

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas
Programa de Maestría en Salud Pública



**"Calidad y cobertura de la atención materna
en los servicios de salud del área No. 1
región de salud No. 1"**

AUTOR:

Jacobo Miguel Hernández Sikaffy

Previa Opción al Título de:

Master en Salud Pública

Danli, El Paraíso,

Honduras, C. A.

1999

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
PROGRAMA DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA



*“Calidad y cobertura de la atención
materna en los servicios de salud del
área N°1, región de salud N° 1.*

AUTOR

Jacobo Miguel Hernández Sikaffy

PREVIA OPCION AL TITULO DE
Master en Salud Pública

Danlí, El Paraíso,

Honduras, C.A.

1999.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

RECTORA

Dra. Ana Belén Castillo de Rodríguez

SECRETARIO GENERAL

Dr. Juan Ramón Pineda

DECANO

Dr. Gustavo Adolfo Vallejo

VICE-DECANO

Dr. Edgardo Murillo C.

SECRETARIA

Dra. Argentina Alas de Chávez

PROSECRETARIO

Dr. Manuel Sandoval Lupiac

**DIRECTORA DEL PROGRAMA DE MAESTRIA EN
SALUD PUBLICA**

Msc. María Elena Cáceres Montesinos

ASESORIA DE TESIS

Msc. Ana María de Sánchez

Msc. Eva Luz Alvarado

Dr. Manuel Chávez

Tribunal Examinador

Msc. Astarte Alegría

Dra. y Msc. Janeth Aguilar de Montano

Msc. Eva Luz Alvarado

SUSTENTANTE

Jacobo Miguel Hernández S.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar y muy especialmente agradezco a nuestro creador, Dios padre todopoderoso; porque gracias a su anuencia en disponerlo todo se ha logrado llegar a feliz termino. A nuestra madre celestial, la Virgen María, quien ha orado y me ha apoyado espiritualmente.

A todo el cuerpo docente de la maestría en salud pública, sin excepciones; ya que de una u otra manera todos me apoyaron y favorecieron el presente trabajo; aun va el agradecimiento a aquellos docentes que ya no forman parte de la maestría, igualmente a todos mis compañeros de promoción que me motivaron y se alegran del éxito alcanzado.

Agradecer a las autoridades de la secretaría de salud, que permitieron mi ingreso a la maestría; en especial a las autoridades del Proyecto de Nutrición y Salud, Banco Mundial y PNUD, por facilitar el apoyo financiero para la presente investigación.

A todos mis compañeros de trabajo que me alentaron a continuar; a los compañeros Sonia Bonilla e Irán Rojas que directamente trabajaron conmigo y, especialmente a la compañera secretaria y ahijada Vilma Gómez, que me soporto tanto.

Finalmente agradecer a todas las madres, parteras y personal institucional de Alauca y Teupasenti que participaron con sus valiosas opiniones, ya que sin ellas no hubiese sido posible la investigación.

A todos ellos mis más sinceros y profundo AGRADECIMIENTO.

GRACIAS

JACOBO

DEDICATORIA

Dedico el presente estudio, con todo amor a.

Mis Padres : Alma Consuelo de Hernández y Carlos A.
Hernández, quienes se alegran del éxito logrado.

Mi Esposa : Sandra O. Gallardo de Hernández, por su amor,
empeño en alentarme y ser ejemplo de optimismo y
decisión.

Nuestros Hijos: Jacobo Jesús,
Sandra María,
David Antonio y Luis Miguel, para que vean en
este trabajo resultados positivos de metas propuestas y
sentido de superación en la vida.

Mis Suegros : Martha Vijil de Gallardo (Q.D.D.G.) y
René Gallardo (Q.D.D.G.) que están en la morada celestial
alegrándose de nuestros éxitos familiares.

JACOBO

INDICE

	Nº de Página
INTRODUCCION	1
I. MARCO TEORICO	4
II. VARIABES	28
III. DISEÑO METODOLOGICO	31
IV. RESULTADOS	37
A. Cobertura de Atención	39
B. Morbilidad Materna.	41
C. Factores de Riesgos	43
D. Calidad de Atención Institucional.	44
E. Grupo de Mujeres Embarazadas que Acceden a control prenatal al Centro de Salud.	48
F. Grupo de Mujeres Embarazadas. que no acuden a control al Centro de Salud.	70
G. Entrevistas a:	
A. Embarazadas no controladas.	86
B. Personal Institucional.	101
C. Parteras tradicionales capacitadas.	117

V.	DISCUSION	131
VI.	CONCLUSIONES	140
VII.	RESUMEN	146
VIII.	BIBLIOGRAFIA	149
IX.	ANEXOS	153
	A. Listado de Revisión de Censos y Estadísticas de la UPS.	
	B. Listado de Revisión de expedientes y papelería.	
	C. Guía para la observación de las atenciones	
	D. Listado de cotejo – observación de atención.	
	E. Temática a desarrollar en grupos focales de embarazadas.	
	F. Guía de preguntas de entrevista a profundidad a:	
	1. Embarazadas no controladas.	
	2. Personal Institucional.	
	3. Parteras tradicionales capacitadas.	

INTRODUCCION

El equipo de salud del área de No. 1, de la región No. 1 perteneciente a la Secretaría de Salud, preocupado por la problemática de salud de la zona bajo su jurisdicción, realiza en forma constante análisis situacionales y evaluaciones, que le permiten profundizar en la realidad de salud de la población.

Es así, que mediante los análisis de la situación de salud (ASIS) que se han realizado en los últimos 4 años y a través de los criterios de priorización de problemas (impacto, trascendencia, factibilidad, viabilidad, valor y costo de postergación) se concluyó que la atención prenatal, parto y puerperio, tanto a nivel institucional como comunitario, no ha mejorado, logrando sin embargo mantenerse. Así el 61% de los establecimientos del área no alcanzan buenas coberturas (abajo del 80% para fines del estudio) en atención prenatal.

Esta baja cobertura provoca que se ignore el curso de muchos embarazos, partos y evoluciones puerperales, dejando un vacío importante de conocimiento y la falta de un manejo adecuado de la mujer en momentos reproductivos. Si a esto se suma el hecho que a las mujeres atendidas, probablemente no se les esté dando una atención

apropiada, refleja de la magnitud del problema de calidad de atención que se da a la mujer en un contexto integral.

Debemos entender como “cobertura” a la cantidad y porcentaje de la población que esta siendo atendida por los servicios de salud; en caso el particular que interesa, del programa de atención a la mujer entendiéndose que son las mujeres que están accediendo a control prenatal y puerperal, así como los partos atendidos y reportados por las parteras tradicionales. En cuanto a “calidad” se toma como el desempeño correcto de una atención primaria de salud, de acuerdo a normas procurando causar un impacto positivo sobre la morbilidad y mortalidad.

Todo lo anterior incide en tener una mortalidad materna importante, como en el municipio de Teupasenti que teniendo una baja cobertura del programa presenta tasas altas de muertes maternas, que han llegado a 496 por 100,000 nacidos vivos, contrario a municipios como Alauca con 0 de mortalidad. Con la finalidad de profundizar en el problema antes citado se decidió hacer una investigación sobre calidad y cobertura de la atención materna.

Esta investigación cualitativa de tipo interpretativo se realizó con grupos pequeños de embarazadas, personal institucional y parteras tradicionales capacitadas;

desarrollándose técnicas como la de grupo focal, entrevistas a profundidad y observación. El propósito de la misma fue conocer aquellos factores que afectan la calidad de las atenciones y coberturas de los establecimientos, en el programa de atención materna proponiéndose como objetivos, valorar la calidad de atención materna, en función de la competencia profesional, satisfacción de la paciente y calidez de la atención; indagar los factores relacionadas con la cobertura como: accesibilidad (en sus diversas formas), rechazo y credibilidad del programa.; valorar los factores de riesgo reproductivo tanto sociales como biológicos de las embarazadas en control; todo con la finalidad de orientar actividades encaminadas a mejorar la calidad de la atención materna y aumentar las coberturas del programa.

La investigación fue realizada en las comunidades y centros de salud de Alauca y Teupasenti, en donde se encontró que a pesar de brindarse una atención con falta de calidez, existe una buena aceptación del servicio y que la competencia del personal es aceptable. La accesibilidad cultural es la que más influye negativamente en la cobertura, seguido del factor geográfico; por otro lado se detecta que existe rechazo de pacientes embarazadas. En general, existe un escaso conocimiento sobre los alcances del programa de atención a la mujer, sin embargo se opina favorablemente del mismo. Los factores de riesgo están presentes con mayor frecuencia en Teupasenti donde existe mayor mortalidad.

I. MARCO TEORICO

Nuestro país como parte de la comunidad internacional se ha comprometido a prestar mejor atención en salud y se están realizando grandes esfuerzos para ampliar los servicios de Atención Primaria de Salud (APS), a través del incremento en la asignación de recursos de diversas fuentes, capacitación permanente al personal de salud y una reestructuración organizativa del sistema.

Las líneas políticas del actual gobierno enfatizan decididamente el fortalecimiento de las unidades productoras de salud (UPS), que se da como parte de la implantación de la estrategia de globalización de la economía (ya que no somos una isla en este mundo globalizado) que insta y exige cambios profundos en el país, encaminados a lograr una verdadera modernización del Estado, reduciendo el aparato estatal y que sea esto un dinamizador práctico hacia el camino de la descentralización administrativa que traslade no solo acciones, sino poder y recursos a los niveles intermedios y locales; también promoviendo el involucramiento progresivo de la comunidad como el aporte de ideas y en las acciones directas mediante un verdadero control social de la gestión, que signifique que los individuos de la comunidad asuman su rol protagónico en la toma de decisiones, pero que el Estado facilite y ofrezca espacios de concertación y convergencia con el

objeto de elevar las condiciones de vida, a través de la atención de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) de la población más postergada, buscando acceder a brindar una atención en salud con equidad, eficiencia y eficacia.

En este contexto, el objetivo del proceso de modernización es generar cambios de políticas y de organización del sistema, que muestren un verdadero impacto en el mejoramiento de la eficiencia institucional y en la racionalización del gasto público nacional. Se conforma el PROCESO NACIONAL DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD como eje fundamental de la modernización y reforma del Sector Salud en el marco de la profundización de la Democracia y la Revolución Moral. Política del anterior gobierno de Honduras. Proceso que a través del Grupo de Apoyo Técnico (GAT), organizado en 1995 apoyar la subsecretaría de redes de servicio en el Desarrollo del Proceso de Acceso a Nivel Nacional. El GAT es un equipo de trabajadores de la salud, Ad hoc en funciones y tiempo, transdisciplinario y multidisciplinario, y se constituye en un espacio de discusión cuyo eje central es el problema de falta de acceso a más de un tercio de la población, así como el desarrollo de la capacidad de administración de la institución como respuesta a esa problemática. Facilitar el proceso de acceso en los niveles central, intermedio y local, a través de la educación permanente, es el objetivo fundamental del GAT.¹

¹ Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Foro de Rescate de Innovaciones en Salud. Pag. 52. Tegucigalpa, 1998.

Con este planteamiento, se pretende aumentar los esfuerzos encaminados a la ampliación de coberturas de salud, procurando lograr mejoras en los estándares de vida y salud de la población mediante estrategias como ser el aumento en la red de servicios y del personal de salud, entre otras.

Si bien la ATENCION PRIMARIA de salud entendida como la asistencia sanitaria esencial, no esta al alcance de todos y es el primer nivel de contacto entre la comunidad y el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo; busca abarcar a toda la población, proponiéndose equidad en el acceso a esos servicios esenciales, así la realidad obliga a satisfacer, en primer termino, las necesidades básicas de los sectores pobres o excluidos; sin embargo no debe limitarse a ellos. Por lo tanto, no puede considerarse como "un programa" cuyo objetivo sea solamente atender las necesidades mínimas de las personas que viven en extrema pobreza (equivocadamente denominada "medicina para los pobres"). Implica, en todo caso, extender o ampliar la cobertura de los servicios de salud y que esta sea con calidad y calidez.

Entendiendo por cobertura el porcentaje de población "cubierta" por los programas y actividades de salud, es decir la accesibilidad de los servicios de salud por la población y la "utilización real" del mismo ².

De este modo, la ampliación de la cobertura de los servicios de salud presenta tres aspectos fundamentales; acceso de la población a los servicios, disponibilidad relativa de recursos y un sistema técnico y administrativo que responda a las necesidades y aspiraciones de la población.

Se calcula conservadoramente que de los 475 millones de habitantes en América Latina, un tercio no tiene acceso a formas eficaces y sistematizadas de atención de Salud ³. De lo cual no está excluido el país.

El problema del Acceso tiene tres elementos principales:

- La existencia de una oferta sostenida y regular de servicios prestados con una combinación de recursos que geográfica, económica, temporal y culturalmente estén al alcance de las comunidades.

² Alex Kroeger, Ronald Luna. Atención primaria de salud, principios y métodos. OPS, serie paltex para ejecutores de programas de salud N° 10. Pag. 7 México 1987.

³ OPS. La cooperación de la organización panamericana de la salud ante los procesos de reforma de Sector Salud. Washington D.C. OPS. 1997.

- El ajuste cuantitativo, cualitativo y estructural de los servicios, para amoldarlos a la importancia numérica y a la estructura de la población y de sus problemas de necesidades en materia de salud.
- La aceptación de los servicios por parte de las comunidades expresada como utilización real, y la participación de estos en su diseño y prestación.

Los problemas de escasez relativa y de recursos pueden a su vez analizarse teniendo en cuenta la forma en que el sistema está organizado, su estructura de gestión y administración y la combinación tecnológica de los recursos disponibles que eleve al máximo la productividad y la efectividad.

Tanto la índole de los problemas de salud como las técnicas conocidas para su atención admiten distintas soluciones técnicas y administrativas, en consecuencia, los sistemas de prestación de servicios pueden organizarse por nivel de atención vinculados por sistemas de envío de pacientes. El objetivo es lograr una productividad óptima dentro de los límites aceptados de eficiencia y de acceso a los diferentes niveles por parte de las comunidades. Sin embargo, en muchos países se

ha documentado que a pesar de esos grandes esfuerzos solo se han logrado modestos descensos en la mortalidad y morbilidad ⁴.

De lo anterior, resulta vital reflexionar si dichos esfuerzos son suficientes o más bien se deben orientar además, actividades enfocadas a evaluar la calidad de atención que brindan los servicios de salud estatal y el impacto positivo que deben de causar los recursos disponibles en dichos servicios.

Consecuentemente, deben revisarse los procesos de planificación y administración como puntos de partida de la calidad de atención y la experiencia que América Latina y el Caribe han ganado en las últimas décadas.

El desarrollo económico y social, plantea la adopción del enfoque estratégico de la planificación y administración ⁵. Así, en la Salud Pública la experiencia derivada de los procesos de extensión de cobertura, con servicios de salud a las poblaciones marginadas, confirma la adopción adecuada de este enfoque, que similarmente debe servir para desarrollar estrategias y actividades que vengán a evaluar y fortalecer la calidad de atención.

⁴ Di Petre, L., Miller Franco, L., Raftch, N., Hatzell, T. Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo. El Proyecto de Garantía de Calidad. Pág. 11 Bethesda, USA.

⁵ OPS. Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la atención materno- infantil. N° 7. Pag. Washington, 1986.

En 1990 se crea un Proyecto de Garantía de Calidad con el objeto de formular y ejecutar métodos sostenibles para mejorar la calidad de la atención de salud en los países menos desarrollados ⁶. Es hasta en estos últimos años que se comienzan a realizar esfuerzos continuos de garantía de calidad de atención.

La calidad de atención del paciente debe verse tanto desde las expectativas de él mismo, como desde la oferta y tecnicismo del proveedor, que será en este caso desde el personal comunitario (parteras empíricas adiestradas); el personal institucional que brinda la atención primaria; hasta las altas jerarquías que se encargan de dictar y administrar las pautas directrices hacia el demandante o consumidor de los servicios de salud.

Podríamos partir del hecho que CALIDAD es un sustantivo, que para tener sentido debe ser precedido de un adjetivo (pésima, mala, regular, buena excelente); por antonomasia se acepta como sinónimo de buena calidad (mejor, incomparable, inimitable, máxima, posible, sin ralla alguna, espectacular).

⁶ Di Prete Brown, L. ETAL. Garantía de la calidad de atención de salud en los países en desarrollo. OP. Pag. 1

Pero la calidad es definida y percibida de múltiples maneras, depende del actor, del tiempo y desde que perspectiva se define. No todo el mundo puede definir calidad desde un punto de vista semántico, sin embargo todo individuo esta en condiciones de identificar cuando está presente o cuando esta ausente.

Podríamos definir la calidad de la atención como el nivel de profundidad de la atención continua e integral a la salud, que garantiza respuestas oportunas y satisfactorias en la resolución de problemas, adecuando los recursos disponibles y los conocimientos científicos actuales a las necesidades de los usuarios, mejorando la posibilidad de alcanzar los resultados deseados, al lograr el mayor beneficio posible con el menor riesgo deseable, en un ambiente de la más alta aceptabilidad y a un costo razonable⁷.

Con el fin de adoptar una definición que sirva de guía útil para conceptualizar la calidad de los servicios de salud, podríamos tomar la definición del Dr. Donabedian.⁸: "La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos". Por lo tanto, podríamos tomar la

⁷ Dr. Humberto Jaime Alarid. Breves Notas sobre calidad. Pág. 7. OPS/UMS. Colombia 1997.

⁸ Donabedian, Aredis. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor. MI: Health Administration press, Pags. 5, 1980.

calidad como el desempeño correcto de una atención primaria de salud, de acuerdo a normas, procurando causar un impacto positivo sobre la morbilidad y mortalidad.

Se reconocen varias dimensiones de la calidad que varían en relevancia e ingerencia según la realidad a la cual se evaluará la garantía de calidad. Es así que las actividades pueden enfrentar una o varias de las siguientes determinantes: competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades. Todas ellas causando influencia en menor o mayor grado, o no incidiendo en un momento dado.

En estudios realizados ⁹, sobre calidad de los servicios de salud, utilizan la metodología de evaluación de la utilidad de “multiatributos”, donde su fundamento es la desintegración de las situaciones objeto en partes más pequeñas que son fáciles de evaluar. Esto se realiza al especificar dimensiones de valor, llamados atributos, donde las alternativas varían y están relacionadas a los objetivos del evaluador. Estos atributos de valoración están estructurados con categorías: (1) Acceso de los usuarios los servicios de salud, (2) la aceptabilidad de los usuarios a los servicios de

⁹ Programa de atención integral a la mujer - PRAIM-GTZ. Sistema de Información Estratégico de los Servicios de Salud Reproductiva. Región de Salud Metropolitana. IHSS- Choloma, CMY Yusecarán. Pág. 10. 1998.

salud, (3) la competencia profesional de los prestadores de salud y (4) los resultados de la interacción entre los prestadores de servicios de salud y los usuarios, cada categoría posee 5 atributos, por ejemplo el acceso de los usuarios comprende los cinco atributos o indicadores: La facilidad del usuario de llegar al centro de salud, la conveniencia de las horas de servicio, la disponibilidad de personal de salud, la disponibilidad de recursos (medicamentos, vacunas, servicios de apoyo), y la comodidad y aseo físico del centro de salud.

Así, la capacidad y desempeño de funciones del personal comunitario e institucional mediante la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y realización de su trabajo en términos fiables, precisos, confiables y uniformes; pueden determinar en gran medida la calidad de la atención. Igualmente tiene mucha relevancia sobre la calidad, el acceso a los servicios desde los aspectos geográficos y económicos, hasta los sociales, culturales, organizacionales y de lingüística que vienen finalmente a impactar sobre las coberturas de atención. A veces la definición de acceso puede limitarse a porcentaje de población y tiempo ¹⁰.

Factor indispensable a tomar en cuenta en la calidad, es el usuario mismo; su satisfacción al demandar los servicios, satisfacción determinada por las buenas

¹⁰ PNUD. Los indicadores del desarrollo humano del istmo centroamericano. Pag. 27, 1994.

relaciones entre el proveedor y el demandante, donde se produzca confianza y credibilidad, el respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y la compenetración, para todo ello se debe saber escuchar y tener una buena comunicación. Así, existen proyectos encaminados a comprender, actuar y mejorar la salud, obteniendo la satisfacción que llene las expectativas y necesidades del paciente ¹¹.

Por el lado del proveedor, la eficacia y la eficiencia de los que suministran la atención basados en la aplicación de normas serán la base de resultados positivos y de una atención óptima, lo que también incidirá positivamente sobre la excelencia en la calidad.

Finalmente, el hecho de que el paciente reciba todas las atenciones necesarias, con bajos riesgos de infecciones, efectos colaterales u otros peligros con la prestación de los servicios, y con la mayor comodidad en el plantel físico del establecimiento, el personal y los materiales, permitirán tener las últimas determinantes de una buena calidad de atención. Es importante hacer notar, que por lo general, los proveedores

¹¹ OPS. Instrumentos conceptuales para introducir el Análisis de Género en Salud en el nivel local. Pag. 3 Absoluto S.A., San José Costa Rica, 1993.

de los servicios de salud tienden a destacar la dimensión técnica, en tanto que los usuarios lo hacen predominantemente con la dimensión interpersonal ¹².

Podría entonces suponerse que en la medida que tengamos más determinantes y mejor implementadas, así tendremos una mejor y mayor calidad de atención primaria de salud, lo cual resultaría también aplicable a la atención de la mujer, en particular a lo que atención prenatal, parto y puerperio se refiere. Se propondría entonces que a mejores determinantes o dimensiones, mejor calidad de atención de la embarazada y su parto y mejores coberturas de atención se alcanzarían.

La Secretaría de Salud del país considera que la falta de equidad en el acceso a los servicios y de calidad adecuados, es el problema principal que enfrenta nuestro actual sistema de salud ¹³. Todo esto está provocando en el área Materno Infantil, altas tasas de morbilidad materna y una de las tasas más altas del continente de mortalidad materna, así como un significativo porcentaje (37%) de muertes de niños relacionados con el proceso de la reproducción biológica.

¹² Enrique Ruelas Barajas, sobre la garantía de la calidad: Conceptos Acciones y Reflexiones.

¹³ Ministerio de Salud Pública de Honduras. Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer. Pág. 1. Tegucigalpa, Honduras, 1995.

De esto resulta que La Secretaría ha decidido, enmarcado en el objetivo central del "Proyecto Político de Salud", ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de atención en salud Materno-Perinatal incorporando los enfoques de atención integral, riesgo reproductivo y género.

Todo técnicamente conducido dentro de la Secretaría de Salud por el Departamento de Atención a la Mujer, dependiente de la División de Salud Materno Infantil, dependiente a su vez de la Sub-Secretaría de Riesgos Poblacionales. En dicho departamento funciona EL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER, que tiene los componentes siguientes:

- a) Atención integral a la mujer en su etapa preconcepcional.
- b) Atención de la mujer embarazada.
- c) Atención del parto y la atención inmediata del recién nacido.
- d) Atención puerperal.
- e) Componente materno de la lactancia materna.
- f) Planificación Familiar.

Por ello se le da especial interés al control prenatal, visto como un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas, sobre todo historia clínica y exploración física, que se ejercen sobre la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de esta y de su hijo, a través del diagnóstico y tratamiento de las

alteraciones detectadas y como medio operativo por el cual se detectan los factores de riesgo, en vistas a evitar una incapacidad temporal o permanente y sobre todo la muerte, tanto de la madre como de su hijo^{14, 15, 16}.

Las normas de atención prenatal de La Secretaría de Salud., contemplan el garantizar el ACCESO a la atención a toda mujer embarazada elaborando un listado de embarazadas (LISEM), realizando visitas domiciliarias a las que no acuden a control y realizando una atención integral.

Además promocionando la atención, para brindar 5 controles prenatales si su embarazo es normal, donde se le indicarán exámenes laboratoriales, se le aplicarán vacunas, se les suministrarán vitaminas y se realizarán actividades educativas enfatizando en la detección de señales de peligro y sobre lactancia materna.

Para el buen desarrollo y logros de los objetivos de dichas actividades, es necesario considerar la aplicación del enfoque de riesgo y de tecnologías apropiadas para la ejecución de los contenidos del control.

¹⁴ Ministerio de Salud Pública de Honduras. Compendio Bibliográfico sobre atención a la mujer y al recién nacido. Pag. 32, Honduras. 1982.

¹⁵ Benson. Ralph C. Manual de Ginecología y Obstetricia. El Manual Moderno S.A. Pag. 93, México 1981.

¹⁶ M.S.P. de Honduras. Manual de Normas y Procedimientos de Atención a la Mujer O.P. Pág. 5.

Entenderemos que un FACTOR DE RIESGO es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que presiden. Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente. Siendo en los mismos individuos lo que incrementa aun más la probabilidad de experimentar un daño a la salud.

En términos generales los factores de riesgo pueden ser:

1. Biológicos (Ej: Ciertos grupos de edad).
2. Ambientales (Ej. Abastecimiento deficiente de agua)
3. De comportamiento (Ej. Fumar)
4. Relacionados con la atención a la salud (Ej: baja calidad de la atención).
5. Socio – culturales (Ej: educación)
6. Económicos (Ej: Ingreso)¹⁷.

¹⁷ OPS. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención Integral a la Mujer O.P. pag. 5.

Los factores de riesgo son características asociadas con un cierto tipo de daño a la salud y pueden ser específicos para un daño en particular, con mayor frecuencia un mismo factor de riesgo aumenta las posibilidades de varios tipos de daños, hasta cierto punto diferentes.

La importancia o valor del factor de riesgo para la medicina preventiva, depende del grado de Asociación con el daño a la salud, y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. Pero la diferencia entre daños a la salud y factores de riesgo no es siempre clara, por ello es importante tener en cuenta que en algunas ocasiones lo que se considera un factor de riesgo por parte de algunos autores, puede ser considerado como un daño por otros o bien el hecho que una característica puede ser tanto un daño como un factor de riesgo.

El enfoque de riesgo puede utilizarse para la toma de decisiones en los distintos niveles de atención, desde el individual y familiar hasta el de política intersectorial, además del uso dentro del sistema formal de atención en salud como en el aumento de la cobertura, mejoramiento de los patrones de referencia, modificación de los factores de riesgo, reorganización del sistema de salud y adiestramiento del personal de salud.

Por ende resulta vital operativizar la estrategia de ENFOQUE DE RIESGO REPRODUCTIVO NO OBSTETRICO a la mujer no embarazada y prevenir un embarazo de alto riesgo mediante la utilización de metodología anticonceptiva. Así también resulta importante implementar el ENFOQUE DE RIESGO REPRODUCTIVO OBSTETRICO, mediante la utilización de la capacidad instalada para dar respuesta a la atención del embarazo y el parto en un nivel de complejidad adecuado a su grado de riesgo.

En todo esto, la base es la detección de FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO, que son aquellas condiciones, biológicas o socio-culturales, que cuando están presentes en la mujer aumentan la probabilidad de que ella o su producto potencial en caso de embarazarse puedan enfermar o morir, y se consideran factores de riesgo reproductivo los siguientes:

a) Sociales:

- Vivienda rural o urbano marginal.
- Bajo ingreso económico (desempleo o sub-empleo).
- Baja o ninguna escolaridad.
- Otros: tabaquismo, alcoholismo, etc.

b) Biológicos:

- Edades extremas (menor de 18 o mayor de 35 años),
- Paridad mayor de cuatro hijos.
- Espacio intergenésico menor de 12 meses.
- Antecedentes o presencia de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía, y nefropatía).
- Antecedentes patológicos obstétricos (aborto, hemorragia post-parto, cesárea, recién nacido de bajo peso, toxemia).

En nuestro país para 1991/92, la atención con personal institucional para hacerse un control prenatal alcanza el 72.6%¹⁸, y si se considera la atención por partera, casi nueve de cada diez mujeres reciben algún tipo de atención durante el embarazo, lo cual es similar a 1987. El Ministerio de Salud atendió el 71% de las atenciones institucionales para el primer control (cobertura de atención prenatal), resultando halagüeño que en comparación a 1987 se incrementaron los controles en los niveles CESAMO y Hospital, pero disminuyó en el nivel CESAR.

En Honduras, de las mujeres de 15 a 44 años de edad cuyo último parto había ocurrido en los cinco años previos a la entrevista, el 84 por ciento tuvo al menos un control prenatal en 1996. Se observa que el uso de este servicio se incrementa con el

¹⁸ Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar. (ENESF) 1991/92. Pág. 11. Honduras, 1993.

nivel escolar y es más utilizado por las mujeres que viven en áreas urbanas, que generalmente tienen mejor acceso geográfico a los servicios ¹⁹.

Al comparar los resultados de la ENESF – 96 con los resultados de encuestas anteriores, la cobertura de atención prenatal se ha mantenido estable en los últimos nueve años. Lo que ha cambiado es la fuente o lugar donde las mujeres obtienen el control prenatal. Es decir, según ENESF – 96 un mayor porcentaje de mujeres recibió atención prenatal institucional comparado con los años anteriores. En la encuesta de 1987, solo el 32 por ciento de mujeres reportó una institución médica como la fuente exclusiva de su atención prenatal, mientras en 1996 el porcentaje fue más que el doble (68 por ciento).

Se tienen datos de algunos estudios a nivel nacional donde se reflejan las razones para la primera consulta prenatal institucional, resaltando las respuesta de ser vacunada con antitetánica y el control de peso, esto es alrededor de dos tercios de las estudiadas ²⁰. Pero muy poco o nada se ha estudiado de las razones que motivan a las embarazadas a no acudir a su control prenatal, teniéndose apenas deducciones lógicas o respuestas aisladas muy poco científicas y contundentes.

¹⁹ Ministerio de Salud Pública Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996. Informe Resumido. Pág. 27. Honduras, 1996.

²⁰ Ministerio de Salud Pública. Estudio Operacional sobre la Partera Tradicional en el Area de Salud de Santa Bárbara, Región de Salud No. 3. 1985. Pág. 47. Honduras, 1986.

La inasistencia al control prenatal aparentemente está dado en gran medida por inaccesibilidad a los servicios y una baja calidad de la atención prenatal, esto causa coberturas no satisfactorias de atención, es decir el número de grávidas atendidas por primera vez del total programado para un período, como resulta en el Area de Salud N° 1, Región Sanitaria 1, donde más del 10% de las embarazadas y más del 40% de las puerperas, no son atendidas; un 66% de los partos no son notificados, indicando auto atención o atención por personal no capacitado.

A este porcentaje de embarazadas no atendidas lógicamente no pueden detectársele los factores de riesgo, entendiendo éstos como cualquier característica o circunstancia de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido²¹, dejando como resultado una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna, por no ser identificados y controlados dichos factores.

Frente a esta compleja realidad el quehacer de los trabajadores de la salud en sus espacios de trabajo resulta vital. Siendo básico promover la creación de espacios de

²¹ Oficina Regional de la OMS para Europa, Simposio sobre la Identificación de personas de alto riesgo y grupos de población. Windsor, 1972.

discusión, cuyo eje central sea el rol protagónico del recurso humano en la transformación del proceso de trabajo, adoptando nuevas formas de gestión donde el trabajador y el trabajo en equipo se constituyan en pilares estratégicos para mejorar la calidad de los servicios de salud ²².

Todo esto se logrará en la medida que se incorpore a la gestión de los servicios de salud el análisis del trabajo, como herramienta para incrementar la calidad del servicio en especial a lo que atención materna se refiere. Por tanto debemos de estimular y apoyar todos los esfuerzos en el campo de la “EVALUACION DE LA CALIDAD” para que los conocimientos, pronto se reflejen en el trabajo diario de los servicios de salud, no como un ejercicio de intelectuales alejados de la realidad, sino como una práctica cotidiana de la gestión de los mismos que incorpora la descentralización y la participación social comunitaria, a nivel de los sistemas locales de salud.²³

Al proceso de “EVALUACION DE LA CALIDAD” de atención que brindan los servicios de salud, debe ir inherente el proceso de “GARANTIA DE CALIDAD” en

²² OMS, OPS. Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica. Evaluación del desempeño del equipo de salud: Análisis del proceso de trabajo. Volumen IV, San José, Costa Rica, 1994.

²³ Dr. Humberto Jaime Alarid. Breves notas sobre calidad O.P. Pág. 3.

pro de brindar los resultados evaluativos para lograr esa calidad de atención tan anhelado por todos.

Garantizar la calidad de los servicios de salud que se prestan, parece una aspiración ambiciosa en nuestro medio. Sobre todo, cuando se carece de experiencia en la medición de la calidad y, aún más en el monitoreo continuo, requisitos indispensables para la aplicación de este concepto.

La Garantía de Calidad de los servicios de salud se entiende cómo un método sistemático, planificado y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad con el fin de incrementar los beneficios y evitar riesgos para la población a partir de los recursos existentes ²⁴.

Pero muchos se preguntarán como medir la calidad, sino contamos con estándares de calidad o se desconocen porque nadie los divulga, pese a que algunos funcionarios insisten y defienden que ese debe ser el punto de partida, pareciera ser que se trata del principal obstáculo a enfrentar en esta magna aspiración.

Con el proyecto salud con calidad, se aplica una estrategia que ha dado buenos resultados. Se parte de la obtención de conocimientos de base, por medio de

²⁴ Instituto Centroamericano de la Salud. Salud con calidad, Boletín Trimestral N° 4 diciembre – febrero 1997 – 98. Nota del Director

estudios en la población, en el personal de salud, en la organización y en funcionamiento de los sistemas de salud. Luego, se concentra en fortalecer la cultura de la calidad en el personal de salud por varias vías, pero principalmente, ensayando mediciones de la calidad con indicadores seleccionados a partir de la información base. A partir de los resultados obtenidos, se procura que los mismos actores definan, con amplio conocimiento de su realidad, los estándares de la calidad que desean ofrecer y garantizar a la población.

El Dr. Donabedian al analizar los aspectos de la continuidad y del cambio en la búsqueda de la calidad, lo hace a través de la comparación de dos modelos de garantía de la calidad: Uno propio de nuestro campo y el otro recién incorporado a él. Al tradicional lo llama el “Modelo de atención a la salud” y al nuevo, el “Modelo Industrial”. Este segundo se distingue por el enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad, es él quien, en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas, siendo el objetivo no sólo alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura, existiendo un interés continuo en conocer los deseos del consumidor y traducirlos en características concretas de los productos²⁵.

²⁵ Donabedian, A. M.D. Conferencia Magistral. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública de México Mayo - Junio 1993, Vol. 35 N° 3. Pág. 238.

Similar trabajo proponen otros investigadores en la aplicación del modelo de calidad de servicio – utilizado en el comercio y la industria – a la garantía de calidad de la atención a la salud, haciendo una crítica del modelo tradicional, plantean el desarrollo de uno moderno que se caracteriza por: Definir la calidad como “adecuación al uso”; el uso de teorías y modelos de calidad del comercio y la industria; el enfoque en el cliente a través del proceso de atención a la salud; el énfasis en el análisis del proceso y no solo en la simple supervisión; el uso de la técnica de resolución de problemas de Deming; y el mejoramiento de los procesos de atención por medio de la modificación de las percepciones de las partes involucradas²⁶.

En síntesis se propone un modelo de búsqueda de calidad en los servicios que su énfasis sea servir al consumidor o paciente; que reconozca la transcendencia, dignidad, entusiasmo y capacidad de todos los trabajadores; que rechaza el culpar a los individuos por las deficiencias inherentes a los sistemas y procesos; que le de importancia a la educación más que al castigo y al liderazgo más que a la dirección dictatorial y finalmente su énfasis sea hacia las “Automejoras” más que en la regulación externa.

²⁶ Frank W.S.M. VERHEGGEN, Peter P.M. Harteloh, la calidad de servicio en la Atención a la salud; aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica, salud pública de México, mayo – junio 1993. Vol. 35, N° 3 Pág. 316

II VARIABLES

Las variables para el presente estudio son:

1. CALIDAD DE LA ATENCION MATERNA

Definida para fines del presente estudio como el brindar una consulta de salud correcta y oportuna a la embarazada y puerpera, así como en la atención de un parto limpio.

Las dimensiones a estudiar son:

- a. Competencia y experiencia profesional según nivel de atención: médico, auxiliar de enfermería y partera capacitada, para desempeñarse. .
- b. Aceptabilidad de los servicios:
Según la opinión del paciente que demanda o no el servicio, de aprobar o no la atención.
- c. Calidez de la atención a la usuaria: dadas por las buenas relaciones: confianza, respeto, confidencialidad, cortesía y comprensión.

2. COBERTURAS DE ATENCION

Se refieren a las atenciones de primera vez, es decir la captación de embarazadas y puérperas nuevas, así como los partos atendidos. Las dimensiones para el presente estudio son:

- a. Accesibilidad geográfica, económica, social, cultural y organizacional.
- b. Rechazo de atención.
- c. Credibilidad del programa de atención materna.

3. FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO

Son aquellas condiciones que cuando están presentes en la mujer, aumentan la probabilidad de que ellas, o su producto real o potencial, en caso de embarazarse puedan enfermar o morir. Las dimensiones son:

- a. Sociales:
 - Vivienda rural o urbana marginal.

- Bajo ingreso económico (desempleo o sub-empleo).
- Baja o ninguna escolaridad.
- Otros como tabaquismo y alcoholismo.

b. **Biológicos:**

- Edades extremas (menor de 18 o mayor de 35 años).
- Paridad mayor de cuatro hijos.
- Espacio intergenésico menor de 12 meses.
- Antecedentes o presencia de enfermedades crónicas (diabetes, cardiopatías, nefropatías, hipertensión arterial).
- Antecedentes patológicos obstétricos.
(aborto, hemorragia post-parto, cesárea, recién nacidos de bajo peso, toxemia).

4. **MORBILIDAD MATERNA**

Se refiere a las enfermedades y malestares que se presentan en la mujer en los momentos reproductivos, cuyas dimensiones son:

- a. Padecimientos y patologías durante el embarazo.
- b. Problemas en la atención del parto.
- c. Padecimientos y patologías durante el puerperio.

III DISEÑO METODOLOGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo **cualitativo**, buscando conocer con profundidad los factores incidentes, sobre la cobertura y calidad de la atención materna.

Se obtuvieron respuestas acerca de lo que las embarazadas y puerperas pensaban y sentían sobre la atención de salud en los establecimientos públicos.

Este es un estudio de índole interpretativo y se realizó con grupos pequeños de embarazadas, personal institucional y parteras.

Es pues una investigación con el fin último de lograr cambios en la coberturas y calidad de atención.

B- UNIVERSO Y MUESTRA

El universo lo constituyeron todas las mujeres embarazadas (que parirían y serían puerperas) en el segundo semestre de 1997, resultando un total de

4,737, en los 42 establecimientos de salud del Area # 1, Región Sanitaria # 1, así como todo el personal laborante (207) en dichos centros, también todas las parteras activas (236) y la totalidad de los expedientes clínicos de los establecimientos.

Se escogió una muestra **intencionada** por **conveniencia** de dos establecimientos de salud (CESAMOs), con diferentes coberturas de atención materna, Alauca con altas coberturas y Teupasenti con bajas coberturas.

Al interior de cada establecimiento se trabajó con dos grupos focales constituidos por un máximo de 10 embarazadas cada uno, fueron seleccionadas durante la consulta prenatal y búsqueda activa, un grupo del casco urbano con embarazadas no controladas y otro de las áreas geográficas de influencia con embarazadas controladas.

A su vez en cada establecimiento se hicieron tres entrevistas a profundidad al personal (el médico y 2 auxiliares de enfermería); tres a embarazadas no controladas que se detectaron en las comunidades de estudio y a tres parteras. Además se realizaron cuatro observaciones no participantes al personal

institucional a cargo de la atención de la usuaria (2 consultas prenatales y 2 puerperales).

Para completar la información requerida se revisó la totalidad de los datos registrados en el Programa Organizacional del Subsistema de Información (POSSI) y seis expedientes clínicos seleccionados intencionalmente donde estuviera registrada la atención materna brindada (prenatal, parto y puerperio).

La totalidad de la muestra fue de 56 personas, a las que se les aplicaron las diferentes técnicas, sumándose a la muestra 2 establecimientos y 12 expedientes clínicos.

C. **TECNICAS**

En la presente investigación se utilizaron varias técnicas procedimientos para permitir al investigador establecer la relación con los sujetos de la investigación, tales como:

- 1- **Registro de información.** Se pretendió con esta técnica (lista de revisión, lista de cotejo y diario de campo), obtener la información

sobre la cobertura de atención y algunos indicadores de calidad, así como los factores de riesgo más frecuentes.

- 2- **La Observación.** De las atenciones brindadas a las embarazadas y puerperas, la cual fue no participante, y se realizó a un médico y a una enfermera por establecimiento. La observación estuvo a cargo del el investigador y buscaba evaluar la calidad de atención.
- 3- **El Grupo Focal.** Fue realizado con un grupo de embarazadas seleccionadas por el investigador del grupo de usuarias que acceden al control prenatal y que viven en las comunidades de jurisdicción de los dos establecimientos objeto de estudio, (Teupasenti y Alauca) y un segundo grupo con embarazadas no controladas por el establecimiento y que son de del casco urbano de las municipios en estudio.

Con la Técnica Focal de Grupo se pretendió conocer y profundizar sobre la calidad de atención que recibe la embarazada y los factores que inciden sobre ella, realizandose dos sesiones por grupo. La técnica fue conducida por el investigador con personas que le

apoyaron en el registro de la información. Estas personas fueron previamente capacitadas por el investigador.

4. **La Entrevista a Profundidad.** Se aplicó a tres mujeres embarazadas no controladas, para conocer los factores de riesgo que presentaban y la relación con la morbilidad; también a tres miembros del personal institucional de salud para conocer sus opiniones e impresiones sobre la atención que brindan, igualmente se entrevistaron tres parteras capacitadas.

D. INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos en la presente investigación se utilizaron diferentes instrumentos según las técnicas empleadas, es así que en su momento se recopilaron datos de expedientes de embarazadas y puerperas ó información censal y estadística local del establecimiento de salud a través de una **lista de revisión.** (ver anexos)

Para la observación de las atenciones se utilizó un instrumento estandarizado para medir de una manera uniforme las variables en estudio, el cual consistió en un **listado de cotejo** y anotaciones en un **diario de campo.** (ver anexos)

Para la entrevista a profundidad se utilizó una **Guía con Preguntas**, (ver anexo) a ser desarrolladas; una guía para las embarazadas no controladas, otra para las parteras y otra para el personal de salud de los establecimientos.

Para el grupo focal, también se contó con una **Guía de Tópicos o Temas** (ver anexo) que permitieron una discusión amplia y completa de las variables en estudio. En estas dos últimas técnicas se introdujo como instrumento de apoyo vital una grabadora, para registrar fielmente la información.

E. ANALISIS

Para analizar los datos recolectados se crearon categorías para codificar información cualitativa, basándose en las variables en estudio. Según la técnica aplicada y grupo a persona investigada, se agrupó inicialmente la información, para luego revisar los contrastes encontrados, analizando las similitudes y divergencias en las dos comunidades estudiadas, logrando con esto apuntes analíticos que resumen los hallazgos en un apartado de resultados que generaron una discusión final de cada variable y sus dimensiones.

IV. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados que arrojó la presente investigación cualitativa, detallándose lo encontrado según el tipo de técnica desarrollada. Posteriormente se discuten dichos resultados, finalmente se llega a las conclusiones generales del estudio.

Los resultados inician con datos detectados en la información estadística y censal de los dos establecimientos bajo estudio; Los CESAMOs de Alauca y Teupasenti. Además de la revisión de expedientes clínicos de pacientes embarazadas y puerperas, usuarias de los servicios de atención médica materna de los centros de salud.

Inicialmente se presenta la cobertura de atención del programa materno y la morbilidad de los pacientes que accedieron a los centros de salud, tomando como base la información estadística y revisión de expedientes. De estos últimos también se recolectó información sobre los factores de riesgo que presentan los pacientes.

Seguidamente, se presentan los resultados de la observación no participante, de las atenciones brindadas por el médico y auxiliares de enfermería de los centros;

apoyada por la revisión de expedientes clínicos, para presentar resultados de la calidad de atención que prestan dichos recursos.

Finalmente se presentan los resultados de los grupos focales de ambas comunidades, con embarazadas controladas en los establecimientos públicos y con las no controladas. Así mismo de la entrevistas a profundidad a embarazadas no controladas; a personal institucional y a parteras tradicionales capacitadas.

A- COBERTURA DE ATENCION

A continuación se presentan datos obtenidos por recolección de información en los documentos del programación local (PL F-3) y monitoria de cobertura de los programas, que se manejan en los centros de salud, en donde se comparan Alauca y Teupasenti.

	ALAUCA				Teupasenti			
NIVEL DE COBERTURA DEL PROGRAMA MATERNO	Anual 1997:				Anual 1997:			
		Programado	Observados	%		Programado	Observados	%
	Control Prenatal:	120	124	100	Control Prenatal:	429	349	82
	Control Puerperal:	103	53	51	Control Puerperal:	358	132	37
	Partos atendidos:	103	56	54	Partos Atendidos:	358	171	48
	1º Trimestre 1998:				Trimestre 1998:			
		Programado	Observados	%		Programado	Observados	%
	Control Prenatal:	31	29	94	Control Prenatal:	88	95	100
	Control Puerperal:	27	21	78	Control Puerperal:	77	124	100
	Partos atendidos:	27	23	85	Partos atendidos:	77	50	65

Alauca en 1997 presentaba mejores resultados que Teupasenti en los tres tipos de atenciones, Teupasenti presentó una franca mejoría para inicios de 1998, incluso captando más embarazadas y puerperas por encima de lo esperado.

ESTRATEGIA DEL PAQUETE BASICO

El cual consiste en llevar a una comunidad de influencia del CESAMO, los servicios básicos de atención primaria, buscando entre otras cosas el captar embarazadas y puerperas, aumentando así las coberturas.

ALAUCA	TEUPASENTI
En el primer trimestre de 1998 tenía programado 8 entregas del paquete básico y se realizan cuatro, lo que representa un 50% de cumplimiento.	En el primer trimestre de 1998 no habían realizado ninguna salida con paquete básico, además no tenía hecha la programación de la entrega para el período.

B- MORBILIDAD MATERNA

Las enfermedades más frecuente detectadas en 1997 en los 3 períodos gestacionales fueron recolectados en su orden de mayor a menor frecuencia de las estadísticas locales. Contrastando con lo encontrado en tres expedientes clínicos revisados por cada período.

	INFORMACION ESTADISTICA	
	ALAUCA	TEUPASENTI
EMBARAZO	1. Infección urinaria 2. Enf. Acido Peptica 3. Cervicovaginitis 4. Anemia 5. Parasitismo Intestinal	1. Anemia 2. Emesis gravídica 3. "Dolor" pélvico. 4. Infección urinaria. 5. Enf. Acido peptica.
PARTO	Solo reportan: Un caso eclampsia y un caso de mola hidatidiforme.	Reportan es su orden: 1. Sangrados anormales. 2. Partos prolongados. 3. Retención placentaria. 4. Ruptura prematura de membranas. 5. Partos distócicos por presentación anormal
PUERPERIO	Unicamente reportan anemia y cervicovaginitis.	Reportan anemia y dolor pélvico.

Durante el embarazo coinciden 3 patologías en los dos establecimientos, pero ubicadas en diferente orden. Durante el parto se evidencia que en Teupasenti las parteras están reportando al establecimiento mayor morbilidad y más variada. En el puerperio, ambos establecimientos reportan pocas patologías y además estas son similares.

Al revisar expedientes clínicos de control prenatal coincidió en ambos centros, que dos de los tres expedientes no reportaban morbilidad, en Alauca el tercero reporta candidiasis y en Teupasenti reportan parasitismo intestinal.

En los expedientes puerperales de Alauca solo una reporta patología: Anemia; en cambio Teupasenti, los tres expedientes presentaban enfermedades: Varices y peson invertido; tricomoniasis vaginal y un síndrome febril.

C- FACTORES DE RIESGO

Estos factores de riesgo fueron recopilados de la revisión de 6 expedientes clínicos en cada Centro de Salud, de controles prenatales.

	ALAUCA	TEUPASENTI
Biologicos	Dos pacientes estaban en edad extrema, una mayor de 35 y la otra menor de 18 años. Solamente una era multipara y otra tenía antecedentes patológicos obstétricos (abortos). Todas las paridas ya tenían un espacio intergenésico mayor de 12 meses. Ninguna con antecedentes o presencia de enfermedades crónicas.	Tres de 6 pacientes eran multiparas; y mayores de 35 años. Todas con espacio intergenésico mayor de 12 meses. Ninguna paciente tenía presencia o antecedentes de alguna enfermedad crónica.
Sociales	Todas con algún grado de escolaridad. Tabaquismo y alcohol, no se presentaron. El ingreso económico y la vivienda rural no fue consignado en ninguno de los 6 expedientes.	Todas con algún grado de escolaridad. Tabaquismo y alcohol, no se presentaron. Igual que Alauca, ocurrió con el ingreso económico y la vivienda rural.

En ambas comunidades se detectaron factores de riesgo biológicos, pero en Teupasenti se detecta mayor multiparidad y pacientes en extremos de la vida, sobre todo añosas.

D- CALIDAD DE LA ATENCION INSTITUCIONAL

Básicamente fue evaluada la calidad de la atención de salud mediante la técnica de la observación no participante, enriquecida con datos de expedientes clínicos de embarazadas.

	ALAUCA	TEUPASENTI
Competencia Profesional	El Centro de Salud con 1 medico, 2 auxiliares de enfermeria y 1 promotor de vectores: el primero en servicio social con 9 meses de trabajar en el centro, una auxiliar tiene 20 años de laborar y la otra 2 años; el vectores tiene 1 año en el Centro de Salud. Todo el personal trabaja 8 horas y en el mismo horario. La anamnesis la realiza tanto el médico como la auxiliar de enfermería en forma incompleta, sobre todo porque interrogan antecedentes. El examen fisico y el obstétrico son incompletos por cualquier recurso, sobre todo el fisico y sea el por el médico o la enfermera auxiliar. El médico realiza la consulta más rápido que la auxiliar de enfermería que tarda el doble. Interconsulta la auxiliar con el médico cuando tiene dificultad de diagnóstico y tratamiento. El enfoque de riesgo fue investigado muy parcialmente, sobre todo en social. No se realiza examen ginecológico a pesar de contar con el equipo médico minimo necesario. La auxiliar de enfermería más antigua realiza una buena labor educativa. en cambio la enfermera de menor antigüedad asi como el medico, hacen poca labor educativa. Atención integral no hubo, a excepción de la auxiliar de enfermería más antigua que estuvo bastante completa.	El Centro cuenta con 1 médico, 2 auxiliares de enfermeria, 1 promotor social y uno de vectores. 1 conserje permanente. Con 3 años en la UPS el médico, 7 años 1 auxiliar y otra 1 semana. Los promotores, con 3 y 4 años, las conserjes con 14 años de servicio en el Centro de Salud. El médico es graduado y solo trabaja 6 horas, el resto de personal trabaja no menos de 9 horas. En la anamnesis, el médico y las auxiliares de enfermería se limitan al estado actual de la paciente, aunque anotan más información que en Alauca. Las auxiliares no hacen examen fisico y el médico lo hace incompleto, el examen ginecológico u obstétrico lo hacen todos pero parcialmente. El médico tiende a ser más rápido la consulta que la auxiliar de enfermería siendo el esto más dirigido y específico. No se hace un buen enfoque de riesgo ya que se limita al aspecto biológico. Cuentan con equipo mínimo adecuado para realizar examen general y gineco-obstétrico. La educación es sobre todo dada por las auxiliares y en forma más integral y amplia. En resumen se puede aseverar que no existe atención integral.

CALIDAD DE LA ATENCION INSTITUCIONAL

	ALAUCA	TEUPASENTI
CONTINUACION Competencia Profesional	Toda madre tiene su expediente y es usado, aunque se observa que en la mayoría de los expedientes los datos están incompletos, sobre todo el examen físico. Generalmente ponen el diagnóstico aunque anotan poco sobre el tratamiento y menos aun sobre educación brindada. La cita y el nombre o firma del prestador de la consulta solo es anotado en la mitad de los expedientes. Todos son anotados en el At-1 pero no todas en el censo de embarazadas. Rara vez no se consigna en los expedientes riesgo y la morbilidad de la paciente, pero cuando lo hacen se encuentra incompleta la información y se nota que se llena por rutina.	Toda demandante tiene su expediente pero en todos los datos del interrogatorio se notan incompletos al igual que la generalidad de los exámenes realizados. Casi todos tienen bien su diagnóstico pero también todos tienen parcialmente anotado el tratamiento. Casi en todos los expedientes, no anotan que se brindo educación; menos aun sobre que. A menudo se anotan la cita, pero en casi todos los expedientes anotan el prestador de la consulta. La mayoría de las mujeres están en listado de embarazadas pero prácticamente desactualizados, y si todas están en el AT-1 La mayoría tiene anotados los factores de riesgo y si anotan la morbilidad en la mayoría de los expedientes, pero no se le da utilidad a la información.

Al comparar la calidad de atención que se brinda en ambos establecimientos, se encuentra muy similar respecto a la competencia profesional del personal que presta la atención, tanto del médico como de las auxiliares de enfermería.

Resalta que en ambos establecimientos las auxiliares de enfermería de más antigüedad, son las que brindan una atención con mayor calidad.

En general se puede decir que no existe competencia profesional del personal prestatario de la atención, debido a la falta de una atención integral, tanto en la amamnesia, exámenes como en la educación, no apegándose al cumplimiento de las normas de atención.

CALIDAD DE LA ATENCION INSTITUCIONAL

	ALAUCA	TEUPASENTI
Calidez de atención	Reiteradamente la enfermera auxiliar interrumpe en el consultorio sin tocar la puerta, cuando el médico está brindando atención. El trato a la paciente por el médico y la auxiliar de enfermería resulta bastante natural y con confianza (sobre todo la auxiliar) se observa más cortes el médico. El consultorio tiene privacidad relativa, ya que la puerta no tiene llavin e interrumpen. La auxiliar más antigua se detuvo más en la atención, siendo más detallista y explicando todo, lucia como esforzándose en hacer la consulta, contraria a la auxiliar menos antigua que da una consulta más mecánica e impersonal. El médico y la auxiliar más antigua presentaban mayor interés y comprensión hacia la paciente, aun a pesar de no tener muy buenas comodidades en el centro.	Existe privacidad en la consulta y la auxiliar entra solo si el médico les abre, siendo la clínica cómoda, arreglada, aunque un tanto oscura y poco ventilada, calurosa a pesar del ventilador. La auxiliar atiende en otra clínica que no tiene nada de privacidad, cualquiera entra y se ve todo a través del baño intermedio desde la preclínica, además de que es estrecha e incomoda. El trato del médico lucio más afable y más adecuado, ya que las auxiliares de enfermería se mecanizan y brindan una atención impersonal. En forma general el personal presenta buen interés y comprensión hacia la paciente.

En Teupasenti existen mejores condiciones para prestar una atención con calidez, sobre todo por la infraestructura y privacidad.

Los médicos brindan un trato adecuado y cortes, así como la auxiliar de enfermería de mayor antigüedad que brinda más confianza que la enfermera más reciente que brinda una atención poco personal, más mecánica.

Las atenciones médicas brindadas por los médicos y las auxiliares de enfermería de mayor antigüedad, presentaban un trato adecuado y cortés, pero estos parecían querer brindar en ese momento una atención lo mejor posible, lo que parece haber obedecido a la presencia física del investigador en el consultorio.

Por esto es que más adelante al confrontarse con datos obtenidos con otras técnicas, en especial al escuchar las opiniones de las embarazadas, sobre todo de las no usuarias del establecimiento estatal, se obtiene una visión más amplia sobre la calidez de la atención.

E GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS QUE ACCEDEN A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD

Se presentan los resultados de los dos grupos focales: **Alauca** y **Teupasenti**, en los cuales participaron 11 embarazadas controladas en Alauca y 12 embarazadas igualmente controladas en el Centro de Salud de Teupasenti. Las mujeres de ambos grupos provenían de los cascos urbanos de las comunidades.

En ambos grupos se desarrollaron dos sesiones, en la primera se cubría la mitad de la temática de la guía y en la segunda sesión se complementaba contenidos de esa primera mitad y además se concluía la guía.

En general se observó durante las sesiones, que a pesar de haberles solicitado que participaran con confianza, se notaban temerosas y nerviosas, por lo que al inicio resultaba difícil lograr la participación; aún cuando se realizaron dinámicas, y pláticas fuera de la guía para eliminar barreras y tener más confianza.

Durante la discusión focal (como era de esperarse) hubieron 2 o 3 mujeres con muy poca participación, por lo que a menudo se les pedía directamente su opinión, la cual frecuentemente se limitaba a decir que estaban de acuerdo con lo que decía la que le antecedió en la palabra .

Entre ambas comunidades, fueron más participativas las embarazadas de Teupasenti, en cambio las de Alauca poco participaban o lo hacían con temas fuera de la guía y había necesidad de estar retomando los tópicos de intereses para la investigación. En Teupasenti participó una embarazada que es partera, la cual junto con otra señora eran muy expresivas y participativas, por lo que hubo necesidad de controlarlas discretamente, ya que al ser las de mayor participación (involuntariamente) querían dominar el grupo con sus opiniones y participaciones.

A continuación se presentan los resultados de los grupos focales, de embarazadas controladas primero Alauca, y luego Teupasenti. Llevando el orden de las 4 variables investigadas (cobertura, calidad, factores de riesgo y morbilidad) y al interior de las variables el orden de las diferentes dimensiones investigadas.

GRUPO DE ALAUCA

1. COBERTURA DE ATENCION

La discusión sobre la cobertura de atención en el CESAMO de Alauca fue enfocada por ellas más que todo desde la óptica del **ACCESO ORGANIZACIONAL**, en la cual opinaban favorablemente sobre el establecimiento de salud.

"Las veces que he venido al centro de salud siempre me han atendido".

No obstante a la opinión favorable de la mayoría, una embarazada refirió que a veces para algunas enfermedades no les entregan los medicamentos y por eso tiene que acudir a otro **CESAMO** (El Paraíso).

Escasamente fue abordado por las embarazadas el factor **CULTURAL**, limitándose una de las participantes a decir que cada vez que le ha tocado acudir al Centro de Salud por embarazos, siempre lo ha hecho y acude a todas sus citas.

En el aspecto **GEOGRAFICO**, la minoría de las participantes opino desfavorablemente sobre el argumentando que,

“A veces porque no hallo con quien venir, por eso no he venido, porque allí es largo”.

Otra opinaba que el problema que ha tenido es el transporte porque accede de un lugar muy distante del establecimiento de salud.

El factor **ECONOMICO** no se mostró como limitante importante, ya que solo dos de ellas argumentaron que “a veces” no acuden “por el pisto, por falta de dinero”.

El aspecto **SOCIAL**, mediante la situación laboral, se constituye solo para dos embarazadas como limitantes para acceder al establecimiento de salud, ya que ambas argumentan,

“Yo por motivos de trabajo no he venido”.

En la segunda dimensión de la cobertura de atención, **El RECHAZO**, si hubo regular participación, pero se evidenció cierta contradicción de opiniones, ya que anteriormente algunas opinaban que siempre era atendidas, y ahora refieren,

“A veces no me han apuntado”

*“Cuando ya vine a las 9:00, ya no lo atienden;
embarazada también me ha pasado”.*

Se evidencia que en su mayoría referían que al menos una vez han sido rechazadas, sobre todo por *“llegar tarde”* y marcan especial énfasis sobre una auxiliar de enfermería en particular, como la que realiza este rechazo quien les dice: *“Ya es tarde vengan mañana”*.

Interesante, resultó la participación de una embarazada que refiere haber acudido a una cita y por no encontrarse el médico, se ha tenido que regresar a su lugar por falta de atención en el Centro de Salud, ya que las enfermeras no la atendieron.

La dimensión de **CREDIBILIDAD DEL PROGRAMA** de atención a la mujer, fue abordado favorablemente por la mayoría de las embarazadas participantes.

"Para mi son buenos, porque así se da cuenta de cómo está el niño y las vitaminas que a uno le dan".

Sin embargo esta opinión favorable de las embarazadas, evidencia a través de las palabras, el escaso conocimiento que tiene sobre todos los beneficios y componentes del programa, como es de notarse en la opinión de una paciente que limita el control a solo darle medicamentos y por no recibirlos es que esta no cree en el programa.

En la búsqueda de mejorar la cobertura de atención a la embarazada o puerperio, se tiene implementado la atención prenatal y puerperal por las **PARTERAS TRADICIONALES CAPACITADAS**, de esto resulta que la discusión focal ha permitido investigar como esta resultando esta actividad. Se constituye en un rechazo, por el problema que argumentan que en varias comunidades no existen parteras o estas no están capacitadas, lo que además

influye en una disminución de coberturas de atención de partos, ya que estos son autoatendidos o atendidos por personas no aptas para ello.

“Yo los he tenido yo sola, porque no había partera”.

Cuando se tiene la partera capacitada en la comunidad, algunos argumentan acudir donde ellas a que “las soben como lo hace el doctor” pero otras no,

“No solamente al momento del parto voy donde la partera”

“Yo nunca he ido donde la partera”.

El aspecto económico influye en la cobertura de la atención de parto por partera, debido a que estas realizan cobros por cada parto atendido,

“Me ganó ₡ 60.00 la de la manzanilla, pero ahora gana ₡ 70.00”

“Yo los tuve, me ganaron ₡ 30.00 y del otro ₡ 45.00”.

Esta situación se torna más positiva por aseveraciones como: “todo lo que le den con tal le paguen”, refiriéndose a que acepta pagos no solo con dinero, sino en especies o más aún: “Siempre las atiende sin pisto, pero ella no ha dejado de ir”.

2. **CALIDAD DE ATENCION**

La calidad fue investigada desde la atención del personal del CESAMO de Alauca: Auxiliares de enfermería y médico, hasta la atención que brindan las parteras.

En cuanto al personal del Centro de Salud, La opinión de las embarazadas sobre la **COMPETENCIA PROFESIONAL**, fue bastante favorable hacia el médico, considerado como una persona muy “*capaz y conocedor*”, además de que ejecuta adecuadamente una atención prenatal. De las auxiliares de enfermería las embarazadas no se expresaron.

En general existe buena **ACEPTABILIDAD DEL SERVICIO**, aunque se nota cierto conformismo y acomodamiento a la situación del centro de salud,

“... lo aceptamos el Centro de Salud... porque nosotros lo necesitamos, porque tan largo que nos queda Danlí, o El Paraíso”.

Además asocia a la entrega muy limitada de medicamentos, sobre todo a vitaminas o aceptan el servicio porque ahora están dando bono a las mujeres embarazadas.

En contraste con las que aceptan el servicio, existen opiniones menos frecuentes, pero importantes, de embarazadas que no aceptan el servicio por razones diversas, como el no encontrar al médico, o el no entregarles medicamentos que desearan o que necesitan, o porque atienden con preferencias,

"... lo único es que a veces uno llega primero y atienden primero a los que llegaron por último... atienden a los que quieren".

En la dimensión: **CALIDEZ DE ATENCION**, se nota la tendencia de ser favorable la opinión de que el servicio presta una atención con calidez, no obstante, existen puntos de vista contrarios, sobre todo al discriminar al personal, notándose una franca tendencia a criticar duramente a una auxiliar de enfermería, la cual es relativamente nueva de estar en el centro y es originaria de la comunidad.

Se expresan formalmente diciendo:

“Han sido con nosotros buenos”, “El doctor nos atiende bien”, nos atiende con respeto”....

Y opiniones desfavorables como, “M.... es muy enojada”, “solo con repugnancia”, “Contesta con malcriadez”.

En cuanto a la calidad de atención que brindan las **PARTERAS**, las opiniones, sobre todo vertidas hacia la competencia profesional, fueron satisfactorias. La opinión general de las embarazadas es del todo positivas hacia las parteras, pero dado en parte por el desconocimiento de los procedimientos indicados y contraindicados en la atención de un parto; ya que se detectaron algunas incompetencias en los acontecimientos que comentaban sobre las parteras,

“La partera de la chichigua era buena, porque a uno cuando no podía tener cosía cosas, cuando le daba flujos también, y pastillas, como a ellas le dan en el Centro de Salud para la hemorragia, y al niño cuando nace también le da medicina”.

“Mi mamá si atiende primerizas”

No obstante esto, la calidez de la atención que brindan las parteras es bastante alagado. “ Son bien atentas

3. FACTORES DE RIEGO

Como otra variable en la investigación, se abordaron los factores de riesgo desde dos puntos de vista: 1-Si sabían sobre qué es un factor de riesgo y cuáles conocían y 2- cuales factores de riesgo identifican que presentan ellas como embarazadas.

En el primero de los casos, la mayoría conoce o al menos ha oído hablar sobre factores de riesgo y al menos identifican uno,

“... de una madre que haya tenido más de 8 hijos o a los 38 años, ya no puede tener porque ya es problema”.

Pero se detecta que no saben bien que son los factores de riesgo y menos aun identificaron la mayoría de los factores siendo peor aun el hecho de que no saben porque son riesgos y las complicaciones que pueden darse.

En el segundo de los casos, las embarazadas que tenían riesgos los desconocían y los identificaban apenas en la discusión del grupo,

“Tengo 8 hijos y cerca de los 40 años”

"Yo tengo 32 años y 7 embarazos... si ya es peligroso mi pensada es que ya solo este voy a tener porque si se me mueren, me van a quedar poquitos... ya no voy a tener más, me voy a operar, pero no he averiguado nada"....

Esto en relación a factores de riesgo biológicos, pero más pobre fue la situación cuando solamente una embarazada mencionó un factor de riesgo social, aunque no lo hizo con conciencia y conocimiento pleno, del como influye la pobreza en la maternidad.

4. MORBILIDAD

Como último indicador, fue referido por las embarazadas como ausente en sus partos y embarazos,

"No tuve ningún problema en mis partos".

"Todos los embarazos han sido normales"

GRUPO DE TEUPASENTI

1. COBERTURA DE ATENCION

Fue ampliamente discutida en el debate del grupo la cobertura de atención, haciendo mucho incapie en el aspecto del **ACCESO** al CESAMO de Teupasenti; dentro de esta dimensión fue muy favorable la opinión de las embarazadas sobre el aspecto **ORGANIZACIONAL**, que además de referir que siempre las atienden en todos sus embarazos y sus respectivos controles, también enfatizan que el *“Centro de Salud esta bien”*.

Resalta en las intervenciones las visitas que el Centro de Salud realiza con paquetes básicos a las comunidades, los cuales tienen una buena acogida por las embarazadas y la población en general,

“Si cuando a uno le preguntan si planifica, allí salen unas embarazadas, allí a la aldea cuando han ido a vacunar siempre si una esta embarazada le dan vacuna y control” “lo examinan a uno”.

Escasamente solo hubo una opinión, desfavorable sobre el Centro de Salud, incluso esta fue sobre que no le habían dado aun su número de carpeta familiar o haber encontrado cerrado el centro para una cita.

En el aspecto **CULTURAL** se introdujo la discusión sobre “LA PENA”, haciendo ver que ellas conocían de pacientes que no acceden al control prenatal o puerperal por la pena de que la demás gente las vea en control (sobre todo cuando tenían reciente el último parto) o pena de que las examinara el personal cuando son primigestas. Las participantes tienen dificultad en asumir este sentimiento, lo ponen en otras situaciones o como ejemplo.

Una de ellas menciona, que muchas mujeres como no conocen de los peligros, “*no le dan importancia a los casos*”, otra introdujo el machismo como factor negativo del acceso a los establecimientos,

“Como uno es de capricho o el hombre es machista y no le gusta que la mujer se separe del rincón”.

El factor **GEOGRAFICO** fue de amplio debate, ya que existen según lo referido por ellas, múltiples barreras que limitan al acceso al Centro de Salud. Las distancias muy largas en muchos casos y la falta de transporte en otros, o ambos, y la existencia de barreras naturales; el hecho de caminar 5 o 6 horas para una embarazada es una limitante importante; el encontrar el río crecido y tener que rodear por caminos más largos igualmente es importante,

“De donde yo vengo solo cuando hay café es que hay carro, ya en el invierno ya no vengo porque paso una quebrada y cuando están hondas no las pasa nadie”.

Lo **ECONOMICO** no lo consideran decisivo para acceder a no al establecimiento, ya que si bien por lo general no tiene financiamiento para transporte entonces acuden a movilizares a pie al Centro o bien obtienen dinero prestado con amigos y vecinos.

En cuanto a los aspectos **SOCIALES**, no fue incluido en la discusión por ellas, tópicos relacionados a dichos factores, probablemente no alcanzan a establecer la asociación con el acceso.

Atendiendo la dimensión del **RECHAZO**, opinan las embarazadas que está dado más que todo, porque a veces encuentran el Centro de Salud cerrado (Situación que no debería acontecer en un CESAMO que cuenta con personal mínimo) o bien aducen que no son atendidas, cuando acceden por morbilidad en general y no por embarazo y sobre todo dado por la llegada tarde al establecimiento.

Así una embarazada presenta su caso:

“yo vine embarazada y tenía calentura y el doctor me dijo que iban a atender a las 8:30 de la mañana, para que me anotaran y nunca me quisieron anotar”.

Si existe una **CREDIBILIDAD DEL PROGRAMA** bastante favorable, pero a la vez muy limitada ya que por lo general se restringe a comentar que “Son buenos”, apenas una comento que en el Centro de salud las clasifican (en base a riesgo) e identifican a las que se embarazan con espacios intergenesicos bastante cortos.

Se valoriza la opinión que tienen las embarazadas controladas, en el Centro de Salud de Teupasenti sobre las **PARTERAS TRADICIONALES CAPACITADAS**, notándose que en general acuden muy poco donde ellas, aún para la atención de sus partos, no porque no las crean competentes, si no más bien por que “no les parece” la partera que tienen y por ello no acuden donde ella,

“En mi comunidad hay parteras, pero yo no he ido a ninguna, porque no he ocupado, porque no me caen bien”.

Solamente una embarazada refirió que no tienen partera en la comunidad, y otra refiere que la partera de su comunidad se encuentran muy anciana y por ello ya no quiere atender a las embarazadas.

Si bien el factor económico es influyente debido a los cobros que hacen las parteras, por lo general arriba de los 100 y hasta 300 lempiras, estas no dejan de atender los partos por falta de dinero, aunque piden que “vayan ahorrando en los 9 meses del embarazo y sino quedan debiendo”. Los

cobros son discriminados, ya que por el parto de producto masculino el cobro es mayor, así como si el parto resulta prolongado.

2. CALIDAD DE ATENCION

La **COMPETENCIA PROFESIONAL** no es puesta en duda por las gestantes, sino más bien consideran que el personal del establecimiento son "*capaces y buenos*", no obstante evidencian tener preferencia por el médico y cierta desconfianza (algunas embarazadas) hacia las auxiliares de enfermería,

"Tiene que ser el doctor quien lo atienda, será que no tenga fe en las enfermeras".

Manifiestan las embarazadas una buena **ACEPTACION DEL SERVICIO**, en términos generales; ya que refieren: "*Esta completo*" "*esta bueno*" "*me llevo bien con ellos*" y todas las expresiones fueron positivas a excepción de una minoría que manifestaron no aceptar del todo el servicio, básicamente porque a veces no existen los medicamentos que les indican y tienen que comprarlos, además porque algunas veces se han tardado demasiado tiempo (6 – 7 horas) en atenderlas.

Existe consenso en que reciben una **ATENCION CON CALIDEZ** manifestado a través del buen trato que reciben y la amabilidad que brinda el personal institucional, y que no son objeto de regaños, ofensas o malos tratos.

Dos informantes expresaron su inconformidad hacia el trato, sobre todo de una auxiliar de enfermería en particular,

“Hay gente que cuando le cae mal una persona, le habla con una voz que parece que lo golpea”.

En alusión a las **PARTERAS** se presentó una amplia discusión, donde la gran mayoría de opiniones fue favorable, a las parteras, refiriéndose a ellas como competentes, por su experiencia y capacitaciones; incluso una embarazada hizo alusión indirecta de un indicador de impacto con la partera que conoce, ya que en todos los años de atender partos nunca se le ha muerto un niño.

Similares opiniones virtieron en torno a la calidez de la atención que reciben por parte de las parteras, tanto en el control prenatal como en el parto,

“Ella (LA PARTERA) me acompañaba hasta cuando me vine para acá y ella atendió el parto, no el doctor”.

Interesante la opinión de una embarazada que acusa a la partera de su comunidad de no acudir a reuniones mensuales de personal comunitario en el Centro de Salud. En cambio otras referían como positivo que las demás parteras si acudían a los reuniones del Centro de Salud.

Algunas expresaron la no aceptación de las parteras en sus comunidades, sobre todo reflejado al no acudir donde ellas: “porque no les gusta” o porque “estaba vieja y le agarran los nervios”.

En procedimientos considerados como usuales y normales por las embarazadas en la atención de partos por las parteras, se detectan incompetencias en cuanto a malas practicas en los procedimientos de atención,

“María si, cuando iba a sobarme del primer niño me inyectaba y cuando iba a tener, me puso dos inyecciones que eran para apurar el parto”.

Otra embarazada manifestó que la partera le atendió sus partos cuando ella tenía 15 y 16 años de edad (riesgo por edad y corto período intergenesico) cuando tuvo que haber referido, hecho que vio como apropiado la paciente.

3. FACTORES DE RIESGO

Una parte de las embarazadas desconocían el tema de los factores de riesgo y por tanto ignoran si tienen riesgo en sus embarazos, ya que refieren que nunca les han hablado de ello y menos aún les han explicado si tienen o no algún riesgo.

Apenas menos de la mitad de los embarazadas, identificaron algún riesgo en ellas o en otras señoras al explicarles, y de estas, algunas desconocían porque es un riesgo. Esto nos dice que no pueden responder frente a los mismos por falta de conocimiento.

La totalidad de las embarazadas no pudieron responder afirmativamente si conocen de los factores de riesgo sociales, lo cual remarca el desconocimiento que presentan y los riesgos que corren sin saber que hay que enfrentarlos para disminuir o eliminar las consecuencias de los mismos.

4. MORBILIDAD

Si bien la mayoría de las embarazadas no expresaron problemas importantes en sus embarazos, partos y puerperios anteriores, o en su actual gestación, algunas refirieron problemas en la micción y en sus partos previos,

"Es que lo primero que sacaba el niño era la mano"

... "la primera (de gemelos) niña nació bien, la segunda le costo, solamente nació ahogada y se murió".

F. GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS QUE NO ACUDEN A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD.

Se esperaba contar con un número similar de embarazadas que los grupos focales de gestantes controladas en el centro, pero solo se pudo tener la participación de 5 embarazadas en Alauca y 8 en Teupasenti, dado en gran parte por la escasez de embarazadas en las sedes que no se están controlando su embarazo en el Centro de Salud, y por otro lado la renuencia a participar en el grupo focal por algunas embarazadas que no están en control prenatal en el Centro Público.

A pesar de haber contado con un número reducido de participantes, las embarazadas lo hicieron bastante bien ya que asumieron adecuadamente su papel participativo.

Al analizar los datos obtenidos ambas comunidades, Alauca y Teupasenti, se encuentran similar participación de las embarazadas. En Teupasenti resalta la gran cantidad de intervenciones en la variable de “cobertura de atención”, donde la mayor parte de las opiniones fueron desfavorables sobre todo en los factores socio – culturales y de organización del servicio.

También hubo una participación no igualitaria de las embarazadas, por lo que se tuvo que estar motivando a las gestantes que poco lo hacían y solicitando su opinión en forma a veces directa.

Si bien la información obtenida es de gestantes que no se controlaban su embarazo actual en los CESAMOs, estas entraron al estudio por la experiencia ganada en el pasado mediante embarazos anteriores que si fueron controlados en los Centros de Salud y ha sido muy valiosa la opinión de ellas, sobre todo para conocer las razones que presentaban para no estar controlándose el presente embarazo en los establecimientos estatales.

GRUPO DE ALAUCA

1. COBERTURA DE ATENCION

Fue poco abordado el tema de cobertura por las no usuarias, por otro lado fueron muy vagas las respuestas sin dar mayor explicación, por lo que no se pudo ahondar como se deseaba.

No obstante a dicha dificultad se pueden rescatar aspectos valiosos como en el acceso **ORGANIZACIONAL** del Centro, ya que algunas opinaban favorablemente en el sentido de que siempre las han atendido y que no han tenido problemas para ser atendidas. Contrariamente otras opinaban en forma negativa del Centro ya que una argumentaba no acudir a este porque *"Ese Doctor es bien regañón"* y marcadamente otras opinaban en forma sencilla en cuanto a rechazos que han sufrido causado por un inadecuado sistema organizativo del establecimiento, basado en el rechazo de embarazadas que son prioridad para el sistema de salud,

"Yo ya he venido embarazada y no me han atendido, cuando ya han apuntado suficiente no lo atienden".

“Aunque este embarazada, si llega tarde, no lo atienden tampoco”.

Desfavorablemente influyen los aspectos **CULTURALES** y muy poco los **ECONOMICOS** en el acceso al servicio de salud, ya que por no darse cuenta que están embarazadas o simplemente por no querer estar en control, no acuden al Centro y solamente una mencionó que por falta de dinero no ha podido llegar al control.

Como es esperable, ninguna menciona limitantes **GEOGRAFICOS** para acceder al Centro ya que todas son del casco urbano de **ALAUCA**.

Las influencias **SOCIALES** repercuten en la cobertura, así lo hace ver una de las embarazadas al exteriorizar que no acude porque le han relatado que el médico es muy “regañón”, dejando de recibir un control prenatal solo por los “*decires*” de la población, ya que no ha sido su experiencia.

La dimensión de el **RECHAZO**, fue abordada más que todo desde la optica con que se presta la atención por parte del personal local, notándose

la influencia negativa que tiene el temperamento y carácter del médico y la auxiliar de enfermería:

“Cuando vienen, lo atiende si ella (auxiliar) quiere, sino no, talvez hay medicinas y ella dice que no”.

“El doctor es bien enojado, cuando no lo quiere atender a uno, no lo atienden”.

Si bien las embarazadas refieren tener **CREDIBILIDAD** en el programa de Atención a la Mujer, se nota el desconocimiento sobre el programa, ya que se limitan a decir que “si son buenos”, y que han estado en control prenatal de embarazos anteriores, pero no hacen alusión a otros aspectos o componentes del programa.

2. CALIDAD DE ATENCION

Al investigar sobre la **COMPETENCIA PROFESIONAL**, del médico y una auxiliar (la más antigua) son favorables las opiniones, no así de la auxiliar de enfermería nueva que es cuestionada, por no tener experiencia

y suficiente capacitación. El médico y la auxiliar más antigua son considerados como *“capaces y bien preparados”*.

De esto en parte resulta la buena **ACEPTABILIDAD** del servicio, aunado al trato que reciben en la atención y el considerar que el Centro de Salud *“esta bien”*, pero también hubieron manifestaciones de que no aceptan el servicio por la falta de medicamentos o la tardanza en recibirlos posterior a la consulta.

Las opiniones sobre la **CALIDEZ** de atención fueron variadas, es así que fue favorable hacia la auxiliar de mayor antigüedad y el médico en servicio social de el Centro.

“Si es el doctor anterior es bien cariñoso, si durante yo vine a control de embarazada me trató bien, me examinaba toda bien cheque”.

En cambio hubo una opinión negativa de la auxiliar de enfermería de reciente incorporación al Centro a quien acusan de tratos con *“Regaños”*, reclamos fuera de tono y *“malos comportamientos”*.

Al introducir a la discusión la temática sobre las **PARTERAS**, la generalidad estuvo a favor que las parteras son competentes y experimentadas,

“Ella es buena para atender en los partos nunca ha tenido problemas, porque varias han tenido con ellas”.

Las embarazadas hicieron mención del “*sobado*” que realiza la partera, algunas lo mencionaron como maniobras diagnósticas para comprobar su embarazo o conocer de la posición del niño, la cual es normal y esperable. No así resultó el relato de otra embarazada, que dicho sea de paso lo veía como normal, el practicar un “*sobado*” como manipulación, para querer “*componer*” el producto.

Interesante resalta que a pesar de las opiniones en general favorables hacia las parteras, dos de ellas mencionaban que nunca han acudido donde una partera, tanto para un control prenatal como para la atención de su parto, por no considerarlo necesario.

3. FACTORES DE RIESGO

En Alauca, dicha variable en general es desconocida por las embarazadas no controladas o conocen muy poco sobre los factores de riesgo, ya que lo escaso que dicen es dado por la experiencia que han tenido y no por que las hallan educado e informado al respecto,

"Yo tuve el primero de 16 años",

"Estoy embarazada ahorita y tengo un niño de 10 meses".

"Los tuve seguidos todos, un niño tenía un año, cuando tuve el otro".

Se detectó que las embarazadas confunden la morbilidad (signos o síntomas) con los factores de riesgo, esta situación es más compleja cuando algunas embarazadas están enteradas que tienen riesgos pero no buscan atención calificada para eliminar o controlar dicho riesgo y evitar una complicación que cause secuelas o la muerte, situación que se presenta por desconocimiento y poco interés de las embarazadas.

4. MORBILIDAD

Las embarazadas no controladas de Alauca mencionaban que han tenido en sus embarazos anteriores o actual, algunos problemas, pero estos son síntomas propios de su estado gravido, como ser las náuseas y vómitos, mareos e hiporexia. Unas pocas mencionaron patologías como anemia e *“hinchazón de pies”* pero no fue asociado con la enfermedad hipertensiva del embarazo. En cambio hubieron otras que refirieron embarazos normales sin algún malestar o enfermedad.

Todas las embarazadas refirieron que no han tenido alguna clase de problema o complicación durante sus partos.

GRUPO DE TEUPASENTI

1. COBERTURA DE ATENCION

Esta variable fue discutida con las embarazadas no controladas de Teupasenti y hubo muy buena participación, sobre todo en la dimensión **DEL ACCESO**. Dentro de este grupo participó una embarazada que trabajó con una OPD que coordinó de cerca con el establecimiento de salud, ella tiene un nivel intelectual y experiencia mayor que las demás, sobre todo en el aspecto materno, por lo que influye esté en las demás participantes que se orientaban por lo que ella decía, pero esto no resta méritos a la discusión ya que en algún momento había oposición a sus intervenciones y opiniones.

Sobre la parte **ORGANIZACIONAL** del Centro, la opinión de las embarazadas fue favorable ya que referían que el “*Centro esta bien*” o que a “*Todas las embarazadas siempre las atiende*”, así lo hizo ver una de ellas:

“Es la primera que atienden... las embarazadas no las dejan de atender, siempre las atienden, aunque lleguen tarde... me acuerdo yo que encontré una embarazada que no estaba en control y le dije

que tenía que ir al centro, se tardó, llegó como a la una de la tarde y la atendieron”.

La embarazada que laboró en la OPD, acude al IHSS de Danlí, y refiere hacerlo para no perder sus derechos de asegurada, siendo esta la razón por la que no acude al Centro de Salud.

Se detecta fallos en la organización, ya que únicamente atienden la demanda pasiva de embarazadas, pero no existe búsqueda activa para mejorar coberturas.

Contrario a la opinión favorable de algunas, otras de ellas presentaron críticas como:

“Se viene a perder tiempo, todo el día y pocas medicinas” u otra que dijo que no acude al Centro por *“Cuestiones de tiempo, se pierde todo el día y se pone mas mal”* por lo que acuden a clínica privada, ya que son atendidas en menor tiempo.

El factor **CULTURAL** del acceso influye en forma importante sobre las coberturas del programa, ya que si bien algunas están en control en clínicas privadas, la mayoría no está en control prenatal, explicando ellas que no lo han hecho por "descuido" o por que "*se sienten bien*" y por ello no acuden a un control. Una embarazada justifica el hecho de no estar en control porque estaba haciendo tiempo al otro mes para ir al centro, otra simplemente expreso: "*Porque no ha habido necesidad*". Todo esto demuestra la falta de preocupación por su salud materna.

En lo **ECONOMICO**, se limitaron a comentar el hecho de tener que llegar a comprar los medicamentos cuando estos no existen en el establecimiento. A pesar de esto una de ellas lo veía positivamente, al decir que por lo menos no gastaba en la consulta médica. Pero otra criticó,

"Si me siento mal, ¿que van a dar?, sino tengo pisto para comprar, mejor no voy".

Según las embarazadas muchas mujeres no acuden al Centro de Salud por "**LA PENA**", por vergüenza a que las examine el médico o que les vean embarazadas, sobre todo cuando muy jóvenes.

Incide también el factor **SOCIAL**, ya que aducen que por el trabajo en casa (a veces manualidades remuneradas) no les da tiempo para acudir al control,

“Porque uno tiene mucha familia, a veces cuida a la familia y se descuida uno, y cuida más al más pequeño”.

Solamente una hizo alusión al **RECHAZO**, refiriendo que al “Llegar tarde” no la atienden y solo le dan cita para que vuelva. Lo cual le causa mucho alestar

Estas embarazadas que alguna vez acudieron a control previo a este embarazo se expresan favorablemente de la **CREDIBILIDAD** del programa, aunque evidencian el poco conocimiento y más lo asocian a solo recibir vitaminas. Creen en el programa y les parece muy importante, consideran que toda embarazada debería de estar en control, lo cual resulta paradójico porque varias no reciben control en ningún establecimiento.

En otro caso, una de ellas expreso:

"Ahorita no le puedo decir si son buenos, (El Programa) porque tenía 11 años de no venir".

El no acceder al establecimiento permite que las embarazadas desconozcan el programa y por lógica no pueden vertir opinión del mismo.

2. CALIDAD DE ATENCION

Para las embarazadas la dimensión de la **COMPETENCIA PROFESIONAL** no influye negativamente en la calidad que brinda el establecimiento, ya que todas opinaron favorablemente, expresando que están bien capacitados los médicos y auxiliares de enfermería; que estos brindan una buena educación y aconsejan a la embarazada; por tanto *"fallas no ha habido"*.

Así resalta el hecho que a pesar de no acudir al establecimiento en este embarazo, ellas tienen una buena **ACEPTABILIDAD** del Centro de Salud, que ya todas opinaron favorablemente de mismo,

“Yo no he tenido directamente (control), pero me ha tocado estar allí y he visto que el control que dan es bueno”.

Refieren que en el pasado cuando les ha tocado acudir al Centro han salido “satisfechas”, ya que en el Centro de Salud *“todo está bien y es algo real”*.

Similar a las dos dimensiones anteriores, sobre la **CALIDEZ** de atención, ha sido favorecida con opiniones positivas por parte de las embarazadas no controladas ya que todas se refieren muy favorablemente sobre la manera como han sido atendidas en el centro por embarazos anteriores o por consultas de morbilidad,

“Para mi han sido buenas, me han tratado bien, nunca me han regañado”.

Pero, no hacen alusión a la cortesía y amabilidad, como factores extraordinarios de la calidez, sino que se limitan más que todo a decir que recibieron en general un buen trato y no fueron “regañadas”.

3. **FACTORES DE RIESGO**

En general las embarazadas no controladas de Teupasenti desconocen “*que son*” y “*cuales son*” los factores de riesgo, por tanto menos aun para tener conciencia de los mismos; lo que ellas mencionan en sus intervenciones,

“No tienen conocimiento y es importante o sea que uno no sabe y tiene que preguntar”.

“No tienen conciencia de los factores de riesgo”.

Al discutir sobre los riesgos, se limitaron solo a los biológicos y dentro de estos, básicamente y a la avanzada de edad, diciendo que el problema esta en que “*ya no van teniendo fuerza*”.

Otra mencionó su multiparidad como un riesgo, teniendo conciencia que “*ya no conviene seguir teniendo*” y “*buscar los medios de operarse*”, pero a pesar de estar conciente del peligro ella no busca ayuda para no seguir pariendo lo cual es preocupante.

G. ENTREVISTAS

A. ENTREVISTAS A EMBARAZADAS NO CONTROLADAS

Tanto en Alauca como Teupasenti fueron entrevistadas tres mujeres embarazadas que no estaban en control con el Centro de Salud; todas eran jóvenes menores de 30 años. En Alauca la mayor fue de 24 años, con un promedio de 17 años, en Teupasenti la menor era de 22 años y la mayor con 29, con promedio de 25 años. Todas las de Teupasenti provenían del casco urbano y solamente una de las de Alauca no venía de la sede, sino de una comunidad de influencia del Centro de Salud.

Coincidentemente todas las embarazadas se dedicaban a los oficios domésticos propios, todos eran de bajos recursos económicos y con escaso nivel de escolaridad o nulo.

EMBARAZADAS DE ALAUCA

1. COBERTURA DE ATENCION

Al interrogar las tres embarazadas de Alauca sobre la dimensión del **ACCESO** al servicio de salud, dos de ellas se refirieron al aspecto **ORGANIZACIONAL**, una en forma positiva ya que el Centro de Salud no cobra la atención a la embarazada y la otra en forma desfavorable, ya

que dijo haber tenido un parto que no fue atendido por partera, porque en su comunidad no tienen parteras capacitadas.

En las tres embarazadas se nota que el factor **CULTURAL** tiene una gran influencia negativa en el acceso y por ende en las coberturas de atención, ya que refieren dos de ellas,

“Sí, yo tenía la intención de venir a control al Centro de Salud”

Quedándose con la intención ya que presentan embarazos avanzados de más de 20 semanas y no hablan acudido al control prenatal.

Otra expresaba,

“No había venido por pena de salir embarazada y tener pequeño el tierno”.

Con todo, referían que sí acudirían a control, sabiendo de la necesidad y el sentirse obligadas a causa de la entrevista, ya que las tres no estaban recibiendo algún control aun fuera del Centro de Salud.

El desconocimiento de los síntomas y signos que puedan sugerir a la mujer de estar embarazada, aunado a la despreocupación de buscar ayuda cuando se tiene duda de estar embarazada, incide sobre dicha dimensión,

“No he venido al centro porque yo no sabía que estaba embarazada, porque no me venía la regla, pero yo no me tocaba nada en el vientre y es que estaba dándole de mamar al tierno”.

Si bien deberíamos esperar que solo una (por no ser de la sede) expresara opinión sobre el aspecto **GEOGRAFICO** y su influencia sobre la cobertura, otra de ellas opino también, ya que permanecía más tiempo fuera del casco urbano de **ALAUCA**. Una de las embarazadas opinó desfavorablemente

“...No he venido a control porque, una es que estábamos allá en una montaña en las tres piedras.... no había transporte”.

La otra comentó que favorablemente existe transporte colectivo y “solo paga” tres lempiras, pero,

“ Un día me vine a pie, porque el camino estaba malo y camino sola ”.

El factor **ECONOMICO** no fue mencionado por ninguna de las tres embarazadas, por no considerarlo como obstáculo para acceder al Centro de Salud. Igual aconteció con lo **SOCIAL** que no fue abordado por las embarazadas.

En la dimensión del **RECHAZO**, solamente una opinó y lo hizo desfavorablemente, ya que refiere que a veces no la “*apuntan*” porque llega tarde al Centro ya que proviene de un lugar distante. Esta misma señora posee una **CREDIBILIDAD** favorable en los programas de atención a la mujer, referido como que “*es bueno*” el control, porque le dicen como está su embarazo.

2. CALIDAD DE ATENCION

La primera dimensión investigada con las tres embarazadas, fue la **COMPETENCIA PROFESIONAL**, en donde dos de ellas, hicieron alusión sobre el personal institucional del **CESAMO** como competentes y que “*lo hacen bien todo*”, “*que ellos atienden bien*” y que “*el Doctor*

sabe bastante"; La tercera no se refirió a dicha dimensión ya que respondió con aspectos no relacionados.

Las tres opinaron favorablemente sobre las parteras,

"Ella es buena, pero que le voy a decir, ha visto bastantes mujeres y nunca se han visto mal con ella".

Una de ellas ve con normalidad la práctica de algunas maniobras usuales de las parteras que están contraindicadas,

"Yo no aguantaba, lo tenía atravesado, me enterro las manos y me la compuso".

Al interrogar sobre la **ACETABILIDAD DEL SERVICIO** que brinda el establecimiento, coincidentemente las tres embarazadas hicieron alusión a los medicamentos, específicamente a la vitaminas, así dos de ellas no aceptaban el Centro por falta de las vitaminas, la tercera contrariamente dijo:

“A mi nunca me han tratado mal, todas las veces que he venido me dan vitaminas, me examina..... y los he sentido bien, todo esta bien”.

Las dos embarazadas que no aceptan el Centro por falta de vitaminas, refieren que les han dado recetas para comprar el medicamento supuestamente por no haber en el Centro, lo que les causa molestia ya que tienen que comprarlas. Una de ellas dos mencionó también que el establecimiento necesita *“que manden otro Doctor”*, aduciendo indirectamente que un solo médico no cubre la demanda que tiene el establecimiento.

En alusión a la **CALIDEZ** de la atención que han recibido en consultas previas al presente embarazo, a pesar de que las tres opinan favorablemente en el sentido de recibir un buen trato en el Centro, que *“nunca la han regañado”* (a excepción de una auxiliar de enfermería que *“atiende mal”*), ya que siempre *“han sido amables”* y que *“el Doctor es bueno”*; además una de ellas dijo que *“las enfermeras son tranquilas”*; pero esta contradice su opinión, ya que al interrogarle sobre ¿qué cosas podrían mejorarse en el Centro? Esta contestó:

“Que lo atiendan bien en el Centro, porque a ellos les pagan por eso.... que sería bueno que las enfermeras hablen más con los pacientes”; “a veces si me atiende bien el médico”.

Unicamente dos embarazadas se refirieron a la calidad de la atención que brinda la partera capacitada, siendo muy favorable la opinión vertida hacia las parteras, calificandolas como buenas y que dan un buen trato a la embarazada.

3. FACTORES DE RIESGO

Las tres embarazadas coincidieron en que desconocen el tema sobre factores de riesgo: “No se de eso”, “no he oído hablar” y “no me han platicado”; pero, a pesar de dichas aseveraciones, una de ellas refirió que no ha tenido ningún riesgo y la otra embarazada al indagarle a fondo se detecto que esta “consciente” de que no es correcto que tenga ya un tercer embarazo con solo 16 años de edad, incluso reconoce el riesgo por haber terminado con un aborto su primera gestación.

4. MORBILIDAD

Coinciden las tres embarazadas con acusar malestares usuales del embarazo, tales como: náuseas, vómitos y cefalea. Pero solamente una refiere haber padecido de enfermedades en sus embarazos, siendo esta la infección urinaria.

En lo concerniente al parto y puerperio dos de ellas no refieren antecedentes de problemas en ambas etapas, la tercera no hizo alusión al respecto.

EMBARAZADAS DE TEUPASENTI

1. COBERTURA DE ATENCION

Al entrevistar a las tres embarazadas de Teupasenti, sobre el **ACCESO** que han tenido anteriormente al servicio de salud, dos de ellas hicieron alusión al aspecto **ORGANIZACIONAL**, una lo hizo en forma desfavorable,

“A veces me cambiaban la cita entonces me cambie donde el Doctor Nery” (Médico privado).

Contrario a dicha opinión, otra embarazada refiere que en el establecimiento existe buena organización, ya que *“siempre han atendido a las embarazadas”* y que los médicos siempre les dicen que se presenten al puerperio para *“mirar el rumbo como va”*.

En la faceta **CULTURAL**, se detecta la influencia nociva que existe sobre las coberturas de atención, ya que una de ellas no ha acudido a control por no tener seguridad de estar embarazada, además *“porque decía que no era necesario”*, aunque de palabra quiere encubrir su descuido, refiriendo que

"siempre voy a estar en control porque eso es importante", la realidad es que no lo ha hecho. La segunda no ha acudido a control prenatal aduciendo:

"Es que a mi los primeros meses no me gusta ir, sino de los cuatro meses para alla".

También refiere positivamente que en sus puerperios anteriores, ha recibido control a los 10 días pos parto y después de los 40 días.

La tercera gestante hizo alusión a contenidos relacionados con el factor cultural y en forma desfavorable, básicamente a la atención de partos por médicos, ya que ella *"ha oído decir"* que los médicos hacen *"puntos"* (suturas) y quedaban mal las parturientas, por eso no permite que el médico atienda sus partos.

En vista que las tres viven en el casco urbano donde esta el establecimiento de salud no hicieron alusión al aspecto **GEOGRAFICO** ya que no tiene ninguna influencia sobre el **ACCESO**. Similar ocurrió en el factor **ECONOMICO** del que no hubo mención a el.

En lo concerniente a lo **SOCIAL**, una embarazada hizo referencia a los estigmas sociales,

"Porque la gente lo mira hacer fila dicen: ¡Ve esta está embarazada!, como una en el Centro las embarazadas son aparte... Si pero ya no puedo tapar y así de los primeros meses no se hecha de ver y ya de los 4 meses para allá es imposible tapar".

En la dimensión del **RECHAZO** de pacientes, una refirió,

"La verdad que a mi no me gusta ir al Centro, porque solo se va a perder el tiempo, porque a veces no haya el doctor o no lo quieren apuntar".

"Fui tres veces y solo una vez me atendieron".

Solamente una embarazada se refirió a la dimensión de la **CREDIBILIDAD** del programa de atención a la mujer, y esta lo hizo favorablemente, ya que dijo que el control es importante, por que le dan vitamina "A" que es buena para el niño y le examinan para detectar la

posición y estado del niño, además menciona el control anual de la citología vaginal.

2. CALIDAD DE ATENCION

La dimensión de la **COMPETENCIA PROFESIONAL** fue ampliamente expresado al tener respuestas interesantes de las embarazadas, que permitieron profundizar en el tema, sobre todo a la atención que brinda la partera.

Las tres embarazadas han coincidido en decir que tanto médicos como enfermeras están “*bien capacitados*” y “*bien preparados*”, y que las enfermeras son buenas, que atienden bien como los doctores, incluso una refirió que estas trabajan hasta tarde.

Similar aconteció con las parteras, ya que las tres entrevistadas opinaron muy favorablemente sobre ellas, refiriendo que las parteras están bien capacitadas y que atienden bien, y aunque estén de edad “*no impide que haga buen trabajo*”. Una embarazada narró su experiencia positiva en un parto anterior en que la partera le negó la atención ya que la refirió para ser atendida en un hospital, por ser parto de alto riesgo.

No obstante a lo positivo que narraron las tres embarazadas, una de ellas describió una mala experiencia en uno de sus partos,

“...Estaba con partera y no podía tener, porque era muy grande y sería que ella no sabía más y después tuvieron que llevarme donde el doctor, allí lo tuve”.

Las respuestas sobre la **ACEPTABILIDAD DEL SERVICIO** fueron muy variables, ya que a pesar de que las tres referían antecedentes de haber estado en control de embarazos anteriores en el Centro de Salud, actualmente dos de ellas no lo estaban haciendo y una lo hace en clínica privada, demostrando su no aceptación por la falta de vitaminas, la falta de una sala de partos y laboratorio que debería tener el Centro. Contrariamente una expresó que nunca dejó sus controles de embarazos anteriores y nunca le dejaron de suministrar sus vitaminas.

Relacionado con la aceptación del Servicio de Salud, esta la opinión que tienen sobre la **CALIDEZ** de la atención que han recibido con embarazos anteriores, encontrado que coinciden las tres entrevistadas en que existe

una calidez en la atención, ya que han sido atendidas bien y no habían tenido problemas, haciendo mención específica a cada tipo de recurso desde el médico hasta la ayudante o conserje del establecimiento que han sido “atentos” con ellas y que nunca han brindado un “mal trato”,

“Bueno, ellos son bien tranquilos, todos tratan bien.... en principal a las embarazadas tratan bien, las pasan de primero y eso esta bien”.

La paciente embarazada que acude a clínica privada, refiere que ha escuchado de algunas personas que se quejan, porque “tal vez dicen que las regañan”, pero no a sido esa su experiencia

3. FACTORES DE RIESGO

Una de las entrevistadas respondió que no le han “hablado” de los factores de riesgo, notando en ella que no ha tenido problemas ni riesgos aparentes en sus embarazos.

La segunda, si menciona algunos riesgos que presenta, por la cual la han orientado, inclusive esta consciente y menciona sus riesgos: su quinto

embarazo y haber tenido sus hijos muy seguidos (espacio intergenesicos corto), pero desafortunadamente acepta que no ha hecho nada por evitar dicha situación.

La tercera refiere que si le han hablado sobre los factores de riesgo (aunque no menciona ninguno) pero que nunca le han dicho que ella tiene alguno.

4. MORBILIDAD

Durante los embarazos las tres entrevistadas mencionan que han padecido de náuseas y vómitos; dos de ellas acusan antecedentes de infección urinaria y una de ellas padecido de malaria, hiporexia, problemas varicosos en miembros inferiores e hipotensión arterial.

En el proceso de el parto dos han tenido problemas, una por desproporción cefalopelvica, siendo un parto difícil y la otra con parto prolongado con retención placentaria.

Los puerperios de las tres entrevistadas han cursado con normalidad, a excepción de una de ellas que menciona haber sufrido de erosiones en el pezón por la lactancia.

B. ENTREVISTAS A PERSONAL INSTITUCIONAL

Se realizaron tres entrevistas a profundidad al personal institucional, tanto en Alauca como en Teupasenti. Los entrevistados en ambas comunidades fueron los médicos (en Alauca en servicio social y el de Teupasenti es permanente) y dos auxiliares de enfermería, coincidentemente en las dos comunidades una auxiliar es antigua y la otra nueva de ejercer la antigüedad coincidió con la edad, ya que las dos auxiliares nuevas son jóvenes y con menos experiencia.

PERSONAL DE ALAUCA

1. COBERTURA DE ATENCION

Los tres entrevistados coinciden en que, si bien en el Centro se brinda atención prenatal y llevan paquete básico a las comunidades, donde se busca captar más embarazadas, esto no es suficiente y reconocen aspectos **ORGANIZACIONALES** aun débiles,

“Creo que debemos hacer un rastreo más extenso... en las AGJ más postergados” deberíamos atender más a nivel de control

puerperal.. en los lugares que residen... lleva un mejor control"...
"buscar al personal comunitario para que las refiera"....

Las dos auxiliares de enfermería coinciden en que las distancias largas de muchas comunidades influyen para que las embarazadas no accedan a control, sobre todo el puerperal.

El personal reconoce importante mejorar el **ACCESO** de la mujer a la salud, y también están concientes que poco hacen por mejorarlo, de ahí nace la pregunta: ¿por qué no hacen lo que dicen que se puede hacer por mejorar el acceso?

Favorablemente el personal menciona la captación que realizan de las embarazadas en las comunidades, con la oportunidad de una atención inicial y referencia al Centro de Salud o al hospital de ser necesario.

La incidencia negativa del factor **CULTURAL** sobre el acceso, es reconocido por los tres entrevistados, ya que consideran que "*la pena*" les limita acudir al centro, sobre todo las menores de edad o también refieren que muchas mujeres "*menosprecian*" el control, sobre todo el puerperal.

Refiere un entrevistado que *por "factores culturales"* no toman en cuenta la importancia del control.

En atención de parto (refiere el médico). Que el factor **GEOGRAFICO** es favorable a la embarazada, ya que prefieren y tienen facilidad de que sus partos sean atendidos en el Hospital, pero esto influye negativamente en las coberturas del Centro de Salud cuando ellos no obtienen la información de partos hospitalarios y presentan subregistro y por ende bajas coberturas de notificación de partos. En las coberturas de atención puerperal acontece que,

"Después del parto por su factor nutricional quedan muy débiles y les es difícil caminar trayectos largos.. estar parados por mucho tiempo esperando para poder venir a su control".

Solamente un entrevistado hizo alusión a la influencia del factor **ECONOMICO** como limitante para acudir al establecimiento, las dos auxiliares no lo consideraron como relevante.

Ninguno de los tres entrevistados hizo referencia a la práctica o no del **RECHAZO** de la atención, ni a la **CREDIBILIDAD** del programa de Atención a la Mujer.

2. CALIDAD DE ATENCION

En la entrevista se investigó la **COMPETENCIA PROFESIONAL**, pidiendo al personal la opinión de si mismo (autoanálisis), tanto al médico como la auxiliar, por lo cual se les pidió sinceridad.

El médico refiere sentirse competente para manejar las patologías de la mujer, ya que ha recibido capacitación sobre las normas y otros talleres sobre atención a la mujer.

Las dos auxiliares de enfermería coinciden en que han sido capacitadas en talleres sobre normas de atención a la mujer, además en las supervisiones que les hacen y en las reuniones mensuales de área y sector las capacitan. No obstante refieren que necesitan más capacitación, “nuevos conocimientos”; Lo que coincide con lo dicho por el médico.

“Las enfermeras han tenido alguna deficiencia, más que todo en diagnosticar y diferenciar”.

En tela de duda deja su competencia profesional una auxiliar de enfermería que refiere no acordarse sobre capacitaciones teoricas que haya puesto en práctica, como ejemplo explica que se capacitó en toma de citología vaginal pero que no las toma en su trabajo.

Las enfermeras hacen alarde de que realizan una buena detección de riesgos y su referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad para el adecuado manejo de la paciente o de la educación que dicen brindar a las mujeres sobre factores de riesgo.

Al indagar sobre la opinión que tienen las entrevistadas, sobre la competencia de la **PARTERA** tradicional capacitada, encontramos que las dos auxiliares de enfermería tienen una opinión muy favorable de ellas, no así el médico que considera que a pesar de las capacitación teóricas que reciben, les hace falta conocimientos.

Según el médico a las parteras les hace falta supervisión de la práctica como parte de su formación, que estas “*desconocen*” o se les olvida fácilmente los factores de riesgo, incidiendo esto sobre la escasa **REFERENCIA** adecuada y oportuna. Esto se opone a la opinión de una auxiliar de enfermería que refiere que la partera detecta los riesgos y le dice a la embarazada que no le puede atender su parto. Así como la otra enfermera que refiere que la partera atiende el parto que ellas le permiten atender por su escaso o nulo riesgo.

Interesante resulta la opinión de una enfermera que refiere que la competencia de la partera no mejora por el hecho de que frecuentemente no acuden a sus reuniones mensuales en el establecimiento, porque allí se les esta capacitando, dando materiales y evaluando los problemas y desempeño de las parteras en la atención de los partos.

La **ACEPTABILIDAD** del servicio no fue planteada para ser investigada en estas entrevistas, al igual que la **CALIDAD DE ATENCION**, no obstante el médico hizo alusión a la calidad de la atención que brinda el establecimiento,

“Creo que se les brinda una buena atención, en el ambiente necesario... hay una atención aceptable de parte del personal”...

3. FACTORES DE RIESGO

Los tres entrevistados hacen mención de los factores de riesgo que han detectado con más frecuencia en las mujeres de la zona de Alauca, coincidiendo los tres en mencionar la multiparidad; el embarazo en los extremos de la edad fértil, menores de 18 años (incluso detectaron dos partos de 11 años y uno de 12) y mayores de 35 años y el corto espacio intergenesico.

A pesar de esto el médico considera que han encontrado “*muy pocos*” factores de riesgo, siendo lo más constante el problema nutricional, por eso el médico introduce la existencia de “*factores socioeconómicos*”, la pobreza, el hacinamiento y la falta de higiene como factores de riesgo no biológicos.

4. MORBILIDAD

Durante el proceso gestacional de las mujeres de Alauca, coincidentemente los tres recursos institucionales, mencionan como muy frecuentes los

vómitos y náuseas; mareos y cefalea, así como patologías tales como la anemia, infecciones urinarias, menos frecuente la enfermedad ácido péptica y las infecciones vaginales.

Refiere el médico.

“Hay incidencia un poco bajo de preclampsia, eclampsia, placenta previa.... que nos podría aumentar la mortalidad materna...”

Refiere el personal que las parteras poco reportan problemas durante la atención de partos. Durante el puerperio, las auxiliares de enfermería poco detectan problemas, o muy escasos, pero el médico si hace mención de la anemia e *“infecciones puerperales”*.

PERSONAL DE TEUPASENTI

1. COBERTURA DE ATENCION

Tanto el médico como las dos auxiliares de enfermería opinan sobre situaciones favorables que tiene el Centro de Salud en el **ASPECTO ORGANIZACIONAL** al como parte de la variable de **ACCESO**; pero también fueron sinceros en decir que se falla o se acciona pero en forma débil en otros aspectos.

Se rescata favorablemente el hecho que suelen tener reuniones periódicas de índole educativo con las embarazadas, buscando el efecto multiplicador en la comunidad, además de captar embarazadas en la salidas con paquete básico a las comunidades de influencia; pero como refiere el médico,

“La verdad es que ha sido muy poco, (Lo que se hace por mejorar el acceso) más que todo aspecto educativo, orientar a la pareja”.

Además refiere el médico que algunas embarazadas acuden a clínicas privadas, porque allí es más rápido, pero no habla de coordinar con dichas clínicas o de que puedan hacer por mejorar el tiempo de atención. Podría considerarse un error, que el médico diga que en el Centro de Salud “no hay nada establecimiento que les impida acudir a las embarazadas”.

El médico manifiesta que necesita una enfermera más para el centro y por otro lado una auxiliar de enfermería acusa que el médico no sale a las comunidades, además la segunda auxiliar de enfermería refiere que “se

podrían” hacer visitas domiciliarias. Con todo esto se puede deducir que existe una debilidad organizacional del establecimiento.

En el papel que juega el personal comunitario como parte del sistema de salud en la mejoría de acceso, encontramos aspectos desfavorables, sobre todo en las coberturas de atención de partos, ya que al no acudir a reuniones mensuales no reportan los partos y a menudo no se enteran en el establecimiento de partos atendidos por personas no aptas (ejemplo los esposos de las mismas embarazadas). En oposición a lo anterior reportan los entrevistados, algunos aspectos positivos, como el hecho que es el guardián de salud el que reporte también los partos.

El factor **CULTURAL** según los entrevistados tienen vital preponderancia sobre el acceso, ya que influye desfavorablemente porque *“no le dan importancia”* al control. Refieren que *“el aspecto educativo influye para no acudir a control”*.

Una auxiliar de enfermería menciona que influye grandemente *“la pena”* de decir que están embarazadas o por el **“MACHISMO”**, de que el

conyugue se oponga a que la embarazada acuda a control o a reuniones educativas,

“Más que todo no vienen las embarazadas a control por las CREENCIAS, que si dicen su última menstruación les van a amarrar los meses”.

Igual influye el factor cultural sobre la captación de información sobre partos acontecidos, ya que al solicitarla a personas no capacitadas que atienden los partos, estas son “*bastante cerradas*” y no brindan el reporte.

Consistente es la opinión de los entrevistados al coincidir que tiene una gran influencia desfavorable el aspecto **GEOGRAFICO**, ya que muchas embarazadas provienen de comunidades bastante distantes e inaccesibles, lo que provoca que no lleguen al centro; sobre todo es más frecuente con las puerperas, que posterior a un parto quedan débiles y no pueden caminar mucho.

En atención al factor **ECONOMICO**, mencionan los entrevistados que existe un bajo ingreso económico en las familias, que hay pocas fuentes de

trabajo y que esto influye en el **ACCEDER** de las mujeres al establecimiento, pero no hacen una relación directa de la influencia de la difícil situación económica con la falta de dinero como para que esto limite que puedan acudir las embarazadas a su control.

La dimensión de la **CREDIBILIDAD DEL PROGRAMA**, fue abordado indirectamente por una enfermera, pero en sentido desfavorable ya que las mujeres al no conocer el programa no pueden verter opinión sobre la misma, por lo que hay que "*darles a conocer la importancia*" del control prenatal, puerperal y darle educación a la población.

El **RECHAZO** no fue abordado por las entrevistados, haya sido en forma voluntaria o no, lo cierto es que el personal institucional no hace referencia a este tema.

2. CALIDAD DE ATENCION

En primer termino se le pregunto al personal institucional sobre **LA COMPETENCIA PROFESIONAL** que ellos sienten tener como personal institucional y desde la óptica de la capacitación hacen alarde de estar aptos para brindar una buena atención, ya que han sido bastante

capacitados y ponen en práctica los conocimientos adquiridos. Pero demuestran inconsistencia de lo dicho, al opinar que les falta mayor capacitación y necesitan contenidos prácticos, o como el médico que inseguro dijo: *“Yo creo si no me equivoco, se nos ha capacitado”*.

Podrían ser más competentes, refirió el médico, si se estableciera alguna relación más cercana con centros de otros niveles, con **CESARs**, **CESAMOS** y **HOSPITAL** , *“Y a final hacer algo mejor”*. Lo que demuestra la debilidad de integración de la red de servicios y por tanto el sistema de referencia y contrarreferencia, deja vacíos de su uso.

Si investigó la opinión que tienen como personal institucional sobre la competencia de la partera, estando de acuerdo que a pesar de que ellas son un personal capacitado, valioso e importante, que ejecutan acciones adecuadas, como el atender partos, hacer visitas domiciliarias con control prenatal y puerperal en casa; estas continúan teniendo prácticas erradas y contra indicadas en el procedimiento de la atención del parto, ya que en la capacitación *“Repiten todo bien”* pero en la práctica diaria hacen acciones contrarias, como el hecho de atender primigestas,

“El amare del ombligo no lo hacen con el hilo que debería hacerse, mal manejado y sucio y cortado talvez no con tijera, sino con un machete caliente”.

Opinan los entrevistados que esta “mal praxis” de la partera se debe a varias razones: a menudo se les olvida el procedimiento o a veces lo hacen intencionalmente de manera incorrecta debido a comodidad, facilidad y sus creencias, todo esto agravado por el hecho de que generalmente *“nadie las esta supervisando”*.

El médico refiere que a menudo existe una incompetencia provocada por la misma paciente o su familia, que le exigen a la partera la atención de un parto que esta contraindicado,

“Ellas dicen que se sienten sometidos a la comunidad como por ejemplo: Que llega el esposo y les dice, por favor atiéndamela que tengo problemas económicos, no pueda llevarla al hospital”.

En la **ACEPTABILIDAD DEL SERVICIO**, hay madres que lo aceptan, ya que su razón de acudir al centro, es para *“que se les ayude”*. Pero otras

no aceptan el servicio porque: “no hay” equipo y medicamentos y ellas los tienen que comprar.

Finalmente en cuanto a calidad de atención, el médico ha sido muy sincero al hacer referencia sobre **LA CALIDEZ**,

“Falta de calidez, lamentablemente estamos en una situación que se da”.

3. FACTORES DE RIESGO

Los tres recursos entrevistados coinciden en que los factores de riesgo más frecuentes que detectan a las embarazadas, son la multiparidad y embarazos en los extremos de la vida, pero los tres también han mencionado la historia frecuente de abortos, incluso reiterados. También menciona uno de las entrevistadas que el corto espacio intergenesico, también se ve con frecuencia en las embarazadas.

El médico y una auxiliar de enfermería mencionan los factores socioeconómicos como de riesgo, el bajo ingreso económico limita la alimentación y la adquisición de medicamentos indicados.

4. MORBILIDAD

En el embarazo a nivel de sintomatología los tres entrevistados coinciden en las náuseas, vómitos y cefalea como las más frecuentes. En menor grado refieran “*dolor de vientre*”, lumbago y debilidad general.

Como enfermedades refiere detectar a menudo problemas ácido pépticos, infecciones urinarias y los resfrios comunes; menos frecuente las infecciones vaginales.

Una auxiliar de enfermería refiere la hipertensión y los sangrados durante el embarazo no se detectan con frecuencia.

A nivel del parto, el médico refiere, que a menudo se ven sangrados y estos con frecuencia están asociados a retención placentaria.

En el puerperio, poco se detectan patológicos, tal vez la anemia y síntomas inespecíficos como cefaleas, mareos, dolor pélvico y muy poco los problemas infecciosos del tracto reproductor.

C. ENTREVISTAS A PARTERAS TRADICIONALES CAPACITADAS

En ambas comunidades, Alauca y Teupasenti, se entrevistaron tres parteras tradicionales capacitadas, las cuales están activas y coordinando con los establecimientos de salud. Estas están comprendidas desde la tercera hasta la séptima década de la vida, habiendo parteras desde los 29 hasta los 62 años de edad.

Algunas de las parteras provenían del casco urbano donde está el establecimiento y otras de las comunidades de influencia del centro, ya que esté no fue criterio de selección.

En la entrevista solamente se investigó sobre dos variables: 1- La calidad de atención, en dos líneas: la que presta el establecimiento de salud, y sobre todo la calidad del servicio que ellas prestan como parte de las estrategias de atención a la mujer. 2- La morbilidad que han detectado en las embarazadas, parturientas y puerperas que ellas cotidianamente atienden.

PARTERAS DE ALAUCA

1. CALIDAD DE ATENCION

En principio se investigó la calidad de la atención que brinda la partera, a través de la evaluación de la **COMPETENCIA Y EXPERIENCIA** que tienen como prestadoras de servicios de atención a la mujer en su etapa gestacional, esto evaluando la capacidad que tienen y que es dada en gran parte por la capacitación que han recibido; la supervisión que “*reciben*” y evaluado la narración que hacen del procedimiento en la atención del parto.

Así, encontramos aspectos muy favorables y positivos, pero igualmente se detectan algunas facetas negativas de las parteras que se convierten en riesgo o problemas de salud para las pacientes que atienden.

En cuanto a las capacitaciones, comentan las tres que han recibido el curso inicial de una semana, inclusive una de ellas refiere haberlo recibido en dos ocasiones y que estos han sido muy buenos, que los han recibido con el uso de maniqués y dramatizaciones, convirtiéndose las capacitaciones no sólo en contenido teórico sino que prácticos. Además dos de ellas, refieren

que han recibido “*otros cursos*”, los cuales seguramente fueron recapitaciones.

Las reuniones mensuales que tienen en el Centro de Salud, se constituyen en un aspecto importante que las hace más competentes.

“El médico nos da orientaciones sobre enfermedades”, “en las reuniones nos hacen preguntas como las que Ud., está haciendo, para ver como vamos trabajando, entonces ellas le dicen no, eso no es así”.

Otro factor positivo en el trabajo que realizan las parteras, es cuando mencionan que “**REFIEREN**” a embarazadas al establecimiento cuando estas tienen problemas o “*son de riesgo*”. Mayor impacto tienen cuando a menudo acompañan a la embarazada hasta el establecimiento. Igual de valioso es la referencia y que concientizan para que acudan las embarazadas a control puerperal al Centro de Salud.

Relatan procedimientos más allá de su capacitación, pero que seguramente están evitando problemas mayores o inclusive la muerte, cuando los

ejecutan; como el aplicar sueros intravenosos cuando notan mucho sangrado, para luego referir. El aplicar medicamentos parenterales para contraer el útero cuando están sangrando profusamente las pacientes después del parto, es otra medida contraindicada pero puede salvar una vida.

En los relatos de las parteras, se detecta que no ejecutan procesos que no deben realizar, como negarle a la parturienta *inyecciones “para apurarles el parto”*, el no aplicar otra inyección que no sea vitamina K (aunque creen que está indicada para sangrados) o no dar sustancias extrañas y aconsejar que no den purgantes, pero en la práctica a veces esto no se da.

Al pedirles a las parteras que describan el proceso con que regularmente atienden un parto, estas lo relatan de una manera adecuada, conforme se les ha capacitado, lo cual es bastante favorable a su competencia.

Una partera relataba su experiencia positiva de haber estado un mes en el Centro de Salud, atendiendo con la enfermera a las embarazadas en su control prenatal, aprendiendo a detectar la posición del feto y otros

aspectos importantes de la mujer gravida, Así mismo menciona la experiencia ganada en haber atendido 42 partos y sin tener problemas en ellos.

La supervisión vista como un proceso capacitante, también ha sido investigado con la partera, en donde las tres coinciden en que si es importante que las supervisen y les gusta (o le gustaría como dice una, que nunca la han supervisado). Solamente una de ellas refiere que le han supervisado como 4 veces, y que la enfermera ha estado a la par de ella en la atención de un parto, ayudándole y observando como atiende a la parturienta y su producto. Otra partera que ha tenido una experiencia menos favorable refiere,

"Es bueno que me supervisen, porque a veces uno no sabe lo que tiene, sino tengo bien una cosa y que lo orienten, porque por lo menos a uno lo visitan, uno se alegra".

Ahora bien, así como aspectos positivos también se detectaron factores de "mal praxis" por parte de las parteras, influenciado en parte por la falta de capacitación, como menciona una partera, que solo una capacitación a

recibido y fue hace 4 años y que nunca la han supervisado, que no ha estado acudiendo a las reuniones mensuales por enfermedad, además de que el equipo que se le dió, está deteriorado.

Algunas de los procedimientos contraindicados que realizan son: El atender "*partos de peligro*"; atender partos o de riesgo o podálicos; inyectar medicamentos no indicados de uso delicado. Narra una partera,

"El niño atravesado se compone ya al momento de tenerlo, porque tengo que ayudarlo, entonces voy acomodando el niño, no se si venga de pie o cabeza, pero si tengo que ayudarlo a que corone".

Esto demuestra la "*manipulación*" del parto, con maniobras incorrectas que a veces realiza la partera, las cuales generalmente las ejecutan intencionalmente y otras veces porque: "*Se les olvida lo que les han enseñado*" según justificaba una partera.

En cuanto a la segunda parte de la calidad de atención investigada, básicamente haciendo referencia a la opinión que tienen las parteras sobre

el Centro de Salud y su personal, una de las parteras se refirió positivamente a **LA COMPETENCIA PROFESIONAL** del médico y auxiliares de enfermería, así mismo sobre **LA CALIDEZ DE LA ATENCION**; la segunda presentó dos puntos de vista, desde la óptica de la opinión de pacientes, quienes según ella no existe **ACEPTABILIDAD DEL SERVICIO**, ya que se dan preferencias por los de la sede sobre los que provienen de lugares distantes y “*vienen a nada al centro*”, con lo que ella esta de acuerdo. Pero entra en contradicción, al presentar su punto de vista, aseverando que “*todo está bien en el centro de salud*” que le han tratado bien, que el personal “*se porta bien*”.

La tercera partera no esta muy convencida de la calidad de atención que brinda el centro, ya que refiere que a veces no hay medicamentos o que no tienen capacidad de atender la demanda de atención que se les presenta.

2. MORBILIDAD

Ha sido investigado interrogando a la partera sobre, que signos, síntomas o patologías han detectado a las embarazadas, tanto en el momento gestacional como durante el parto o el puerperio.

Es así que durante el embarazo, dos de ellas coinciden en que las náuseas y vómitos, así como “*Ardor de Estomago*” y “*mal de orín*” son los problemas que a menudo aquejan las gestantes. La tercera hizo referencia a sangrados durante el embarazo como que estos fueran menstruales, (preocupa por su desconocimiento). Esta misma refería sobre prurito vaginal y otra partera narra sobre una embarazada con presión alta y edema en miembros inferiores, que coinciden con una PRECLAMPSIA.

Al referirse al parto, estas relatan algunos problemas que han tenido durante el proceso, pero que no son frecuentes, sino que los narran como casos únicos. El haber atendido productos con circulantes de cordón y que han fallecido, prolapso cervical y productos obitados. Más frecuente narran los sangrados intrapartos y los nacimientos distocicos por presentación no cefalica del producto, así como los partos prolongados.

En el puerperio relatan detectar a menudo que las pacientes quedan con debilidad, anemia y dolores de “*vientre*”. Coincidentemente han hecho alusión a retención de restos placentarios con síntomas que orientan a endometritis pos parto.

PARTERAS DE TEUPASENTI

1. CALIDAD DE ATENCION

Vista la calidad de la atención que brindan las parteras de Teupasenti desde la óptica de la competencia y experiencia laboral, se pudo detectar que este personal esta bien capacitado, según sus opiniones. Refieren haber recibido una capacitación inicial y varias posteriores, como una partera de 66 años que refiere haber recibido 6 capacitaciones desde sus 22 años de edad en que se inicio como partera. Consideran que han sido muy buenas capacitaciones y que han aprendido bastante, para mejorar en su trabajo.

Resalta el hecho que han tenido mucha capacitación y apoyo directo, no solo por el sistema de salud estatal, sino que por una institución privada de desarrollo, a través de un médico que se dedicó a tiempo completo a este tipo de labor.

Como parte de la relación con el personal de Centro de Salud, las parteras mencionan las reuniones mensuales, las cuales consideran ellas que les sirven mucho para ser más competentes, ya que reciben nuevos conocimientos y orientaciones para un mejor desempeño. Coinciden las tres en que muy raramente fallan a dichas reuniones, y si lo hacen es por enfermedad o porque están atendiendo algún parto, pero como dice una partera, ella manda a su hijo para que anote lo que se trata en la reunión e informe de su trabajo.

Importante resalta el grado de conciencia y compromiso que adquieren estas parteras,

“Nos hablan en las reuniones de cómo tratamos a una embarazada, referir al Centro de Salud, que no quería venir hay que conquistarla, hacerle conciencia”.

Las tres coinciden en la importancia de una referencia oportuna y a tiempo, cuando ellas detectan “primerizas” o riesgos importantes que pueden llegar a provocar problemas, incluso ocasionalmente van más allá de su

trabajo cuando acompañan hasta el CESAMO o incluso al Hospital de Danlí, a la embarazada.

En el proceso de atención de un parto, coincidentemente ellas tres narran adecuadamente los pasos a seguir, no describiendo alguna irregularidad en la sucesión de la atención. Lo cual demuestra que teóricamente manejan adecuadamente la técnica y por lo tanto prestan una atención con calidad.

La Supervisión como capacitación y garante de evaluar una buena calidad de atención que prestan las parteras, ha sido bien vista por las supervisadas, ya que relatan visitas que son motivación para ellas,

“Yo me sentí feliz cuando me supervisaron, porque no me dejan por fuera, son importantes para tener higiene en su casa”.

Destacan varias supervisiones donde les han revisado su equipo (El Maletín), levantando actas y les halagan los buenos hallazgos, dejando sugerencias y motivándoles a mejorar aun más. Pero estas supervisiones, fueron hechos por personal de una OPD, que dicho sea de paso ya no se encuentra en Teupasenti, con dicho proyecto.

Dando un giro a lo positivo también se detectaron aspectos desfavorables en la calidad de atención, como el hecho de que ellas coincidentemente afirman que les falta mayor capacitación, más conocimientos y mayor practica en las capacitaciones, así como que les enseñen como enfrentar situaciones inesperadas fuera de lo normal de un parto, o como refiere una de ellas: *“me falta no saber leer”*.

Se detectaron algunas irregularidades de técnica en el procedimiento de la atención del parto, fuera del momento en que describieron bien los pasos que siguen, como el suministrar *“aguas”* de sustancias naturales pero que no se deberían dar, como la *“Dormilona”*; o el momento incorrecto del corte del cordón umbilical.

Desfavorable, el hecho que narra una de las parteras que al faltar a la reuniones, no envía a otra persona ni busca obtener la información, también negativa el tomar alguna reunión y tener como punto único aspectos que no tienen que ver con su trabajo, como capacitación en frijol soya. También desfavorable que ellas digan que de parte del Centro de Salud nunca las han supervisado, ni siquiera *“visitado”*, aun en ocasiones

que andan en la comunidad por vacunación. Desfavorable incluso cuando los familiares no atienden una referencia del Centro de Salud al Hospital, y prácticamente exigen a la partera que le atienda el parto.

Curiosa la información que brindó en forma sincera una partera, al decir que en la aldea a ella no la quieren por haber sido "*puesta*" por el Centro de Salud y no por la Aldea, lo que incide directamente en la calidad y coberturas del programa. Esta situación se agrava por el temperamento y carácter de la misma partera, ya que refiere ser muy delicada y "*no dejarse de nadie*".

Finalmente en cuanto a calidad, se interroga a las parteras sobre la opinión que tienen del Centro de Salud, en donde las tres coincidían en que **ACEPTAN** el servicio que se presta , que todo esta bien y no tiene queja en contra del centro.

Igualmente es favorable la opinión sobre la **calidez** de la atención, la cual consideran como excelente atención y buen trato, con cordialidad y amabilidad.

2. MORBILIDAD

Durante el embarazo, coinciden las tres, en que frecuentemente las embarazadas aquejan náuseas, vómitos, síntomas ácido pépticos, polaquiuria y /o infecciones urinarias, así como cefalea y mareos.

En el momento del parto fue variada la experiencia de las tres parteras, ya que solo una reporta problemas de parto prolongados y una con sangrado posparto; en cambio otra dice que, que los problemas que ha tenido, fue atender un parto pélvico y otro con prolapso de cordón con producto que se ovito. Similar la tercera partera reporto un parto pélvico y una primigesta estrecha que al final tuvo que referir, pero lo hizo tardíamente (antes había dicho que había que referir tempranamente).

Durante el puerperio reportan muy pocos problemas, más que todo debilidad y anemia. Una reporta un caso de convulsiones y edemas en el puerperio inmediato y otro reporta un caso de probable endometritis.

Con esto se concluye en forma resumida los principales hallazgos encontrados en la aplicación de las diferentes técnicas y a diferentes grupos de estudio de la presente investigación.

V- DISCUSION

Uno de los aspectos básicos de la política de la Secretaría de Salud es lo referente a la cobertura de atención en salud, esta se enfoca hacia la ampliación de la misma con el fin de dar atención al mayor numero de población de la comunidad. En el presente estudio se abordó la opinión de embarazadas controladas y no controladas de los establecimientos bajo estudio (Alauca y Teupasenti), así como las Parteras y Personal de Salud.

Una de las dimensiones de cobertura estudiadas fue la de accesibilidad en sus diferentes formas, organizacional, cultural, geográfica, económica y social. Al respecto las madres expresaron que la organización de los establecimientos es adecuada y son atendidas cuando lo necesitan, que el paquete básico de atenciones que se hace llegar a las comunidades les ayuda en el mantenimiento de la salud.

Aún cuando hay aspectos positivos, también se comenta que en ocasiones no se atiende a las usuarias, o que tardan mucho tiempo en atenderlas, también acusan de la falta de medicamentos que obliga a acudir a la medicina privada o a otro centro publico distante.

Un personaje influyente en la atención del parto y que es parte de la organización es la Partera Tradicional, la cual debe estar capacitada para cumplir con su papel, pero ocurre que muchas no las están, o no refieren a las mujeres, o no reportan los partos, situación que ocasiona alguna descobertura, más aún cuando dichas parteras realizan cobros altos como el caso de Teupasenti.

Desde el punto de vista de accesibilidad organizacional se deduce que esta es relativa, ya que si bien se oferta una atención, esta no es completa por diferentes circunstancias.

La cultura del pueblo campesino se traduce en el hecho de que la mujer no debe ser examinada por un extraño y peor si este es un hombre, debido a ello las mujeres embarazadas sienten vergüenza de ir al control prenatal y por tanto se necesita de la educación para convencerlas, también influye el poder que ejerce el hombre sobre la mujer y, solo si este acepta, ella puede acudir al control prenatal; por otra parte la importancia que la mujer da este tipo de consulta es mínima.

Es bien conocido que la accesibilidad geográfica esta directamente relacionada con los logros de cobertura de los establecimientos; así lo confirman embarazadas y Parteras, en especial de Teupasenti que cubre más comunidades y estas son más postergadas, agravando la situación la falta de transporte en la mayoría de las comunidades. Asociado al desplazamiento esta el factor económico para el pago de transporte, pero que ha sido considerado por las embarazadas como de poca influencia para acceder a los servicios, ya que regularmente se movilizan caminando.

Socialmente, los estigmas y señalamientos de la población a la embarazada sobre todo primigesta que acude por primera vez (más aún si esta es muy joven) siguen teniendo influencia negativa sobre la paciente para que decida acudir a su control; así mismo los comentarios a menudo negativos sobre el Centro de Salud, que se manejan entre las mujeres, causa rechazo de la embarazada al servicio de salud.

El rechazo a pacientes embarazadas no fue abordado por el personal médico y auxiliares de enfermería, aunque al detectarse la no-atención de algunos pacientes refería el personal que estas no eran embarazadas, contrario al comentario de unas embarazadas que mencionan que alguna vez no fueron atendidas o que al llegar al

centro este se encontraba cerrado; opiniones vertidas sobre todo por pacientes de Teupasenti, en donde acusaban específicamente a la auxiliar de enfermería de menor antigüedad en el centro, quien a menudo les dice que han llegado muy tarde a la cita.

Las embarazadas si creen en el programa que normatiza su atención, sin embargo se nota que ellas conocen muy poco del mismo ya que asocian su atención solo al exámen y al suministro de vitaminas, desconociendo la importancia de la detección de riesgos y problemas de salud, así como otros componentes del programa como planificación familiar; control de citología cervicales, etc.

Algunas grávidas que no están en control prenatal en los Centros de Salud, también no lo están en clínicas privadas, sin embargo refieren tener credibilidad del programa, por lo que se deduce que existe falta de conciencia de la embarazada de estar en control, lo cual nos conduce a pensar que se requiere un abordaje educativo más reflexivo con las mujeres.

En la Salud Pública los procesos de extensión de cobertura con servicios de salud a las poblaciones marginadas o postergadas, deben de servir para desarrollar

estrategias y actividades que evalúen y fortalezcan la calidad de atención que reciben los usuarios de los servicios estatales.

También se indagó sobre las opiniones de las usuarias y del personal institucional local, sobre la calidad que presta el servicio en Teupasenti y Alauca. Una de las dimensiones de calidad investigadas fue la de competencia profesional del médico y las auxiliares de enfermería que brindan la atención directa a la usuaria. Al respecto las embarazadas y parteras opinaban que tanto el médico como las enfermeras están bien preparados y son capaces de brindar una adecuada atención.

Aún cuando hay opiniones positivas, no podemos desconocer que se encuentra incompetencia del personal debido a la falta de una atención completa e integral, ya que se realiza fraccionadamente sin cubrir todos los requerimientos que la normatización estandarizan. A esto podemos agregar el hecho que el mismo personal reconoce que les falta capacitación en el manejo de las embarazadas y sus complicaciones.

También se investigó en el personal institucional local y embarazadas la opinión que tienen sobre la capacidad de la Partera Tradicional, quien además de la

atención del parto juega un papel protagónico sobre la atención de la embarazada y la puerpera, esperándose que brinde una buena atención y que esta sea lo mejor posible. En este sentido las embarazadas opinan favorablemente sobre las parteras, pero lo hacen por el desconocimiento que tienen de los procedimientos contraindicados que frecuentemente ejecutan las Parteras, lo cual es criticado por el Personal de Salud quienes refieren que las Parteras saben lo que pueden y no deben hacer para la Adecuada atención de la embarazada y el parto.

Por la falta de calidad del trabajo que hace la partera, se producen una serie de complicaciones en la embarazada que aumentan la morbilidad y sobre todo la posibilidad de fallecer.

Las mismas parteras reconocen que a pesar de su capacitación inicial, les falta más formación y seguimiento, sobre todo la continuidad que deberían de tener a través de las supervisiones capacitantes que muy poco les hacen, pero que les gustaría recibir otra dimensión de valor de la calidad, estructurada con categorías, es la aceptabilidad de los usuarios a los servicios de salud que prestan ambos establecimientos, en donde las usuarias opinaron positivamente, ya que aceptan los servicios aunque critican algunas limitaciones, como ser la falta de medicamentos. Contrariamente a las que acceden a los centro de salud, las

embarazadas no usuarias no aceptan el servicio por el excesivo tiempo que les lleva ser atendidas y por la escases de vitaminas.

El buen trato, la cortesía y amabilidad del prestador del servicio determina en gran medida la calidez de la atención que reciben las usuarias y por tanto indica la atención. Así en la investigación, la mitad de las embarazadas opinaron que reciben una consulta con calidez humana y las no usuarias (pero que han acudido al centro previo al presente embarazo) no comentaron que la falta de calidez fue el motivo para no acceder a control de su embarazo actual.

En ambos establecimientos, las embarazadas mencionan que la Auxiliar de Enfermería de menor antigüedad laboral (sobre todo Alauca) no prestan una atención Calidad, ya que tienden a reclamar mucho, incluso con ofensas malos tratos.

A la par valorar las dimensiones de la cobertura y calidad de la atención en el Programa Materno, es necesario considerar la aplicación del enfoque de riesgo que permita conocer los factores de riesgo que presentan las mujeres, en especial atención por la investigación, los factores de riesgo reproductivo tanto biológicos como sociales.

Las embarazadas en su mayoría desconocen el termino de: factores de riesgo y lógicamente menos aún su significado, lo cual nos da la idea de las repercusiones que puede conllevar esta falta de conocimiento. Pocas de las embarazadas pudieron mencionar cuales son sus riesgos y al hacerlo mencionaron básicamente factores biológicos: multiparidad y extremo de la vida. Lo que coincide con los demás halazgos, resaltando Teupasenti con pacientes con presencia de muchos factores.

Preocupante resulta todo lo anterior, ya que teniendo descubertura de embarazadas en control y seguramente muchas de ellas tienen factores de riesgo que no se les están manejando con certeza desarrollan patologías y/o complicaciones que conducen a una mortalidad alta como es el caso de Teupasenti.

Como resultante final de un embarazo no controlado o atendido pero con mala calidad y con presencia de factores de riesgo no intervenidos, se desarrollan procesos mórbidos tanto en la embarazada, como en el parto y puerperio.

En las diferentes fuentes investigadas, coincidió que en Teupasenti existe mayor presencia de patologías en los tres tiempos (gravidez, parto y puerperio), en cambio en Alauca las embarazadas y Parteras hacen poca mención de enfermedades y problemas.

El tipo de morbilidad se encontró similar en las dos comunidades, variando el orden de frecuencia y resaltando el caso de Teupasenti que se mencionan más complicaciones durante los partos.

VI- CONCLUSIONES

Desde la óptica de las embarazadas (controladas y no controladas) y de las Parteras Tradicionales la competencia profesional del personal de los Cesamos de Alauca y Teupasenti es buena. Pero, a través de las observaciones hechas por el investigador se revela que el personal es incompetente, ya que al brindar atención a la usuaria esta es incompleta y fraccionada; hecha la revisión de los expedientes se encuentra que en los registros está incompleta la anamnesis, el examen físico, los procedimientos y las técnicas realizadas a la paciente.

La opinión de la embarazada sobre la Partera Empírica es de ser “muy competente” pero en las entrevistas hechas a las Parteras se refiere que comete errores de procedimiento en el control prenatal, atención del parto y en el puerperio, tal hecho es corroborado por el personal Institucional.

La calidez de la atención que se refiere específicamente a la relación interpersonal esta calificada como buena para los Médicos y Auxiliares de Enfermería de mayor antigüedad, pero para las dos Auxiliares con menor tiempo de trabajar en los Cesamos ya indicados, es considerada como falta de calidez. Tal situación es

confirmada por el investigador en las observaciones realizadas durante las atenciones que este personal brindo.

Por otra parte las embarazadas investigadas afirman que la relación interpersonal entre las Parteras Adiestradas y ellos es buena. El servicio que ofrecen los Centros de Salud en estudio es generalmente aceptada por las usuarias, sin embargo expresan algunas deficiencias como falta de medicamentos. En Teupasenti, algunas usuarias se quejan por el tiempo prolongado de espera para la atención final.

Considerando la accesibilidad como factor incidente en la cobertura de atención, se concluye que el cultural es el de mayor presencia, sobre todo por la vergüenza que presenta la mujer a ser examinada por una persona extraña, aún cuando este sea un profesional. Por otra parte se manifiesta el poder del varón sobre la mujer al impedirle muchas veces que asista a su control prenatal, así mismo se manifiesta el conformismo y la ignorancia sobre el significado del control prenatal en la salud de la embarazada y su producto.

Otro factor considerado importante en la cobertura de atención es la accesibilidad geográfica, especialmente en la comunidad de Teupasenti, donde las distancias

son largas y existen múltiples barreras naturales como montañas, ríos y quebradas, así como la escasez de transporte, aún el particular que se desplaza más que todo en épocas de corte de café.

La escasez de dinero para transportarse al Centro de Salud no es razón fundamental para dejar de asistir al control.

La organización de los establecimientos de salud presenta algunas debilidades como los subregistros de la información que debe ser recibida de otras instancias; la distribución del tiempo para la pronta atención de las embarazadas y puerperas; la falta de planificación y la entrega del Paquete Básico, especialmente en Teupasenti.

Si bien el personal institucional expresa que es escaso el rechazo de pacientes en los establecimientos y que no incluye paciente gestantes y puerperas; algunas mujeres embarazadas dicen que si han vivido la experiencia de no ser atendidas, sobre todo por llegar tarde o por encontrar cerrado el Centro de Salud y estas en su mayoría son opiniones de embarazadas que no están en control.

Aunque todas las embarazadas opinaron favorablemente sobre la credibilidad del Programa de Atención a La Mujer, es notorio el franco desconocimiento de los diversos componente y alcances del Programa por parte de la mayoría de ellas, que tienen limitado su conocimiento al examen físico y la obtención de vitaminas. Además se detecto que las embarazadas creen en el Programa, pero muchas de ellas no buscan beneficiarse del mismo. El nivel de ignorancia acerca del Programa sé debe a la poca información y socialización de los alcances de la atención en el Programa Materno, así como a la escasa educación que el personal brinda.

Podría agregarse otros factores influyentes en las coberturas del Programa, como la falta de Parteras en algunas comunidades(sobre todo descobertura en la atención de partos); el rechazo de algunas Parteras; la avanzada edad y enfermedades de las mismas, e inclusive el cobro alto que hacen algunas Parteras (sobre todo Teupasentí).

La generalidad de las embarazadas no conocen sobre lo que son los factores de riesgo y las que saben es muy limitado el conocimiento, a tal grado que ellas no conocen en su mayoría si tienen o no riesgo, menos aún cuales son los que presentan. De los factores sociales las embarazadas prácticamente no saben nada.

Esto preocupa por el hecho de que muy poco se esta trabajando con los riesgos, sobre todo en Teupasenti donde resalta más la cuantía y variedad de los factores de riesgo.

Aunque como morbilidad son tomados muchos síntomas “propios y normales” del embarazo, también hay detección de patologías infecciosas sobre todo urinarias; problemas pépticos y anemia; además es más notorio los problemas intrapartos reportados por parteras en Teupasenti y muy pocas patologías se detectan en ambas comunidades durante el puerperio.

Con todo esto finalmente se concluye que los factores que inciden en las coberturas y la calidad de atención en el Programa a La Mujer, sobre todo durante el embarazo, parto y puerperio son variados y con distintos grados de influencia tanto positivo como negativamente y muchos de ellos han sido expuestos en el presente estudio, los cuales al tomar en cuenta en los establecimientos de salud mediante una aplicación práctica que por supuesto conlleva mucho trabajo, esfuerzo y responsabilidad, redundaran en mejoras en la calidad y en las coberturas, lo cual incidirá a su vez en una disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, sobre todo en Teupasenti, donde se han

mencionado mayores riesgos y morbilidad que están provocando una mortalidad anual elevada, a diferencia de Alauca que nunca ha tenido.

Por tanto se recomienda divulgar los resultados del presente estudio a los diferentes niveles de la Secretaría de Salud, buscando reorientar y reforzar acciones aplicables por el nivel local, mediante una planificación y monitoreo. Buscando al final tener un impacto positivo en la calidad de atención y cobertura del Programa, para lograr finalmente una mejoría en la salud de la madre.

XI- RESUMEN

La investigación cualitativa sobre “CALIDAD Y COBERTURA DE LA ATENCION MATERNA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE EL AREA # 1, REGION SALUD N° 1”, es un estudio en el que se analizan aspectos que influyen tanto negativa como positivamente en la atención que reciben las mujeres en su período concepcional; además de factores que inciden en aquellas mujeres que deberían acudir al establecimiento de salud y no lo hacen, causando una descobertura en el programa de atención a la mujer. El propósito fundamental de la presente investigación es detectar fallas y fortalezas en el sistema público de atención en salud, específicamente a nivel local y hacia la mujer grávida y puerpera, así como en la atención del parto por la partera tradicional capacitada; igualmente detectar factores externos al establecimiento que inciden sobre la cobertura del programa y la calidad de atención que reciben las mujeres en los tres períodos conceptuales; para con ello buscar alternativas prácticas que busquen mejorar dicha calidad y cobertura, y así incidir sobre la morbilidad y mortalidad materno infantil.

Esta investigación se desarrollo en pasos sucesivos, mediante las diferentes técnicas aplicadas en dos comunidades, Alauca y Teupasenti. Las variables de estudio

fueron: La calidad de atención materna; coberturas de atención; factores de riesgo reproductivo y morbilidad materna. Las cuales contienen dos o tres dimensiones cada una, con el propósito de obtener mayor detalle con el estudio.

Siendo un estudio cualitativo, se decidió obtener opiniones de embarazadas que acuden al establecimiento de salud y otras que no estaban accediendo; así como de parteras tradicionales capacitadas y personal institucional (médico y auxiliares de enfermería); para confrontar con hallazgos encontrados en la revisión de 12 expedientes y datos locales, además de lo observado en la prestación de 8 atenciones directas a embarazadas y puerperas por el personal institucional.

En cada una de las dos comunidades se trabajo con dos grupos focales: Uno de embarazadas controladas y otro de embarazadas no controladas en el establecimiento. Se realizaron tres entrevistas a profundidad a otras tres embarazadas no controladas en el Centro de Salud, de ambas comunidades, así como al médico, dos auxiliares de enfermería y a tres parteras capacitadas.

Como resultados, se encontró que en la calidad de la atención materna, influye positivamente la competencia profesional (aunque existen muchos vacíos) tanto del personal institucional como de la partera, Que se encuentra bastante limitada la

calidez de la atención, sobre todo del personal Auxiliar de enfermería de menor antigüedad, pero a pesar de esto existe buena aceptación del servicio. Que en las coberturas de atención de embarazadas, partos y puerperas, incide en forma negativa los jardines cultural y geográfico y el factor organizacional incide positivamente en las coberturas, a pesar de encontrar vacíos en el mismo.

Aún cuando las embarazadas tienen escaso conocimiento sobre el funcionamiento del programa materno, existe credibilidad y aceptación del servicio que prestan los establecimientos.

El conocimiento de los factores de riesgo en el embarazo es un punto importante para darle significado al control prenatal y prevenir complicaciones; es así que en el estudio se encontró que la mayoría de embarazadas no tenían ningún conocimiento sobre el tema. Además si identificó que la morbilidad y presencia de factores de riesgo materno eran más frecuentes en Teupasenti.

Se concluye que existen diferentes grados de incidencia de los factores sobre la calidad y cobertura del programa, y que estos afectan positiva o negativamente, según la opinión del investigado que generalmente varia con lo encontrado por el investigador.

VIII. BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alex Kroeger, Ronald Luna. Atención primaria de salud, principios y métodos. OPS, serie paltex para ejecutores de programas de salud N° 10. Pag. 7. México 1987.
2. Benson, Ralph C. Manual de Ginecología y Obstetricia. El Manual Moderno. S.A. Pág. 93, México, 1981.
3. Di Petre, L, Miller Franco, L, Rafeh, N, Hatzell, T. Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo. El Proyecto de Garantía de Calidad. Pág. ii Bethesda, USA.
4. Donabedian, Avedis. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor. MI: Health Administration Press, Pág. 5, 1980.
5. Donabedian Avedis, M.D. Conferencia Magistral. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública de México Mayo – Junio 1993, Vol. 35, N° 3. Pág. 238.

6. Frank W.S.M. Verheggen, Peter P.M. Harteloh. La calidad de servicio en la Atención a la salud; aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica, salud pública de México, mayo – junio 1993. Vol. 35, Nº 3 Pág. 316.
7. Humberto Jaime Alarid. Breves Notas sobre calidad. Pág. 7. OPS/UMS. Colombia 1997.
8. Instituto Centroamericano de la Salud. Salud con calidad. Boletín Trimestral, Nº 4 diciembre – febrero 1997 – 98. Nota del Director.
9. Ministerio de Salud Pública de Honduras. Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer. Pág. 1, Tegucigalpa, Honduras, 1995.
10. Ministerio de Salud Pública de Honduras. Compendio Bibliográfico sobre Atención a la Mujer y al Recién Nacido. Pág. 32. Honduras 1982.
11. Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar. (ENESF) 1991/92. pág. 11. Honduras, 1993.

12. Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996. Informe Resumido. Pág. 27. Honduras, 1996.
13. Ministerio de Salud Pública. Estudio Operacional sobre la Partera Tradicional en el Area de Salud de Santa Bárbara, Región de Salud No. 3, 1985. Pág. 47, Honduras, 1986.
14. Oficina Regional de la OMS para Europa. Simposio sobre la identificación de personas de alto riesgo y grupos de población, Windsor, 1972.
15. OMS, OPS. Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica. Evaluación del desempeño del Equipo de Salud: Análisis del proceso de trabajo. Volumen IV. pág. XI. San José, Costa Rica, 1994.
16. OPS. La cooperación de la organización panamericana de la salud ante los procesos de reforma de Sector Salud. Washington D.C. OPS. 1997.

17. OPS. Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil. Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud, No. 7 Pág. 8. Washington, 1986.
18. OPS. Instrumentos conceptuales para introducir el Análisis de Género en Salud en nivel local. Pág. 3. Absoluto S.A. San José, Costa Rica, 1993.
19. PNUD. Los indicadores del Desarrollo Humano del Istmo Centroamericano. Pág. 27, 1994.
20. Programa de atención integral a la mujer – PRAIM/GTZ. Sistema de Información Estratégico de los Servicios de salud Reproductiva. Región de Salud Metropolitana, IHSS-Choloma, CMI Yuscarán. Pág. 10. 1998.
21. Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Foro de Rescate de Innovaciones en Salud. Pag. 52. Tegucigalpa, 1998.
22. Ruelas Barajas, Enrique. sobre la garantía de la calidad: Conceptos, Acciones y Reflexiones. (documento resumen).

IX. ANEXOS

LISTADO DE REVISION DE CENSOS Y ESTADISTICAS DE LA U.P.S.

1. Existencia de datos de programación local:

Disponibilidad _____

Recientes _____

2. Población total:

Mujeres embarazadas a atender en el año _____

Mujeres puerperas a atender en el año _____

Partos esperados en el año _____

3. Coberturas de atención en las UPS:

	PROG.	OBS.	%
A. Embarazadas	_____	_____	_____
B. Puerperas	_____	_____	_____
C. Partos	_____	_____	_____

4. Cinco causas de morbilidad más incidentes:

Embarazada _____

Puerpera

Parto

5. Existencia de Programas de Paquete Básico

A. Número de Salidas Programadas _____

B. Número de Salidas con Paquete

Básico durante lo que va del año. _____

C. Porcentaje que representa
de lo programado. _____

6. No. de Empleados en la UPS _____

7. Años de servicio por recurso _____

8. No. capacitaciones por recurso _____

9. Hora de entrada _____, Hora de salida _____
Horas de trabajo _____.

10. Cupos diarios _____ Promedio rechazo por día _____

LISTADO DE REVISION DE EXPEDIENTES Y PAPELERIA

(EMBARAZADAS Y PUERPERAS)

1. Existencia y uso de expediente clínico

SI _____ NO _____

2. Anotación de datos del interrogatorio

SI _____ NO _____ INCOMPLETO _____

3. Anotación de datos del examen físico general y obstétrico

SI _____ NO _____ INCOMPLETO _____

4. Anotación de diagnósticos completos

SI _____ NO _____

5. Anotación completa del tratamiento instaurado

SI _____ NO _____ PARCIAL _____

6. Anotación de los consejos educativos brindados

SI _____ NO _____

7. Cita

SI _____ NO _____

8. Nombre ó firma del prestador de la atención

SI _____ NO _____

9. Anotaciones en el listado de embarazadas

SI _____ NO _____

10. Anotación completa en el AT - 1

SI _____ NO _____

11. Factores de riesgo y morbilidad

**GUIA PARA LA OBSERVACION DE LAS ATENCIONES
BRINDADAS POR EL PERSONAL DE LA U.P.S.**

LUGAR:

FECHA:

HORA:

DURACION:

OBSERVADO:

FUNCION:

APARATOS Y EQUIPO UTILIZADOS:

ASPECTOS DETERMINANTES DEL AMBIENTE FISICO:

OBSERVANCIA DE LA ATENCION BRINDADA:

LISTADO DE COTEJO
OBSERVANCIA DE LAS ATENCIONES A PACIENTES DEL
PERSONAL INSTITUCIONAL

1. Anamnesis completa:

Estado actual del paciente _____

Antecedentes _____

Antecedentes familiares _____

Antecedentes Obstétricos _____

Funciones orgánicas generales _____

Revisión de aparatos y sistemas _____

2. Examen físico general

SI _____ NO _____ PARCIAL _____

3. Examen obstétrico

SI _____ NO _____ PARCIAL _____

4. Relación con paciente

Trato al paciente _____

Confianza en la consulta _____

Relación Interpersonal

Afable _____

Timbre de voz _____

5. Aplicación de enfoque de riesgo

SI _____ NO _____ PARCIAL _____

6. Equipo mínimo

Estetoscopio _____

Esignomanómetro _____

Cinta métrica _____

Espéculos _____

Guantes _____

Lámpara de luz _____

Camilla ginecológica _____

Foco de mano _____

7. Educación brindada a la paciente

SI _____ NO _____

8. Atención integral (Resumen de todo lo anterior)

SI _____ NO _____

9. Duración de la atención _____

**TEMATICA A DESARROLLAR CON EL GRUPO FOCAL
DE EMBARAZADAS CONTROLADAS Y NO CONTROLADAS**

(DE SEDE Y AGI)

1. Factores limitantes y favorables para asistir o no a consulta al establecimiento de salud.
 - Accesibilidad
 - Rechazo
 - Credibilidad del Programa.
2. Opinión sobre el establecimiento de salud.
 - Capacidad del personal.
 - Aceptabilidad de los servicios.
 - Satisfacción de la usuaria.
3. Opinión sobre la(s) partera(s) empírica(s)
 - Razones por las que asisten o no asisten donde ella.
 - Maneras o formas de la atención que ofrecen las parteras (buena, mala).
4. Factores de riesgo reproductivo
 - Sociales
 - Biológicos

NOMBRE: _____

EDAD: _____

LUGAR DE ORIGEN: _____ LPS: _____

1. ¿Por qué razones no acude a control al centro de salud?
2. ¿Qué podría mejorar en el Centro de Salud para que la atienda bien?
3. ¿Qué limitantes o riesgos tiene en su embarazo?
4. ¿De qué enfermedades o padecimientos ha sufrido en sus embarazos, partos o después del parto?
5. ¿Qué opinión tiene de las Parteras?
6. ¿Qué opinión tiene del personal de la U.P.S.?

**GUIA DE PREGUNTAS ENTREVISTA A PROFUNDIDAD
A PERSONAL INSTITUCIONAL**

NOMBRE _____

EDAD _____

PROFESION _____

CARGO _____ UPS _____

1. ¿En su tiempo de experiencia, cómo y cuánto se ha capacitado en relación a atención materna?

2. ¿Qué opinión le merecen las parteras?

3. ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes en las embarazadas y puerperas?

4. ¿Cuáles son los factores de riesgo que más inciden en las madres?

5. ¿Porqué cree que no acuden todas las embarazadas y puerperas a control, y los partos no son atendidos todos por la partera?

6. ¿Cómo cree que se podría mejorar la cobertura del Programa de Atención a la Mujer?

GUIA DE PREGUNTAS

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD A PARTERAS TRADICIONALES

CAPACITADAS

NOMBRE: _____

EDAD: _____

LUGAR: _____ UPS _____

1. ¿Ha sido capacitada como partera?

2. ¿La supervisan en servicio?

3. ¿Mantiene relación con el personal del Centro de Salud?

4. ¿Qué opinión tiene del Centro de Salud?

5. ¿Cuál es el procedimiento que sigue para atender un parto?
6. ¿Qué problemas ha tenido con algunos partos?
7. ¿De qué padecen más o se enferman las embarazadas y puerperas?