está registrado de forma inapropiada.

NOMBRES Y APELLIDOS	(a)	(b)	(c)	(d)
DIRECCION	(a)	(b)	(c)	(d)
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	(a)	(b)	(c)	(d)
NÚMERO DE HISTORIA CLINICA (N° HCL)	(a)	(b)	(c)	(d)
CITAS DE CONTROL	(a)	(b)	(c)	(d)

AREA DE LLENADO DE GRÁFICOS:

En cuanto a los datos estipulados en el área correspondiente a la cara Posterior del Carné Perinatal, determinar si los recuadros enunciados en adelante se encuentran en algunas de estas categorías, marcar la letra (a) si el recuadro está correctamente llenado, (b) si tiene enmendaduras, (c) si no está registrado y (d) si está registrado de forma inapropiada.

ALTURA UTERINA Y SEMANAS DE AMENORREA	(a)	(b)	(c)	(d)
INCREMENTO DE PESO MATERNO Y SEM.	(a)	(b)	(c)	(d)
AMENORREA				

Estudio sobre calidad del control prenatal

ANEXO 2 ENCUESTA TRABAJADOR DE SALUD:

01.- La disponibilidad de los recursos para realizar el CPN son:

- a) Malos
- b) Regulares
- c) Buenos
- d) Muy buenos
- e) Excelentes

02.- El equipo que cuenta para la realización del CPN es:

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

03.- El resultado de los análisis de laboratorio son:

- a) Malos
- b) Regulares
- c) Buenos
- d) Muy buenos
- e) Excelentes

04.- Los materiales para la consulta externa son:

- a) Malos
- b) Regulares
- c) Buenos
- d) Muy buenos
- e) Excelentes

05.- La ayuda del personal auxiliar dentro de la consulta prenatal es:

- a) Mala
- b) Regular
- c) Buena
- d) Muy buena
- e) Excelente

06.- El salario que percibe es:

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

07.- Considera que el horario de atención para la consulta prenatal es:

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

08.- Las estrategias para la mejora de la atención prenatal en su servicio es:

- a) Mala
- b) Regular
- c) Buena
- d) Muy buena
- e) Excelente

09.- El manual para las actividades de la consulta prenatal son:

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

10.- Considera que cuando aplica la normas del Control Prenatal estas son::

- a) Malas
- b) Regulares
- c) Buenas
- d) Muy buenas
- e) Excelentes

11.- La supervisión en la Consulta Prenatal en su servicio es:

- a) Mala
- b) Regular
- c) Buena
- d) Muy buena
- e) Excelente

12.- El reparto de las responsabilidades de la atención prenatal son:

- a) Malas
- b) Regulares
- c) Buenas
- d) Muy buenas
- e) Excelentes

13.- El Flujograma de toma de decisiones en Control Prenatal es:

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

14.- Considera que las tomás de decisiones en la atención prenatal es acorde a los protocolos y estas normas son:a) Malas

- b) Regulares
- c) Buenas
- d) Muy buenas
- e) Excelentes

15.- Considera que el llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica es:

- a) Malas
- b) Regular
- c) Buena
- d) Muy buena
- e)Excelentes

16.- Considera que el tiempo de espera del Control Prenatal es:

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

17.- Cuenta con Manual de Procedimientos para la atención de la gestante en el Control Prenatal:

- a) SI
- b) NO

18.- Ud. usa el Manual de Procedimientos:

- a) SI
- b) NO

19.- Conoce el contenido del Manual de normas y procedimientos para la atención a la gestante:

- a) SI
- b) NO

20.- Ud. pregunta a toda gestante que acude a sus consulta sobre:

- a) Sangrado vaginal.

- b) Fiebre
- c) Hipertensión general
- d) Abortos

21.- Ud. pregunta a su gestante sobre hábitos alimenticios y nutrición en todas las consultas:

- a) SI
- b)NO
- c)A Veces

22.- Cuál es el cargo que Ud. tiene dentro del establecimiento de salud:

- a) Dirección
- b) Educación
- c) Contratado
- d) Serumista
- e) Otro cargo

23.- Cuenta con otro tipo de estudios(otras carreras o especialidades) realizados:

- a) SI
- b) NO

24.- Recibe reconocimiento (felicitaciones, diplomas, incentivos ...) por parte del establecimiento de salud por los logros alcanzados en su servicio:

- a) SI
- b) NO

25.- En su establecimiento de salud tiene oportunidad de algún tipo de ascenso:

- a) SI
- b) NO

Estudio sobre calidad del control prenatal

ANEXO 3: ENCUESTA PARA LA USUARIA

01.- Cómo considera la comodidad del establecimiento de salud es:

- a) Mala
- b) Regular
- c) Buena
- d) Muy buena
- e) Excelente

02.- Considera que la ubicación del consultorio es:

- a) Malo
- b) Regular
- c) Buena
- d) Muy buena
- e) Excelente

03.- Considera que el tiempo de espera para la consulta es:

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

04.- Considera que el costo de la consulta es:

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

05.- Considera que toda la documentación que se le pide para la atención es:

- a) Mala
- b) Regular
- c) Buena
- d) Muy buena
- e) Excelente

06: Ud. quiere tener siempre a la misma persona en la atención prenatal:

- a) SI
- b) NO

07.- Considera que la capacidad del profesional que la atiende es:

- a) Mala
- b) Regular
- c) Buena
- d) Muy buena
- e) Excelente

08.- En líneas generales Ud. calificaría la Calidad del Centro como:

- a) Mala

- b) Regular
- c) Buena
- d) Muy buena
- e) Excelente

09.- Después de la Consulta, notó cambios en su estado de salud:

- a) SI
- b) NO

10.- La forma como le responden las preguntas que Ud. realiza es:

- a) Mala
- b) Regular
- c) Buena
- d) Muy buena
- e) Excelente

11.-Considera que cuando Ud. habla el profesional la escucha:

- a) SI
- b) NO

12.- Considera que cuando Ud. pregunta el profesional lo atiende, es decir deja de hacer otras cosas por escucharla:

- a) SI
- b) NO

13.- Considera que el tratamiento con medicinas es:

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

14.- Entienden lo que le explican en la consulta prenatal:

- a) SI
- b) NO

15.- Valora la información, esto es toma en cuenta en su vida diaria lo que le indican su profesional en la consulta prenatal:

- a) SI
- b) NO

16.-Considera que el ambiente del consultorio es: a)

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

17.- Le explican cual es el objetivo de la Consulta Prenatal: a) SI
b) NO

18.- Considera que el tiempo de la consulta es:

- a) Muy Breve
- b) Corto
- c) Adecuado
- d) Largo
- e) Muy Largo

19.- Que palabra que escucha en la consulta no la entiende:

20.- Le indican el motivo, es decir el por qué de las recomendaciones que le dan en la consulta Prenatal:

- a) SI
- b) NO

21.- Le indican otras alternativas a las recomendaciones que le dan:

- a) SI
- b) NO

c) NO SABE

22.- Considera que la información que le brindan en la consulta es:

- a) Mala
- b) Regular
- c) Buena
- d) Muy buena
- e) Excelente

23.- Considera que Ud. molesta al profesional con sus preguntas:

- a) SI
- b) NO
- c) NO SABE

24.- Cuales son los motivos por los cuales no regresaría al mismo servicio:

- a) Mal trato
- b) No está de acuerdo con el tratamiento
- c) No lo atendieron
- d) La consulta es un poco cara
- e) El tiempo de espera es largo
- f) No le brindan medicinas
- g) Brindan mal servicio

Estudio sobre el tipo de parto sobre el control prenatal

ANEXO 4: INSTRUMENTO

Este instrumento verificará los datos encontrados en el carné Perinatal de las pacientes que se atendieron en el Instituto Materno Perinatal durante el año 2001.

N° _____

Fecha / /

Edad _____(años):

Antecedentes Personales

Marcar la letra si la paciente presenta alguno de estos padecimientos:

(a) TBC

(b) Diabetes

(c) Hipertensión Crónica

Edad Gestacional (semanas): _____

Control Prenatal:

Identificar en el carné Perinatal las siguientes características:

Precoz SI ___ NO ___

Peso: _____ (Kg)

Periódico: SI: ___ NO ___

Talla: _____ (metros)

Completo: SI ___ NO ___

Número de controles prenatales según semanas de gestación

Semana	Número	Semana	Número	Semana	Número	Semana	Número
1		11		21		31	
2		12		22		32	
3		13		23		33	
4		14		24		34	
5		15		25		35	
6		16		26		36	
7		17		27		37	
8		18		28		38	
9		19		29		39	
10		20		30		40	
						41	

Diagnostico del Parto: _____

Número de controles en el primer trimestre: _____

Número de controles en el segundo trimestre: _____

Número de controle en el tercer trimestre: _____

ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD
ANEXO 5: MODELO DE ENTREVISTA PROFESIONAL

- ◆ Yo estoy trabajando, calidad del control prenatal, básicamente, la función fundamental de la investigación es preguntarle a las personas que están ahorita trabajando con las pacientes, están día a día con las pacientes, ¿Qué es lo que ustedes consideran que debe ser la calidad del control prenatal?

- ◆ ¿Qué cosa esta bien?

- ◆ ¿Qué cosa esta mal?

- ◆ ¿Qué cosa está mejorando?

- ◆ ¿Qué cosa ustedes sienten que puede mejorar?

- ◆ ¿Cómo considera la calidad del control prenatal del Ministerio?

- ◆ ¿Cuáles son esos factores que apoyan a la calidad de la atención?

- ◆ ¿Cuáles son los factores que podrían apoyar después, de acuerdo a su vivencia?

- ◆ ¿Qué otros elementos, usted considera, que son adecuadas para una adecuada calidad de atención en el control prenatal?

ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD
ANEXO 6: MODELO DE ENTREVISTA USUARIA

- ◆ Pero cuando a Ud. le pregunta, por ejemplo, alguna cosa que a Ud. le pasa, ¿le explican bien?
- ◆ ¿Usted siente que le dicen las cosas como debe ser?
- ◆ ¿Y que tal las recomendaciones que le daban?
- ◆ ¿Qué cosa usted cree que debería cambiar aquí?
- ◆ Quiero que me diga, lo que le pareció en el control prenatal, más o menos en que tiempo empezó a controlarse
- ◆ ¿Hubo demora para hacer este tipo de gestión?
- ◆ Ya, le comenzaron la atención y ¿qué tal le pareció la primera vez en la atención?.
- ◆ ¿Cómo Ud. se iba acostumbrando, que cosa a Ud. le iba satisfaciendo, que pensaba que tenían que hacerle y había que hacerle?
- ◆ ¿Cuándo, Ud. me dice que lo llevo bien, como me podría explicar esto que lo llevó bien, que cosa para Ud. es llevarla bien?
- ◆ ¿Cuándo Ud. le preguntabas cosas, le respondían lo que Ud. quería?
- ◆ Y al final, ¿Ud. como consideraría la calidad de aquí, de este centro?
- ◆ ¿Cómo cree Ud. que esto sería más rápido?
- ◆ ¿Siempre se atendió con la misma Obstetrix o cambió?