



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2007-2009

Informe de Tesis para optar al Título de Maestro en Salud Pública  
Percepción de la Calidad de Atención en Control  
Prenatal, Clínica Periférica IHSS, Naco, Santa Bárbara,  
Honduras, Primer Semestre 2008

Autor: Dr. Ramón E. Caballero P.

Coordinador: Dr. Miguel Orozco Valladares

## INDICE

	Páginas
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V. OBJETIVOS	7
VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA	8
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	22
VIII. RESULTADOS	25
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	28
X. CONCLUSIONES	31
XI. RECOMENDACIONES	32
XII. BIBLIOGRAFIA	34
ANEXOS	

## DEDICATORIA

Doy gracias a Dios por darme un éxito más en mi vida.

Dedico este trabajo a todas aquellas personas que forman parte de una historia en mi vida: A mi Esposa, a mis Hijos, a mis queridos Padres y amigos que me apoyaron para la culminación de esta Maestría.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas de la Clínica Periférica IHSS Naco, de Santa Bárbara y de la Dirección Regional del Norte del IHSS, que me apoyaron y me animaron a realizar estos estudios superiores de Salud Pública, como ser a una persona que aprecié mucho: Lic. Gloria Zelaya (QDDG), a la Dra. Ada Rivera

A todos mis profesores del CIES UNAN Managua, en especial a mi tutor el Dr. Miguel Orozco Valladares, a la Profesora Flor de María y al Maestro Manuel Martínez que me animaron a culminar la Maestría.

También agradezco a las docentes Alma Lila Pastora Zeuli, al Dr. Pablo A. Cuadra, y a la Maestra Alice Pineda, que nos dieron la energía y los conocimientos suficientes y necesarios para no desmayar ante el esfuerzo que requiere estos estudios.

## RESUMEN

En el presente estudio indagó acerca de la percepción de la Calidad de Atención en Control Prenatal, a mujeres derecho habiente del IHSS que asisten a la consulta de la Clínica Periférica IHSS Naco, Santa Bárbara, durante el primer semestre del año 2008. Y se realizó una Investigación descriptiva cuantitativa, del tipo evaluativo, que describe la percepción de las usuarias externas sobre la calidad de Atención del Control Prenatal, desde la perspectiva subjetiva de la satisfacción. Se tomó un grupo de 80 usuarias, provenientes del área urbana y rural, mayores de 18 años y menores de 40 años que acudieron regularmente a las consultas de Control Prenatal.

Las características socio demográficas corresponde a mujeres jóvenes, con baja escolaridad, la mayoría del área rural y peri urbana, en edad fértil y productiva, entre las edades de los 18 y 30 años, madres solteras, algunas en situación de riesgo reproductivo, de acuerdo con las normas, que ya habían tenido uno o más de un hijo. La apreciación acerca del proceso de atención en control prenatal es valorada como positiva con relación a trámites previos a la consulta, tiempo de espera y de duración de la consulta, talleres e información recibida. La valoración acerca de la intimidad y el respeto durante la atención en control prenatal fue considerada por la mayoría de las usuarias como negativo.

La calidad de atención en Control prenatal fue estimada como excelente y positiva con relación a la comunicación que reciben sobre el embarazo y las condiciones del local, higiene y limpieza de la clínica, entre otras. Sin embargo, consideraron que existen factores de distancia, transporte y económicos que limitan el acceso para acudir al servicio de control prenatal. Esto se debe a que la mayoría proceden del área rural. La satisfacción general percibida y expresada por las usuarias con respecto a la atención en Control Prenatal de la Clínica Periférica de Naco, Santa Bárbara, fue valorada como Excelente. Esta valoración de satisfacción se considera que es el resultado del trato recibido, la información y comunicación brindada a las usuarias, y el proceso de atención en cuanto a tiempo de espera y solución de sus problemas.

## I. INTRODUCCIÓN

La búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o una prioridad estratégica para los profesionales de la salud, para el próximo milenio, particularmente en los servicios población, están muchas veces supeditadas a las políticas, carencia de recursos, bajos salarios y cultura personal e institucional.

“La Calidad es una propiedad que la Atención Médica posee en grado variable; Calidad se refiere a la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un servicio) o comportamientos de un bien producido, de un servicio prestado que les hace capaces de satisfacer la necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado, en que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión”(1)

Tanto el IHSS y la Secretaria de Salud de Honduras, han venido promoviendo un proceso de ajustes en las políticas y estrategias relacionadas principalmente con la organización de los servicios de salud, con el objeto de garantizar una Atención de Calidad a la población con énfasis en los grupos poblacionales más desprotegidos y vulnerables, que permita aumentar la cobertura, en la atención, optimizar los recursos humanos, materiales y financieros, introduciendo nuevos enfoques en los modelos de atención, promoviendo y facilitando la participación comunitaria y la educación a los distintos actores involucrados.

En este marco nos proponemos diseñar una Evaluación de la Calidad de Atención del Programa de Control Prenatal desde el enfoque de Satisfacción de las usuarias con el fin de caracterizar la atención clínica e identificar las principales deficiencias de la Atención Prenatal en la Periférica del IHSS Naco, Santa Bárbara durante este periodo en estudio, porque en el sistema de salud ya no es la cobertura de la atención, sino la calidad de los servicios, y en el campo de la salud materna más específicamente en el control prenatal, juega un papel importante lograr que la gestantes elijan un parto institucional y de esa manera garantizar una mayor protección a la salud.

## II. ANTECEDENTES

Entre el 20 y el 25 por ciento de la población de América Latina y el Caribe no tiene acceso permanente a los servicios de salud u otro tipo de medida de protección social, señala el informe La Salud en las Américas 2002 de la OPS. (1)

En efecto, diversas investigaciones nacionales sobre la mortalidad materna han concluido que en la mayoría de los países de la región los servicios de salud no están preparados para resolver situaciones de urgencia y que la calidad de la atención es precaria y deficiente.

En América Latina y el Caribe la mayoría de los partos, cerca del 75 por ciento, tiene lugar en centros asistenciales. Pese a ello, en 17 países la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de la atención de salud. Esto indica que las mujeres con complicaciones no tienen acceso a los servicios debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema. (2)

A pesar de que el CPN significa una oportunidad para identificar factores de riesgo, existe cerca del 15% de mujeres embarazadas que al momento del parto pueden presentar una complicación que ponga en riesgo su vida, por lo cual es esencial que las unidades de salud se encuentren preparadas para brindar cuidados obstétricos de emergencia de calidad. (3)

La gran mayoría de las muertes maternas están relacionadas con causas obstétricas directas. Este dato refleja una seria limitación en la atención institucional. No es suficiente el hecho que la mujer acuda a la unidad de salud si ésta no cuenta en todo momento con personal capacitado para brindar una atención adecuada para su embarazo, atender su parto e identificar y atender oportuna y correctamente las complicaciones del puerperio. Además las unidades de salud deberían contar con los insumos, equipos y medicamentos para garantizar una atención adecuada.

Aunque la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) del 2001 muestra que el 98.5 % de las mujeres nicaragüenses conocen algún método anticonceptivo, sólo el 45.6% los usa actualmente y aún se reporta un 14.6% de necesidad insatisfecha de mujeres que desean planificar y no tienen acceso a los métodos anticonceptivos. La muerte de una mujer a causa de un embarazo que no fue ni planeado ni deseado por la falta de acceso a los métodos anticonceptivos, es una clara violación de sus derechos humanos. En consecuencia, es imprescindible organizar los servicios de salud para que los métodos anticonceptivos se encuentren disponibles de forma permanente. (4)

En los últimos tres años han muerto al menos 445 mujeres nicaragüenses por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. La muerte de estas mujeres no ha sido totalmente ignorada en Nicaragua. La problemática ha sido reconocida en las políticas del país, abordada en los medios de comunicación e incluida en el enfoque de varios proyectos de cooperación internacional. Sin embargo, la evidencia señala que el número total de las muertes maternas no está bajando. Esto representa un desafío para el Estado y para la sociedad civil nicaragüense que es imprescindible abordar.

A partir de la convocatoria regional para lanzamiento de la iniciativa de Maternidad sin Riesgo en 1987, basada en la preocupación de que cada año muere un gran número de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en los países sub-desarrollados, los Ministros de Estados suscribieron compromisos para definir intervenciones dirigidas a reducir la Mortalidad Materna. Nicaragua fue uno de los primeros países en incluir la prevención de la Mortalidad Materna en sus Políticas de Salud, establecidos en el Plan Maestro de 1991 – 1996, en donde el tema de Mortalidad Materna fue prioritario.(5)

A partir de 1996 en Nicaragua el MINSA implementó el Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna en el ámbito nacional, dando como resultado: mejora en la captación y registro de las defunciones domiciliarias e institucionales. (6)

4 INEC. "Encuesta Nicaragüense de demografía y salud"

5 MINSA, "Mortalidad Materna UNICEF"

6 MINSA "Mortalidad Materna UNICEF" Ibíd.

Durante la última década (1992-2002) se registraron un total de 1585 defunciones de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio. Un promedio de 144 mujeres por año.(7)

El número de muertes maternas en los hogares, para el período 2000-2002 ha disminuido, en relación con años anteriores. En 1998, según un estudio realizado por el Ministerio de Salud, el 60% de las defunciones fueron domiciliarias, el promedio del 2000 al 2002 es de 35%. Continúa presentándose un porcentaje considerable (10%) de defunciones en la vía pública, ligado a la decisión tardía de trasladar a la mujer a una unidad de salud al momento de presentar alguna complicación. Muchas veces esta decisión no es de la mujer misma, sino del compañero, la suegra o la madre.

También el retraso en el traslado puede verse influenciado por las condiciones de las vías y medios de transporte, la situación económica de la paciente (costos de transporte y alojamiento) o bien, condiciones climáticas que no permitan su movilización. (8)



Las defunciones en unidades de salud ocupan el primer lugar, con 45% del total de fallecidas durante los tres años, 160 (80%) del total de las muertes ocurrieron en hospitales.

En 1998 el Ministerio de Salud determinó que un 62% de las muertes maternas analizadas eran evitables desde el punto de vista de los servicios de salud y con base en las normas obstétricas nacionales y la disponibilidad de recursos.

Las mujeres nicaragüenses siguen muriendo por causas relacionadas con el embarazo. El perfil de la mujer que muere por estas causas no ha cambiado mucho, en su mayoría siguen siendo las mujeres de las áreas rurales, entre 20 y 34 años, con bajo nivel de educación, bajo acceso a los servicios de salud que mueren durante el puerperio por complicaciones que producen una hemorragia. Lo que sí ha cambiado en los últimos tres años es el lugar de ocurrencia de la muerte, pasando a ocupar el primer lugar las muertes en las unidades de salud pública, atendidas por personal capacitado y no las muertes domiciliarias. Este dato es sumamente importante ya que significa que las intervenciones futuras deben enfocarse en asegurar la calidad de los servicios existentes, además de abordar la prevención primaria y secundaria.

La muerte de más de medio millón de mujeres en el mundo anualmente antes, durante o después del parto –63 mujeres diariamente en la región no puede sino reflejar inequidades históricas que se repiten en otros planos en la vida de las mujeres. 3.240.000 de mujeres de la región no tiene control del embarazo. 3.440.000 no recibe atención del parto en una institución de salud. 2.980.000 no tiene acceso a atención del parto por personal calificado. 25.000 mujeres mueren anualmente en la región por causas relacionadas con el embarazo y/o el parto.

En 1996 un estudio de la Comisión Interdisciplinario de Género de la Universidad CENTROAMERICANA sobre la Calidad de los Servicios de Salud Reproductiva, se encontró que la calidad del Control Prenatal se ha visto seriamente afectado en su calidad por el problema de desabastecimiento técnico-material, lo que reduce sensiblemente la capacidad preventiva de este servicio. Así mismo encontró que persisten problemas de racionalidad en la distribución y uso de recursos humanos en los servicios de salud reproductiva.

### III. JUSTIFICACIÓN

Este estudio va orientado a conocer aspectos de percepción de las usuarias del programa de Atención de Calidad en el Control Prenatal en las Derecho Habientes de la Clínica Periférica del IHSS en Naco Santa Barbara, Honduras, durante el primer Semestre del 2008 con relación al enfoque de satisfacción de los Servicios de Salud recibidos por parte de los usuarios de la misma.- los resultados del presente estudio serán de suma importancia para el personal de salud y de la Dirección Ejecutiva del IHSS con sede en la Capital de la República, para orientar la gestión de este estudio en forma integral y capaz de satisfacer las inquietudes y necesidades de sus usuarios.

En Honduras no se han realizado estudios en esta zona Nor Occidental del País, tanto para la Secretaria de Salud como para los Centros Institucionales del IHSS que promueven ligeramente el conocimiento de la percepción de los usuarios acerca de la Atención de Calidad a la Mujer en Control Prenatal.

Existen algunas acciones de interés en este sentido por parte de organismos no gubernamentales, empresariales del Sector en donde está ubicada la Clínica Periférica de Naco, pero éstos sólo se han enmarcado en poblaciones específicas del IHSS (Afiliados Directos y Beneficiarios), por lo que su impacto debe ser bien evaluado, y de modelo para otras dependencias Institucionales del IHSS de la zona Nor Occidental.

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando los aspectos anteriormente planteados, se propone la siguiente pregunta del estudio:

¿Cuál es la percepción de la **Calidad de Atención** en Control Prenatal, a mujeres derecho habiente del IHSS que asisten a la consulta de la Clínica Periférica IHSS Naco, Santa Bárbara, durante el primer semestre del año 2008?

De la pregunta anterior se derivan las siguientes interrogantes:

-¿Cuáles son las características demográficas y socioculturales de la población en estudio?

-¿Cómo es la valoración acerca del proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica Periférica IHSS Naco, Santa Bárbara?

-¿Cuál es la Calidad de Atención en el Control Prenatal según los procesos de información y comunicación e infraestructura?

-¿Cuál es la percepción acerca de la **Satisfacción** de las mujeres derecho habiente del IHSS Naco, Sta. Bárbara, que acuden a control prenatal según la resolución del problema?

## V.- OBJETIVOS

### 5.1 Objetivos Generales:

Analizar la percepción de la Calidad de Atención a mujeres derecho habiente del IHSS en Control Prenatal que asisten a la consulta de la Clínica Periférica IHSS Naco, Santa Bárbara, Honduras durante el Primer Semestre del año 2008.

### 5.2 Objetivos Específicos:

- 1.- Identificar las características Demográficas de la población en estudio.
- 2.- Conocer la valoración acerca del proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica Periférica IHSS Naco, Santa Bárbara.
- 3.- Identificar la Calidad de Atención en el Control Prenatal según los procesos de información y comunicación e infraestructura.
- 4.- Identificar la percepción acerca de la satisfacción de las mujeres derecho habiente del IHSS Naco, Santa Bárbara, que acuden a control perinatal según la resolución del problema.

## VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA

### La percepción:

La percepción es el proceso de extracción de información de un organismo del medio que lo rodea. Únicamente los estímulos que tienen trascendencia informativa, que dan origen a algún tipo de acción reactiva o adaptativa del individuo, se les debe denominar información

Los programas perceptuales se encuentran encajados en la estructura, conectados internamente o pre conectados desde el nacimiento. La información se codifica y en los seres humanos los modifica la experiencia. La percepción es un conjunto total que incluye: Los subconjuntos del aprendizaje y del pensamiento.

Los resultados del aprendizaje facilitan la obtención de una nueva información, puestos que los datos almacenados se convierten en modelos por comparación con los cuales se juzgan los indicios.

El problema se torna más difícil a medida que la "información potencial" va siendo menos accesible o más abstracta. Obtenemos información abstracta u "oculta" aprendiendo a usar conceptos.

### Percepción y comportamiento:

El comportamiento frente a la salud se juzga como el emergente de diversas creencias interactivas, que actúan como determinantes de la probabilidad de actuación individual. Estas consisten en la percepción de la amenaza futura, del atractivo y el valor del beneficio.

El comportamiento puede ser: integrativo, y/o segregativo. Es preventivo si y sólo si...

- La persona se considera a si misma vulnerable o susceptible.
- La persona considera que la acción tendrá serias consecuencias para el o ella.
- La persona considera que una acción determinada lo o la beneficiara.

### Objetivación de la subjetividad:

En el proceso de objetivación de la subjetividad, existen dos momentos:

- Previo al acercamiento a la comunidad, y de,
- Interacción y diálogo con la comunidad.

La interacción y diálogo con la comunidad implica el trabajo común con los grupos y con la población, para:

- Identificar creencias, prácticas y conocimientos en el contexto de las características de los grupos.
- Identificación de necesidades de la población, en conocimientos y en servicios.

Puede accederse a través de investigaciones sociales sobre la relación de los servicios con los usuarios, o mediante el desarrollo de la "capacidad de escucha" sobre las posibilidades y capacidad de organización de la población; teniendo en consecuencia el perfil de la comunidad. Para esto es necesario establecer reuniones con los grupos en barrio, distrito, padres, mujeres...

Y conviene analizar: a) el problema que ellos consideran importante, b) los datos que se tienen, c) los datos que faltan, d) las cosas que aún se deben de saber, e) seleccionar en conjunto el método para recogerlas, f) implicar a los grupos en la recogida de las informaciones e impresiones de los problemas escogidos, g) ampliar el compromiso de participación activo de la comunidad

Los métodos para obtener información con los grupos de la comunidad. son: escuchar a y observar en la comunidad, comentar con los líderes de la comunidad, hablar con los trabajadores del desarrollo: maestros, líderes religiosos, trabajadores agrícolas, platicar con curanderos, parteras u otros, datos o informes de investigaciones en la comunidad.

### **La calidad en salud:**

La calidad se define como un proceso de mejoramiento continuo y medible, donde se ven involucradas todas las áreas de la organización en la que participan activamente en el desarrollo del servicio con la finalidad de satisfacer las necesidades del cliente, logrando con ello mayor productividad. Para que se lleve a cabo el proceso de atención, hay que observar tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente (comodidades).

"Se entiende por calidad de atención, al grado por el cual los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual. Un control prenatal debe tener tres aspectos fundamentales, el primero es que debe ser precoz, es decir, la primera visita debe

realizarse temprano; en lo posible durante el primer trimestre de gestación, esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento y protección, que constituyen la razón fundamental del control, además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica. El segundo aspecto es que debe ser Periódico, es decir, la frecuencia de los controles prenatales variará según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo, requerirán un número menor de controles que las de alto riesgo.

Se considera como mínimo que una gestante reciba cinco controles prenatales, distribuidas de la siguiente manera; dos atenciones antes de las 20 semanas, la tercera entre las 22 a 29 semanas, la cuarta entre las 30 a 34 semanas, la quinta entre las 36 a 40 semanas. En tercer lugar, el control prenatal debe ser Completo, es decir, que los contenidos mínimos deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, por lo tanto, nuestra atención incluiría exámenes auxiliares, examen y evaluación del embarazo y del crecimiento fetal, cálculo de la edad gestacional, de la fecha probable de parto, atención odontológica, vacunación antitetánica, atención nutricional, apoyo psicológico, educación para la salud, preparación psico profiláctica, estimulación prenatal, así como enseñar a las madres a prepararse para la lactancia. Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno de gran desarrollo en los últimos treinta años. Aplicado en forma rutinaria, normatizada, y extensiva, conjuntamente con criterios de riesgo, referencias, niveles de asistencia, atención institucional del parto, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes y lesiones maternas y perinatales(10)

En CLAP se utilizan datos de la Historia Clínica Perinatal y su correspondiente Carné Perinatal, como una medida que facilita la supervisión del cumplimiento de las normas y su evaluación, pasos indispensables para el correcto cumplimiento del proceso normativo. Se constituye además en la fuente de datos que permitirá a los servicios disponer de la información necesaria para la toma de decisiones. La Historia Clínica Perinatal comienza con datos de identificación, edad y caracterización socio-educacional y continúa con ciertos antecedentes familiares u obstétricos de reconocida importancia para el pronóstico del embarazo actual. En el sector EMBARAZO figuran aquellos datos o exámenes que deben ser anotados o recordados en cada control. Su registro induce al cumplimiento de una serie de acciones que deben ser realizadas en la atención perinatal.

El Carné Perinatal contribuye a que los datos fundamentales relativos al control prenatal, al ser registrados sistemáticamente en cada consulta, lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada. La principal desventaja en el sistema es que la falta de datos en algún período del proceso de atención compromete la calidad de la asistencia de las etapas siguientes. Esta situación se presenta, por ejemplo, toda vez que el parto no se realiza en la misma institución en donde se

efectúa el control prenatal. Lo mismo ocurre cuando el control postparto y pediátrico se realiza fuera de la institución donde nació el niño. Para poder contactar los niveles en la atención materna se utiliza el Carné Perinatal. El carné perinatal debe estar siempre en poder de la embarazada, quien lo utilizará para toda acción de salud que reciba en su estado grávido o puerperal (11)

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

A nivel operativo se ha estudiado que el control prenatal tiene barreras para implementarse, por lo complejo que puede ser, por falta de recursos o por insuficiente información del programa, la forma en como reportan los datos, está relacionada con el impacto del control prenatal, se ha estudiado que el control prenatal inadecuado cuesta 233 dólares más que el adecuado, los costos bajan de mayor a menor, tras la utilización de un modelo de sólo médicos, de un modelo mixto entre enfermeras y médicos o un modelo de sólo enfermeras, en embarazos de bajo riesgo, pero no hay diferencias en estos tres modelos, para la atención se ha visto que en los controles prenatales faltan estandarizarse, pues las peticiones no son resueltas en todos los establecimientos de forma uniforme, también se ha demostrado la necesidad de capacitación, en los que realizan los controles prenatales, sobre todo a nivel de registro de la información(11, 12, 13).

Aunque en la actualidad la calidad y calidez en el control prenatal, no son adecuadas, pues prevalece más la cantidad de atenciones prenatales que la calidad de atención. Los estudios sobre calidad del control prenatal se han enfocado en la satisfacción del cliente, nivel de recuerdo de los pacientes en los profesionales involucrados en el control prenatal (99% recuerda al ginecólogo, 32% al profesional en obstetricia, 22% al médico general y 1% a otros profesionales) (14)



Se ha encontrado la eficacia de algunas recomendaciones realizadas en el control prenatal a través de las pacientes, el 56% realiza actividades como medida de la presión arterial, examen de orina, peso, talla, examen pélvico e historia clínica obstétrica en las dos primeras consultas, 32% indicaron alguna vez en las entrevistas realizadas que durante los controles prenatales sobre nutrición, uso de vitaminas, tabaco, alcohol, drogas, examen de mamas y ganancia de peso, también se ha tratado de usar índices de mejora del control prenatal (15),

Se ha estudiado que cuando los controles son adecuados, el promedio de consultas es de nueve, también que los controles prenatales de establecimientos de salud privado tienen mejores indicadores que los del hospital(35), en Finlandia se demostró que el 87% de las mujeres acuden a su ginecólogo para chequearse en los últimos cinco años, teniendo más probabilidad de asistir a sus controles prenatales cuando se embarazan, la educación que se da sobre hábitos nocivos es del 25% en tabaquismo, 26% en alcoholismo y 16% en drogadicción(16)

En Estados Unidos uno de los problemas que afrontan los controles prenatales es que son desiguales de acuerdo a la raza y condición de inmigración (38), es menor en las de raza negra, o en asiáticas(17) Para el año 2001 ya se indicaba el modo de estudiar el control prenatal bajo el esquema de Donabedian (estructura proceso y resultado) (18)

En el campo de la mejora de indicadores de morbimortalidad materna se incluyó últimamente en la estrategia: Plan para la reducción de la mortalidad materna (en el impacto que este control prenatal tiene en la mortalidad perinatal) y en el proyecto 2000 (21) Se realizó un estudio para evaluar al control prenatal tradicional con un nuevo modelo de atención más efectiva en los resultados materno y perinatales, no encontrándose mucha diferencia en cinco indicadores estudiados.

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

Aunque en la actualidad la calidad y calidez en el control prenatal, son adecuadas, pues prevalece más la cantidad de atenciones prenatales que la calidad de atención, por lo que se han fragmentados en cuatro días para cubrir con la demanda de Control Prenatal.- Los estudios sobre calidad del control prenatal se han enfocado en la satisfacción del cliente, nivel de recuerdo de los pacientes en los profesionales involucrados en el control prenatal (99% recuerda al ginecólogo, 32% al profesional

en obstetricia, 22% al médico general y 1% a otros profesionales)(33), se ha encontrado la eficacia de algunas recomendaciones realizadas en el control prenatal a través de las pacientes, el 56% realiza actividades como medida de la presión arterial, examen de orina, peso, talla, examen pélvico e historia clínica obstétrica en las dos primeras consultas, 32% indicaron alguna vez en las entrevistas realizadas que durante los controles prenatales sobre nutrición, uso de vitaminas, tabaco, alcohol, drogas, examen de mamas y ganancia de peso, también se ha tratado de usar índices de mejora del control prenatal(19).

Se ha estudiado que cuando los controles son adecuados, el promedio de consultas es de nueve, también que los controles prenatales de establecimientos de salud privado tienen mejores indicadores que los del hospital, en Finlandia se demostró que el 87% de las mujeres acuden a su ginecólogo para chequearse en los últimos cinco años, teniendo más probabilidad de asistir a sus controles prenatales cuando se embarazan, la educación que se da sobre hábitos nocivos es del 25% en tabaquismo, 26% en alcoholismo y 16% en drogadicción (20)

En Estados Unidos uno de los problemas que afrontan los controles prenatales es que son desiguales de acuerdo a la raza y condición de inmigración(38) Es menor en la raza negra, o en asiáticas(21)En el campo de la mejora de indicadores de morbi-mortalidad materna se incluyó últimamente en la estrategia: Plan para la reducción de la mortalidad materna (en el impacto que este control prenatal tiene en la mortalidad perinatal) y en el proyecto 2000 (17)

Se realizó un estudio para evaluar al control prenatal tradicional con un nuevo modelo de atención más efectiva en los resultados maternos y perinatales, no encontrándose mucha diferencia en cinco indicadores estudiados (17)

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

El cuidado prenatal se ha incrementado en doce puntos porcentuales respecto al observado en 1996, pero aun se observa un 15.5% de gestantes que no reciben atención prenatal. Como una medida de respuesta a la atención materna en general y en especial al control prenatal, el Ministerio de Salud determinó como problema prioritario la reducción de la baja cobertura en la atención y la reducción de la exclusión, para lo cual propuso el lineamiento de la extensión y universalización del

aseguramiento en salud, instrumentalizado a través del Seguro Integral de Salud (SIS) (17,18)

El objetivo del SIS es lograr que las prestaciones de salud sean continuadas, reponiendo los insumos utilizados en dichas prestaciones (atención de salud preventivas y recuperativas) y lograr que la atención de salud a los beneficiarios del SIS sea inmediata y en términos de calidad. Estas prestaciones se dan a gestantes, niños de 0 a 4 años, niños y adolescentes de 5 a 17 años. El seguro cubre las prestaciones de salud (atenciones y consultas otorgadas a los beneficiarios del SIS) y pago por prestación (reconocimiento del pago a los establecimientos prestadores de servicios de salud). La distribución de los pagos está dada, en un primer momento, en la reposición total de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos suministrados a los beneficiarios del SIS o su adquisición con los excedentes. Así mismo y si aun se cuenta con excedentes, estos se destinarán a la adquisición de otros bienes y servicios que requieran el establecimiento prestador de servicios de salud. Así como otros gastos que garanticen la atención y calidad del servicio de salud, pero por falta de presupuesto y para llegar a un mejor impacto en los indicadores este lineamiento se ha focalizado.

Una posible explicación a las interrogantes planteadas sería a nivel de las dimensiones de la calidad de atención. La calidad de atención presenta una variedad de dimensiones. Indican que son ocho los más importantes, la competencia profesional, eficacia, satisfacción del cliente, accesibilidad, eficiencia, continuidad, seguridad y comodidades. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y éstas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas del programa. Se trata de dimensiones que son particularmente importantes en el medio de los países en desarrollo, se indican aquellas dimensiones que están presentes en los controles prenatales de primer nivel de atención.

**Competencia Profesional.** Se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia profesional también puede referirse a los recursos materiales: por ejemplo, una máquina de rayos X debe proporcionar radiografías que respondan a las normas aceptadas en forma constante. Su desmedro puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.

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

**La Eficacia** debe responder a las preguntas: Cuando el tratamiento se aplica correctamente, ¿Produce los resultados deseados? y ¿Es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio? La eficacia en el ámbito central define las normas y especificaciones. Para determinar si esta es una estrategia eficaz, el peligro que evita el procedimiento debe compararse con los beneficios netos que reporta, tomando en cuenta las complicaciones asociadas.

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

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

**Continuidad.** Implica que la usuaria puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. A veces, la continuidad se logra asegurándose de que las usuarias visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones, se logra mediante el mantenimiento de registros bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente. Su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la calidad de satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención.

**Seguridad** Implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. Si bien la seguridad pareciera revestir mayor importancia cuando se prestan servicios clínicos complejos, existen también aspectos relativos a esta última en cuanto a la prestación de los servicios básicos de salud. Por ejemplo, las salas de espera en los centros de salud, pueden exponer a los pacientes a infecciones si no se toman medidas para prevenirlo. Si un trabajador de salud no proporciona las instrucciones adecuadas.

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

Estas dimensiones básicamente han salido gracias a estudios de tipo cuantitativo. Generalmente la calidad de atención ha sido en su mayoría estudiada bajo el esquema cuantitativo, donde el investigador, es quien estudia al sujeto investigado sin que este (sujeto investigado) forme parte del proceso de construcción del conocimiento, este tipo de investigaciones tiende a manejar datos muy válidos y precisos, parámetros fundamentales dentro de este tipo de investigaciones. A grandes rasgos podemos afirmar que en las ciencias sociales (con ellas, las ciencias médicas) han prevalecido dos grandes perspectivas. La primera, el positivismo, donde se postula que el único conocimiento aceptable es el conocimiento científico que obedece a ciertos principios metodológicos únicos. Los procedimientos utilizados son: el control experimental, la observación sistemática del comportamiento y la correlación de variables. En este caso, la teoría científica sólo se ocupa de los hechos, ya que tiene que ser aséptica, desinteresada, sus valores no deben interferir con el problema a estudiar y universal. Bajo este paradigma se indica que es posible acercarnos a conocer la realidad de modo objetivo, la objetividad es uno de los rasgos más importantes. La filosofía contemporánea ha criticado los postulados sobre los que se sustenta al enfoque positivista, especialmente los relativos a la existencia de un lenguaje científico universal y la correspondencia entre teoría y verdad. La segunda perspectiva es la fenomenológica, este postulado se apoya en que la experiencia parte del supuesto de que lo subjetivo, no sólo puede ser fuente de conocimiento, sino incluso presupuesto metodológico y objeto de la misma ciencia. La teoría es una reflexión en y desde la práctica, esta realidad está constituida no sólo por hechos observables y externos, sino también por significados, símbolos e interpretaciones elaboradas por el propio sujeto a través de una interacción con los demás. Por tanto la teoría cualitativa se centrará en la identificación de las reglas que subyacen, siguen y

gobiernan los fenómenos sociales. Lo que se buscan son patrones de intercambio, resultado de compartir significados e interpretaciones sobre la realidad. No busca la explicación o la causalidad, sino la comprensión, pues es una de las dimensiones y objetivos fundamentales de este tipo de teoría. Los valores inciden en la investigación y forman parte de la realidad, y la misma investigación es influida por los valores del contexto social y cultural. El conocimiento no es aséptico ni neutro; es un conocimiento relativo a los significados de los seres humanos en interacción, sólo tiene sentido en la cultura y en la vida cotidiana. No aspira a establecer leyes, sino a fijar conceptos y establecer regularidades y señalar su importancia para el presente, no busca la generalización, sino que es ideográfica y se caracteriza por estudiar con profundidad una situación concreta. Desarrolla hipótesis individuales que se dan en casos individuales.

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

Entre el 20 y el 25 por ciento de la población de América Latina y el Caribe no tiene acceso permanente a los servicios de salud u otro tipo de medida de Protección social, señala el informe *La Salud en las Américas 2002* de la OPS. En efecto, diversas investigaciones nacionales sobre la mortalidad materna han concluido que en la mayoría de los países de la región los servicios de salud no están preparados para resolver situaciones de urgencia y que la calidad de la atención es precaria y deficiente.

En América Latina y el Caribe la mayoría de los partos, cerca del 75 por ciento, tiene lugar en centros asistenciales. Pese a ello, en 17 países la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de la atención de salud. Esto indica que las mujeres con complicaciones no tienen acceso a los servicios debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema. 2 (28)

A pesar de que el CPN significa una oportunidad para identificar factores de riesgo, existe cerca del 15% de mujeres embarazadas que al momento del parto pueden presentar una complicación que ponga en riesgo su vida, por lo cual es esencial que las unidades de salud se encuentren preparadas para brindar cuidados obstétricos de emergencia de calidad. (22)

La gran mayoría de las muertes maternas están relacionadas con causas Obstétricas directas. Este dato refleja una seria limitación en la atención institucional. No es suficiente el hecho que la mujer acuda a la unidad de salud si ésta no cuenta en todo momento con personal capacitado para brindar una atención adecuada para su embarazo, atender su parto e identificar y atender oportuna y correctamente las complicaciones del puerperio. Además las unidades de salud deberían contar con los insumos, equipos y medicamentos para garantizar una atención adecuada.

Aunque la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) del 2001 muestra que el 98.5 % de las mujeres nicaragüenses conocen algún método anticonceptivo, sólo el 45.6% los usa actualmente y aún se reporta un 14.6% de necesidad insatisfecha de mujeres que desean planificar y no tienen acceso a los métodos anticonceptivos. La muerte de una mujer a causa de un embarazo que no fue ni planeado ni deseado por la falta de acceso a los métodos anticonceptivos, es una clara violación de sus derechos humanos.

En consecuencia, es imprescindible organizar los servicios de salud para que los métodos anticonceptivos se encuentren disponibles de forma permanente (8) En los últimos tres años han muerto al menos 445 mujeres nicaragüenses por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. La muerte de estas mujeres no ha sido totalmente ignorada en Nicaragua. La problemática ha sido reconocida en las políticas del país, abordada en los medios de comunicación e incluida en el enfoque de varios proyectos de cooperación internacional. Sin embargo, la evidencia señala que el número total de las muertes maternas no está bajando. Esto representa un desafío para el Estado y para la sociedad civil nicaragüense que es imprescindible abordar.

A partir de la convocatoria regional para el lanzamiento de la iniciativa de Maternidad sin Riesgo en 1987, basada en la preocupación de que cada año muere un gran número de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en los países sub-desarrollados, los Ministros de Estados suscribieron compromisos para definir intervenciones dirigidas a reducir la Mortalidad Materna. Nicaragua fue uno de los primeros países en incluir la prevención de la Mortalidad Materna en sus Políticas de Salud, establecidos en el Plan Maestro (1991 - 1996) en donde el tema de Mortalidad Materna fue prioritario (14)

A partir de 1996 en Nicaragua el MINSA implementó el Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna en el ámbito nacional, dando como resultado: mejora en la captación y registro de las defunciones domiciliarias e institucionales. (6)

Durante la última década (1992-2002) se registraron un total de 1585 defunciones de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio. Un promedio de 144 mujeres por año. (7)

El número de muertes maternas en los hogares, para el período 2000-2002 ha disminuido, en relación con años anteriores. En 1998, según un estudio realizado por el Ministerio de Salud, el 60% de las defunciones fueron domiciliarias, el promedio del 2000 al 2002 es de 35%. Continúa presentándose un porcentaje considerable (10%) de defunciones en la vía pública, ligado a la decisión tardía de trasladar a la mujer a una unidad de salud al momento de presentar alguna complicación. Muchas veces esta decisión no es de la mujer misma, sino del compañero, la suegra o la madre.

También el retraso en el traslado puede verse influenciado por las condiciones de las vías y medios de transporte, la situación económica de la paciente (costos de transporte y alojamiento) o bien, condiciones climáticas que no permitan su movilización. (8)

Las defunciones en unidades de salud ocupan el primer lugar, con 45% del total de fallecidas durante los tres años, 160 (80%) del total de las muertes ocurrieron en hospitales. En 1998 el Ministerio de Salud determinó que un 62% de las muertes maternas analizadas eran evitables desde el punto de vista de los servicios de salud y con base en las normas obstétricas nacionales y la disponibilidad de recursos.

Las mujeres nicaragüenses siguen muriendo por causas relacionadas con el Embarazo. El perfil de la mujer que muere por estas causas no ha cambiado mucho, en su mayoría siguen siendo las mujeres de las áreas rurales, entre 20 y 34 años, con bajo nivel de educación, bajo acceso a los servicios de salud que mueren durante el puerperio por complicaciones que producen una hemorragia. Lo que sí ha cambiado en los últimos tres años es el lugar de ocurrencia de la muerte, pasando a ocupar el primer lugar las muertes en las unidades de salud pública, atendidas por personal capacitado y no las muertes domiciliarias. Este dato es sumamente importante ya que significa que las intervenciones futuras deben enfocarse en asegurar la calidad de los servicios existentes, además de abordar la prevención primaria y secundaria.

La muerte de más de medio millón de mujeres en el mundo anualmente antes, durante o después del parto, 63 mujeres diariamente en la región no puede, sino reflejar inequidades históricas que se repiten en otros planos en la vida de las mujeres. 3.240.000 de mujeres de la región no tiene control del embarazo. 3.440.000



no recibe atención del parto en una institución de salud. 2.980.000 no tiene acceso a atención del parto por personal calificado. 25.000 mujeres mueren anualmente en la región por causas relacionadas con el embarazo y/o el parto. (9)

En 1996 un estudio de la Comisión interdisciplinaria de Género de la Universidad Centroamericana sobre la Calidad de los Servicios de Salud Reproductiva, se encontró que la calidad del Control Prenatal se ha visto seriamente afectado en su calidad por el problema de desabastecimiento técnico-material, lo que reduce sensiblemente la capacidad preventiva de este servicio. Así mismo encontró que persisten problemas de racionalidad en la distribución y uso de recursos humanos en los servicios de salud reproductiva. (10)

Se realizó una Investigación operativa evaluativa que describe la percepción de las usuarias externas sobre la calidad de Atención del Control Prenatal desde el enfoque de satisfacción:

- La ocupación más frecuente en las mujeres fue la Mujer Obrera mayores de 18 y menores de 40.
- Un pequeño porcentaje eran Mujeres en Control Prenatal Derecho Habientes en calidad de Beneficiarias.
- La procedencia de las usuarias que predominó fue la urbana.
- El grupo en estudio fue predominante fue 15 a 34 años.
- El estado civil que predominaba entre las usuarias fue el de Unión Libre.
- En la escolaridad prevaleció el grupo de mujeres que han cursado al menos algún año de secundaria
- La Accesibilidad Económica fue una barrera en el aspecto de tener que pagar el uso de transporte urbano.
- La Accesibilidad Cultural no constituyó una barrera en la atención prenatal.
- En la Accesibilidad Organizacional, la mayor insatisfacción de las usuarias externas fue con los horarios de atención en el área de Admisión.
- Desde el punto de vista de la Estructura: La Accesibilidad Geográfica no constituyó una barrera para acceder a los servicios de salud.
- El mobiliario se consideró inadecuado, los servicios higiénicos inaccesibles.
- Con respecto a la Disponibilidad, para los usuarios internos la infraestructura y el equipamiento fueron suficientes para brindar una atención de calidad, no así los suministros de insumos médicos.
- En la Calidad de la Atención Médica a partir de los Procesos: el tiempo de espera, Charla de Taller de Madres, promedio antes de la consulta fue mas de una hora convirtiéndose en el principal obstáculo identificado por las usuarias.
- En relación a la Calidad técnica: La mayoría de los usuarios internos no están capacitados para brindar un servicio con todos los criterios de calidad requeridos por las Normas de la Secretaria de Salud.

- En la mayoría de las Historias Clínicas Prenatales se identifica adecuadamente el problema, se registró y se indicaron las acciones respectivas.
- Calidad de la Atención Médica según satisfacción de usuarios externas (Derecho Habientes): las condiciones de comodidad (Pequeño espacio), la inadecuada higiene de los Servicios Higiénicos, Área geográfica, fue identificado por las usuarias como obstáculos para una atención de calidad. Calidad de la Atención Médica según satisfacción de Usuarios internos: la mala remuneración recibida y la dificultad para cumplir los objetivos de la Atención de Calidad en el Control Prenatal fueron las principales barreras identificadas.

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

### a.- Tipo de Estudio:

El presente estudio de Percepción en la Calidad de Atención en el Control Prenatal, corresponde a una investigación con método cuantitativo. Se ejecutó con las usuarias del Programa de Atención del Control Prenatal de las Derecho Habientes, de la Periférica del Seguro Social de Naco Santa Barbará, Honduras durante el periodo del primer semestre del 2008

### b.- Universo y Muestra:

Se tomó un grupo de 80 usuarias, provenientes del área urbana y rural, mayores de 18 años y menores de 40 años que acudieron regularmente a las consultas de Control Prenatal.

El grupo fue seleccionado en base a los criterios de conveniencia antes mencionados. Las 80 usuarias seleccionadas corresponden al grupo de pacientes en Control de Embarazo y que son obreras y amas de casa (Afiliados Directas y Beneficiarias).

### c.- Unidad de Análisis:

Esta unidad de salud es la que cuenta con el Programa de Atención a la Mujer, y que comprenden mujeres embarazadas que asistieron a la consulta de Atención en el Control Prenatal.

### d.- Criterios de Inclusión:

Los criterios de Inclusión y exclusión son:

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</b>
-Usuarias de los servicios de atención en CPN	-Que no sean usuarias de los servicios de CPN.
-Usuarias Derecho habientes.	-Que no sean Derecho habientes.
-Edad de 18 a 40 años	-Edad menor de 18 y mayor de 40 años.
-Voluntariedad y disponibilidad para la entrevista.	-No voluntariedad ni disponibilidad para la entrevista.

**e.- Variables:**

Para dar salida al Objetivo específico número 1: Características demográficas y socioculturales, se definieron las siguientes variables:

- Edad
- Estado civil
- Procedencia
- Escolaridad
- Número de hijos

Para dar salida al Objetivo específico número 2 y 4: Proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica Periférica IHSS Naco, se definieron las siguientes variables:

- Percepción de la satisfacción acerca de los trámites previos a la consulta médica.
- Percepción del tiempo de espera.
- Percepción del tiempo de duración de la consulta
- Percepción de la charla en taller de madres.
- Percepción del respeto a la intimidad.
- Percepción de la Atención recibida.

Para dar salida al Objetivo específico número 3: Calidad de Atención en el Control Prenatal según los procesos de información y comunicación e infraestructura, se definieron las siguientes variables:

- Comunicación recibida sobre el CPN
- Condiciones del local
- Factores que dificultan el acceso a la consulta de CPN.

#### **f.- Obtención de la Información.**

- ❖ Se realizó a través de entrevistas abiertas para lo que se elaboró un instrumento que sirvió de guía de entrevista de percepción, la que fue aplicada por los encuestadores del presente estudio.

#### **g.- Procesamiento de la Información:**

- ❖ El procesamiento de la información obtenida se realizó a través de las técnicas de análisis matricial; se utilizaron matrices para el vaciado de los datos.

#### **h.- Análisis de los Resultados:**

- ❖ El análisis de la información se hizo a partir de las asociaciones que facilitó establecer las matrices utilizadas, a partir de las cuales se trató de explicar la percepción que tienen las usuarias acerca de la Atención de calidad en el CPN.
- ❖ Interesaba relacionar los siguientes componentes:
  - Percepción del Control Prenatal.
  - Proceso de atención durante el embarazo.
  - Calidad de atención durante el embarazo.
  - Percepción de la satisfacción de las usuarias, según resolución del problema.

Las fases de ejecución del estudio en trabajo de campo fueron las siguientes:

-Al personal interno de la Periférica se le solicitó verbalmente, antes de que se le brindara la consulta médica, el consentimiento para realizar la entrevista y se aplicó de inmediato por el investigador principal.
---

-En el caso de que alguna de las usuarias seleccionadas se negara a ser entrevistada, fue seleccionada la siguiente en espera de atención.
--

-La entrevista se realizó en la sala de espera de la unidad de salud.
---

-Se seleccionó a las pacientes embarazadas que llegaron durante tres días consecutivos.
---

## VIII. RESULTADOS

### 8.1. Características Demográficas:

- El grupo de edad predominante oscila en el rango de los 21 a los 30 años con un 53% (42) de las usuarias atendidas en Control Prenatal de la clínica Periférica del IHSS de Santa Bárbara, Honduras, y el 41% (33) corresponde a usuarias que se ubican en el rango de edad de los 18 a los 20 años. Sólo un 6% (5) fueron mayores de 31 a los 40 años (Ver Tabla No. 1)
- El estado civil de la mayoría es de condición Soltera con un 76.25% (61) y casadas correspondió a un 18.75% (15). Sólo el 5% (6) tenían relaciones de unión libre (Ver Tabla No. 2)
- El 50% (40) de las usuarias a las que se realizó control prenatal proceden del área rural, y el 40% (32) proceden del área urbana. Sólo el 10% (8) habitaban en la zona periurbana (Ver Tabla No. 3)
- El 77.5% (62) informaron tener una escolaridad de nivel Primaria, el 13.75% (11) son analfabetas y entre secundaria y universitarias suman el 8.75% (Ver Tabla No. 4)
- El 47.5% (38) de las usuarias del control prenatal informaron que ya tenían un hijo, el 36.25% (29) eran primerizas y entre dos y más de tres suman 13 para un 16.25% (Ver Tabla No. 5)

### 8.2. Proceso de atención en la consulta prenatal

- La percepción de la satisfacción de las usuarias acerca de los trámites previos a la consulta de control prenatal, un 56.25% (45) la calificó como Buena, un 40% (32) como excelente y sólo 3 del total de las entrevistadas, un (3.75% la consideró como regular (Ver Tabla No. 6)
- De las usuarias entrevistadas con relación al tiempo de espera en el proceso de atención, un 88.75% (71 de 80) lo consideró como adecuado y un 11.25% (9) como inadecuado (Ver Tabla No. 7)
- La percepción del tiempo de duración de la consulta médica fue valorada como menor de 30 minutos por un 93.75% (75 de 80 usuarias) y el 6.25% (5) la consideró que tenía una duración mayor de 30 minutos. (Ver Tabla No. 8)

- Con relación a la charla en taller con las madres fue valorada como excelente por el 96.25% (77) de las usuarias y como muy buena por e de las restantes usuarias, para un 3.75% (Ver Tabla No. 9)
- Un 58.75% (47) de las entrevistadas consideró como Negativo el respeto a la intimidad de las mujeres embarazadas en la atención que se brinda en la Clínica periférica de Naco, Santa Bárbara, del IHSS, y sólo el 41.25% (33) la valoró como positiva. (Ver Tabla No. 10)
- El 86.25% (69) de las usuarias informaron que perciben la atención recibida en control prenatal como adecuada, y el 13.75% la consideró Inadecuada (Ver Tabla No. 11)

### **8.3. Calidad de Atención en el Control Prenatal**

- Un 88.75% (71 usuarias de 80) con respecto a la pregunta sobre la comunicación recibida sobre Control prenatal de parte del personal médico y de enfermería, informaron haberlas recibido, sólo el 10% manifestó haber recibido material escrito y el 1.25% una mujer comentó haber escuchado algún mensaje por los medios de comunicación masivos. (Ver Tabla No. 12)
- Las condiciones del local para la atención del control prenatal fue valorado excelente por un 81.25% (65) de las usuarias y como muy buena por un 17.5% (14) (Ver Tabla No. 13)
- El 83.75% (67) consideró que los factores que dificultan el acceso a la consulta del CPN son la distancia en un 83.75% (67 usuarias), el transporte en un 12.5% y otros en un 3.75%. (Ver Tabla No. 14)

### **8.4. Percepción de la Calidad de Atención en el Control Prenatal de las mujeres derecho habiente del IHSS**

- La atención brindada en Administración a las usuarias del servicio de control prenatal en la clínica Periférica de Naco del IHSS, fue valorada como adecuada por un 95% (76) de las entrevistadas y le 5% (4) la estimó como inadecuada (Ver tabla No. 15)
- La Atención brindada en Pre clínica fue percibida como Adecuada por el 88.75% (71) de las usuarias embarazadas, y el 11.25% (9) opinó que es inadecuada (Ver tabla No. 16)

- El 93.75% (75 usuarias) percibe que las condiciones del local de la clínica y de la atención prenatal son Excelentes y el 5% la estimaron como Buena, y sólo el 1.25% (una usuaria) la consideró como regular (Ver tabla No. 17)
- La percepción de satisfacción general manifestada por las usuarias del servicio de control prenatal de la Clínica Periférica de Naco, Santa Bárbara fue valorada como Excelente en un 92.5% (74) y como Buena por 6 usuarias, para un 7.5% (Ver tabla No. 18)



## **IX. ANALISIS DE RESULTADOS**

### **9.1. Características Demográficas:**

- Como puede observarse en los datos presentados en los resultados obtenidos, mediante la aplicación de las ochenta entrevistas a usuarias del servicio de control prenatal de la clínica Periférica del IHSS de Santa Bárbara, Honduras, el grupo de edad predominante son mujeres jóvenes, en edad productiva y reproductiva. Todas son derecho habientes o beneficiarias del Instituto Hondureño de Seguridad Social y la mayoría se ubican entre los 21 a los 30 años, aunque un grupo considerable corresponde (41%) a usuarias de entre los 18 a los 20 años, que deben ser consideradas mujeres en edad fértil en situación de riesgo reproductivo, de acuerdo con las normas de la Secretaría de Salud de Honduras.
- Llama la atención que en un porcentaje elevado casi todas estas mujeres son madres solteras (76%), las que antes ya habían tenido uno o más de un hijo, y durante la ejecución de la presente investigación, éste resultó ser su segundo embarazo. Sólo el 36.25% eran primerizas. Las mujeres casadas representan el 18.75%, y del total de las entrevistadas, el 50% de ellas provenían del área rural, aunque el 40% correspondieron al área urbana.
- La situación antes señalada explica el bajo índice de escolaridad (77.5%) de estas mujeres usuarias de los servicios de control prenatal y su condición de obreras de las maquilas del Departamento de Santa Bárbara.

### **9.2. Proceso de atención en la consulta prenatal**

- Si se considera una tendencia, tomando en cuenta los datos encontrados en las entrevistas realizadas con relación a la satisfacción de las usuarias acerca de los trámites previos a la consulta de control prenatal, entre buena y excelente representa un 96%, muy por encima de lo establecido por los estándares que consideran que al menos debe alcanzarse en la opinión de las usuarias un mínimo del 85% para que pueda ser considerado como una percepción positiva, apreciación que también se corresponde con el tiempo de espera valorado en casi un 89%, que además es coherente con la apreciación perceptiva del tiempo de duración de la consulta médica estimada en con un tiempo menor al de 30 minutos, que coincide con los estándares establecidos por el IHSS.
- Con relación al indicador de charlas impartidas en taller a usuarias del control prenatal en los servicios de la Clínica Periférica de Naco, de Santa Bárbara

del IHSS, las respuestas parecen ponderar como altamente positivo (96%) esta actividad realizada en Control Prenatal por el personal de Enfermería. Este dato coincide con la valoración positiva que tienen de la información que reciben con relación al embarazo y al control prenatal.

- Sin embargo, la valoración del respeto a la intimidad durante la atención a las mujeres embarazadas fue considerado como negativo en un 59%, aunque un 41% lo estimó que sí existe respeto a la intimidad a mujer embarazada en la atención del control prenatal en dicha clínica.

### **9.3. Calidad de Atención en el Control Prenatal**

- Existe una tendencia positiva y por tanto de satisfacción de las usuarias del control prenatal con relación a la comunicación (89%) que reciben sobre Control prenatal de parte del personal médico y de enfermería. No es así con respecto del material escrito recibido ni de los mensajes por los medios masivos. Esto quizá pudiera deberse a que en el Departamento de Santa Bárbara no existe un programa radial ni televisivo propio de la Clínica, y la mayoría de las usuarias proceden del área rural.
- Las condiciones del local para la atención del control prenatal fueron percibidas como excelentes, esta apreciación puede deberse a los esfuerzos que realiza la Clínica por mantener la higiene y limpieza apropiada del local.
- Pero los factores que dificultan el acceso a la consulta del CPN, que son la distancia, el transporte y otros (económico, social y cultural) probablemente, aunque no pueden ser alterado por las capacidades internas de la clínica, se hacen esfuerzos por asegurar la demanda del control prenatal de las embarazadas, mediante programación de citas y convocatorias permanentes.

### **9.4. Percepción de la Calidad de Atención en el Control Prenatal de las mujeres derecho habiente del IHSS.**

- La percepción que tienen las usuarias del control prenatal acerca de la atención brindada por el personal de la administración de la clínica Periférica de Naco del IHSS, es percibida como adecuada (95%), se refieren a las indicaciones y orientaciones que la usuaria tienen que realizar para asegurar la atención en preclínica y en clínica. Esta apreciación coincide con la opinión acerca de la atención que se les brindó en Pre clínica, aunque un porcentaje menor estimó que fue inadecuada.

- La percepción acerca de las condiciones del local de la clínica y de la atención prenatal fueron valoradas como excelentes, lo cual es coherente con la opinión generalizada de las usuarias del control prenatal que consideraron que la satisfacción general percibida y expresada con relación al Servicio de Control Prenatal de la Clínica Periférica de Naco, Santa Bárbara fue valorada como Excelente. Esta valoración de satisfacción considera que es el resultado del trato y la información brindada a las usuarias, por el proceso de atención en cuanto a tiempo de espera y solución de sus problemas, además de las condiciones de limpieza e higiene del local.
- También pueden considerarse que existen una serie de limitaciones en el Servicio de Control Prenatal de la Clínica periférica de Naco, de Santa Bárbara, del IHSS, de Honduras, sin embargo, cada año se realizan esfuerzos para mejorar la atención a las mujeres embarazadas derecho habientes y beneficiarias del IHSS.

## X. CONCLUSIONES

1. Las características socio demográficas corresponde a mujeres jóvenes, con baja escolaridad, la mayoría del área rural y peri urbana, en edad fértil y productiva, entre las edades de los 18 y 30 años, madres solteras, algunas en situación de riesgo reproductivo, de acuerdo con las normas, que ya habían tenido uno o más de un hijo.
2. La apreciación acerca del proceso de atención en control prenatal es valorada como positiva con relación a trámites previos a la consulta, tiempo de espera y de duración de la consulta, talleres e información recibida. La valoración acerca de la intimidad y el respeto durante la atención en control prenatal fue considerada por la mayoría de las usuarias como negativo.
3. La calidad de atención en Control prenatal fue estimada como excelente y positiva con relación a la comunicación que reciben sobre el embarazo y las condiciones del local, higiene y limpieza de la clínica, entre otras. Sin embargo, consideraron que existen factores de distancia, transporte y económicos que limitan el acceso para acudir al servicio de control prenatal. Esto se debe a que la mayoría proceden del área rural.
4. La satisfacción general percibida y expresada por las usuarias con respecto a la atención en Control Prenatal de la Clínica Periférica de Naco, Santa Bárbara, fue valorada como Excelente. Esta valoración de satisfacción se considera que es el resultado del trato recibido, la información y comunicación brindada a las usuarias, y el proceso de atención en cuanto a tiempo de espera y solución de sus problemas.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **1. A la Delegación del IHSS en Santa Bárbara:**

1. Capacitar al personal de salud del Programa de Atención a la Mujer, de la Clínica Periférica de Naco, de Santa Bárbara, especialmente en los aspectos relacionados con la Calidad de atención durante el embarazo y el Control Prenatal.
2. Divulgar las normas y estándares de calidad de la atención del embarazo, y los procedimientos relacionados con control prenatal.
3. Supervisar la aplicación de normas relacionadas con los procesos de atención, del ambiente y las condiciones de higiene de la Clínica de Naco.

### **2. A la Dirección de la Clínica periférica de Naco del IHSS:**

1. Informar de los resultados del estudio a la Delegación Regional del norte del IHSS:
2. Convocar a reunión del personal del servicio de atención a la Mujer y dar a conocer los resultados del presente estudio.
3. Proponer alternativas de solución a los problemas detectados en la atención a las embarazadas, en especial lo relacionado con el respeto y la intimidad a las usuarias que acuden a este servicio.

### **3. Al Servicio de Atención a la Mujer de la Clínica Periférica de Naco:**

1. Cumplir con las normativas, procedimientos y protocolos de atención prenatal a las embarazadas, de acuerdo con los estándares de calidad establecidos.
2. Promover la participación activa del personal del Servicio de atención a la Mujer, y en especial a la embarazada, en la búsqueda de la mejora de los procesos de atención en salud.

4. A las usuarias derecho habiente y beneficiarias del Servicio de control Prenatal:

1. Cumplir con las citas programadas para la atención del control prenatal oportuno.
2. Participar activamente en seminarios, talleres y capacitaciones promovidas por el personal de salud de la clínica periférica de Naco.
3. Aprovechar al máximo las oportunidades de atención que brinda la Clínica periférica de naco del IHSS, teniendo en cuenta las limitaciones de factores relacionados con distancia, transporte y de tipo económico.

## XII. BIBLIOGRAFIA

1. Chassin M, Galvin R, et. At. La Urgente Necesidad de mejorar la Calidad Asistencial. JAMA (ed. español) 1999 (8) 3:128-135.
2. Ortiz, Marcela; [www.muiereshoy.com](http://www.muiereshoy.com), 2005.
3. Nicaragua, MINSA. "Norma para la atención prenatal". 2004.
4. Nicaragua, INEC. "Encuesta Nicaragüense de demografía y salud", 2005.
5. Nicaragua, MINSA, "Mortalidad Materna UNICEF", 2003.
6. MINSA, "Mortalidad Materna, UNICEF"; Ibid.
7. Nicaragua, MINSA; op cit
8. Nicaragua, MINSA; op cit.
9. Ortiz, Marcela; op cit.
10. Tinoco, Gilmat y Cols. "Calidad de Servicio de Salud Reproductiva", 2002.
11. Pizarro, A. "Perfil Patológico y Calidad de Atención de ARO".2003.
12. Vallejos, A. "Atención del Control Prenatal y Post-Natal", 2005.
13. Ortiz Marcela [www.muiereshoy.com](http://www.muiereshoy.com)
14. Nicaragua, MINSA. "Norma para la atención prenatal", 2004.
15. Morris M, Gambone J.- Mejoramiento continuo en la atención medica. Clínica Obst. Ginecol. 1994, 1: 127-136
16. Sánchez-Perez H, Ochoa-Diaz H, García-Gil M, Martín-Mateo M. Bienestar social y servicios de salud en la región fraylesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal. Salud Publica Mex. 1997;39:530-38
17. Hellerstedt W, Pirie P, Lando H, Curry S, McBride C, Grothaus L, Nelson J. Differences in preconceptional and prenatal behaviors in women with intended and unintended pregnancies. Am J Public Health 1998;88:663-666.

18. Spring M, Ross P, Etkin N, Deinard A. Sociocultural factors in the use of prenatal care by Hmong women. Minneapolis. Am J Public Health 1995;85:1015-7.
19. Fernandez J, Alvarez R, Del Río L, Ortega M, Ortega P. Seguimiento del embarazo en atención primaria. Garantía de calidad del sistema de registro. Semergen 2000;24(8) 609-613
20. Medoza M, Sanchez B, García M, Avila H. Morbilidad percibida y control prenatal. estudio de campo. Perinatol Reprod Hum 2002;16:26-34.
21. Martínez A, VanDick A, Nápoles F, Robles J, Ramos A, Villaseñor I. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. Cad. Saúde Pública 1996;12(3)
22. Vega-Vega G, Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar. Salud Pública Mex. 1993;35:283-7.
23. Sandoval A, Andrade M, Cordero G, Bravo M. Calidad del proceso de la información en atención prenatal. Rev. Med. IMSS (Méx) 1996;34(2):165-8.
24. Goberna J, García P, Galvez M. Evaluación de la calidad de la atención prenatal. Atención primaria. 1996;18:75-8.



**ANEXOS**

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINISION	RANGOS	VALOR
EDAD	INDICADOR QUE UBICA AL SER HUMANO EN SU TIEMPO CRONOLOGICO	18 A 20 21 A 30 31 A 40	41% 53% 6%
ESTADO CIVIL	CARACTERISTICA SOCIAL ENTRE PAREJAS	CASADA SOLTERA UNION LIBRE	18.75% 76.25% 5%
PROCEDENCIA	INDICADOR QUE DESCRIBE LA RESIDENCIA DEL SUJETO EN ESTUDIO	URBANA PERIURBANA RURAL	40% 10% 50%
ESCOLARIDAD	NIVEL DE EDUCACIÓN DEL INDIVIDUO	ANALFABETA PRIMARIA SECUNDARIA UNIVERSITARIA/PROFESIONAL	13.75% 77.50% 6.25% 2.50%
NUMERO DE HIJOS	INDICADOR QUE INDICA LA PARIDAD DE LA MUJER	PRIMERIZA UNA GESTA DOS GESTA TRES GESTA	36.75% 47.50% 10.00% 6.25%
TRAMITES PREVIOS A LA CONSULTA	PROCESO PARA ADQUIRIR CONSULTA EN LOS DERECHOHABIENTES	EXCELENTE BUENA REGULAR MALA	40.00% 56.25% 3.75% 0.0%
TIEMPO DE ESPERA	PERIODO DE ESPACIO EN TIEMPO ENTRE UNA PACIENTE Y OTRA PARA SU TURNO DE ATENCION EN LA CONSULTA	ADECUADO INADECUADO	88.75% 11.25%
DURACION DE LA CONSULTA	TIEMPO QUE DURA LA CONSULTA DEL PACIENTE	> 30 MINUTOS < 30 MINUTOS	6.25% 93.75%
CHARLA TALLER DE MADRE	ORIENTACIONES PREVIAS AL PARTO	EXCELENTE MUY BUENA DEFICIENTE MALA	96.25% 3.75% 0.0% 0.0%
RESPECTO A LA INTIMIDAD	PRIVACIDAD EN LA CONSULTA	SI NO	41.25% 58.75%
ATENCION RECIBIDA	PROCESO DE ATENCION POR EL MEDICO	ADECUADA INADECUADA	86.25% 13.75%
COMUNICACIÓN RECIBIDA	PROCESO DE INFORMACION S/IMPORTANCIA DEL CPN CON EL MEDICO/ENF.PROF./PROMOTORES DE SALUD	CHARLA MATERIAL ESCRITO MEDIOS DE COMUNICACION	88.75% 10.00% 1.25%
CONDICIONES DEL LOCAL	ESTADO DEL INMUEBLE SEGÚN NORMAS	EXCELENTE MUY BUENA REGULAR MALA	81.25% 17.75% 1.25% 0.00%
FACTORES QUE DIFICULTAN EL ACCESO A LA CONSULTA	CONDICIONES QUE INFLUYEN EN EL AUSENTISMO DEL CPN	DISTANCIA TRANSPORTE OTROS	83.75% 12.50% 3.75%

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINISION</b>	<b>RANGOS</b>	<b>VALOR</b>
ATENCION BRINDADA ADMISION	PRIMER TRAMITE DE REQUERIMIENTOS DE REQUISITOS PARA LA CONSULTA	ADECUADA INADECUADA	95% 5.00%
ATENCION EN PRECLINICA	SECCION O AREA DE TOMA DE SIGNOS VITALES PREVIO A LA CONSULTA	ADECUADA INADECUADA	88.75% 11.25%
INTERES EN LA SALUD	ESQUEMAS DE SEGUIMIENTO SEGÚN NORMAS DE CPN	EXCELENTE BUENA REGULAR MALA	93.75% 5.00% 1.25% 0.0%
SASTIFACCION DEL CPN	PROCESO DE EXTRACCION DE INFORMACION SUBJETIVA DE UN ORGANISMO DEL MEDIO QUE LE RODEA EN ESTE CASO: CPN	EXCELENTE BUENA REGULAR MALA	92.50% 7.50% 0.00% 0.00%

## Anexo 1: Cuestionario

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA / MANAGUA CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

Percepción de la Calidad de Atención en Control Prenatal, Clínica Periférica  
IHSS, Naco, Santa Bárbara, Honduras, Primer Semestre 2008.

**Instrumento: Cuestionario Semi estructurado**

**Desarrollo:**

A. Características demográficas y socioculturales:

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Estado civil: a) Casada: \_\_\_\_\_, b) Acompañada: \_\_\_\_\_,  
c) soltera: \_\_\_\_\_
3. Procedencia: a) Urbana: \_\_\_\_\_, b) Peri urbana: \_\_\_\_\_
4. Escolaridad: a) Analfabeta: \_\_\_\_\_, b) Primaria incompleta: \_\_\_\_\_,  
c) Secundaria incompleta: \_\_\_\_\_, d) Universitaria/profesional: \_\_\_\_\_
5. Número de hijos: a) Primeriza: \_\_\_\_\_, b) Uno: \_\_\_\_\_, c) Dos: \_\_\_\_\_,  
d) Tres o más: \_\_\_\_\_.

B. Proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica Periférica IHSS  
Naco:

6. Percepción de la satisfacción acerca de los trámites previos a la consulta  
médica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Percepción del tiempo de espera: a) Demasiado: \_\_\_\_\_,  
b) Regular: \_\_\_\_\_ c) Adecuado: \_\_\_\_\_ d) Muy bueno: \_\_\_\_\_
8. Percepción del tiempo de duración de la consulta:  
a) Demasiado: \_\_\_\_\_, b) Regular: \_\_\_\_\_ c) Adecuado: \_\_\_\_\_  
d) Muy bueno: \_\_\_\_\_

9. Percepción de la charla en taller de madres: a) Excelente: \_\_\_\_\_,  
b) Buena: \_\_\_\_\_, c) Deficiente: \_\_\_\_\_.
10. Percepción del respeto a la intimidad: a) Sí: \_\_\_\_\_, b) No: \_\_\_\_\_.
11. Percepción de la Atención recibida: a) Excelente: \_\_\_\_\_,  
b) Buena: \_\_\_\_\_, c) Deficiente: \_\_\_\_\_.

C. Calidad de Atención en el Control Prenatal según los procesos de información y comunicación e infraestructura:

12. Información recibida sobre CPN:

---

---

13. Comunicación recibida sobre el CPN:

---

---

14. Condiciones del local: a) Excelente: \_\_\_\_\_, b) Buena: \_\_\_\_\_,  
c) Deficiente: \_\_\_\_\_.

15. Cuáles factores dificultan el acceso a la consulta de CPN:

---

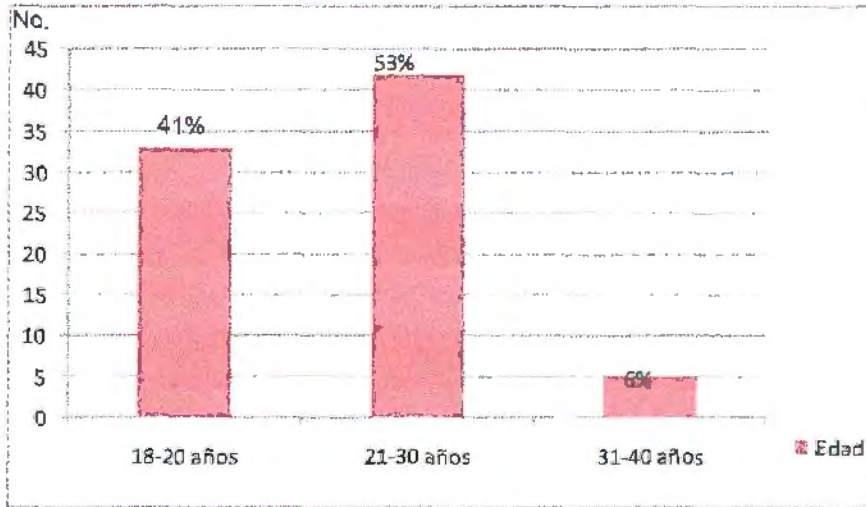
---

D. Percepción de la satisfacción de las mujeres derecho habiente del IHSS Naco, según la resolución del problema:

16. Percepción de la mujer en CPN, sobre atención brindada en Admisión:  
a) Excelente: \_\_\_\_\_, b) Buena: \_\_\_\_\_, c) Deficiente: \_\_\_\_\_.
17. Percepción sobre atención en pre clínica: a) Excelente: \_\_\_\_\_,  
b) Buena: \_\_\_\_\_, c) Deficiente: \_\_\_\_\_.
18. Percepción sobre los esquemas de seguimiento e interés en su salud:  
a) Excelente: \_\_\_\_\_, b) Buena: \_\_\_\_\_, c) Deficiente: \_\_\_\_\_.
19. Percepción sobre la satisfacción de su CPN a) Excelente: \_\_\_\_\_,  
b) Buena: \_\_\_\_\_, c) Deficiente: \_\_\_\_\_.

Grafica No. 1

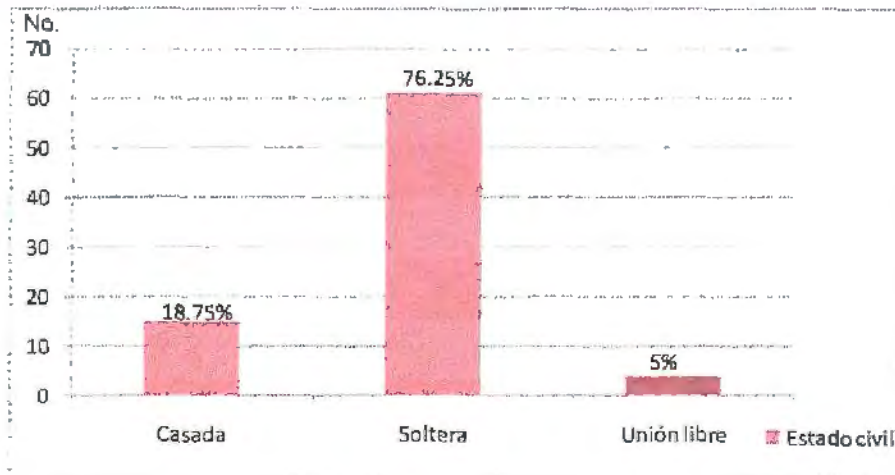
Edad . Características demográficas y socioculturales Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008



Fuente: Cuadro No. 1

Grafica No. 2

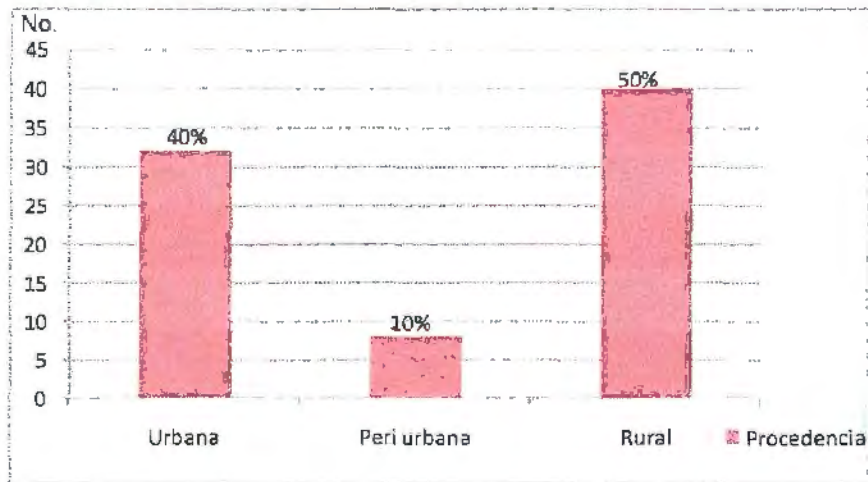
Estado civil . Características demográficas y socioculturales Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008



Fuente: Cuadro No. 2

Grafica No. 3

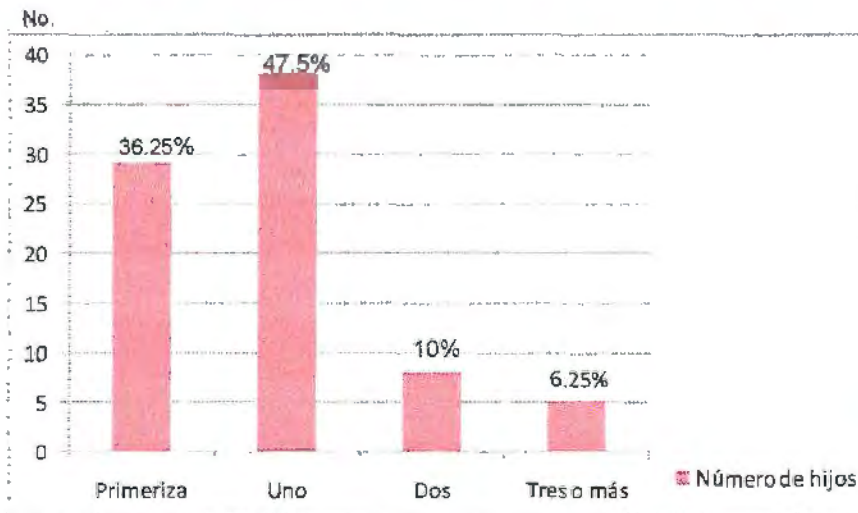
Procedencia. Características demográficas y socioculturales Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.



Fuente: Cuadro No.3

Grafica No. 4

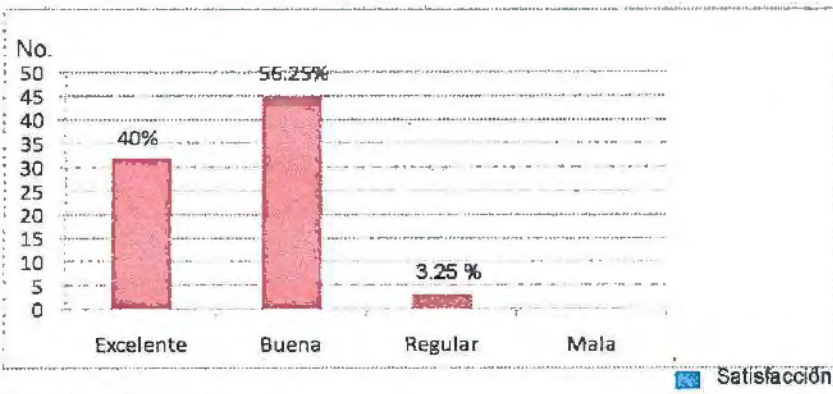
Número de hijos. Características demográficas y socioculturales Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.



Fuente: Cuadro No. 4

Gráfica No. 5

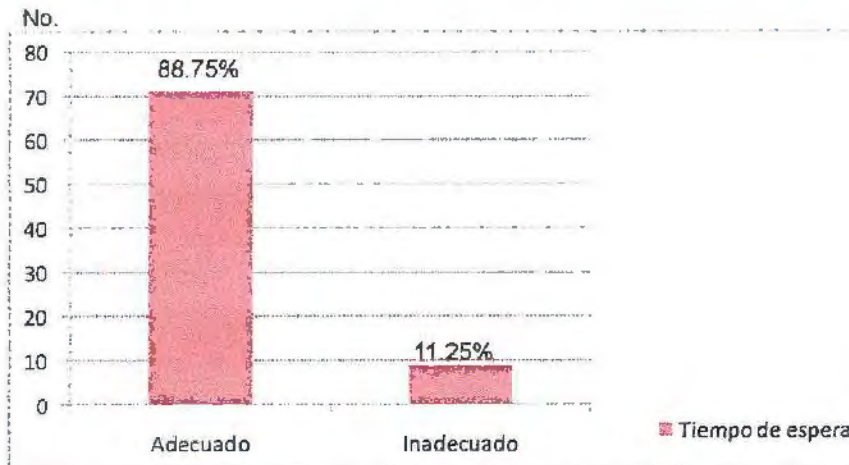
Percepción de la satisfacción acerca de los trámites previos a la consulta. Proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica periférica IHSS, Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.



Fuente: Tabla No. 5

Gráfica No. 6

Tiempo de espera. Proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica periférica IHSS. Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.

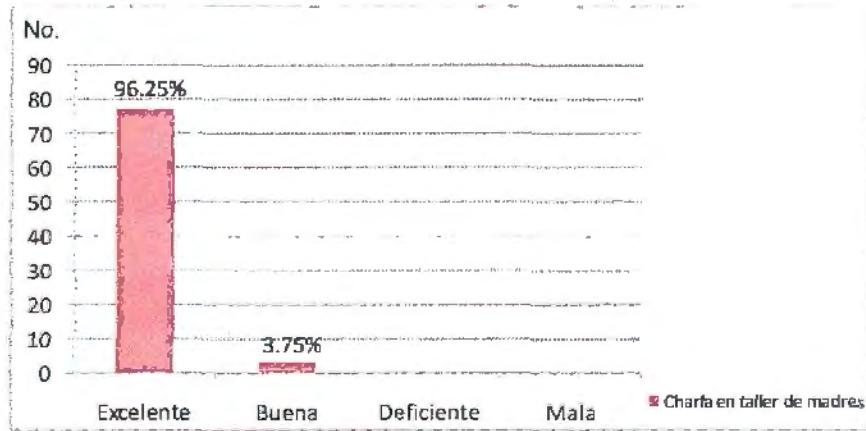


Fuente: Tabla No. 6



Grafica No. 7

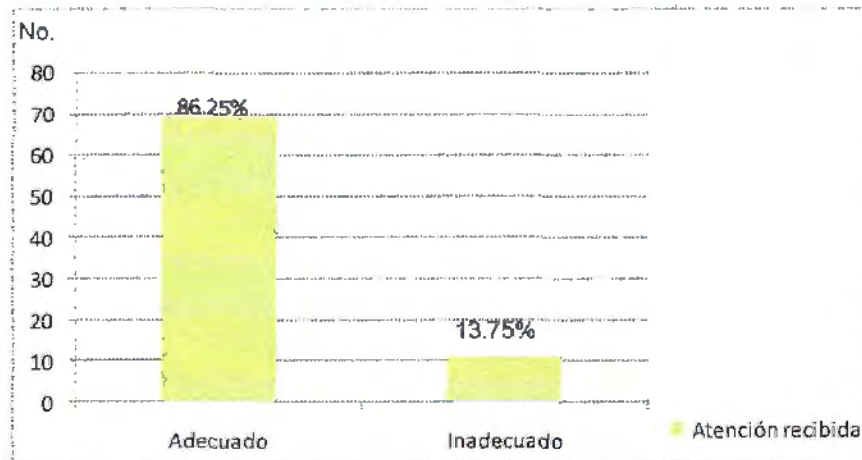
**Percepción de la charla en taller de madres**. Proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica periférica IHSS. Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.



Fuente: Cuadro No.7

Grafica No.8

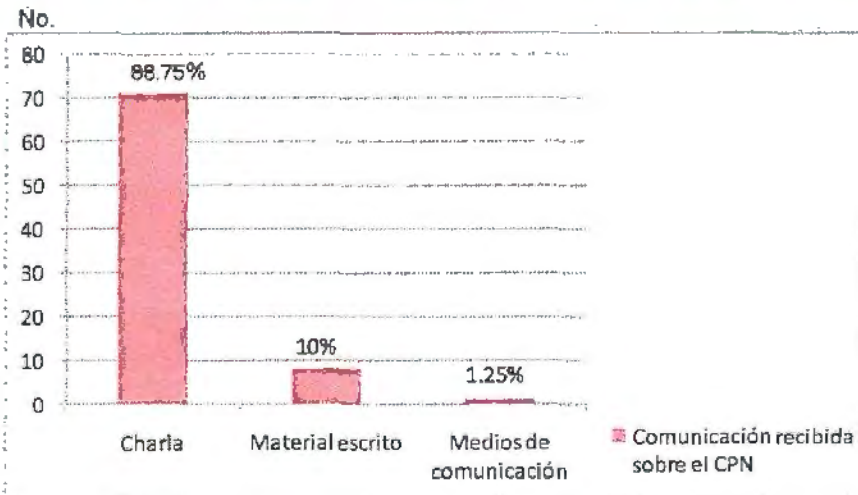
**Atención recibida**. Proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica periférica IHSS. Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.



Fuente: Tabla No. 8

Grafica No. 9

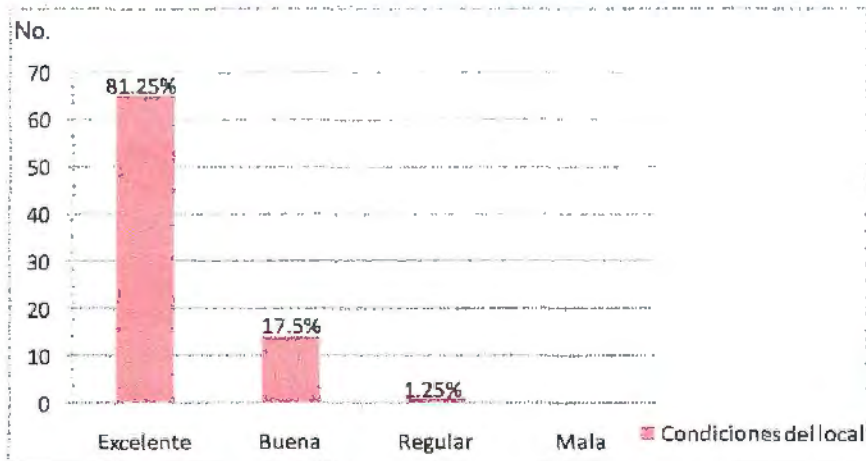
Comunicación recibida sobre el CPN. Calidad de atención en el control prenatal según los procesos de información, comunicación e infraestructura. Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.



Fuente: Tabla No. 9

Grafica No. 10

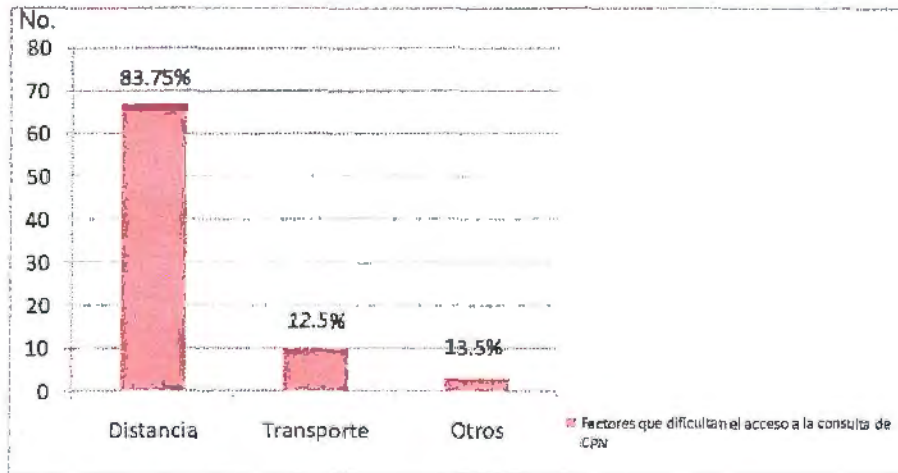
Condiciones del local. Calidad de atención en el control prenatal según los procesos de información, comunicación e infraestructura. Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.



Fuente: Tabla No. 10

Grafica No. 11

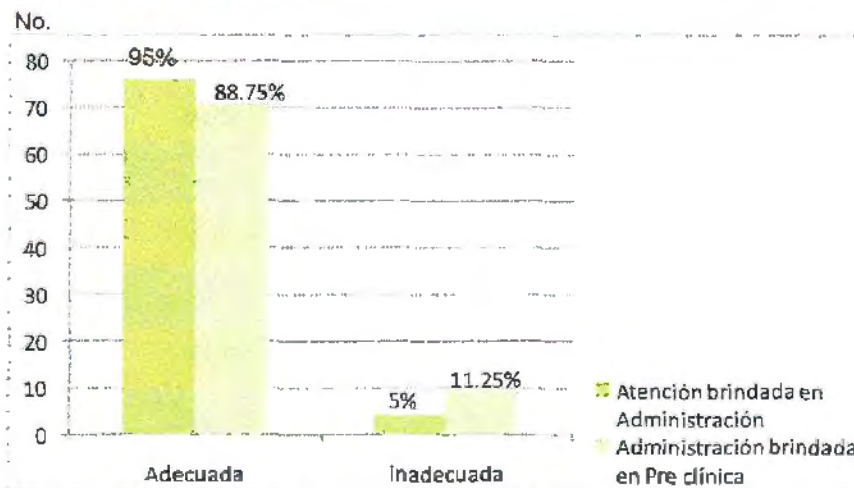
Factores que dificultan el acceso a la consulta de CPN. Calidad de atención en el control prenatal según los procesos de información, comunicación e infraestructura. Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.



Fuente: Tabla No. 11

Grafica No. 12

Atención brindada en Admisión y Atención brindada en Pre clínica. Percepción de la satisfacción de las mujeres derecho habiente en IHSS. Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.



Fuente: Entrevistas

Grafica No. 13

**Percepción sobre los esquemas de seguimiento e interés en la salud de la paciente.**

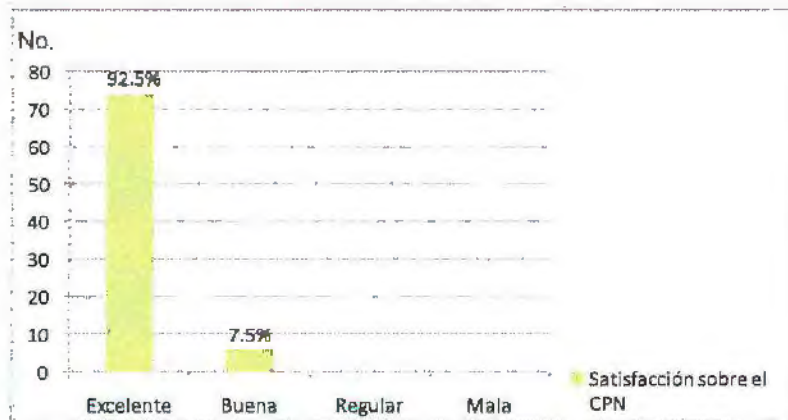
Percepción de la satisfacción de las mujeres derecho habiente en IHSS. Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.



Fuente: Tabla No. 13

Grafica No. 14

**Satisfacción sobre el CPN.** Percepción de la satisfacción de las mujeres derecho habiente en IHSS. Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.



Fuente: Tabla No. 14

### Anexo 3: Tablas

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA/MANAGUA**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**  
**CIES**  
**'Percepción de la calidad de atención en control prenatal,**  
**clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer**  
**semestre 2008'.**

Tabla 1

Edad  
Características demográficas y socioculturales  
Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
18-20 años	33	41%
21-30 años	42	53%
31-40 años	5	6%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 2

Estado civil  
Características demográficas y socioculturales  
Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Casada	15	18.75%
Soltera	61	76.25%
Unión libre	4	5%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 3

Procedencia  
 Características demográficas y socioculturales  
 Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
 Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	32	40%
Peri urbana	8	10%
Rural	40	50%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 4

Escolaridad  
 Características demográficas y socioculturales  
 Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
 Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	11	13.75%
Primaria	62	77.5%
Secundaria	5	6.25%
Universitaria/Profesional	2	2.5%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 5

Número de hijos  
 Características demográficas y socioculturales  
 Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
 Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.

Nº de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Primeriza	29	36.25%
Uno	38	47.5%
Dos	8	10%
Tres o más	5	6.25%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 6

Percepción de la satisfacción acerca de los trámites previos a la consulta  
 Proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica periférica IHSS  
 Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
 Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara,  
 Honduras, Primer semestre 2008.

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	32	40%
Buena	45	56.25%
Regular	3	3.75%
Mala	0	0%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 7

Tiempo de espera  
 Proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica periférica IHSS  
 Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
 Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara,  
 Honduras, Primer semestre 2008.

Tiempo de espera	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	71	88.75%
Inadecuado	9	11.25%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 8

Percepción de tiempo de duración de la consulta  
 Proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica periférica IHSS  
 Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
 Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara,  
 Honduras, Primer semestre 2008.

Duración de la consulta	Frecuencia	Porcentaje
Mayor de 30 minutos	5	6.25%
Menor de 30 minutos	75	93.75%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas



Tabla 9

Percepción de la charla en taller de madres  
 Proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica periférica IHSS  
 Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
 Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara,  
 Honduras, Primer semestre 2008.

Charla en taller de madres	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	77	96.25%
Muy buena	3	3.75%
Deficiente	0	0%
Mala	0	0%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 10

Percepción del respeto a la intimidad  
 Proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica periférica IHSS  
 Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
 Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara,  
 Honduras, Primer semestre 2008.

Respeto a la intimidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	41.25%
No	47	58.75%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 11

**Atención recibida**  
**Proceso de atención en la consulta prenatal de la Clínica periférica IHSS**  
**Percepción de la calidad de atención en control prenatal,**  
**Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara,**  
**Honduras, Primer semestre 2008.**

<b>Atención recibida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Adecuada	69	86.25%
Inadecuada	11	13.75%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 12

**Comunicación recibida sobre el CPN**  
**Calidad de atención en el control prenatal según los procesos**  
**de información, comunicación e infraestructura**  
**Percepción de la calidad de atención en control prenatal,**  
**Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara,**  
**Honduras, Primer semestre 2008.**

<b>Comunicación recibida sobre el CPN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Charla	71	88.75%
Material escrito	6	10%
Medios de comunicación	1	1.25%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 13

Condiciones del local  
 Calidad de atención en el control prenatal según los procesos  
 de información, comunicación e infraestructura  
 Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
 Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara,  
 Honduras, Primer semestre 2008.

Condiciones del local	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	65	81.25%
Muy buena	14	17.5%
Regular	1	1.25%
Mala	0	0%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 14

Factores que dificultan el acceso a la consulta de CPN  
 Calidad de atención en el control prenatal según los procesos  
 de información, comunicación e infraestructura  
 Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
 Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara,  
 Honduras, Primer semestre 2008.

Factores que dificultan el acceso a la consulta de CPN	Frecuencia	Porcentaje
Distancia	67	83.75%
Transporte	10	12.5%
Otros	3	3.75%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 15

Atención brindada en administración  
 Percepción de la satisfacción de las mujeres derecho habiente en IHSS  
 Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
 Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara,  
 Honduras, Primer semestre 2008.

Atención brindada en administración	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	76	95%
Inadecuada	4	5%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 16

Atención brindada en Pre clínica  
 Percepción de la satisfacción de las mujeres derecho habiente en IHSS  
 Percepción de la calidad de atención en control prenatal,  
 Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara,  
 Honduras, Primer semestre 2008.

Atención brindada en Pre clínica	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	71	88.75%
Inadecuada	9	11.25%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 17

Percepción sobre los esquemas de seguimiento e interés en la salud de la paciente

Percepción de la satisfacción de las mujeres derecho habiente en IHSS

Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara,

Honduras, Primer semestre 2008.

<b>Interés en la Salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Excelente	75	93.75%
Buena	4	5%
Regular	1	1.25%
Mala	0	0%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas

Tabla 18

Satisfacción sobre el CPN Percepción de la satisfacción de las mujeres derecho habiente en IHSS Percepción de la calidad de atención en control prenatal, Clínica periférica IHSS, Santa Bárbara, Honduras, Primer semestre 2008.

<b>Satisfacción sobre el CPN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Excelente	74	92.5%
Buena	6	7.5%
Regular	0	0%
Mala	0	0%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas