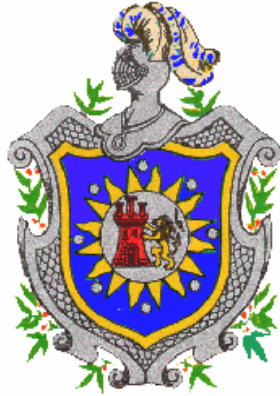


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-león



**Título: Calidad de atención del parto y el recién nacido en el Centro de Salud Nelson
Rodríguez de San Sebastián de Yalí de octubre 2004 a marzo 2005.**

**Autores: Bra. Ofelia Somarriba Ordóñez
Br. Mario Mayorga Blandón.**

Tutor y asesor metodológico: Dr. Arnoldo Toruño Toruño.

I-INTRODUCCIÓN

La mujer durante su período reproductivo está expuesta a mayor riesgo de enfermar y morir, principalmente cuando no existen condiciones sociales óptimas una alimentación adecuada y un sistema de educación , que comprenda la salud reproductiva, educación sexual y la planificación familiar, así mismo a la utilización de servicios de salud más eficaces y eficientes que garanticen una maternidad segura.

La mortalidad materna va en descenso, paso de una tasa de 125 por 100 mil nacidos vivos en 1996, a 96.6 por 100 mil nacidos vivos en el 2002. Más del 50% de las causas son de origen obstétrico, siendo la causa más importante la hemorragia postparto. Según el MINSA para el 2005, la cobertura del control pre natal bajo al comparar los datos actuales con los de 1999 y el 2000. Según ENDESA-2001, el 67% de los controles prenatales fueron atendidos por un médico general (46.8%) un ginecólogo (20.2%).El 18.5% fue atendida por una enfermera y el 1% por una partera o comadrona.

En la actualidad una tercera parte de los partos son atendidos por personal no calificado; se ha hecho esfuerzos comunitarios e institucionales para mejorar la calificación de las parteras. Sin embargo, en muchas ocasiones, estas no cuentan con los medios necesarios para brindar una atención de calidad.

En poblaciones con tasa de fecundidad elevada como la de nuestro país, estos riesgos se incrementan ya que la vida reproductiva se inicia a una temprana edad, por lo cual se tiene un mayor número de embarazos y con ello la aparición de complicaciones durante la gestación, el parto o el puerperio.

Con esta amplia visualización del problema, en la actual política nacional de salud se contempla la generación de servicios de salud descentralizados de alta calidad y calidez, con un perfil organizativo moderno, que apoyado por la participación social y un sistema de información adecuado y oportuno, promueva y proteja la salud de la población en general y muy

enfáticamente en la salud de las mujeres obteniéndose de esta manera un mejoramiento de los indicadores de salud de las mismas.

Por lo descrito anteriormente el MINSA en conjunto con las agencias de cooperación externa como USAID, OPS, UNICEF, UNFPA, han venido impulsando estrategias que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna y neonatal siendo una de ellas la vigilancia de los procesos de atención en salud de la embarazada y el recién nacido.

II-ANTECEDENTES

Hubo un tiempo no muy lejano, en el que la atención médica consistía en una sencilla relación de persona a persona entre el paciente y su médico. Pero para muchos autores esto ya dejó de ser así. Los avances científicos han originado numerosas especialidades médicas y cada vez más son más numerosos los tipos profesionales y técnicos en campos auxiliares.

El establecimiento de los primeros dispensarios para los pobres fue seguido por la construcción de hospitales modernos con sus departamentos de consultas externas, programas de salud pública , clínicas privadas y un creciente número y variedad de programas organizados de atención médica , como resultado de ello , disponemos de una amplia y compleja red de instalaciones , servicios y programas.

Desde el principio de siglo hasta el presente se vienen repitiendo las manifestaciones de insatisfacción con los distintos programas de atención médica.

Un estudio de los pacientes externos en la universidad de Carolina del Norte da idea sobre el significado de la utilización “Los patrones de utilización” más que meramente presentar datos aislados de utilización.

Un estudio sobre los que reciben asistencia pública realizado en Siracusa tuvo como resultado la utilización de los servicios de salud pública y de los servicios médicos por parte de los grupos estudiados.

En Nicaragua desde 1997 se contempla dentro del marco de la política nacional de salud, la modernización del sector salud y el fortalecimiento institucional, base sobre los cuales se han hecho acciones importantes especialmente en lo que se refiere a la generación de servicios de alta calidad y calidez en todas las unidades de salud del país.

Este proyecto ha sido impulsado y promovido por las agencias de cooperación internacional como PROSIM-GTZ a través de su apoyo técnico y financiero, bajo la coordinación de la

división de docencia, capacitación e investigación de la división general de recursos humanos y docencia.

Muchos de los estudios realizados se basan en la calidad de atención de los servicios de salud en países como: Brasil, Chile, México y Estados Unidos, donde se refleja la opinión del usuario en el proceso de la atención que incluye la tecnología diagnóstica así como las relaciones interpersonales. Los datos de los que se disponen actualmente revelan que los pacientes controlan gran parte del proceso de toma de decisiones, no solo en lo que respecta a la búsqueda sino también a la aceptación y utilización de la atención médica.

III-JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna debida a las complicaciones del embarazo y el parto continúa siendo alta y aún constituye una tragedia en varios países de América Latina y el Caribe. Se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100 mil nacidos vivos, lo que representa no solo una tragedia para las familias individuales sino también una pérdida muy valiosa para la sociedad. La pérdida de vidas a causa de estas complicaciones durante el embarazo, la incidencia de morbilidad y discapacidad y los impactos sociales y económicos subrayan la necesidad urgente de reducir la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe.

Existen evidencias amplias de que es posible reducir las tasas altas de discapacidad y muertes maternas y neonatales, aún en entornos de escasos recursos.

La atención del parto por personal calificado y el mayor acceso a los servicios maternos de calidad, ha sido respaldada por gobiernos nacionales de la región y por agencias internacionales.

El presente estudio de calidad de atención pretende identificar los principales problemas que surgen en los procesos de atención de la embarazada y el recién nacido, para incidir en ellos y lograr de esta manera el diseño de intervenciones rápidas basadas en equipos de trabajo para la mejora continua de la calidad así como también la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

IV-OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar la calidad de atención del parto en el centro de salud Nelson Rodríguez, de San Sebastián de Yali, entre octubre del 2004 y marzo del 2005.

Objetivos Específicos:

Se pretende valorar:

1-Las condiciones y recursos disponibles para la atención del parto.

2-El cumplimiento de las normas de atención del parto, definidas por el MINSA.

3-La cobertura en atención institucional del parto.

4-La evolución de la mortalidad materna en el municipio.

5-El grado de satisfacción de las usuarias con la atención recibida.

V-MARCO TEÓRICO

Calidad de atención

Cada vez es más frecuente que grupos públicos y privados desarrollen y usen medidas de evaluación de la calidad de los servicios.

Las evaluaciones se usan para revisar y mejorar la calidad de los planes de atención médica en los Hospitales y otros.

Para promover la calidad de atención, en 1991 la Federación Internacional de Planificación de la familia (IPPF) desarrolló la carta de derecho del cliente, la cual define la calidad de atención desde la perspectiva del cliente, incluyendo los derechos a la Información, el acceso a servicios, y la opinión. Esta carta más tarde completada por la carta de necesidades de proveedores de servicios, la cual afirma que satisfacer los derechos del cliente los proveedores de servicios necesitan capacitaciones, información, infraestructura y suministros adecuados, liderazgo, apoyo, respeto, motivación, retroalimentación sobre su trabajo y oportunidades para expresión propia. Bajo este contexto profundizaremos sobre calidad de atención en su conjunto.

Absolutismo. Es aquella que implica menos condiciones. No obstante, esta condicionada por la naturaleza del problema de salud que debe manejarse y por el estado de la ciencia, la tecnología y el arte de la medicina y sus disciplinas afines.

Individualizada. El juicio sobre la calidad toma en cuenta los deseos y expectativas, valoraciones y medios del paciente, podemos hablar de una definición individualizada de la calidad.

Social de la calidad. Los factores que producen esta definición son las mismas que las que se emplean para obtener la definición individualizada, pero las cantidades pueden ser diferentes.

Valoración de la calidad y evaluación de programa.

La evaluación de programas y la valoración de la calidad se relacionan en sustancia solo cuando el programa provee servicios personales de salud en cuyo caso es importante considerar si el programa tiene a la vez otras funciones.

Si el programa proporciona también educación profesional e investigación sobre salud, o servicios ambientales, es obvio que la valoración del programa debe abarcar un campo mucho más amplio.

La valoración de la calidad, bajo circunstancias, mide el éxito del programa sólo en una de sus funciones, la prestación de servicios personales de salud.

Los programas son llevados a cabo por organizaciones y la valoración de la ejecución organizacional que debe tomar en cuenta actividades relacionadas con la supervivencia y crecimiento de la organización, incluyendo financiamiento, reclutamiento de clientes y empleados, mantenimiento de la captación y el apoyo de la comunidad.

La evaluación del programa debe tomar también en cuenta el desempeño de la subunidades de la organización y de su personal cuya función es alimentar, sostener, facilitar y potenciar las actividades de las unidades y del personal que proporciona cuidado directo de salud a los clientes.

Diferencias entre evaluación y valoración de la calidad.

La evaluación de programa parece ser más extenso y más completa que la valoración de la calidad. Esto no sería cierto, sin embargo tratándose de un programa que solo proporciona una pequeña parte de lo que generalmente se incluye en los servicios personales de salud.

Similitudes. Obviamente la valoración de la calidad es parte de la evaluación de programa algunas veces su parte más importante son las consideraciones que entran en la valoración de la calidad al nivel de la interacción paciente médico que se vuelven muy semejantes a las que se

toman en cuenta a nivel del programa si se confiere al médico la responsabilidad del manejo óptimo de toda su carga de casos de una población específica. Es más cuando la valoración de la calidad a nivel individual revela deficiencia en el desempeño, la investigación de los motivos de estas deficiencias a menudo nos llevará de un sector a otro de la organización implicando muchos elementos de la evaluación de programas.

Accesibilidad, continuidad y coordinación.

Se puede decir que la atención es accesible cuando es fácil de iniciarse y mantenerse, por supuesto, la accesibilidad depende de las propiedades de los proveedores ya sean instituciones o individuos, que lo hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar. Pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención. Por lo tanto la accesibilidad implica una adaptación entre los proveedores y los clientes que facilitan su unión y esto a su vez influye sobre la calidad de la atención.

La accesibilidad y calidad están estrechamente relacionadas, pero esto no quiere decir sean la misma cosa. Creo que más apropiado separar los fenómenos, definiendo la accesibilidad de la atención como la facilidad con la que se inicia y se mantiene, y definiendo la calidad del cuidado como la capacidad esperada de lograr el más alto beneficio neto posible de acuerdo con las valoraciones de los individuos y la sociedad.

Coordinación: Puede verse como el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica, durante cualquier secuencia de atención se acoplan entre sí dentro de un propósito general.

Continuidad. Significa falta de interrupción de la atención necesaria y mantenimiento de la relación entre las secuencias sucesivas de la atención médica. Un rasgo fundamental de la continuidad es la preservación de la información acerca de los hallazgos, las evaluaciones y las decisiones pasadas, y el empleo de estos datos para el manejo presente de una manera que indique estabilidad de los objetivos y métodos del tratamiento o su evolución ordenada y razonable.

La coordinación implica el compartir dicha información entre un número de proveedores para lograr un esquema coherente de tratamiento.

Se considera que la cantidad y la coordinación son mejores si la responsabilidad esta centralizada, tanto como sea posible, en las manos de un profesional.

La accesibilidad, la continuidad y la coordinación son atributos de la atención que influyen sobre la calidad pero permanecen separadas de ella.

Los pacientes y la definición de la calidad.

Los pacientes también contribuyen a la definición de la calidad, como lo muestra el modelo unificado, al determinar el valor que debe darse a los beneficios y riesgos esperados para la salud.

Los pacientes individual y colectivamente son los definidores primarios de lo que significa la calidad, tomando en cuenta todas estas consideraciones, la satisfacción del paciente a menudo se ve como un componente importante de la calidad de atención. A este respecto es un fenómeno curiosamente complejo.

En un sentido, la satisfacción del Paciente corresponde a la curación de una herida o la compostura de paciente que es una consecuencia más bien que un atributo, de la atención. Como tal, la satisfacción puede considerarse como un elemento de la salud psicológica, lo que hace que el logro de la máxima satisfacción alcanzable sea un objetivo de la atención.

La satisfacción del paciente además de ser en sí un objetivo y resultado de la atención, puede verse también como una contribución a otros objetivos y resultados. Por ejemplo: Es más probable que un paciente satisfecho coopere eficazmente con el médico y que acepte recomendaciones. Satisfacción también incluye el acceso al cuidado ya que es más probable que un paciente satisfecho vuelva a buscar la atención médica.

La satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente en la medición de la satisfacción es por lo tanto, un instrumento valioso

para la investigación, administración y planeación. La valoración informal de la satisfacción tiene un papel aún más importante en el curso de cada interacción médico-paciente ya que el profesional puede usarla continuamente para monitorear y guiar dicha interacción, y al final hacer juicio sobre que tan acertada ha sido.

Enfoques básicos para la evaluación

Estructura, proceso y resultado

En épocas más modernas ilustrados por el progreso y desarrollo social, Lee y Jones han sintetizado esta tradición en las siguientes definiciones ahora clásicas:

1. La buena atención médica se limita a la práctica de una medicina racional basada en las ciencias médicas.
2. La buena atención médica enfatiza la prevención.
3. La buena atención médica requiere la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionales de la medicina científica.
4. La buena atención médica trata al individuo como un todo.

La buena atención médica coordina todos los tipos de servicios médicos. Evaluar la calidad de la atención en salud permite centrar esfuerzos en los eslabones más débiles de la cadena. El proceso de análisis de la calidad de la atención de la salud, es posible realizarlo desde el punto de vista metodológico, a partir de diferentes tipos de enfoques.

Estructuras-Proceso-Resultado

Estructura: En el concepto se incluyen tanto los recursos humanos, físicos y financieros como la organización (distribución del trabajo entre los miembros de un equipo, tipo de sistema de registro que se utiliza) comprenden las características, relativamente estable de los proveedores y usuarios de la atención. Sin embargo es del consenso general que el enfoque estructural tiene poca validez y la evaluación aislada de la estructura puede llevar a

conclusiones erróneas a menos que el ítem específico de la estructura evaluado, tenga una relación demostrada (mas o menos) con el resultado.

Proceso: Incluye las actividades que han sido realizadas para conseguir los objetivos del programa, como se han realizado estas actividades, es decir, al evaluar el proceso se enfatiza en los procedimientos utilizados para prestar atención a los pacientes. Constituye la parte más invariable de la asistencia sanitaria.

El Control de Calidad: Se puede definir como el conjunto de esfuerzos de los miembros de una empresa para mantener y superar los estándares de calidad, prestando el servicio adecuado a satisfacción completa del consumidor.

El control de calidad involucra 2 aspectos:

1. Se relaciona con las cualidades propias de un producto o servicio y su apego a los estándares predefinidos.
2. Tiene que ver con la calidad del producto o servicio para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente.

Se distinguen dos tipos de calidad.

Absoluta: Refiere a la concordancia entre el diseño y el producto final.

Relativa: Es la capacidad del producto para satisfacer la necesidad por la que fue creada.

Resultado: El análisis de los resultados refleja las contribuciones de todos los profesionales en la atención de los pacientes.

Pueden ser expresados en términos de recuperación de las funciones, satisfacción del usuario y de supervivencia. De tal forma que los resultados proporcionan una medición integrativa de la calidad de atención. La relación del paciente con el profesional, los logros en el nivel de salud del

paciente como la propia satisfacción del usuario ante la atención recibida, la calidad esta determinada por la satisfacción del usuario.

Componentes de la calidad de atención de los servicios de salud

Un programa de mejoramiento del desempeño institucional requiere, desde el punto de vista metodológico, contar con indicadores capaces de dar cuenta de la calidad de la prestación ofrecidas por los servicios de salud.

En el cuadro siguiente se definen seis aspectos a tener en cuenta para construir indicadores de calidad de la atención.

Componente	Concepto	Factores que lo afectan
Accesibilidad	Posibilidad de las Usuarías de acceder a un servicio oportuno que dé respuesta a sus necesidades de salud.	<u>Geográficos</u> distancias, tiempos, transporte público, etc. <u>Económicos</u> Capacidad de pago de las usuarias. <u>Socio-culturales</u> Lenguaje, valores, condición étnica, etc. <u>Organizacionales</u> horarios, normas, requisitos, frecuencia de las consultas.
Aceptabilidad	Percepciones de las usuarias sobre las diferentes dimensiones del servicio en términos de accesibilidad, relaciones interpersonales, seguimiento y competencia técnica.	La aceptabilidad se encuentra mediada por los procesos de socialización, niveles educativos, condición étnica, conocimiento de si por parte del usuario, autosistema, autonomía.
Relaciones interpersonales	Interacción entre usuario y proveedores del servicio de salud.	Interacción mediada por factores de conocimiento, situación étnica, económica.
Integralidad	Aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, culturales, étnicos y circunstanciales que deben estar presentes de manera interrelacionada en la atención en salud.	

Componente	Concepto	Factores que lo afectan
Competencia humana técnica	Aplicación de conocimientos, habilidades y tecnologías actualizadas, desde una perspectiva científica y humana con relación a los factores biológicos, sociales, culturales y sexuales presentes en necesidades del usuario.	
Participación	Posibilidad de incorporación de los usuarios a un mayor control de las variables que influyen sobre su vida y salud. Se trata de incorporar al usuario a todo el proceso de los servicios.	

Componentes utilizados para la construcción de indicadores de atención integral

Sistema de salud	Prestadores (as)	Usuarios (as)
	ACCESIBILIDAD	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene políticas y criterios no discriminatorios explícitos. 2. Tiene un horario de atención y sistema de citas de acuerdo a realidades y de las mujeres, tomando en cuenta sus roles múltiples y el valor de su tiempo. 3. Optimiza tiempo de espera, reduciendo y utilizándolo con fines educativos, incluyendo mensajes que apuntan hacia la equidad de género. 4. Dispone de mecanismos de información y promoción para el acceso a los servicios enfatizado sectores discriminados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumple con el horario de atención establecido, respetando el tiempo de la mujer. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Está Satisfecha respecto al tiempo de espera, horario de atención de la consulta. 2. Tiene la posibilidad de elegir proveedores (as). 3. Tiene la posibilidad de elegir representantes comunitarios en el área de salud. 4. El pago del servicio y transporte se adecua a su nivel de ingreso y su poder de decisión sobre el uso de ingreso.

Sistema de salud	Prestadores(as)	Usuaris
<p>5. Proporciona infraestructura y recursos para espacios de acogida a niños y niñas, durante tiempo de la consulta.</p> <p>6. Asegura financiamiento y progresivo incremento de recursos para estos servicios.</p> <p>7. Promueve redes de apoyo comunitario para potenciar el acceso.</p>		

2- ACEPTABILIDAD

Sistema de salud	Prestadores(as)	Usuaris
<p>1. Garantiza privacidad y confidencialidad en la atención y el tratamiento de los problemas de salud, especialmente los relacionados con complicaciones del aborto inducido. ETS e infección por HIV.</p> <p>2. Garantiza la señalización e información adecuadas culturalmente, en los diferentes ambientes que integran el circuito de atención.</p>	<p>1. Usa un lenguaje y sencillo de acuerdo a necesidades del paciente.</p> <p>2. Respeta creencias, prácticas y saberes de usuarias, incorpora las que no son lesivas para su salud y previene las prácticas dañinas.</p>	<p>1. Está satisfecha con el servicio.</p> <p>2. Expresa valoraciones positivas específicas con relación al acceso, la competencia técnica de los/las prestadores (as) y las relaciones interpersonales.</p> <p>3. Muestra disposición para regresar al servicio.</p>

3-PARTICIPACIÓN

<p>1. Crea mecanismos de participación para identificar y responder a las necesidades de la población usuaria.</p>	<p>1. Utiliza o promueve el uso de mecanismos de participación de las usuarias en todo el proceso de los servicios.</p> <p>2. Facilita la toma de decisiones autónoma de usuarias.</p>	<p>1. Tiene la posibilidad de tomar decisiones autónomas.</p> <p>2. Considera que fue estipulada para participar en el proceso de atención.</p>
--	--	---

4 – RELACIONES INTERPERSONALES		
Sistema de salud	Prestadores(as)	Usuarías
<ol style="list-style-type: none"> 1. Define los contenidos de las relaciones entre el personal de salud y las usuarias coherentes con un enfoque de respeto a la persona. 2. Crea condiciones de infraestructura que permitan la privacidad. 3. Tiene un sistema de evaluación sistemático de las relaciones interpersonales en los servicios. 4. Tiene la capacidad de abordar y resolver situaciones de crisis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantiene una relación respetuosa y personalizada durante todo el proceso de atención en la unidad de salud. 2. Muestra apertura y sensibilidad a las necesidades de las y demandas de la usuarias. 3. Establece una relación de dialogo y empatía. 4. Confidencialidad en el proceso de atención. 5. Tiene un trato digno y respetuoso, carente de violencia e intimidación hacia la usuaria. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene la libertad para hacer preguntas y cuestionar las explicaciones recibidas de los/las proveedores (as). 2. Muestra claridad y asertividad para explicar sus necesidades y demandas en el proceso de atención. 3. Considera que se construyo empatía entre ella y el/la proveedor (as).
6. INTEGRALIDAD		
Sistema de salud	Prestadores(as)	Usuarías
<ol style="list-style-type: none"> 1. Muestra el compromiso de brindar atención desde la noción de integralidad en políticas y programas. 2. Prioriza la promoción y la prevención. 3. Muestra el compromiso de brindar atención desde la noción de integralidad en políticas y programas. 4. Prioriza la promoción y la prevención. 5. Capacita a los/las proveedores (as) y a la comunidad en la noción de integralidad en la atención de la salud de la mujer. 6. Establece una red de servicios en la comunidad. <p>Ha elaborado normativas para aprovechar oportunidades para dar atención integral.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Toma en cuenta el trabajo productivo y doméstico de la usuaria (remunerado y no remunerado) en el proceso de atención). 2. Facilita el proceso de toma de decisiones de las mujeres usuarias y las habilita para ello. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene capacidad de reconocer la relación que se establece entre su contexto económico, social, psicológico, étnico y cultural . 2. Se siente acogida y comprendida psicológicamente en lo emocional, lo afectivo y en las circunstancias concretas. 3. Considera que es factible cumplir las recomendaciones del / la prestador (a). 4. Considera que sus necesidades fueron atendidas y resueltas.

6-COMPETENCIA HUMANA Y TÉCNICA		
Sistema de salud	Prestadores(as)	Usuarías
1. Incorpora la perspectiva de género en la selección, inducción y capacitación del personal. 2. Socializa y retroalimenta la información a través de sus mecanismos institucionales. 3. Utiliza lenguaje inclusivo en todas las comunicaciones. 4. Facilita y fomenta estudios e investigación crítica, incluidas las normas y su cumplimiento. 5. Se articula institucionalmente a redes de referencias y contra referencias incluyendo servicios alternativos. 6. Posee sistema de autoevaluación continua.	1. Es capaz de identificar inequidades de género y su impacto en la salud de la mujer. 2. Es capaz de conectarse con calidez y creatividad.	1. Es capaz de fundamentar las decisiones que ha tomado sobre su salud. 2. Siente que la infraestructura y el equipamiento del establecimiento son adecuados para sus necesidades, sensibilidad y dignidad. 3. Considera que la atención recibida es completa y adecuada a sus necesidades de salud.

Como valorar la satisfacción de los usuarios

Para valorar la satisfacción de los usuarios se debe considerar los siguientes aspectos:

1. Calidad no es lo que ponemos en el servicio, si no lo que el usuario obtiene de él.
2. Nos movemos en el campo de la subjetividad, donde la satisfacción se interrelaciona con las expectativas y las percepciones.
3. No existe una relación lineal entre satisfacción e insatisfacción.
4. Los usuarios deben decidir cuales son los aspectos asistenciales que les interesa y esto comprenden: Las relaciones interpersonales, la información, la organización de la atención e incluso la aceptación de los diagnósticos y tratamiento.

La mayoría de los casos de insatisfacción no llegan a expresarse por lo tanto puede ser preciso acudir a estudios sobre evaluación de la calidad de los servicios de puntos de vista de la estructura, procesos, resultado.

El usuario, una nueva perspectiva del análisis de la calidad.

La satisfacción del usuario y las comodidades son de gran importancia en la calidad de la atención, las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la clínica, pero que acrecientan la satisfacción del usuario y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención en el futuro.

Las comodidades son también importantes porque pueden influir en las expectativas que tiene el paciente y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio.

Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad.

Como es percibida la calidad de los servicios por los usuarios

A nivel de los servicios de salud pueden diferenciar dos tipos de calidad.

Técnica: Es la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al paciente el máximo y completo bienestar.

Sentida: Está en la subjetividad de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos. Corresponde a la satisfacción razonable de sus necesidades, luego de la utilización de los servicios.

Localidad técnica se define en términos de: **La integridad:** Es decir satisfacer todas las necesidades de los pacientes.

- **Los contenidos:** Es decir lo que se debe de hacer cada caso.
- **Destreza:** Es decir hacer bien lo que se hace.
- **La oportunidad:** Es decir hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer.
- **La efectividad:** Que sería resultado satisfactorio del proceso de atención.

Este tipo de calidad puede medir a través de auditoria médicas, métodos de observación aplicados por supervisores, el uso de estándares de calidad y algoritmos.

Ej. Flujograma sobre provisión de los medicamentosos accesos a los servicios:

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención en salud. Esta dimensión de calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural o lingüística.

El acceso geográfico: Incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impide al cliente recibir atención.

Económica: Se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes.

Social o cultural: Se relaciona con la aceptación de lo ofrecido, teniendo en cuenta los valores culturales y las actividades locales.

Organizacional: Se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes, las horas de atención clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios.

Métodos para evaluar la calidad desde la perspectiva del usuario.

La percepción del usuario puede ser medida mediante.

La percepción del usuario del usuario puede ser medida mediante:

- a- Cuestionarios
- b- Grupos focales
- c- Construcción de indicadores en la percepción del usuario.

Cuestionario.

Tal vez el instrumento más utilizado para recolectar los datos es el cuestionario, un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir.

El contenido de las preguntas de un cuestionario puede ser tan variado como los aspectos que se midan a través de éste y básicamente, podemos hablar de dos tipos de preguntas “cerradas” y “abiertas”.

Las preguntas “cerradas” contienen categorías o alternativas de respuesta que han sido delimitadas, es decir, se presentan a los sujetos las posibilidades de respuestas y ellos deben circunscribirse a esta. También pueden ser dicotómicas. Dar alternativas de respuesta, o incluir varias alternativas de respuestas.

Las preguntas “abiertas” son particularmente útiles cuando no tenemos información, es insuficiente también sirven en situaciones donde se desea profundizar una opinión a los motivos de un comportamiento.

Grupos focales.

El grupo focal pertenece a la estrategia de la entrevista y podría definirse como una entrevista colectiva realizada en grupo sobre un tema estrictamente específico.

Grupos focales se constituyen 6-12 miembros, en general es aconsejable que todos poseen similares características de los candidatos. Es conveniente que el cuestionario sea previamente probado.

Es preferible que las participantes sean desconocidas entre sí pues la amistad y el parentesco pueden inhibir al momento de explicitar representaciones o experiencias que al final, podrían cambiar la imagen social del informante. El lugar será accesible a todos, durará de una a dos horas.

Uso de indicadores para el análisis de los servicios de salud

Un indicador es una variable que se puede medir, se utiliza para medir variables complejas. Algunos ejemplos son calidad del servicio, accesibilidad, nivel socioeconómico.

Los indicadores pueden ser usados para describir una situación que existe y medir cambios o tendencias en un período de tiempo.

Los indicadores de salud son necesarios para:

1. El diagnóstico de los servicios de salud.
2. Hacer comparaciones (Ej. Entre diferentes áreas de salud).
3. Medir cambios en el tiempo (Ej. Mejoramiento de los servicios de salud y su impacto en la población).

Los indicadores permiten monitorizar lo que le sucede a los pacientes como consecuencia de la actuación de las profesionales y de los sistemas organizativos.

Es importante destacar una vez más que los indicadores no son una medida directa de la calidad sino que dirigen nuestra atención hacia las áreas que pueden requerir una revisión más profunda y nos proporciona una base para mejorar la calidad de atención prestada para una organización sanitaria.

Estándares e indicadores de calidad de la atención a embarazadas y recién nacidos (Primer Nivel de Atención)

Estándares	Indicador	Construcción del Indicador	Definición
1.- Toda embarazada que acuda a emergencia para su atención obstétrica se le deberá de tomar y registrar sus signos vitales (PA, FC, FR, T°); altura uterina, movimiento fetales, FCF	% de embarazo en emergencia que tienen registrados sus signos vitales, altura uterina, movimientos fetales, FCF.	No. De embarazadas con signos vitales, altura uterina, movimientos fetales, FCF, registrados en emergencia/ No de embarazadas revisadas en emergencia en el periodo por 100.	Se considera satisfactorio solo cuando se han tomado registrados los 4 signos vitales, altura uterina, movimientos fetales, FCF.
2.- Toda embarazada que acude al CPN se le debela llenar la HCPB y registrar en ellas las 12 actividades normadas.	% de mujeres embarazadas en las que su CPN se le lleno su HCPB y se les registraron las 12 actividades normadas.	No. De embarazadas que acudieron a su CPN, se le lleno su HCPB y se registraron 12 actividades normadas/total de embarazadas a las que se le valoro su HCPB por 100.	12 actividades normadas para registrase en la HCPB: -Antecedentes personales y obstétricos. -Medición de la talla. -Examen de mamas. -Semanas de amenorrea. -Medición del peso. -Determinación de la PA. -Medición de AU. -Auscultación de FCF (después de la 18 SG) Movimientos fetales (Después de los 18 semanas de gestación)

Estándares	Indicador	Construcción del indicador	Definición
			<p>Aplicación de vacuna antitetánica.</p> <p>Solicitud exámenes (grupo y RH, PAP, VDRL/RPR, EGO, HB).</p> <p>Evaluación del estado nutricional.</p>
<p>3.- Toda usuaria que acude por emergencia obstétrica: Hemorragia, hipertensión arterial inducida por el embarazo (Síndrome hipertensivo gestacional). Sepsis por causa obstétrica y atención pos aborto, deberá recibir tratamiento de acuerdo a los protocolos establecido por el MINSA</p>	<p>3.1 % de usuaria por hemorragia obstétrica que recibían tratamiento según protocolo por el MINSA.</p> <p>3.2 % de usuaria con hipertensión arterial inducidas por el embarazo (SHG) que recibieron tratamiento según protocolo por el MINSA.</p> <p>3.3 % de usuarias con sepsis por causa obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo por el MINSA.</p> <p>3.4- % de usuaria con atención pos aborto que recibieron tratamiento según protocolo por el MINSA.</p>	<p>No. De usuarias con hemorragia obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo por el MINSA/ No de usuaria con hemorragia obstétrica revisadas en el periodo x 100.</p> <p>No. De usuarias con hipertensión inducidas por el embarazo (SHG) que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA/No de usuarias con hipertensión inducida por el embarazo revisadas en el periodo x 100.</p> <p>No. De usuarias con sepsis por causa obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA/No de usuarias por sepsis por causa obstétrica revisadas por el periodo x 100.</p> <p>No. De usuarias por atención pos aborto que recibieron protocolo según protocolo del MINSA/No de usuarias con aborto revisadas en el periodo x 100.</p>	<p>Tratamiento adecuado conforme a los protocolos establecidos por el MINSA.</p> <p>Tratamiento adecuado conforme a los protocolos establecidos por el MINSA.</p> <p>Tratamiento adecuado conforme a los protocolos establecidos por el MINSA.</p>

Estándar	Indicador	Construcción del indicador	Definición
5-A toda embarazada en trabajo de parto se le deberá llenar e interpretar correctamente el partograma con curva de alerta.	Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente	Número de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente/No. De embarazadas en trabajo de parto revisadas en el período x 100	Partograma bien llenado y bien interpretado se considera cuando al aplicar el instrumento de monitoreo se obtiene en promedio de todos los 17 ítems al menos 80%

VI-MATERIALES Y MÉTODOS

1.- Tipo de estudio.

Se presenta el siguiente estudio de evaluación de servicios de salud mediante:

1-Entrevistas de salida, para conocer el grado de satisfacción de las mujeres con la atención recibida, así como algunos aspectos relacionados con el cumplimiento de las normas de atención.

Se realizo:

1.1-A toda puérpera asistida en su parto en el centro de salud, al momento de ser dada de alta. Se realizaron un total de 30.

1.2 A las madres que acudieron con su niño(a) al control de crecimiento y desarrollo con edades entre 0 a 6 meses de edad y que fueron atendidas en su parto en el centro de salud. Se realizaron un número de 10 entrevistas.

2-Observación

Se hará una descripción y una valoración de las condiciones físicas, de equipamiento y de dotación de insumos para la atención del parto.

3-Revisión de documentos, con la finalidad de:

a) Analizar el cumplimiento de normas: Se hará revisión de todos los expedientes clínicos anotados en el libro de registro de partos del centro de salud, tomando como referencia los meses de octubre 2004 a marzo 2005. Se evaluó cada expediente en base a los estándares e indicadores de calidad definidos por el MINSA.

b) Estimar cobertura. Se valorò el número de partos atendidos en la unidad de salud en relación al número de partos esperados.

4-Entrevistas a informantes claves: Se entrevisto a siete de los trabajadores los cuales tienen mayor trayectoria asistencial, para analizar su juicio, percepción y valoración de la calidad de atención que se brinda a las usuarias asistidas en su parto en la unidad de salud. Además se incluirá al personal que labora en el área de farmacia, central de equipo y almacenamiento de medicamentos, con la finalidad de valorar la existencia y abastecimiento de medicamentos y materiales de reposición necesarios para la atención del parto.

2.-Variable principal.

En nuestro estudio la variable principal constituye la calidad de atención.

a) Variables.

1-Adecuación de los Recursos

2-Adecuación de los Procesos

3-satisfacción de las usuarias

4-satisfacción de los proveedores.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

En este estudio la calidad de la atención será estudiada sólo en base a dos variables

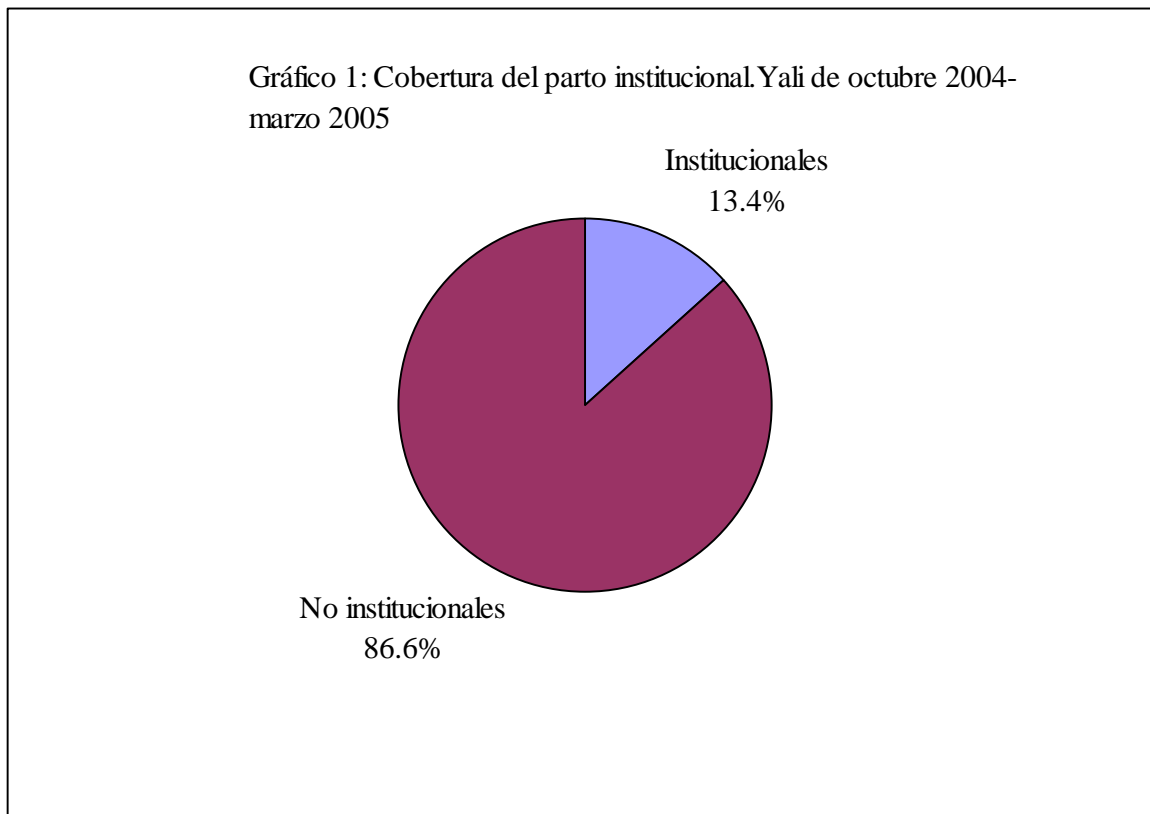
Variable	Indicador
Adecuación de los Recursos	Percepción de Personal sobre los recursos disponibles. Porcentaje de pacientes que tuvieron que comprar medicamentos/Insumos médicos.
Adecuación de los Procesos	Promedio por patograma. Promedio Global.
Satisfacción de los Proveedores	Percepción de una buena prestación de servicio por parte de los proveedores para con las usuarias.
Satisfacción de las Usuarias	Percepción de una buena calidad de atención por parte de los proveedores.

VII-RESULTADOS

A-Resultados de la revisión documental

A1-Cobertura del parto institucional

Se encontró que de 462 partos esperados en los seis meses comprendidos entre el 1 de octubre del 2004 y el 31 de marzo del 2005, se atendieron un total de 62 partos, lo que representa una cobertura de un 13.4%. (Ver gráfico 1): En el último trimestre del 2004 la cobertura fue de 12.4% mientras que en el primer trimestre del 2005 fue de 14.3%.



A3-Mortalidad materna

En el Municipio de Yalí ha ocurrido una muerte materna en cada año, entre el 2003 y el 2004, lo que representa un coeficiente de mortalidad materna de 116 por 100,000 nacidos vivos. En el primer trimestre del 2005 no ocurrió ninguna muerte materna.

A4-Valoración en base a estándares de calidad.

Al analizar el cumplimiento de los estándares de calidad para el primer nivel de atención, se encontró que el que tenía mejor nivel de cumplimiento es el relativo a la aplicación de Oxitocina después del parto. Hubo un bajo nivel de cumplimiento, o bien faltó el registro de su cumplimiento, en lo relativo a consejería en planificación familiar y cumplimiento de criterios de alta para los recién nacidos (tabla 1).

Tabla 1: Porcentaje de las mujeres estudiadas en quienes se cumplieron los estándares de atención del parto y del recién nacido. Yalí, 2005.

Estándar	Porcentaje alcanzado (n=40)
A toda embarazada que acude a CPN se le debe llenar su HCPB y se registrarse las 12 actividades normadas.	67.5
A toda embarazada en trabajo de parto se le deberá llenar e interpretar correctamente el partograma	70
A todo parto vaginal, inmediato al nacimiento del bebé y antes del nacimiento de la placenta se deberá aplicar a la parturienta 10 UI de oxitocina IM en dosis única, a fin de prevenir la hemorragia posparto.	97.5
Porcentaje de puérperas inmediatas con vigilancia adecuada.	65
Porcentaje de recién nacidos a quienes se examinó y registro en la HCPB (expediente clínico) las 12 actividades básicas.	85

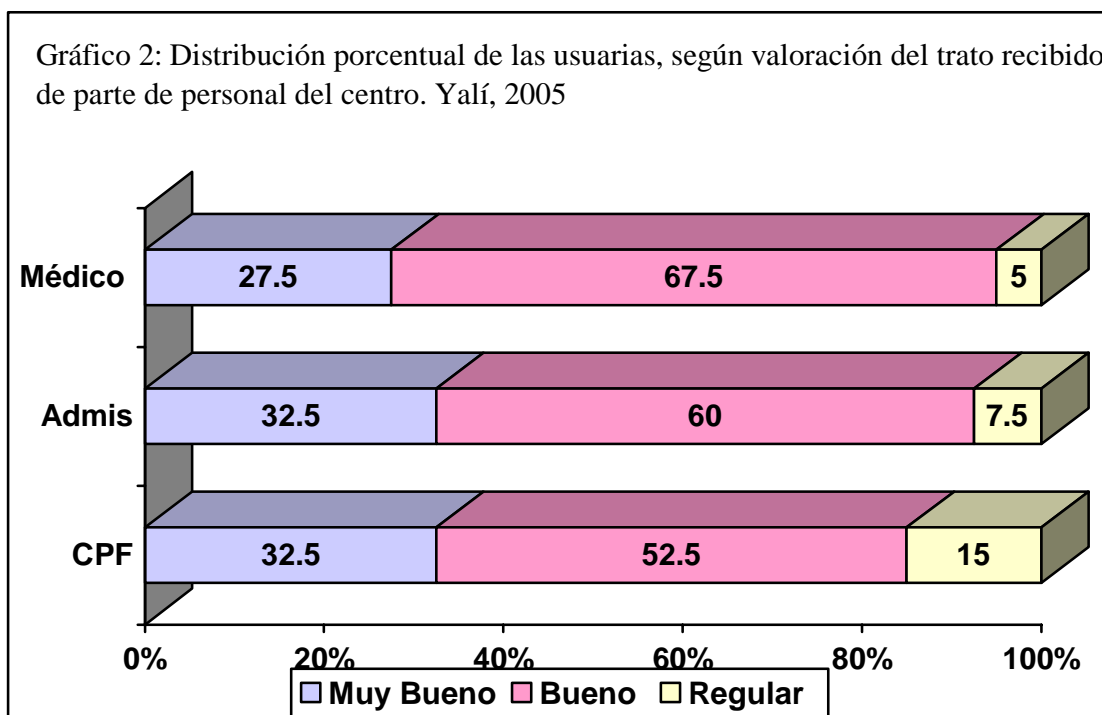
Tabla 1: Porcentaje de las mujeres estudiadas en quienes se cumplieron los estándares de atención del parto y del recién nacido. Yalí, 2005.

Estándar	Porcentaje alcanzado (n=38)
Porcentaje de puérperas que egresaron con un método de planificación familiar	36.8
Porcentaje de recién nacidos egresados cumpliendo con criterios de alta establecidos	31.5
Porcentaje de puérperas que recibieron consejería en planificación familiar antes de ser egresada.	44.7

B1-Resultado de la encuesta a usuarias externas.

B1-Valoración del trato recibido.

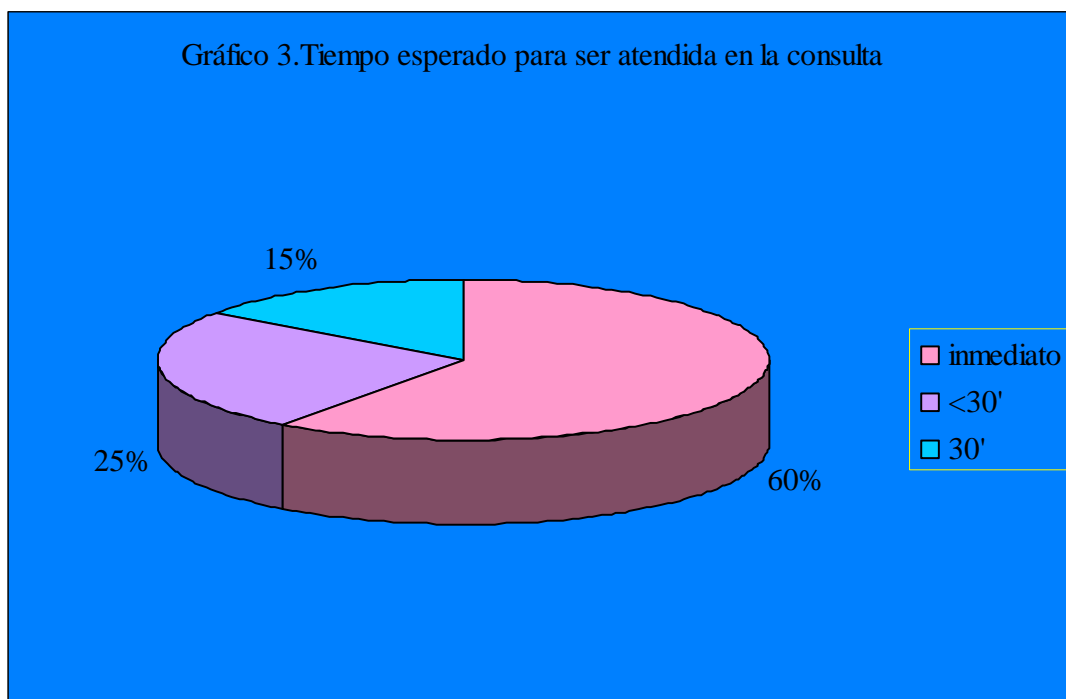
La gran mayoría de las mujeres valoraron como bueno o muy bueno el trato recibido de parte del CPF, de la admisionista y del médico (Gráfico 2)



B2-Valoración del tiempo de espera.

La gran mayoría de las usuarias reportó haber sido atendida de manera inmediata o dentro de los primeros 30 minutos después de su llegada al centro de salud (Ver grafico 3)

Gráfico 3. Tiempo esperado para ser atendida en la consulta



B.2 Personal del centro de salud

Todas las pacientes consultadas refirieron haber sido atendidas por médico, tanto en la consulta como en el parto.

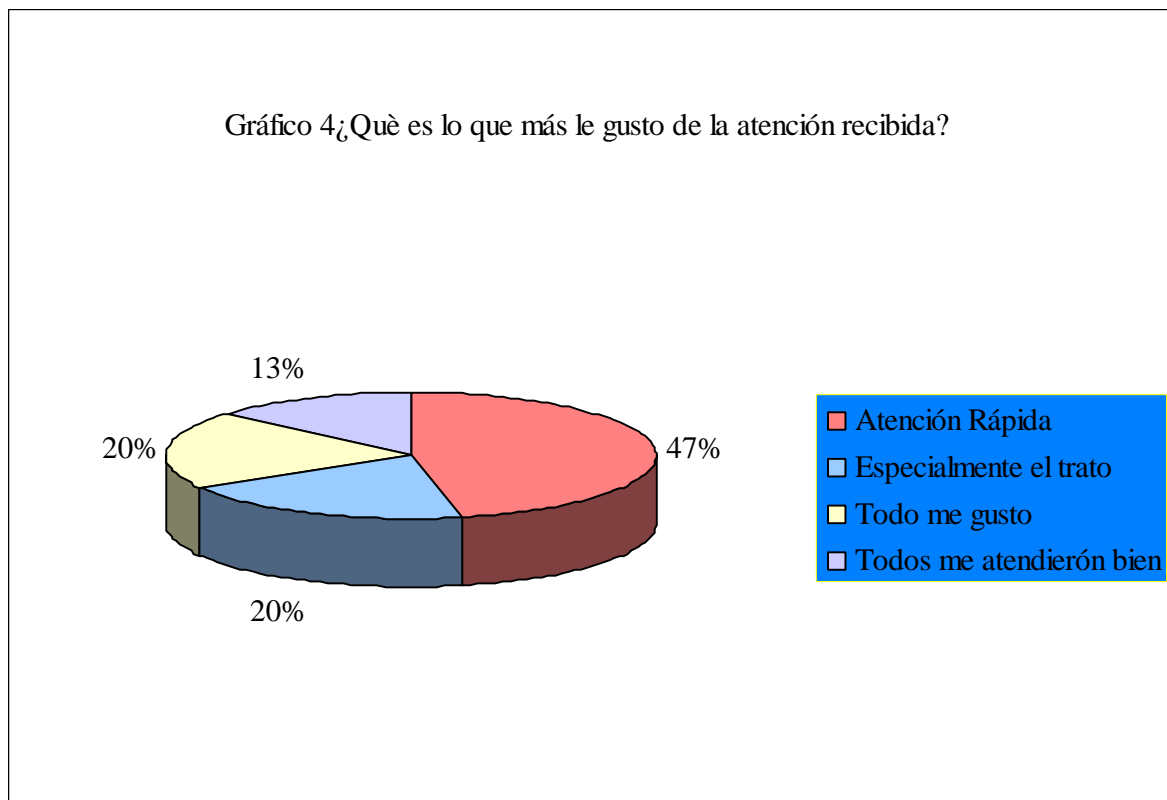
Ninguna expresó que le hubieran pedido ningún tipo de material ni de medicamento para ser atendida.

Las usuarias en su totalidad consideran que la sala en donde se le atendió el parto cuenta con todo el equipamiento necesario.

Todas las usuarias entrevistadas manifestaron sentirse satisfechas con el servicio prestado por el personal de salud que les atendió.

Las usuarias en su totalidad refirieron que no existe ningún problema en la atención que se le brinda.

Con respecto a la pregunta abierta que se les formuló ¿Qué es lo que más le gusto de la atención recibida? Se obtuvieron las siguientes respuestas: (ver tabla 3)



B3.Limpieza la institución.

El 80% de las usuarias consideran que la limpieza de la institución es muy buena, mientras que un 20% la consideraron como buena.

C1-Resultados de entrevistas a informantes claves.

En relación a la entrevista a informantes claves, se obtuvo de que existe un conocimiento claro de lo que significa calidad, pues fue descrito por los proveedores como “Brindarle” satisfacción a las usuarias, lo cual se hace sentir a través de un buen trato, de mantener limpia la unidad de salud, de no hacer esperar mucho tiempo a una usuaria para ser atendida en la consulta, de asegurarle todos los medicamentos y equipo que vaya a necesitar.

Además de lo anterior se afirma que la sala de labor y a parto presta las condiciones básicas de agua potable, electricidad, camas para prelabor, camas para el puerperio, expulsivo y todo el instrumental necesario para brindar un buen servicio a la embarazada pese a ello, no la consideran completa, pues hace falta oxígeno, cuna térmica, equipo de reanimación para el recién nacido.

Al preguntarles si consideran que la atención que se le brinda a la embarazada hoy en día en relación a años anteriores, todos concuerdan en que “Si” porque la embarazada es tratada de una manera más integral y más humana, siempre se está buscando la manera de ayudarla en la medida de lo posible, mencionan por ejemplo el hecho de darle alojamiento a los familiares si lo ameritan, así como también se le asegura la alimentación a la embarazada si no tiene recursos.

En lo relacionado al nivel de preparación técnico científica del personal para atender partos; En su mayoría los entrevistados manifiestan que no todos han recibido cursos, talleres o seminarios de ginecoobstetricia relacionados con la atención del parto, y que aunque ya lo han hecho no se consideran muy bien entrenados para hacerlo.

En relación al suministro de insumos médicos necesarios para la atención del parto, todos convergen en que si existe un abastecimiento completo en bodega, farmacia y central de equipo para atender a toda la población de embarazadas del municipio.

Con respecto a si existe o no un medio de transporte para la transferencia de la embarazada,

puérpera, o el recién nacido ante cualquier complicación, refirieron que si existe una ambulancia y un conductor, pero que dicha unidad se utiliza no solo para el traslado de pacientes sino que también para movilizar tanto al personal de administración para que realicen sus gestiones como por el personal médico y de enfermería en sus salidas integrales a las comunidades más remotas del municipio.

IX-DISCUSSION

La amplia cobertura del parto institucional representa un verdadero reto para el sistema de salud municipal, el cual no logro atender ni la mitad del total de partos esperados para el período en que se realizó el estudio, este hecho se hace más notorio si se compara las estadísticas del departamento de Jinotega que según ENDESA 2001, reporta una cobertura menor al 40%, pero no inferior a 15% que fue el porcentaje que se logro alcanzar. Es importante definir cuales son las causas y factores que inciden para obtener una cobertura tan baja, pues en el municipio no existen establecimientos privados, ni ONG's que se dediquen a la captación y atención del parto como los hay en Managua, León y Chinandega; Lo que significa que el sistema de salud no esta siendo accesible ni aceptado por las embarazadas, las que influenciadas por la familia, la educación insuficiente, su cultura y el machismo, deciden ser atendidas en su parto a nivel domiciliario por una partera o por algún miembro de la familia.

La mortalidad materna evoluciona con una tendencia de descenso, pasando de 1 caso en el primer semestre del 2004 a 0 en el periodo estudiado, esto coincide con lo descrito en el ENDESA 2001 que afirma que la tasa de mortalidad materna en los últimos años paso de 125 por 100 mil nacidos vivos en 1996 a 96.6 por 100 mil nacidos vivos en el 2002 y se espera que continúe disminuyendo. Este logro del municipio si bien es positivo, satisfactorio y alentador, no significa que la mortalidad materna esta erradicada, sino por el contrario insta al sistema de salud a continuar en esa misma línea, promoviendo y protegiendo la salud de la embarazada a través de la implementación de estrategias y medidas que favorezcan una amplia cobertura del control prenatal y del parto institucional.

El cumplimiento de las normas de atención del parto y el recién nacido instituido por el MINSA, es parcial pues la revisión de los expedientes clínicos revelo que no se alcanzan las metas porcentuales esperadas para cada uno de los estándares de la norma. Esto sin duda alguna dificulta y obstaculiza la prestación de servicios alta calidad y calidez que se pretende brindar a las usuarias con la implementación de la norma próximo paso es encontrar la causas de este incumplimiento que es muy difícil de dilucidar y aunque se podría mencionar el desconocimiento por parte del personal principalmente los médicos en servicio social, el agotamiento físico, el olvido o la falta de motivación para registrar la

información en los expedientes. Sin embargo pareciera ser que en la práctica los estándares se cumplen ya que no se reportan complicaciones o muertes maternas, lo que nos hace pensar que la causa principal del incumplimiento es el no registro de las actividades que se realizan.

Las usuarias manifestaron un alto grado de satisfacción con la atención recibida por el personal de salud de la unidad, esto por ende se traduce en la prestación de servicio de calidad, pero hay que tomar en cuenta, que existen 2 tipos de calidad; La sentida que se basa en la subjetividad y que se genera ante la resolución de un problema o una necesidad por parte de un proveedor de servicio, y la calidad técnica que es la atención mediante la cual se espera poder proporcionar el máximo y completo bienestar y que se define en términos de la integralidad, es decir satisfacer todas las necesidades de la usuaria, además se debe de tener en cuenta la destreza para hacer las cosas bien, a tiempo y en la secuencia adecuada, del mismo modo es importante la efectividad que sería el producto final que en este caso es lograr satisfacción en el proceso de atención; Es este tipo de calidad que se mide a través de auditorías médicas, la observación y el uso de estándares de calidad; Es precisamente este tipo de calidad la que no se está dando, contrario a lo referido por las usuarias.

La unidad de salud presenta las condiciones básicas para la atención del parto, ya que cuenta con una sala de labor y parto que aunque es pequeña esta dividida en dos secciones, una de las cuales esta destinada a la atención del parto en el periodo expulsivo en la cual se encuentra una cama ginecológica en perfectas condiciones, una cuna para el recién nacido, una pesa para el neonato, una lámpara de cuello, una mesa para el instrumental, y dos gabinetes en donde se almacenan los medicamentos y materiales necesarios para atender un parto, de la misma manera la otra sección cuenta con 4 camas en perfectas condiciones, un baño y un inodoro, la cual se utiliza como sala de prelabor y como estancia para las puérperas, ambas secciones provistas de agua potable, alcantarillado sanitario y fluido eléctrico.

En cuanto a recursos se pudo observar la existencia de medicamentos, materiales de reposición e instrumental adecuados y suficientes para la atención del parto.

El mayor problema lo representan los recursos humanos y específicamente el personal medico que es escaso, habiendo únicamente 4 médicos, 2 de ellos generales con años de laborar en la unidad y que están a cargo de 1 clínica de atención integral respectivamente, y 2 médicos en servicio social, 1 de los cuales esta a cargo de otra clínica de atención integral, y el otro responsable de la emergencia el cual se encarga de atender a los pacientes encamados, la sala de URO, las consultas generales a pacientes mayores de 5 años y adultos, las emergencias, la recepción de pacientes trasladados de los puestos de salud del municipio y los partos que es presenten durante las ocho horas de la jornada laboral, aquí podría radicar la causa del no registro adecuado de la información en los expedientes clínicos de las parturientas y con ello el cumplimiento parcial e inadecuado de la normas de atención del parto y el recién nacido.

X-CONCLUSIÓN

En base a la categorización, muy bueno, bueno y regular, se concluye que la calidad de atención que se le brinda a la parturienta y al recién nacido, es “Buena”, aún a pesar de que las usuarias refieren haber recibido buen trato y estar satisfechas con el servicio prestado, según la literatura este tipo de satisfacción genera la calidad sentida la cual se basa en la subjetividad y no en la integridad, la destreza y la efectividad que es en si la calidad técnica la cual se midió a través de la revisión de expedientes clínicos, la cual revelo un incumplimiento de las normas de atención del parto y el recién nacido, además de esto es importante mencionar que contando con las condiciones y recursos para brindar una cobertura mas amplia del parto institucional, no se da lo que significa que las mujeres del municipio están en mayor desventaja en comparación con otros municipios del país siendo para ellas mayor el riesgo de enfermar o morir durante el parto y el puerperio, del mismo modo el recién nacido esta expuesto a morir al no ser atendido por personal calificado.

XI-RECOMENDACIONES

1-Trabajar con la comunidad, brindando información sobre la importancia que tiene el CPN y el parto institucional principalmente en pacientes adolescentes y añosas.

2-Incrementar el establecimiento de la atención prenatal en las comunidades rurales más remotas del municipio para realizar captación precoz de las embarazadas, así como también hacer conciencia en las mismas de la necesidad que tienen de ser atendidas en su parto por personal de salud calificado, lográndose de esa manera ampliar la cobertura del parto institucional y evitar muertes maternas innecesarias.

3-Más que incrementar el número de parteras, brindar mayor capacitación y equipamiento para tratar y referir a las mujeres con complicaciones fundamentalmente en el área rural en donde la escasez de personal médico es más acentuada.

4-Establecer y equipar al menos de un centro de maternidad comunitario, dotándolo de programas de atención especial que les facilite a las embarazadas permanecer en un lugar mas cercano al centro de salud.

5-Promover la planificación familiar a través de la consejería a las puérperas al momento de ser egresadas de la unidad de salud, del mismo modo realizar campañas radiales, charlas en las escuelas e institutos municipales evitando así embarazos a edades tempranas y erradicar la muerte materna.

6-Instar al personal médico y de enfermería a realizar en buen llenado de la HCPB al momento de ingresar una usuaria al CPN, así como también en los controles subsecuentes y en el momento en que es internada en la unidad de salud para ser atendida en el parto.

7-Capacitar al personal médico en el correcto llenado, construcción y vigilancia del partograma.

8-Se deberá prestar mayor atención al completo llenado de los ítems de la HCPB que se relacionan con el recién nacido, los cuales no se están registrando de manera adecuada.

9-Reflejar en el expediente clínico todos los criterios establecidos para egresar adecuada y correctamente al recién nacido.

10-Dotar a la sala de labor y parto de la unidad de salud del equipamiento completo para brindar una mayor y mejor atención del parto institucional.

11-Gestionar ante las autoridades de salud u ONG correspondientes la necesidad de otra unidad móvil para el traslado de la embarazada, puérpera, o el recién nacido que lo ameriten ante cualquier complicación o eventualidad.

12-Mejorar el grado de preparación técnico científico del personal de enfermería de la unidad de salud en el tema de la atención del parto a través de cursos, talleres o capacitaciones.

13-Incrementar el número de contratos a recursos médicos, pues el actualmente disponible es insuficiente para satisfacer a las usuarias y a la población en general.

14- Hacer del conocimiento de todo personal de salud la existencia e importancia que tienen las normas de los procesos de atención de la embarazada y el recién nacido.

15-Realizar monitoreo continuo de los expedientes clínicos de la embarazada para reconocer todos aquellos problemas e incumplimientos en los que se están incurriendo, y de esta manera mejorarlos para obtener un mayor grado de satisfacción de proveedores y usuarios.

XII-REFERENCIAS

- 1-Diprete Bronw Lori. Garantía de la calidad de atención en salud en los países en desarrollo.1990.Pág. (130-131)

- 1- Donabedian Avedis.La calidad de la atención médica. Pág. 3, 26, 27, 28, 31, 96, 97,100-103.

- 2- Fonseca Renaud Jorge. Calidad total para garantizar la satisfacción en los sistemas de salud.Pag.78-79.

- 3- Galeano Sánchez Norma. Satisfacción del usuario del seguro social respecto a la atención ambulatoria del sector privado y publico en Managua. Tesis Maestría Salud publica Managua UNAN.Centro de investigación y estudio de la salud (CIES).1996

- 4- INECC. Análisis de la situación social y económica de la juventud Nicaragüense.Pag.2, 2001.Pág.4, 2002.

- 5- Investigación científica en ciencias de la salud. Quinta edición McGraw interamericana. Ediciones S.A. MÉXICO.1997.

- 6- Kroeger Axel.Diagnostico de los servicios de salud.1989.

- 7- Marie Margie y Joseph Gambone. Mejoramiento continuo en atención médica. Pág.123-124

- 8- Sáenz Alberto. Calidad total en las organizaciones del sector salud. Boletín de la unidad de desarrollo del sistema de salud. Universidad. Enero-Abril 1992.Pág.9-10.

9- Internet:<http://www.medicare.gov/>

10- Internet:<http://www.healthfinder.gov/>

11- Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención de la embarazada y el recién nacido. Managua, Nicaragua, febrero 2004. Pág. 14-17,25-30.

ANEXOS

Hoja de monitoreo de los indicadores de calidad de los procesos de atención de la Embarazada y del Recién Nacido-primer nivel de atención

No.	Indicador	Oct-04-Dic-04			Ene-05-Mar-05		
		N	D	%	N	D	%
1.	Porcentaje de mujeres embarazadas en las que su CPN se le lleno su HCPB y se registraron las 12 actividades normadas.						

3.	Porcentaje de nacimientos (vaginales y cesáreas) en unidades de salud del MINSA						
5.	Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente.						
6.	Porcentaje de parturientas a quienes se les aplico en momento y dosis adecuada Oxitocina profiláctica para la reducción de hemorragia post parto.						
7	Porcentaje de puérperas inmediatas con vigilancia adecuada.						
8.1	Porcentaje de puérperas que recibieron consejería de planificación familiar antes de su egreso.						
8.2	Porcentaje de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.						
9	Porcentaje de recién nacidos / as a quienes se examino y registro en la HCPB (expediente clínico) las 12 actividades seleccionadas.						
10	Porcentaje de recién nacidos egresados cumpliendo con los criterios establecidos.						
11	Porcentaje de usuarias de los servicios de salud que refieren haber recibido buen trato.						

Indicadores e instrumentos a monitorear en el primer nivel de atención para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 1. Porcentaje de embarazadas en cuyo CPN se les lleno su HCPB y se registraron las 12 actividades normales

Cada número corresponde a un expediente monitoreado. Anotar con una X en la casilla correspondiente al criterio cumplido si el expediente clínico cumple con el registro de dicho criterio. La casilla de EXPEDIENTE CUMPLE, se marca con una X solamente si en el expediente monitoreado se registraron los doce criterios. El promedio global, se obtiene en dividir el total de EXPEDIENTE CUMPLE entre el total de expedientes monitoreados X 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en el o los elementos que estamos vigilando adecuadamente. Si la embarazada tiene menos de 18 SG, tras la

valoración de los movimiento fetales o menos de 20 SG, para la valoración de FC, probablemente no se conseguirán por lo que estos criterios serán marcados en las casillas como NA(No Aplica), siendo en este caso el denominador para este expediente en particular muy probablemente 11 o 10 parámetros

CRITERIO	1	2	3	4	Promedio
Antecedentes Personales y Obstétricos					
Medición de Talla					
Examen de Mama					
Semanas de Amenorrea					
Medición del peso					
Determinación de Presión Arterial					
Medición de Altura uterina					
Auscultación de FCF después de 20 SG					
Movimientos fetales después de 18 SG					
Aplicación de vacuna antitetánica					
Solicitud de Exámenes (Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hemoglobina)					
Evaluación del Estado Nutricional					
EXPEDIENTE CUMPLE					
Promedio Global					

Porcentaje de embarazadas en trabajo de partos con partograma llenados e interpretados correctamente. (Ver instrumento instructivo para monitorear el partograma con curva de alerta).

Ministerio de salud

Atención integral ala mujer

Hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta

SILAIS: _____ MUNICIPIO _____ UNIDAD DE SALUD _____

MONITOR / SUPERVISOR: _____ #PARTOGRAMAS

REVISADOS: _____

PERIODO MONITOREADO: _____ TOTAL DE PARTOS

ATENDIDOS EN EL PERIODO: _____

No	PARÁMETRO	Para cada partograma monitoreado, marque con una X en la casilla correspondiente solo SI CUMPLE satisfactoriamente con el parámetro.								
		1	2	3	4	5	6	7	8	promedio
1	Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la paciente.									
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración de del partograma									
3	Selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta (columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales de progreso de la dilatación)									
4	Grafica adecuada de la curva real ,hasta el momento del nacimiento									
5	Grafica adecuada de la curva de alerta.									
6	Interpreta adecuadamente la curva de alerta.									
7	Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.									
8	Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.									
9	Grafica la frecuencia cardiaca fetal									
10	Grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas.									
No	PARÁMETRO	1	2	3	4	5	6	7	8	Promedio
11	Grafica de forma adecuada la ruptura espontánea de membranas (REM) o la ruptura artificial de membranas (RAM).									
12	Interpreta adecuadamente las variaciones de las contracciones uterinas.									
13	Interpreta de manera adecuada las variaciones en la frecuencia cardiaca fetal.									
14	Grafica adecuadamente los cambios de los patrones en la curva de alerta (de									

	posición vertical a horizontal, de membranas integras a rotas).								
15	Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracciones localización, intensidad del dolor								
16	Interpreta adecuadamente esta información.								
17	Utiliza adecuadamente las casillas de observaciones (a,b,c,..),para: registrar la presencia de DIPS, uso de y dosificación de Oxitocina ,antibióticos,etc.								
	Promedio por partograma:								
	Promedio Global:								

6. Porcentaje de parturienta a quienes se le aplico en momento y dosis adecuada, Oxitocina profiláctica para reducción e Hemorragia Post parto.

Cada numero corresponde a un expediente monitoreado .Anotar con una X en la casilla correspondiente siempre que a la parturienta se le haya aplicado 10 UI IM de Oxitocina inmediatamente al nacimiento del bebe y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inductoconducción. El promedio se obtiene de dividir el total de X en donde se cumplió el criterio, entre el total de expedientes monitoreados X 100.

CRITERIO	1	2	3	Promedio
Se aplico a la parturienta 10 UI IM de Oxitocina inmediatamente al nacimiento del bebe y antes del nacimiento de la placenta, , se haya usado o no previamente Oxitocina para inductoconduccion .				

7. Porcentaje de puérperas inmediatas con vigilancia adecuada

Cada número corresponde a un expediente monitoreado. Anotar con una X en la casilla correspondiente al signo vital examinado, si el Expediente Clínico CUMPLE con el registro de dicho criterio. La casilla del EXPEDIENTE CUMPLE, se marcara con una X solamente si en el expediente monitoreado se registraron los 5 parámetros de vigilancia de la puérpera cada 30 minutos en las primeras 2 horas post parto y luego por turno de enfermería si no se han detectados signos y síntomas de alarma. El promedio global, se obtiene de dividir el total de EXPEDIENTE CUMPLE entre el total de expedientes monitoreados X 100. El

promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en el o los elementos que no estamos vigilando adecuadamente.

CRITERIO	1	2	3	Promedio
Temperatura corporal				
Pulso				
Presión Arterial				
Involución Uterina				
Loquios				
EXPEDIENTE CUMPLE				
Promedio Global				

8.1 porcentaje de púerperas que recibieron consejería en planificación familiar antes de su egreso.

Cada numero corresponde a un expediente monitoreado(o registro de egresos) post aborto, post parto o post cesárea. Anotar con una X en la casilla correspondiente siempre que en el expediente clínico de la púerpera se consigne que recibió consejería sobre los diversos métodos de planificación familiar en la unidad de salud antes de su egreso. El promedio se obtiene de dividir el total de X en donde se cumplió el criterio, entre el total de expedientes monitoreados X 100.

CRITERIO	1	2	3	Promedio
Recibió consejería en planificación familiar en la unidad de salud antes de su egreso				

8.2 Porcentaje de puerperios que egresaron con un método de planificación familiar.

Cada numero corresponde a un expediente monitoreado (o registro de egreso) postaborto, posparto o postcesárea. Anotar con una X en la casilla correspondiente, siempre que en el expediente clínico de la púerpera se consigne que se le aplico o recibió un método de planificación familiar antes de su egreso de la unidad de salud. El promedio se obtiene de dividir el total de x en donde se cumplió el criterio, entre el total de expedientes monitoreados X 100.

CRITERIO	1	2	3	Promedio
Recibió o se le aplicó un método de planificación familiar antes de su egreso				

9. Porcentaje de Recién Nacidos a quienes se examinó y registró en la HCPB (expediente clínico) las 12 actividades seleccionadas. Cada número corresponde a un expediente monitoreado. Anotar con una X en la casilla correspondiente al criterio cumplido o registrado. La casilla EXPEDIENTE CUMPLE, se marcará con una X solamente si en el expediente monitoreado se registraron las 12 actividades. El promedio global se obtiene en dividir el total de EXPEDIENTE CUMPLE, entre el total de expedientes monitoreados X 100.

CRITERIO	1	2	3	Promedio
Sexo				
Peso al nacer				
Talla en cms				
APGAR al minuto y 5 min.				
Reanimación				
Examen físico				
Temperatura corporal				
Alojamiento conjunto				
Apego precoz				
Vitamina K				
Profilaxis oftálmica				
Perímetro cefálico				
EXPEDIENTE CUMPLE				
Promedio global				

10. Porcentaje de recién nacidos egresados cumpliendo con los criterios establecidos. Cada número corresponde a un expediente clínico monitoreado. Anotar con una X en la casilla correspondiente en donde se cumplió el criterio establecido para el alta del recién nacido. La casilla de EXPEDIENTE CUMPLE, se marcará con una X solamente si en el expediente monitoreado se registraron los 6 criterios. El promedio global se obtiene al dividir el total de EXPEDIENTE CUMPLE entre el total de expedientes monitoreados X 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en la (s) actividad (es) que no estamos realizando.

CRITERIO	1	2	3	Promedio
Buena tolerancia oral				
Signos vitales estables(To,FC,FR)				
Buena coloración				
Promoción de la lactancia materna exclusiva				
Higiene del RN(consejería)				
BCG aplicada				
EXPEDIENTE CUMPLE:				
Promedio global				

11. porcentaje de usuarias de los servicios de obstetricia que refieren haber recibido buen trato. Será obtenido a través de encuestas de salida.

ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUSARIA

1.- Edad____ años

2. ¿Como fue el trato que le brindo el CPF?

Muy bueno_____ (1) Bueno_____ (2) Regular_____ (3) Malo_____ (4)

3. ¿Como fue el trato que le brindaron en la admisión?

Muy Bueno_____ (1) Bueno_____ (2) Regular_____ (3) Malo_____ (4)

4.- ¿Cuanto tiempo espero para que le atendieran su consulta?

Inmediato _____ (1)

Menos de media hora_____ (2)

- Media hora_____ (3)
- Menos de una hora_____ (4)
- Una hora a menos de dos horas_____ (5)
- Dos horas y más_____ (6)
- 5-¿Como le pareció la espera?
- Poco_____ (1) Aceptable_____ (2) Mucho_____ (3)
- 6-¿Quien le atendió la consulta?
- Médico_____ (1) Enfermera_____ (2) Auxiliar_____ (3) Otro_____ (4)
- 7- ¿Le pidieron algún material? Si_____ (1) No_____ (2) Recuerda cuales
- Guantes Si_____ (3) No_____ (4) Guía de Suero Si_____ (5) No_____ (6)
- Bránula Si_____ (7) No_____ (8) Jeringa Si_____ No (9) _____ (10)
- Scalp Si_____ (11) No_____ (12) Esparadrapo Si_____ No (13) _____ (14)
- 8.- ¿Quien atendió el parto?
- Médico_____ (1)
- Enfermera_____ (2)
- Auxiliar_____ (3)
- Otro_____ (4)
- 9- ¿Le pidieron algún medicamento? Si_____ (1) No_____ (2) Recuerda cuales
- Oxitocina Si_____ (3) No_____ (4) Vitamina K Si_____ (5) No_____ (6)
- Ungüento oftálmico de tetraciclina Si_____ (7) No_____ (8) Otro Si_____ (9) No_____ (10)
- 10- ¿Cómo considera el trato que recibió por parte de quien le atendió el parto?
- Muy Bueno_____ (1) Bueno_____ (2) Regular_____ (3) Malo_____ (4)
- 11- ¿Cómo considera Usted la limpieza de la institución?
- Muy Bueno_____ (1) Bueno_____ (2) Regular_____ (3) Malo_____ (4)
- 12-¿Considera Usted que la sala donde atendieron su parto esta bien equipada?
- Si_____ (1) No_____ (2)
- 13 ¿Esta satisfecha con el servicio prestado por el personal de esta unidad de salud?
- Si_____ (1) No_____ (2)
14. En general ¿cual cree Usted? ¿Que es el mayor problema en la atención que se le brindó?
- Tiempo de espera_____ (1) Trato del personal_____ (2)
- Limpieza de la institución_____ (3) Falta de Equipo_____ (4)

Falta de medicamentos _____ (5) Ninguno _____ (6)

15-¿Que es lo que mas le gusto de la atención recibida?

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES

1-¿Qué concepto tienen ustedes de calidad de atención?

1-¿Cómo consideran la atención que se le brinda a la embarazada en esta unidad de salud?

2-¿Existen actualmente las condiciones básicas para atender a la embarazada y su recién nacido en esta unidad de salud?

3-¿Creen ustedes que el personal de esta unidad tiene el nivel de preparación técnica y científica para atender partos?

4-¿Existe en el stock de farmacia el suministro de medicamentos necesarios para la atención del parto?

5-¿La bodega de esta unidad de salud, esta abastecida de insumos médicos suficientes para tener una amplia cobertura del parto institucional?

5-¿Cuenta la central de equipos de esta unidad de salud con el material de reposición periódica para brindar una buena atención del parto?

6-¿Si se presenta cualquier complicación durante el parto o el puerperio inmediato, existe o no algún medio de transporte disponible para transferir a la paciente o su recién nacido a un centro de mayor resolución?

7-¿Creen ustedes que la calidad de atención que se la da hoy en día a la embarazada ha cambiado en relación con años anteriores?

