

7/59
G 124
1993

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

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL PROGRAMA
CONTROL PRENATAL EN EMBARAZADAS CAPTADAS EN PRIMER
Y SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACION.
SILAIS CENTRAL
REGION III. 2do.SEMESTRE 1992

Tesis de Grado para optar al Titulo de
Master en Salud Pública

AUTORES:

Dra. ADILIA GADEA PEREZ.
Lic. SILVIA MORALES.

TUTOR:

Lic. ALICE PINEDA

ASESOR: :

Dr. PEDRO LEIVA.

[Handwritten signatures]
Adilia Gadea Perez
Alice Pineda



MANAGUA. OCTUBRE 1993

DEDICATORIA

A MI ESPOSO: Con todo cariño por su paciencia,
confianza y estímulos, en todos estos
años que hicieron posible que pudiera
alcanzar este triunfo personal.

A MIS HIJOS: Ellos son la inspiración de mi vida
La alegría en mis pesares
La ilusión de mi futuro
El mejor regalo que me hizo Dios.

A MIS PADRES: Por estar siempre conmigo
Ayudando a hacer más fácil mi camino
A mi padre, aunque no esté físicamente
en mi recuerdos, siempre existirá.

ADILIA GADEA PEREZ



DEDICATORIA

A MIS PADRES: Por que me dieron el don de la vida y me han brindado toda su confianza y apoyo en las tareas que he emprendido.

A MIS PEQUEÑAS HIJAS: Son la inspiración de mi vida y me motivan a diario a seguir adelante.

A TODAS AQUELLAS PERSONAS: Que desinteresadamente brindaron su apoyo para que este trabajo sea hoy una realidad.

SILVIA MORALES VALLADARES.

AGRADECIMIENTO

Las autoras de éste trabajo, queremos agradecer antes que a nadie a Dios nuestro Señor que nos dio el don de la vida. Y un profundo agradecimiento al Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud por el apoyo y colaboración brindada a través de todo su personal, sin los cuales este trabajo habría tenido mayores dificultades de las usuales.

Específicamente deseamos reconocer el trabajo y la colaboración de las siguientes personas que intervinieron en las distintas etapas del proceso : Lic. Alice Pineda; Dra. Nilhda Villacres y Lic. Juan Rocha. A todos ellos gracias por su colaboración paciencia y dedicación en la difícil tarea de realizar la TESIS.

De manera muy especial, las autoras agradecen al Dr. Pedro Joaquín Leiva , por su valioso apoyo, estímulo continuo, su voluntad para ayudarnos y el gran cariño que nos demostró durante el proceso de análisis del trabajo de nuestra TESIS.

A todos ellos muchas gracias.

RESUMEN

El presente estudio es de tipo Descriptivo de Corte Transversal, con el objetivo de Identificar los Factores Asociados al Abandono de la Embarazadas captadas en el Control Prenatal en su primer y segundo trimestre de gestación, durante los meses de Junio a Diciembre de 1992, en los Puestos y Centros de Salud del SILAIS CENTRAL - Managua.

Para determinar estos factores se hizo necesario conocer las características generales de la madre, su percepción y las condiciones higiénico sanitarias en que vive; obteniéndose que los porcentajes de factores asociados al abandono en el estudio son: Traslados a Hospital, cambio domiciliario, aborto, cambio de la atención a Clínica Privada, seguidas de Crisis Familiar, insatisfacción con la atención y Crisis laboral.

En segundo lugar encontramos que parte de los problemas encontrados en la atención estaba relacionado con las Unidades de Salud las que fueron tipificadas según la estructura y funcionamiento del Programa de Control Prenatal. Para eso se tomó el 100 % de nuestro Universo que lo constituían 132 abandonos. Se utilizó como metodología para recoger la información la entrevista domiciliar y la observación directa a las Unidades de Salud, además de la revisión de registros de atención diario, encontrando que las mismas fueron catalogadas como Malas Condiciones de Atención producto de falta de equipos, horario de atención, etc.

La conclusión principal en este trabajo se asoció a insuficiente organización y poca vinculación de las Unidades de Salud con la comunidad, además de una elevada rotación del personal designado a las mismas. Dentro de las recomendaciones se plantea realizar acciones de búsqueda en el terreno, Promover la educación permanente tanto al personal de las Unidades de Salud como a las madres, fortalecer acciones de Monitoreo y evaluación periódica por parte de los SILAIS a las Unidades de Salud, mejorar la organización e los servicios y mejorar el sistema de información de las unidades de salud.

INDICE

	PAGINAS
I.- INTRODUCCION	1 - 4
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
III.- OBJETIVOS	6
IV.- MARCO TEORICO	7 - 27
V.- DISEÑO METODOLOGICO	28 - 35
VI.- DESCRIPCION DE DATOS	36 - 45
VII.- INTERPRETACION DE DATOS	46 - 50
VIII.- CONCLUSIONES	51 - 52
IX.- RECOMENDACIONES	53 - 54
X.- BIBLIOGRAFIA	55 - 57
XI.- ANEXOS	58

I.- INTRODUCCION :

La muerte en una mujer por causas derivadas del embarazo o el parto es siempre una tragedia. Cuando esa muerte podría haberse evitado esa tragedia es infinitamente mayor. Esta situación ocurre con desgraciada frecuencia en la región de las Américas, donde cada año mueren por lo menos 40,000 embarazadas. Puesta esta cifra en perspectivas, es como si cada año desapareciera de la faz de la tierra una ciudad del tamaño de México.

Proyectada hasta el año 2,000, es como si la ciudad de Quito, Ecuador fuera atacada por una plaga fulminante y fatal.

Dado el rol que juegan las madres no sólo en sus familias sino también en la comunidad en que viven, el efecto de estas muertes se siente con características ominosas sobre toda la sociedad. Su importancia, por lo tanto, va más allá de su magnitud.

La mortalidad materna en las Américas tiene dos características fundamentales:

- Su gran potencial de evitabilidad.
- Su predominio en determinados grupos de mujeres.

En relación con el primero de estos factores, se estima que en los países en desarrollo entre un 90 a un 95 % de estas muertes son evitables con los conocimientos y tecnología de que se dispone actualmente.

Con respecto a la segunda característica, las mujeres más afectadas son aquellas que pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos, que viven en zonas rurales alejadas de centros hospitalarios, o que por otras razones ven reducida su accesibilidad a los servicios. Cualquiera sea la estrategia que se use para atacar este problema tendrá que tener en cuenta prioritariamente estos dos factores (1,2,3).

En 1991 el Plan Maestro de Salud estima que los niveles de mortalidad materna en NICARAGUA oscila alrededor de 15 X 10,000 nacidos vivos; esta cifra fue obtenida a partir de los datos del sistema nacional de estadísticas vitales lo que indica que un alto porcentaje son causadas por patologías de la segunda mitad del embarazo que pueden ser prevenibles, diagnosticadas y/o tratadas tempranamente. Por otro lado, el bienestar materno influye directamente en la salud del recién nacido, por lo tanto prevenir las enfermedades en la mujer embarazada, diagnosticar sus enfermedades oportunamente y tratarlas adecuadamente tienen influencia en la mortalidad.

Para 1985 en Nicaragua la tasa de fecundidad fue 5.8 hijos por mujer, con un alto grado de participación de mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años.

La tasa de fecundidad así como la existencia de un alto porcentaje de mujeres en edad fértil, han permitido que permanezca sin variaciones una tasa de crecimiento anual de 3.3 % lo que influye en el mejoramiento de la cobertura y la calidad de los componentes del programa de atención a la madre y el niño, que involucran la protección y promoción de la mujer embarazada y al recién nacido.

Se entiende por Atención o Control Prenatal el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de permitir una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional.

El Control Prenatal como parte integrante del programa "Atención Integral de la Madre y el Niño" tiene un objetivo inmediato, la revisión de la morbilidad materna y del recién nacido, constituyendo los niños y las mujeres casi la mitad de la población (47 %) y debido a la persistencias de altas tasas de morbi-mortalidad infantil (72 x 1000 N.V), mortalidad materna (150 x 100,000 N.V) y perinatal (33 x 1000 N.V),

prevenibles con acciones de bajo costo dirigidas a la promoción y prevención, con la participación social se prioriza fundamentalmente al menor de 1 año y a la mujer en su adolescencia y período perinatal.

Con este trabajo se dan a conocer elementos relacionados con las mujeres embarazadas y las Unidades de Salud que influyen en el abandono al Control Prenatal y dar así, respuestas a múltiples interrogantes que existen en relación a este problema, que nos permitan disminuir el número de abandonos y mejorar la calidad de atención del binomio madre niño y con esto disminuir los índices de morbi-mortalidad materna y perinatal al realizar acciones de prevención y control sobre este grupo priorizado.

El presente trabajo de tesis corresponde a la primera fase de implementación del estudio en un SILAIS de Managua para lo cual se ha tomado como objetivo el SILAIS CENTRAL.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.- ¿ Cómo percibe la mujer embarazada la importancia de estar vigilada por los servicios de salud en el primer nivel de atención ?.
- 2.- ¿ Qué características generales, obstétricas, socioeconómicas y de condiciones higiénico-sanitarias tipifican a la embarazada que abandona el control prenatal ?.
- 3.- ¿ Qué características estructurales y funcionales de los servicios influyen en el mayor abandono de las captadas en el Control Prenatal ?.
- 4.- ¿ Cómo influyen las características de los servicios de salud (Centro de Salud y Puestos de Salud) en las embarazadas que abandonan el Control prenatal ?.

Al no tener respuesta a estas interrogantes nos propusimos determinar los factores asociados al abandono de la embarazada en los Centros de Salud y Puestos de Salud del SILAIS CENTRAL Managua, en el período comprendido de Julio a Diciembre de 1992.

III.- OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar los factores asociados al abandono de la embarazada en el control prenatal en los servicios de salud (Centros de Salud y Puestos de Salud) del SILAIS CENTRAL de Managua de Julio a Diciembre de 1992.

ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar las características, generales, obstétricas, familiares, socioeconómicos y de condiciones higiénico-sanitarias de las embarazadas que abandonan el CPN en los servicios del SILAIS CENTRAL.
- 2.- Determinar la percepción de la embarazada que abandona el Control Prenatal sobre factores asociados al mismo.
- 3.- Tipificar las características de estructura y funcionamiento de los servicios de salud que presenta mayor abandono de las embarazadas al CPN.
- 4.- Determinar la relación de las características de las embarazadas que abandonan el CPN y las características de los Servicios de Salud que mas abandono tienen.

IV.- MARCO TEORICO

La "condición de la mujer" es difícil de aprehender como concepto porque incluye aspectos tanto prácticos como psicológicos y abarca una serie compleja de factores interrelacionados. A menudo se describe la condición de la mujer en función de los ingresos, empleo, educación, salud y fecundidad, así como de las funciones que desempeña en el seno de la familia, la comunidad y la sociedad. (5)

También abarca la forma en que la sociedad percibe esas funciones y el valor que les asigna. La condición de la mujer implica una comparación con la condición del hombre y por consiguiente, es un reflejo importante del nivel de justicia social de una sociedad. Este concepto de justicia social inherente al término "condición de la mujer" es especialmente en el presente análisis. (5)

La condición de la mujer y su salud están íntimamente relacionadas. Para que tenga éxito, todo intento serio de mejorar la salud de la mujer debe ocuparse en primer lugar del daño que ocasiona a su salud las costumbres sociales y las tradiciones culturales por el mero hecho de ser mujer. (5)

Las mujeres sufren una distribución desigual de recursos y responsabilidades, legitimizadas por costumbres y tradiciones ancestrales. También en el campo de la educación formal las mujeres están en inferioridad con respecto a los hombres. Su concurrencia a la escuela está condicionada por las creencias, especialmente en zonas rurales en que el verdadero lugar de la mujer es el hogar donde muchas veces las jóvenes adolescentes tienen que ayudar a las madres en el cuidado de los niños. (10)

El estereotipo de la mujer de baja condición social es la madre con un niño en el pecho, otro en camino y varios hijos más jugando a su alrededor. Es la mujer para quien el matrimonio y la maternidad han sido el único destino desde su nacimiento; no haberlos alcanzado habría traído un estigma insoportable. Es la mujer prematuramente avejentada, con la salud quebrantada por la exigencia constante de los embarazos, la maternidad y las labores domésticas. Es muy probable que además de prepararlos deba cultivar los alimentos de su familia o trabajar fuera del hogar para ganar un salario que le permita satisfacer sus necesidades básicas. También es característico que la instrucción de esa mujer sea poca o nula, que no posea la tierra familiar en que trabaja ni la casa en que vive, ni tenga ninguna perspectiva de heredar. (5)

El decenio de la Naciones Unidas para la mujer (1976-1985) ayudó mucho a abrir los ojos del mundo a los efectos de la discriminación sexual en cuestiones como el desarrollo económico y la salud de la familia, la información que ha comenzado a surgir puede aportar muchos conocimientos útiles. (5)

Pero ahora es necesario y urgente establecer la relación entre la condición de la mujer y la mortalidad materna. (5)

Normalmente cuando las tasas de mortalidad materna son elevadas la condición social de la mujer es baja; desde su infancia se ha ignorado por completo sus necesidades o bien éstas han ocupado un segundo lugar con respecto a la del hombre. El vínculo no es una coincidencia, sin embargo la discriminación sexual como factor que contribuye a la mortalidad materna ha sido generalmente ignorada. Ha permanecido oculta dentro del problema general de la pobreza y el sub-desarrollo. (7)

El hecho de que las fuentes más ricas de información sobre mortalidad materna sean los hospitales indica claramente que la atención se ha centrado en las causas biomédicas y clínicas más que en el contexto socio-cultural. (7)

Factores asociados a la mortalidad materna:

- Accesibilidad a los servicios
- Disponibilidad y calidad de los servicios
- Regionalización de los servicios

Una muerte materna es el producto final de una serie compleja de factores que actúan sobre el continuo de la vida de la mujer desde su nacimiento hasta la etapa reproductora. (7)

Estos factores determinantes de la muerte materna pueden agruparse en:

- Factores relativos al contexto, donde se destacan el estado, inferioridad económica, educativa, legal y familiar de la mujer y las condiciones de pobreza en la cual viven.
- Factores relativos al estado de salud previo de la mujer.
- Conducta reproductiva.
- Calidad y acceso a los servicios de salud materno y planificación familiar. (6)

Todos estos factores son importantes porque influyen de manera más o menos directas sobre la mortalidad materna. Esta variedad de factores se solucionarán no sólo a través de la implementación de programas médicos sanitarios,



se necesitará también el ataque sostenido y polifacético contra las múltiples causas que generan una situación injusta de discriminación social.(10)

Este desarrollo de la investigación coincide o es un producto asociado al surgimiento en los países de los movimientos organizados de mujeres y sus demandas por un trato social más justo. (6)

A su vez diversas conferencias internacionales ratifican la urgencia de sus problemas y sus soluciones; entre ellas se destaca la Conferencia Internacional para la prevención de la Mortalidad Materna convocada por la OMS en 1985, la Conferencia Mundial de Nairobi sobre Maternidad segura en 1987, y el plan en favor de la infancia aprobado en la cumbre de Naciones Unidas de Nueva York en 1990. (6)

En forma general se puede argumentar que mejorando las condiciones de salud y de educación de la mujer se puede influir positivamente sobre los resultados de sus embarazos.

Pero lo que está fuera de toda discusión es que posibilitando el acceso cultural, económico y geográfico a servicios de salud de buena calidad que realicen la detección temprana del riesgo por medio del Sub-Programa Atención

Pre-natal lo cual posibilita la disponibilidad de los componentes esenciales para el cuidado obstétrico y suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos no deseados. (10)

El Control Prenatal como un sistema de prevención se inició alrededor de 1901 y se puede asegurar que la Obstetricia ha logrado tres objetivos importante en los últimos treinta años. Ellos son: la implementación y extensión de la Consulta Prenatal, la selección y el manejo del riesgo peri-natal y clasificación, selección y aplicación de los métodos de vigilancia materno-fetal. A su vez los dos objetivos de la Atención Prenatal están orientados hacia la disminución de la mortalidad materna y de la morbi-mortalidad perinatal. Para lograrlo es necesario efectuar un control precoz, frecuente y de buena calidad. (1)

Precoz: Para que se cumpla esta condición es preciso iniciar la consulta desde el momento que la madre sospeche la gestación pero como esto casi nunca se logra, se acepta como precoz una atención prenatal que se realice antes de cumplir el primer trimestre. (1)

Frecuente: Varía de acuerdo con los factores de riesgo, de los recursos disponibles en cada región y de las normas establecidas en los distintos países.

La OMS considera que un buen Control Prenatal es aquel que se inicia antes del tercer mes con 8 a 12 consultas de las cuales el médico debe realizar al menos la primera y participar en la siguiente. Sin embargo, Faundes encontró una disminución significativa de embarazos pretérminos y una mortalidad perinatal menor con un control iniciado antes del quinto mes, un total de 5 consultas y la presencia de una enfermera obstétrica entrenada. (1)

De ésta manera la Atención Prenatal permite:

- Promover y mantener la salud integral de las gestantes y el feto.
- Asegurar la madurez, vitalidad del niño; lo cual incluye la supervisión del crecimiento y desarrollo fetal y la prevención de anomalías congénitas por factores ambientales y otras causas.
- Preparar a la madre, la pareja y la familia para el parto, cuidado de la puerpera y del recién nacido.
- Detectar tempranamente factores de riesgo y lograr el manejo precoz de problemas y afectar la salud materna y fetal. (4)

El cuidado prenatal adecuado, por otra parte no sólo sirve para controlar la evolución del embarazo sino que permite dar a la embarazada conceptos de educación sobre salud, tratar enfermedades pre-existentes e identificar

quienes están en grupos de alto riesgo, a fin de referirlas al nivel de atención adecuadas. (8)

En lo concerniente a servicios de salud su accesibilidad determina el grado de utilización y eficacia. Las tasas de mortalidad materna son más elevadas cuanto más difícil es el acceso a los servicios. Aumentar su calidad y accesibilidad deben ser prioridades fundamentales de las autoridades sanitarias de los distintos países. (8)

Dada la multiplicidad de factores que determinan la mortalidad materna, la estrategia para disminuirla debe contemplar no sólo acciones del sector salud, sino que deben estar claramente coordinadas con otros sectores en un esfuerzo de cooperación intersectorial. (8)

La planificación de estrategias debe tener la suficiente flexibilidad como para adaptarse a circunstancias locales respetando valores y creencias de la comunidad a la que está dirigida. (8)

De esa manera se podrán crear pautas de acción necesarias para aumentar significativamente los niveles de salud no sólo de la madre sino de toda la familia y la comunidad. (8)

En América Latina la mujer es víctima de grandes desventajas sociales, laborales y educativas, que se manifiestan en las menores oportunidades a la que tienen acceso con respecto a los hombres. (10)

La mortalidad materna en América Latina y el Caribe hasta muy recientemente era considerada como un problema de poca importancia para la salud pública. (6)

Un reconocimiento gradual del mismo ocurre en 1980 cuando la dimensión de ésta epidemia silenciosa de muerte materna empieza a hacerse notar con una serie de estudios sobre su epidemiología y consecuencias en diversos países entre otros: Argentina, Brasil, Jamaica y etc.(6)

Las cifras de mortalidad materna se tienen que considerar en el contexto de la alta proporción de mujeres en edad fértil dentro de la población total. Las mujeres de 15 a 49 años representan actualmente el 25 % de la población total, tanto en los países en desarrollo como en los países industrializados. La población de ambos sexos de 0 a 14 años suman el 39 % en los países en desarrollo, contra 22 % de los países industrializados. En los próximos años indica que las cifras de partos esperados será mucho mayor en los países en desarrollo. (10)

De continuar esta tendencia el mayor número de partos esperados se reflejará en el aumento considerable de las muertes maternas. Si se mantiene el ritmo de crecimiento poblacional y no varía el efecto combinado de las tasas actuales de mortalidad y fecundidad, ocurrirán más de 1 millón de muertes maternas entre el año 1980 y el 2000 en América Latina y el Caribe sin embargo, si se lograra disminuir uniformemente los niveles de mortalidad materna hasta igualarlas con las que tienen países como Chile, Cuba y Costa Rica, sólo se producirán 60,000 muertes. El efecto que ese ahorro de vida tendría sobre la estructura demográfica y el bienestar de la población es incalculable. (10)

La falta de personal entrenado en los distintos niveles de atención de la embarazada y del parto es un problema importante en la América Latina a esto se agrega la insuficiencia de abastecimientos esenciales. (8)

Las estrategias de ataque deben contemplar la acción mancomunada de líderes políticos o sociales con acciones comunitarias de base que tienen la posibilidad de convertirse en artífice de su propio desarrollo y bienestar. (8)

El rol de la madre en éste proceso es de evidente trascendencia ellas son recursos esenciales para el planeamiento efectivo de programas que tienden no sólo a con-

siderar aspectos curativos sino también preventivos y de promoción de la salud. (8)

La tasa de mortalidad materna aunque ha disminuido en varios países de América en las dos últimas décadas, todavía continua siendo elevada para la mayoría de los países de América Latina.

Estas tasas son altas, comparadas con los países industrializados como Estados Unidos y Canadá. Sin embargo lo que importa desde el punto de vista del diseño estratégico para combatir la mortalidad materna, es que hay grandes diferencias entre las tasas de países con similar grado de desarrollo. (10)

Varios factores pueden explicar éstas diferencias, uno de ellos, está relacionada con la calidad, accesibilidad y grado de cobertura de los servicios prenatales y de atención del parto. Hay en general una correspondencia directa entre servicios adecuados de Control Prenatal y de parto institucional con tasas bajas de mortalidad materna. (10)

Las condiciones de vida de la población femenina en Centro América (nivel de pobreza, salud, educación, etc.) se sitúan a excepción de los casos de Costa Rica y Panamá, entre los peores de América Latina.

Aunque estas condiciones de vida afectan al conjunto de los centroamericanos, tienen connotaciones específicas y crean problemas distintos según género, entre los que destaca una diferencia notable de participación social de hombres y mujeres. (3)

Las mujeres centroamericanas presentan al inicio de ésta década, rasgos demográficos comunes así como diferencias importantes. La población femenina es en torno a la mitad de la total, considerablemente joven, mayoritariamente pobre, mitad urbana, mitad rural que tiende a emparejarse prontamente y encabezar un tercio de los hogares existentes y tener un número elevado de hijos (promedio regional 5.5 hijos por mujer) los valores más altos de América Latina. Para Nicaragua el 50.4% de su población era femenina para el año 1988. (3)

Las mujeres de la región tienen un elevado número de hijos en el área rural, hay cifras que van desde un promedio de 4 hijos en Costa Rica a 8 hijos en Honduras pasando por un promedio de 7 hijos en Nicaragua y Guatemala y 6 en Panamá y el Salvador en el área rural; en el urbano esto varía de acuerdo a factores diferenciales, (Costa Rica, Panamá y el Salvador de 3, Honduras de 3.8, Guatemala 5.3 y Nicaragua 5.5). El factor que introduce más diferencias

en la fecundidad en todo el contexto regional, es la educación adquirida por la madre, pues en todos los países, las que tienen estudios medios y superiores comparten un promedio entre los dos y tres hijos y las que no tienen ningún grado escolar registran entre 5 y 8 hijos. (3)

En términos de referencia de género, siguiendo la regla Latinoamericana en Centro América nacen más hombres que mujeres pero mueren más varones que mujeres. (3)

La población femenina de la región al igual que la total esta compuesta por una alta proporción de jóvenes, (entorno al 45 % tiene menos de 15 años y alrededor del 65 % menos de 25 años). Excepto en los casos de Costa Rica y Panamá debido a la caída brusca de la natalidad y la mortalidad. (3)

Considerando la alta proporción de jóvenes que presenta la población femenina, las mujeres de la región presentan un alto grado de emparejamiento declarado y tienden a hacerlo a edades tempranas (entre dos o tres años antes que los hombres aunque está creciendo rápidamente la proporción de separadas/ divorciadas tanto en la población femenina como la masculina. (3)

Entre los países de Centro América esto varía: Honduras y Nicaragua se caracterizan por una alta proporción de mujeres divorciadas y/o separadas (en torno al 16 % en ambos casos) y un nivel intermedio de emparejamiento lo que determina una porción baja de solteras 22 %, pero debido al mayor grado de emparejamiento y no por un alto nivel de separados. (3)

Destacando el hecho de sociedades en que la jefatura del hogar le corresponde a una figura masculina existe en toda la región Centroamericana un nivel apreciable de jefatura femenina, con diferencias importantes por países. Las proporciones más elevadas de hogares con jefatura femenina se registran en: El Salvador 27 %, Nicaragua 24 %, Panamá 22 % y Honduras 20 %. (3)

Otra diferencia fundamental en éste sentido entre hombres y mujeres, consiste en que casi la totalidad de éstas jefas de hogar no declaran pareja. Como promedio, más del 90 % de las jefas son mujeres con hijos u otros familiares a su cargo que no tienen pareja conviviente (sólo Nicaragua presenta un 85%), situación completamente opuesta a lo que suceda con los jefes varones. (3)

A nivel Centro Americano la tasa de mortalidad por causas obstétricas (5 primeras causas de muerte entre los

15 y 44 años) es alta, con tasas de 3 a 11 por 10,000 nacidos vivos.

Nicaragua puede situarse entre los países con tasa intermedias o altas de mortalidad materna, para 1984 las cifras oficiales indicaban una tasa de 4.7 por 10,000 nacidos vivos que mas bien reflejaban un subregistro en mortalidad materna; para 1988 evaluación indirecta calculaban una tasa de 8.7 por 10,000.

Para 1990 las notificaciones alcanzadas en todo el país estiman una tasa de alrededor de 10 por 10,000 nacidos vivos.

El principal factor condicionante de esta problema es el alto riesgo reproductivo de las mujeres en Nicaragua que se manifiestan por un alto número de hijos por mujer estimado en 5.9 hijos y en una alta tasa de fecundidad específica en los menores de 19 años y mayores de 35 años. La proporción de embarazos en adolescentes es del 23 % del total de embarazos. (7)

En Centro América se observa que menos del 50 % de las embarazadas reciben atención institucional del parto. Como ejemplo cita a Nicaragua con 80 por 10,000 nacidos vivos; esto fue producto de una investigación reciente y muy a

pesar del 91 % de cobertura de parto institucional en ese país. (7)

Las normas para el Ministerio de Salud consideran que las atenciones y controles van desde lo más complejo que se aplican en el nivel terciario para gestantes con ARO hasta lo más sencillo en Puestos y Centros de Salud de baja complejidad, para embarazadas normales y de bajo riesgo y en la comunidad por parteras adiestradas o no.

El control prenatal, el parto y el puerperio se atenderán en centros de baja complejidad con los requisitos siguientes:

- a) Miembros del equipo de salud capacitados para discriminar el bajo y alto riesgo y para cumplir correctamente las normas para la atención del parto.
- b) Recursos mínimos indispensables para garantizar el cumplimiento de las normas.
- c) Derivación oportuna y/o el niño al nivel correspondiente y en el momento que sea necesario según calificaciones del riesgo.
- d) Utilización de la historia clínica perinatal simplificada para brindar atención y discriminar el riesgo.

En el primer nivel de atención se deberá contar con instrumentos discriminadores que permitan la detección fácil y precoz del alto riesgo y su manejo ulterior.

La complejidad y la cantidad de las acciones son crecientes según el riesgo presente y el grupo de trabajadores de que se trate, desde acciones simples para la comunidad hasta llegar a una atención de salud compleja, brindada por un trabajador de salud según la capacidad de la institución donde se brinda la atención.

BAJO RIESGO: Cuando existen factores de riesgo (sociales, genésicos, biológicos, etc.) solos o asociados que puedan ser significativos en la aparición de un daño pero que el presente o con las acciones ejecutadas no traducen alteraciones al estado de salud de la madre, el feto o ambos y que pueden ser resueltos siguiendo la línea horizontal. (8)

ALTO RIESGO: Cuando existen factores de riesgo (sociales, genésicos y fundamentalmente biológicos) solos o asociados, cuya presencia puede significar un mayor compromiso y alteraciones patológicas en el embarazo, el parto y el puerperio, con repercusión en la salud de la madre el feto o ambos. (8)

NORMAS DE PROGRAMACION EN EMBARAZADAS NORMALES Y DE BAJO RIESGO. (MINSA)

CONTROL PRENATAL: Significa la vigilancia de la evolución del embarazo de una gestante a través de consultas periódicas dentro de los nueve meses de gestación, con el objetivo de detectar los riesgos, prevenirlos, anularlos o solucionarlos.

El Control Prenatal es óptimo cuando es precoz, periódico, continuo y completo.

- **Precoz:** Iniciado durante el primer trimestre
- **Periódico:** Revisión periódica planeada
- **Continuo:** Que se cumpla sin discontinuidad
- **Completo:** Que cubra todo el embarazo

La programación establecida por norma en el país en de 4 controles (uno en cada trimestre del embarazo) está basada en la necesidad de cumplir con el criterio de óptimo.

El Control Prenatal se cumplirá en todas las unidades de salud que tengan Consulta Externa. El personal encargado de esta actividad serán médicos especialistas, perinatólogos, ginecobstetras, médicos generales, enfermeras y auxiliar de enfermería.

El cumplimiento de normas de captación en la comunidad pueden contribuir eficientemente a que la captación sea precoz, sin embargo para que sea periódica, continua y completa es necesario que el personal de salud ejecute actividades de educación garantizando la concentración programada.

Concentración significa una actividad que se repite en una misma persona, la programación debe indicar el mínimo de veces que garantice el cumplimiento de un objetivo, en caso del embarazo el Control Prenatal debe tener un mínimo de 4 controles.(8)

La programación se inicia a partir del número de embarazadas esperadas (por censo o cálculo demográfico). Estas cifras es posible conocerlas para el país, para cada región y para cada unidad de salud.

La meta es el número fijado capaz de lograr con los recursos existentes en una unidad de salud o un área. La meta permite comparar trimestre y los subsecuentes en el 2do. trimestre en las 20-24 semanas, en el 3er. trimestre en las 28-32 semanas; 36-38 semanas y referencia al parto a las 38-40 semanas.

La programación de las actividades de atención prenatal en el país responden a la política de priorizar la captación y atención del alto riesgo obstétrico "ARO" para obtener un aumento de la cobertura de atención, hecho que influye en la protección a la embarazada y en la disminución de la morbi-mortalidad materna infantil.

Es necesario beneficiar al mayor número de gestantes posibles de las actividades de atención prenatal, lo que significa aumentar la cobertura de atención. El aumento de la cobertura se logra por el incremento de la captación.

CAPTACION SIGNIFICA incorporar a una gestante dentro del CONTROL PRENATAL a través de una serie de estrategias mencionadas en las normas de captación.

NORMAS DE CAPTACION: Se reconocerán como relevantes para elevar la captación a las actividades desarrolladas en comunidad y en servicio:

- a) En comunidad: En las embarazadas que no asisten a control deben cumplirse las acciones mencionadas en la norma del trabajo del personal de salud en terreno, con brigadistas, parteras y organismos de masas.
- b) En servicio: Las embarazadas que asistirán a una unidad de salud por morbilidad relacionada con el embarazo o en demanda espontánea de atención o referida por brigadistas

de salud y parteras, deberán en esa ocasión recibir su primera consulta de ATENCION PRENATAL y ser citadas al próximo control. De esta manera se cumplirá con el principio de atención integral.

La embarazada que consulta por morbilidad sin relación con su embarazo con un especialista y que no tiene control prenatal recibirá de este su referencia al nivel que le corresponde según riesgo para su control, la misma norma se aplicará en casos de embarazadas que llegan a la emergencia por motivos ajenos a su embarazo tales como accidentes domésticos, heridas, otros, etc.

Toda embarazada que llegue por un motivo diferente a recibir atención debe ser interrogada sobre si está recibiendo su CONTROL PRENATAL, si la respuesta es negativa proceder a su captación.(8)

V.- DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO: Corte transversal, Descriptivo.

UNIVERSO: Todas las mujeres captadas y que abandonaron el control prenatal en los centros y puestos de salud entre el 1ro. de Julio y el 31 de Diciembre de 1992 residentes en los barrios pertenecientes al SILAIS Central, Managua.

MUESTRA: Para este estudio la muestra fué igual al Universo donde se tomó al 100 % de las madres que abandonaron el programa control prenatal de las captadas en los servicios de salud seleccionados.

UNIDAD DE ANALISIS: En este estudio se tomó como unidad de análisis solamente a la embarazada que abandonó el control prenatal de los servicios de salud seleccionados. Aunque mencionamos algunas características relacionadas a los servicios de salud que presentaron mayor abandono en nuestro estudio.

METODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Se utilizaron como métodos para recoger nuestra información, la observación directa y la entrevista directa para la cual empleamos como instrumento la encuesta.

Esto se realizó a nivel:

PRIMARIO: Encuesta directa por visita domiciliar a las madres que abandonaron el control prenatal. Se realizó observación directa al control prenatal y entrevista al personal del mismo.

SECUNDARIO: Mediante la revisión de registro de la asistencia diaria, donde no existía este registro se utilizó el tarjetero activo del control prenatal y posteriormente se revisaron los expedientes seleccionados para el estudio.

METODOLOGIA PARA REALIZAR ESTE ESTUDIO:

1.- Se hizo revisión de los registros de información de consultas diarias de los meses julio a diciembre de 1992 en los Centros de Salud y Puestos de Salud como única condición para entrar al estudio.

- 2.- En donde no existían los registros adecuados se utilizó el tarjetero activo de ese mismo período.
- 3.- Se revisó cada expedientes del período seleccionado de donde se sacaron los nombres y direcciones de las embarazadas que habían abandonado el Control Prenatal.
- 4.- Definida la población objetivo se aplicó una encuesta directa a través de visita domiciliar a cada embarazada que había abandonado.
- 5.- En los servicios de salud se hizo una observación directa por cuatro horas al desarrollo de las actividades del control prenatal.
 - Se aplicó una entrevista al responsable del Control Pre-natal ó la enfermera jefa del programa Materno Infantil para obtener información sobre metas, cobertura, normas, y experiencia del personal en el control prenatal.
 - Se hizo revisión de la información anual del control prenatal proporcionada por el responsable de Control Prenatal.

PLAN DE ANALISIS

En este estudio la variable principal esta implícita en el estudio mismo por lo que se realizó un análisis de las frecuencias simples, sin embargo se hicieron entrecruzamientos de las variables independientes de interés para el estudio.

La variable principal en el estudio es el ABANDONO

El resto de variables son INDEPENDIENTES

Se realizaron cruces de las variables independientes:

- Edad / Ocupación
- Edad / Grado de riesgo Obstétrico
- Edad / Número de hijos vivos
- Edad / Número de embarazos
- Edad / Motivo de consulta
- Ocupación / Grado de Riesgo Obstétricos
- Escolaridad / Grado de Riesgo Obstétricos
- Escolaridad / Motivo de consulta
- Grado de Riesgo Obstétricos / Porque dejo de asistir
- Grado de Riesgo Obstétrico / Distancia de su casa al servicio
- Grado de Riesgo Obstétrico / Costo total por atención
- Grado de Riesgo Obstétrico / Barrio
- Número de embarazo / Barrio
- Dejo de asistir / Barrio

-Motivo de consulta / Dejo de asistir

-Ocupación / Dejo de asistir

Para el análisis de los resultados se utilizó un cuestionario precodificado procesado en el paquete Estadístico Epiinfo 5.0 y que también se utilizó para el procesamiento de los datos y análisis de los mismos.

Se usó el Paquete WP51, para la creación de los cuadros estadísticos y para el procesamiento del texto.

Se usó el Paquete Harvard Graphic, para la creación de los Gráficos utilizados para el análisis de la información.

Para el procesamiento de los datos se realizó:

- 1.- Cuadros de distribución de frecuencia de cada una de las variables planteadas.
- 2.- Análisis bivariado; se cruzaron variables independientes entre sí.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: ABANDONO

VARIABLES INDEPENDIENTES:

I.- CARACTERISTICAS PERSONALES DE LA EMBARAZADA

1.- Datos Generales:

- 1.1 Edad
- 1.2 Escolaridad
- 1.3 Estado Civil
- 1.4 Religión
- 1.5 Ubicación de la embarazada en la familia

2.- Datos Obstétricos:

- 2.1 No. de embarazo
- 2.2 No. de hijos vivos
- 2.3 Grado de riesgo obstétrico
- 2.4 No. de hijos que dependen de la madre

3.- Datos socioeconómicos:

- 3.1 Ocupación
- 3.2 Ingreso económico familiar
- 3.3 Tenencia de la vivienda
- 3.4 Estructura de la vivienda
- 3.5 Paredes

3.6 Piso

3.7 Índice de hacinamiento

4.- Condiciones higiénico-sanitarias:

4.1 Tipo de alumbrado

4.2 Agua de consumo humano

4.3 Disposición de basuras

4.4 Disposición de excretas

5.- Percepción de la madre sobre el servicio:

5.1 Motivo de búsqueda de la atención

5.2 Atención que le brindaron en el servicio

5.3 Porqué abandona

6.- Accesibilidad al servicio de salud

6.1 Distancia de su casa al servicio

6.2 Costo total por atención

II.- CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1.- Personal asignado al servicio

1.1 No. de recursos

1.2 Calificación

1.3 Sexo

1.4 Rotación

- 2.- Hora que abre el servicio
- 3.- Flujo de atención de la paciente
- 4.- Tiempo de espera
- 5.- Promedio de pacientes atendidos por día
- 6.- Presencia de normas en el servicio
- 7.- Conocimientos de normas por el personal
- 8.- Metas
- 9.- Captación
- 10.- Sala de espera
- 11.- Equipos básicos necesarios para la atención

VI.- DESCRIPCION DE RESULTADOS

En el presente estudio se toma como base el SILAIS CENTRAL que en su división político-administrativa cuenta con dos distritos y un municipio con un universo de 132 mujeres embarazadas que abandonaron el Control Prenatal del programa Madre-Niño en los Servicios de Salud.

El 49% (65) de los abandonos corresponden al distrito V; el 34% (45) al distrito IV y un 17% (22) del municipio de Ticuantepe. (Ver cuadro y gráfico No 1)

Haciendo referencia directamente de los Servicios de Salud encontramos que el 61% (80) de los abandonos son de Puestos de Salud y el 39% (52) de los Centros de Salud. (Ver cuadro y gráfico No 2)

En relación al abandono por Centros de Salud el 42% (20) son del centro de salud de Ticuantepe, el 33% (17) del centro de salud Carlos Rugama, 25% (13) centro de salud Pedro Altamirano. (Ver cuadro y gráfico No 3)

En cuanto al abandono por Puestos de Salud el 49% (39) son del puesto de salud Mártires de Julio, 19% (15) Santa María de los Angeles, 16% (13) Esquipulas, 9% (7) Angel Valentín Barrios y el 7% (6) puesto de salud Roberto Clemente. (Ver cuadro y gráfico No 4)

La procedencia de las madres que abandonaron el Control Prenatal el 76% (100) son procedentes de Barrios; el 19% (25) viven en asentamientos; 5% (7) proceden de áreas Residenciales. (Ver cuadro y gráfico No 5)

En cuanto a la edad el 81% (107) de las mujeres que abandonaron son Adultas; el 14% (19) son Jóvenes y el 5% (6) son mayores. (Ver cuadro y gráfico No 6)

El nivel educacional de las madres que abandonaron el Control Prenatal es 39% (51) tenían un nivel de Secundaria Incompleta; 23% (30) con primaria incompleta; 20% (26) primaria completa el 11%(15) secundaria completa, 5% (6) no leen, el 2% (3) leen y un 0.8% (1) tenía un nivel técnico. (Ver cuadro No 7)

En relación al estado civil el 39% (51) son solteras acompañadas; 39% (51) son casadas y el 22% (30) solteras sin compañía. (Ver cuadro No 8)

La religión que las madres practican el 66% (87) son católicas el 17% (23) tienen otras religiones y el 17% (22) son evangélicas. (Ver cuadro No 9)

La ubicación de la embarazada en la familia el 50% (66) son esposas o compañeras; el 28% (37) son hijas de

familia; el 20% (26) son jefas de familia; el 2% (3) otras.
(Ver cuadro No 10)

En relación al número de embarazo el 41% (54) son primigestas; el 32% (42) son multíparas y el 27% (36) son bigestas. (Ver cuadro No 11)

Los hijos vivos el 49% (65) tienen de 2 a 4 hijos; 34% (45) sólo tienen un hijo; 10% (13) no tienen hijos y el 7% (9) tienen más de 5 hijos. (Ver cuadro No 12)

En relación al Riesgo Obstétrico el 61% (81) son de Alto Riesgo Obstétrico y el 39% (51) son de Bajo Riesgo Obstétrico. (Ver cuadro 13 y gráfico 7)

El motivo de búsqueda de atención de las madres en el estudio el 37% (49) acudieron por un embarazo sin complicaciones; el 28% (37) por referencia de familiares; el 20% (26) por otras causas y el 15% (20) por referencia de amigas. (Ver cuadro No 14)

Las causas por las que abandonaron las embarazadas el Control Prenatal son: el 42% (53) por otras causas; el 1% (27) por crisis familiar; 14% (19) insatisfechas con la atención; 13% (17) por crisis laboral y el 12% (16) por la capacidad técnica del personal. (Ver cuadro No 15 y gráfico No 8)

Del total de las embarazadas que abandonaron el Control Prenatal por otras causas el 30% (16) por traslado al Hospital Bertha Calderón; 21% (11) cambio domiciliario; 17% (9) por haber sufrido aborto; 17% (9) no refieren nada y el 15% (8) por estar acudiendo a Clínicas Privadas. (Ver cuadro 16 y Grafico No 9)

Las madres consideran la atención brindada en un 47% (62) como buena el 31% (41) como mala (se incluye las madres que abandonaron por incapacidad técnica del personal de salud y las que refirieron estar insatisfechas con la atención que recibieron durante el Control Prenatal); 14% (19) como regular y 8% (10) muy buena. (Ver cuadro No 17 y gráfico No 10)

La distancia que hay entre las casas de las embarazadas y los servicios de salud el 48% (64) refieren tener una distancia media y el 29% (38) viven lejos de los servicios de salud y 23% (30) viven cerca. (Ver cuadro No 18)

El costo total de la atención en los Servicios de Salud el 73% (95) refieren no haber pagado nada; el 25% (33) pagaron menos de 20.00 córdobas; 1% (2) de 20 a 50 córdobas; 1% (2) más de 50 córdobas. (Ver cuadro No 19)

La ocupación que tienen las madres que abandonaron el 61% (81) son amas de casa; 14% (18) realizan otras ocupaciones; 13% (17) como técnicas; 11% (15) son obreras y un 1% (1) es profesional. (Ver cuadro No 20)

El ingreso económico familiar de nuestras embarazadas que abandonaron; el 40% (53) reciben como ingreso mensual por familia de 250 a 500 córdobas/mes ; 23% (30) de 500 a 1000 córdobas por mes; 19% (25) no dieron respuesta; 16% (21) menos de 250 córdobas mes y 2% (5) reciben más de 1000 córdobas.(Ver cuadro No 21)

Del total de madres encuestadas el 45 % (59) viven con Familia; el 44% (58) tienen casas propias y 11% (15) alquilan casas. (Ver cuadro No 22)

Se realizó un análisis agrupando las características físicas y condiciones Higiénicos Sanitarias de las viviendas en Buenas, Malas y Regulares; de esto encontramos que el 85% (112); son buenas 14% (18) regulares y 1% (2) son Malas. (Ver cuadro No 23)

Del grupo de madres adultas que abandonaron el Control prenatal, el 55% (59) tienen alto Riesgo Obstétrico y 45% (48) son bajo Riesgo Obstétrico. Del total de madres jóvenes, el 84% (16) son de Alto Riesgo Obstétrico y el 16%

(3) son bajo Riesgo Obstétrico. Las madres mayores que abandonaron, el 100% son Alto Riesgo Obstétrico. (Ver cuadro No 24 y gráfico No 11)

Del total de las embarazadas adultas que abandonaron el Control Prenatal el 58% (62) tienen de 2 a 4 hijos el 32% (34) son mayores tienen sólo un hijo; el 6% (6) no tiene ningún hijo y el 4% (5) tienen más de 5 hijos. De las embarazadas jóvenes el 58% (11) sólo tienen un hijo el 37% (7) no tienen hijos y el 5% (1) tienen de 2 a 4 hijos. Del grupo de madres mayores encontramos que el 67% (4) tienen más de 5 hijos y el 33% (2) tienen de 2 a 4 hijos. (Ver cuadro No 25)

Del total de embarazadas adultas que abandonaron el Control Prenatal el 39% (42) acuden a controlarse su embarazo por garantizar un embarazo sin complicaciones el 24% (26) por referencia de familia, el 21 % (22) por otras causas que no tienen que ver con el embarazo y el 16% (17) por referencia de amigas. Del total de embarazadas jóvenes el 58% (11) acuden por referencia de familia, el 16% (3) por un embarazo sin complicaciones y el 11% (2) por otras causas. Del total de embarazadas mayores 67% (4) acuden por un embarazo sin complicaciones y el 33% (2) por otras causas que no tienen que ver con el embarazo. (Ver cuadro No 26 y No 27)

Observamos que del grupo de madres consideradas como Alto Riesgo Obstétrico el 56% (45) son amas de casa, el 17% (14) tienen otras ocupaciones el 14% (11) son técnicas, el 12% (10) son obreras y el 1% (1) es profesional. Del total de madres con Bajo Riesgo Obstétrico el 70% (36) son amas de casa, el 12% son técnicas, y el 10% (5) son obreras. (Ver cuadro No 28 y gráfico No 12)

Del universo de madres con Alto Riesgo Obstétrico encontramos que 32% (26) tienen Secundaria Incompleta, el 25% (20) Primaria Incompleta, el 19% (15) Primaria Completa, el 15% (12) Secundaria Completa, el 6% (5) no leen, un 3% (2) leen y el 1% (1) son técnicas. Del total de madres con Bajo Riesgo Obstétrico el 49% (25) tienen Secundaria Incompleta, el 22% (11) tienen Primaria Completa, el 20% (10) Primaria Incompleta, el 5% (3) Secundaria Completa, un 2% (1) no leen y un porcentaje igual leen. (Ver cuadro No 29)

Del total de madres con Alto Riesgo Obstétrico que abandonaron el Control Prenatal encontramos que el 44% (36) dejaron de asistir por otras causas, el 19% (15) por incapacidad técnica del personal, el 15% (12) por insatisfacción de la atención recibida, el 11% (9) por crisis laboral y un porcentaje igual por crisis familiar. Del grupo de madres con Bajo Riesgo Obstétrico el 35% (18) dejaron de

asistir por Crisis Familiar, el 33% (17) dejaron de asistir por otras causas, el 16% (8) por Crisis Laboral, un 14% (7) por insatisfacción con la atención recibida y el 2% (1) por Incapacidad Técnica del personal. (Ver cuadro No 30 y Grafico No 13)

Del total de madres que viven cerca del Servicio de Salud el 60% (18) son Alto Riesgo Obstétrico y el 40% (12) son Bajo Riesgo Obstétrico. Las madres que viven lejos el 53% (20) son Bajo Riesgo y el 47% (18) son Alto Riesgo. Del total de madres que tienen una distancia mediano de su casa al servicio el 70% (45) son Alto Riesgo y el 30% (19) son Bajo Riesgo. (Ver cuadro No 31)

De los Servicios de Salud del SILAIS CENTRAL estudiamos tres Centros de Salud y cinco Puestos de Salud.

Los Centros de Salud son:

- Carlos Rugama
- Pedro Altamirano
- Ticuantepe

Los Puestos de Salud son:

- Angel Valentín Barrios
- Esquipulas
- Mártires de Julio
- Roberto Clemente
- Santa María de los Angeles

La ruta que los pacientes siguen desde su entrada hasta ser atendidos el 74% (6) siguen la ruta ESTADISTICA-SALA DE ESPERA-CLINICA; el 13% (1) CLINICA-ESTADISTICA-CLINICA y el 13% (1) restante SALA DE ESPERA-CLINICA. (Ver cuadro No 32)

La mayoría de los Servicios de Salud que corresponden a un 88% (7) inician la atención del Control Prenatal de 8 a 10 a.m y el 12%(1) antes de las 8 a.m. (Ver cuadro No 33)

El tiempo que la embarazada espera para ser atendida en el 87% (7) de los servicios de salud es de menos de 2 horas y un 13% (1) Servicio de Salud esperan de 2 a 4 horas. (Ver cuadro No 34)

En relación al promedio de pacientes atendidos por día en el Control Prenatal en los Servicios de Salud estudiados es de 75% (6) de 10 a 20 pacientes por día y un 25% (2) atienden menos de 10 pacientes al día. (Ver cuadro No 35)

Encontramos que en el 100% (8) de los servicios de salud tienen Normas de Control Prenatal y que en un 88% (7) de ellos el personal conoce las Normas y sólo en un 12% (1) no son conocidas por el personal. (Ver cuadro No 36)

En relación a la sala de espera el 88% (7) de los servicios de salud existe sala de espera y en el 12% (1) no hay. (Ver cuadro No 37)

Con los resultados obtenidos en relación a los Servicios de Salud tomando como base los recursos humanos y materiales existentes en los Servicios de Control Prenatal con lo que realizamos una escala de bueno, regular y malo.

En relación a Centros de Salud el 67% (2) son considerados con malas condiciones para la Atención del Control Prenatal y 33% (1) con buenas condiciones. (Ver cuadro No 38 y Grafico No 14)

Encontramos en los Puestos de Salud un 60% (3) con malas condiciones para la atención de la embarazada y un 40% (2) con buenas condiciones para la atención de la embarazada. (Ver cuadro No 39 y Grafico No 15)

VII.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En Nicaragua de acuerdo a cifras oficiales, la principal causa de mortalidad es la materno- infantil, consideramos que uno de los factores que inciden en la mortalidad es el abandono al Control Prenatal, por lo tanto realizamos éste estudio para conocer las causas que obligan a la mujer embarazada a abandonar el programa.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en ésta investigación encontramos que el mayor porcentaje de abandonos fué en el Distrito V, y dentro de este distrito el mayor número de abandonos procedían de los Barrios.

Cada Distrito y Municipio tiene Centros y Puestos de Salud, donde el mayor porcentaje de abandono lo presentaron los Puestos de Salud, posiblemente debido a que sus registros estaban más completos (registros diarios de consulta al Control Prenatal en el período establecido ó tarjetero activo de esos mismos meses), lo cual no nos demuestra que se den más abandonos en los Puestos de Salud que en los Centros de Salud.

En los centros de Salud se encontró dificultad para recopilar la información solicitada por estar los registros incompletos, y en el Centro de Salud Francisco Buitrago no

contaba con esos registros por haberla desechado a inicios de 1993. El Centro de Salud de mayor abandono fué Ticuantepe.

De los Puestos de Salud el que tuvo mayor número de abandonos fue el Mártires de Julio, en el Municipio de Ticuantepe no se tomó Puestos de Salud ya que el de la Borgoña (único) no contaba con la información.

Si tomamos el abandono como una de las causas de mortalidad materna y perinatal, sería más fácil su control si existiera una buena organización de los servicios de salud que permita detectar a la mujer que está en Riesgo antes de que esta sea una más en las estadísticas.

En el estudio se encontró que la mayoría de los abandonos son ALTO RIESGO OBSTETRICO y acudieron al Control Prenatal por tener un embarazo sin complicaciones; sin embargo habían dejado de asistir por causas diferentes a las solicitadas en la encuesta, como el haber sido trasladadas a un nivel de resolución superior (HBCR), lo que nos demuestra la poca credibilidad de la información y la falta de organización lo cual repercute en la calidad de las unidades de salud, ya que estas madres a pesar de haber sido referidas por los servicios de salud eran manejadas en los registros como abandonos, sin haber investigado las causas.

Es importante Concientizar a la mujer a través de la educación sobre la importancia del Control Prenatal y esto a su vez, fortalece la participación activa de la población en la captación de otras embarazadas. Por lo tanto creemos que los abandonos al Control Prenatal son evitables si existiera una mejor organización en los servicios de salud y nuestra población femenina recibiera la información adecuada.

Otras causas que influyen en los abandonos son las condiciones socioeconómicas ó culturales de las embarazadas; como el lugar de procedencia, éste se clasificó de acuerdo a características de Urbanización en Barrios, Residenciales y Asentamientos, siendo el mayor porcentaje de abandonos de los Barrios con edades adultas, escolaridad secundaria incompleta y su ocupación principal es ser amas de casa, con un ingreso económico familiar de 250 a 500 córdobas por mes. La mayoría viven en casas con familiares, cerca de los servicios de salud (de 500 a 1000 mtrs).

En los servicios de salud existen características que influyen en el abandono de las embarazadas al Control prenatal, convirtiéndose así en factores de riesgo materno. El costo de la atención es importante, para este estudio el mayor porcentaje refiere no haber pagado nada, un porcentaje menor (24%) refieren pagar menos de veinte córdobas

por la atención brindada lo que favorece el abandono del Control Prenatal a pesar de ser el Programa Materno-Infantil una de las prioridades en el Ministerio de Salud.

El tipo de atención brindada según las madres en un 47% es buena y un 31% como mala, aclarando que bueno para la madre es el hecho de no haber pagado nada y no haber recibido maltrato por el personal, aunque no se le realizara un Control Prenatal completo .

De acuerdo a las características físicas del local, materiales asignados al mismo, cantidad y calidad del personal, experiencia y rotación del personal en Control Prenatal, se clasificó al mayor porcentaje de las unidades de salud como Malos, lo que repercute en la calidad de la atención que se le brinda a la embarazada.

El inicio de la hora de atención es importante en el desarrollo de las actividades que la madre realiza, en el mayor porcentaje de los Servicios la atención comienza entre 8 y 10 a.m y la embarazada espera para ser atendida un promedio de 2 horas, logrando pasar a consulta de 10 a 20 pacientes por día, iniciando su ruta en Estadística - Sala de espera - Clínica. Todos estos factores hacen que la madre con muchos hijos sin tener quien se los cuide y múltiples oficios en el hogar, no consideren prioritario acudir al Control Prenatal.

En consideración a lo anterior se concluye que las causas principales de ABANDONO al Control Prenatal es por características propias de los servicios de salud, como Organización, condiciones de los servicios y estructuración de estos, lo que a su vez repercute en la calidad de la atención.



VIII.- CONCLUSIONES

- 1.- El mayor porcentaje de embarazadas que abandonaron el Control Prenatal son ADULTAS con ALTO RIESGO OBSTETRICO, condiciones socio-económicas bajas y condiciones Higiénico-Sanitarias adecuadas.
- 2.- La embarazada considera que la atención brindada es buena en un alto porcentaje; basándose en costo y tipo de atención, Sin embargo la capacidad técnica del personal es responsable de que muchas veces las madres abandonen el Control Prenatal por su propia voluntad.
- 3.- El mayor porcentaje de Servicios de Salud se clasificaron como malos ya que no poseen condiciones físicas ni equipos básicos necesarios para una atención adecuada en Control Prenatal, lo que incide en la calidad de la atención y en el abandono al Control Prenatal.
- 4.- La causa principal de los abandonos al Control Prenatal es por características propias de los Servicios de Salud, reflejado en la deficiente organización, poca vinculación con la comunidad y la alta rotación del personal asignado.

5.- El sistema de información que se maneja en los servicios de salud son deficientes, no cuentan con archivos completos aunque las normas refieren que la información debe estar disponibles por dos años. Los expedientes contaban con información incompleta, lo que dificultó el estudio de algunos abandonos.

IX.- RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar acciones de búsqueda en el terreno, que permitan captar de manera oportuna a todas las embarazadas que aun no han sido captadas por las unidades de salud y que en las unidades de salud se de una atención integral a las embarazadas que acudan al servicio por cualquier otra causa.

- 2.- Promover la educación permanente en dos vías
 - Recursos de los Servicios de Salud incluyendo a médicos, enfermeras y auxiliares que permitan mejorar la atención de la embarazada detectando de manera precoz y oportuna a las embarazadas de ALTO RIESGO OBSTETRICO y de esa manera impactar en la morbi-mortalidad Materno Infantil.

 - A las madres de manera que les motive cumplir no sólo con su primer control sino con todos los establecidos por las normas y éstas sean a su vez promotoras de la salud materno infantil en su comunidad.

- 3.- EL SILAIS debe fortalecer las actividades de Monitoreo y Evaluación periódica que permitan conocer las necesidades tanto de equipos materiales básicos necesarios, como de recursos humanos asignados para la

atención adecuada de la embarazada al Control Prenatal y cumplir con las normas del Ministerio de Salud en relación al Control Prenatal.

- 4.- Mejorar la organización de los servicios de salud, disminuir la alta rotación del personal en Control Prenatal (período mínimo de rotación de 2 años). Realizar más actividades en el terreno donde se coordine al personal de los servicios de salud con la comunidad.
- 5.- Mejorar el Sistema de Información de las unidades de salud basados en un registro completo, disponible, ordenado y que se mantenga en los Servicios por un período no menor de dos años. Que sirva como insumos para la toma de decisiones, Investigaciones y planteamientos de alternativas de solución.

X.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Botero V., Jaime; Jubis H., Alfonso, Henao, Obstetricia y Ginecología. Tomo I, 4ta. ed. (s.l), 1990 pp.75-76.
- 2.- Cerruti Basso, Stella. et.al. Sexualidad Humana. Aspectos para desarrollar docencia en Educación Sexual (s.p.i) pp.
- 3.- García, Ana Isabel. Propuesta de Marco Conceptual sobre Mujer Medio Ambiente en Centroamérica. Programa MASICA (s.l), 1992 p.96.
- 4.- Granada P., María Victoria; Vásquez T., Martha Lucía. La mujer y el proceso reproductivo (Atención Primaria en Salud) Washington D.C Organización Panamericana de la Salud, 1990 p.327.
- 5.- La Condición de Mujer y la Mortalidad Materna Cap. IV. pp.47-50. Dimensiones del problema Cap. III p. 31 En: Prevención de la Mortalidad Materna.
- 6.- Mortalidad Materna en las Américas. Boletín Epidemiológico de la OPS/OMS, Vol.14, (1). Washington D.C. Marzo 1993 16 p.

- 7.- Marco conceptual sobre mortalidad materna pp.3-12 En:
Nicaragua, Ministerio de Salud. Informe final.
Reunión sub-regional sobre prevención de la
mortalidad materna en Centroamérica y Panamá
5-8 septiembre de 1989. Managua, Nicaragua,
OPS/OMS, 1989. 26 (3) p.

- 8.- Nicaragua, Ministerio de Salud, Dirección Materno
Infantil. Normas de Atención en el embarazo,
parto y puerperio normal y de bajo riesgo.
Managua, MINSA. 2da. edd. 1988.

- 9.- Organización Panamericana de la Salud. Normas
terapéuticas en Ginecología Infanto Juvenil
pp.34-37. Washington. D.C OPS/OMS (Serie PALTEX
No.3).

- 10.- Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad en
América Latina. Washington, OPS/OMS, 1988. 16
p. (Colección Salud Materno Infantil).

- 11.- Organización Panamericana de la Salud. Manual para la
atención de la madre y el niño. Washington D.C
OPS/OMS, 1992. pp. (Serie PALTEX No. 3).

- 12.- Perinatología pp.316-319 En: Pérez Sánchez. Obstetri-
cia (s.p.i).

13.- Womens Living Conditions and Maternal Mortality in
Latin American. pp.56-63. Boletín of the Pan
American Health Organization, Vo. 27 (1), 1993.

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL PROGRAMA
CONTROL PRENATAL EN EMBARAZADAS CAPTADAS EN
EL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACION
SILAIS CENTRAL, MANAGUA

ENCUESTADOR: _____

ENCUESTA NUMERO: _____

UNIDAD: -----

I.-DATOS GENERALES:

1. NOMBRE _____

2. BARRIO _____

3. EDAD: _____

1) MENOR DE 18 ____ 2) DE 18-35 ____ 3) MAS DE 35 ____

4.-ESCOLARIDAD: _____

1) NO LEE _____ 2) LEE ---

3) PRIMA. INCOMP. _____ 4) PRIMARIA COMP. ---

5) SEC. INCOMPLETA _____ 6) SEC. COMPLETA _____

7) TECNICO _____ 8) PROFESIONAL _____

5.-ESTADO CIVIL: _____

1) SOLTERA SIN COMPAÑIA _____

2) SOLTERA ACOMPAÑADA _____ 3) CASADA ---

6.-RELIGION: _____

1) CATOLICA _____ 2) EVANGELICA _____

3) OTRAS _____

7.-UBICACION DE LA EMBARAZADA EN LA FAMILIA: _____

1) Jefa de familia --- 2) Esposa o Cra. ---

3) Hija de Familia.--- 4) Otro.---

II.- DATOS OBSTETRICOS:

1.- NUMERO DE EMBARAZO: _____

1) PRIMIGESTA _____ 2) BIGESTA _____

3) MULTIPARA _____.

2.- NUMERO DE HIJOS VIVOS: _____

1) SOLO 1 _____ 2) DE 2-4 _____ 3) MAS DE 5 _____

4) NINGUNO _____

3.- GRADO DE RIESGO OBSTETRICO : _____

1) ALTO _____ 2) BAJO _____

4.- NUMERO DE HIJOS QUE DEPENDEN DE LA MADRE Y QUE

VIVEN CON ELLA:

GRUPOS DE EDAD	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL
MENOR DE 1 AÑO	_____	_____	_____
DE 1 A 5 AÑOS	_____	_____	_____
DE 6 A 10 AÑOS	_____	_____	_____
MAS DE 10 AÑOS	_____	_____	_____

III.- DATOS SOCIOECONOMICOS:

1.-OCUPACION: _____

1) AMA DE CASA _____ 2) OBRERO _____ 3) TECNICO _____

4) PROFESIONAL _____ 5) OTROS _____

2.- INGRESO ECONOMICO FAMILIAR: _____

1) menos 250.00 ____ 2) 250.00-500.00 ____

3) 500.00-1000.00 ____ 4) mas 1000.00 ____

5) SIN RESPUESTA ____

3.- TENENCIA DE LA VIVIENDA: _____

1) PROPIA ____ 2) ALQUILADA: ____

3) CON FAMILIA: ____

4.- ESTRUCTURA DE LA VIVIENDA:

4.1-TECHO: _____

1) TEJAS: ____ 2) ZINC ____ 3) NICALIT ____

4) RIPIOS ____

4.2-PAREDES: _____

1) BLOQUES ____ 2) MINIFALDA ____

3) MADERA ____ 4) RIPIOS ____

4.3.-PISO: _____

1) LADRILLOS ____ 2) EMBALDOSADO ____

3) SUELO ____

5.- INDICE DE HACINAMIENTO: _____

1) NUMERO DE CUARTOS ____

2) NUMERO DE CUARTOS PARA DORMIR ____

3) NUMERO DE PERSONAS POR CUARTO ____

4) NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA ____

IV.- CONDICIONES HIGIENICO - SANITARIAS: _____

1.- TIPO DE ALUMBRADO:

- 1) ELECTRICO CON MEDIDOR: _____
- 2) ELECTRICO PEGADO A CABLES DE LA CALLE: _____
- 3) CANDIL: _____ 4) LAMPARA DE QUEROSENE: _____

2.- AGUA DE CONSUMO HUMANO: _____

- 1) TUBERIA INTRADOMICILIAR _____ 2) POZO DOMICILIAR: _____
- 3) PUESTO PUBLICO _____ 4) POZO PUBLICO _____ 5) OTRO: _____

3.- DISPOSICION DE BASURA:

- 1) QUEMADO _____ 2) RELLENO SANITARIO: _____
- 3) BASURERO CLANDESTINO _____

4.- DISPOSICION DE EXCRETAS: _____

- 1) INODORO _____ 2) POZO SEPTICO _____ 3) LETRINA _____
- 4) FECALISMO AL AIRE LIBRE: _____

V.- PERCEPCION DE LA MADRE SOBRE EL SERVICIO:

1.-QUE LE MOTIVO BUSCAR ATENCION EN EL SERVICIO DE SALUD?

- 1) Referencia de Amigas. ----
- 2) Referencia de Familiares. ----
- 3) Embarazo sin complicaciones. ----
- 4) OTRAS

2.- LA ATENCION QUE LE BRINDARON EN EL PROGRAMA: _____

- 1) Muy Buena. ---
- 2) Buena. -----
- 3) Regular.-----
- 4) Mala. -----

3.- DEJO DE ASISTIR PORQUE: _____

- 1) Crisis Familiar.-----
- 2) Crisis Laboral.-----
- 3) Capacidad Técnica del personal.-----
- 4) Está insatisfecha con la atención RX:
- 5) OTRO. _____

4.- LA EMBARAZADA ABANDONO EL PROGRAMA: _____

- 1) SI _____ 2) NO _____

5.- ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE SALUD: _____

1.1.-DISTANCIA DE SU CASA AL SERVICIO:

- 1) CERCA: <DE 500 MTS _____
- 2) MEDIANO: 500 A 1000 MTS _____
- 3) LEJOS: >DE 500 MTS _____.

1.2.-COSTO TOTAL POR ATENCION: _____

- 1) <20.00 _____ 2) 20-50.00 _____
- 3) >50.00 _____ 4) NADA _____.

2.- LA ATENCION QUE LE BRINDARON EN EL PROGRAMA: _____

- 1) Muy Buena. ---
- 2) Buena. -----
- 3) Regular.-----
- 4) Mala. -----

3.- DEJO DE ASISTIR PORQUE: _____

- 1) Crisis Familiar.-----
- 2) Crisis Laboral.-----
- 3) Capacidad Técnica del personal.-----
- 4) Está insatisfecha con la atención RX:
- 5) OTRO. ____

4.- LA EMBARAZADA ABANDONO EL PROGRAMA: _____

- 1) SI _____ 2) NO _____

5.- ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE SALUD: _____

1.1.-DISTANCIA DE SU CASA AL SERVICIO:

- 1) CERCA: <DE 500 MTS _____
- 2) MEDIANO: 500 A 1000 MTS _____
- 3) LEJOS: >DE 500 MTS _____.

1.2.-COSTO TOTAL POR ATENCION: _____

- 1) <20.00 _____ 2) 20-50.00 _____
- 3) >50.00 _____ 4) NADA _____.

FACTORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD ASOCIADOS AL
ABANDONO DEL PROGRAMA CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER
Y SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACION DEL SILAIS
CENTRAL DE MANAGUA

ENCUESTADOR: _____

ENCUESTA NUMERO: _____

UNIDAD: _____

SILAIS: _____

I.- VARIABLES EN RELACION AL SERVICIO DE SALUD

1.-PERSONAL ASIGNADO AL SERVICIO: _____

No.	CALIF.	SEXO	EDAD	ROTACION	EXP.EN PROG
1.					
2.					
3.					

2.- HORA QUE ABRE EL SERVICIO: ----

1) ANTES DE 8am ____ 2) DE 8-10 am ____

3) DESPUES DE 10am ____

3.- HORA QUE INICIA LA ATENCION: _____

1) ANTES DE 8am _____ 2) DE 8-10 am _____

3) DESPUES DE 10 am _____

4.- RUTA DEL PACIENTE:

5.- TIEMPO DE ESPERA: _____

1) MENOS DE 2 HRS _____ 2) DE 2 A 4 HRS _____

3) MAS DE 4HRS _____

6.- PROMEDIO DE PACIENTES ATENDIDOS POR DIA. _____

1) MENOS DE 10 _____ 2) DE 10 A 20 _____

3) MAS DE 20 _____

7.- PRESENCIA DE NORMAS EN SERVICIO: _____

1) SI _____ 2) NO _____

8.- PERSONAL CONOCE LAS NORMAS: _____

1) SI _____ 2) NO _____

9.- METAS _____

10.- CAPTACION _____

11.- EXISTE UNA SALA DE ESPERA: _____

1)SI____ 2)NO____

EQUIPOS BASICOS NECESARIOS PARA LA ATENCION:

EQUIPO

CANTIDAD

ESTADO

1. Balanza

2. Tallímetro

3. Fetoscopio

4. Estetoscopio

5. Cinta-Métrica

6. Esfignomanómetro

7. Termómetro

8. Cama

9. Ropa

10. Inodoro

11. Lavamanos

12. Cuarto de examen

FECHA DE ENCUESTA -----

FIRMA DEL ENCUESTADOR -----

ANEXO

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CARACTERISTICAS PERSONALES DE LA EMBARAZADA:

Rasgos socioculturales que definen su relación con los servicios de salud.

Edad: En años cumplidos.

Jóvenes: Menor de 18 años

Adultas: 19-35 años

Mayores: de 36 años

Estado Civil: Estado civil que tiene la persona en el momento de la entrevista.

Soltera sin compañía

Soltera acompañada

Casada

Religión: Religión que actualmente practica y pertenece.

Católica

Evangélica

Otras

Escolaridad: Nivel de instrucción alcanzado por la madre.

No lee

Lee

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Técnico

Profesional

Ubicación de la embarazada en la familia:

Responsabilidad de la embarazada en la familia

Jefa de familia

Hija de familia

Esposa o compañera

Otro

DATOS OBSTETRICOS:

Paridad: Número de embarazos con el actual

Primigesta

Bigesta

Multigesta

Abortos

Riesgo Obstétrico:

Alto: Cuando hay mas de dos factores de riesgo relacionados al embarazo cuya presencia puede significar una mayor repercusión en la salud de la madre, el feto o ambos.

Bajo: Cuando existen factores sociales, genéticos, biológicos, etc. solos o asociados que pueden ser significativos en la aparición de un daño, pero que no producen alteraciones al estado de salud de la madre, el feto o ambos, se refiere a menos de dos factores de riesgo.

Número de hijos vivos: Número de hijos vivos que tuvo la madre aunque no vivan con ella.

1 hijo

2 a 4 hijos

Más de 5 hijos

Ninguno

Número de hijos que dependen económicamente de la madre
y que viven con ella.

Menor de 1 año

De 1 a 5 años

De 6 a 10 años

Más de 10 años

DATOS SOCIO ECONOMICOS:

Ocupación: Actividad laboral que realiza la
embarazada.

Ama de casa

Obrero

Técnico

Profesional

Otros

Ingreso económico familiar: Cantidad de ingreso en
córdobas por familia estimada por tipo de actividad
económica por mes.

Menos de 250 córdobas

250 a 500 córdobas

500 a 1000 córdobas

Más de 1000 córdobas

Sin respuestas

Tenencia de la vivienda: Grado de propiedad que tiene la embarazada sobre la vivienda en que vive.

Propia

Alquilada

Con familia

Estructura de la vivienda: Materiales de construcción que tiene la casa donde vive la embarazada.

Techo:

Tejas

Zinc

Nicalit

Rípios: Cuando se hace uso de bolsas plásticas, cartón, latas, sacos etc.

Paredes:

Bloques

Minifaldas

Madera

Rípios

Piso:

Ladrillos

Embaldosado

Suelo

Índice de Hacinamiento: Cuando haya más de cuatro personas por cuarto y que los cuartos midan menos de 4 metros cuadrados.

Número de cuartos: Número de cuartos en que está dividida la casa.

De 1 a 2 cuartos

de 3 a 4 cuartos

Más de 4 cuartos

Número de cuartos para dormir: Numero de cuartos de la casa que se utilicen sólo para dormir.

De 1 a 2 cuartos

De 3 a 4 cuartos

Más de 4 cuartos

Número de personas por cuarto: El número de personas que duermen juntos en un cuarto.

DE 1 a 2 personas

De 3 a 4 personas

Más de 4 personas

Número de personas que viven en la casa: El número de personas que tienen permanencia habitual, ya sea niño o adulto.

De 1 a 2 personas

De 3 a 5 personas

Más de 6 personas

CONDICIONES HIGIENICO SANITARIAS: Condiciones Higiénicas en que vive la madre que pueda afectar su salud.

Tipo de alumbrado: De donde obtienen el alumbrado.

Eléctrico con medidor

Eléctrico pegado a cables de la calle

Lámpara de queroseno

Candil

Agua de consumo Humano: De donde obtienen el agua que utilizan para el consumo domiciliar.

Tubería intradomiciliar

Pozo domiciliar

Puesto público

Pozo público

Otros

Disposición de basura: Que hacen con la basura que se produce en el hogar.

Quemado

Relleno sanitario

Basurero clandestino

Disposición de excretas: Disposición de las aguas servidas

Inodoros

Pozo séptico

Letrina

Fecalismo al aire libre

Tipo de vivienda: Tomando en cuenta la estructura de las viviendas, índice de hacinamiento y condiciones higiénico-sanitarias se clasifican en:

Buenas: Las casas con material de construcción determinados para viviendas, sin hacinamiento y con buenas condiciones higiénico sanitarias.

Regular: Casas con materiales de construcción determinados para viviendas con hacinamiento y con servicios básicos incompletos.

Malo: Casas con materiales de construcción no adecuados para viviendas y malas condiciones higiénico-sanitarias.

PERCEPCION DE LA EMBARAZADA: Opinión de la madre en relación a los servicios de salud.

Motivo para buscar la consulta: Las motivaciones que tuvo la madre para buscar consulta en el control prenatal.

Referencia de amigas

Referencia de familiares

Embarazo sin complicaciones

Otras

Atención brindada en el programa: Como le pareció a la embarazada la atención que le brindaron en el servicio de control prenatal.

Muy buena: Cuando la embarazada refiere haber sido bien tratada y recibió explicación de las medidas a seguir y tiene confianza en el personal de salud.

Buena: Cuando la paciente refiere haber sido bien tratada y reciben algunas explicaciones de las medidas a seguir por el personal de salud

Regular: La paciente expresa que no fue bien tratada y recibió algunas explicaciones por la atención recibida.

Mala: La embarazada manifiesta que fue muy mal atendida.

Por que dejó de asistir: Cual fue la causa que la obligó
a no continuar asistiendo a su control prenatal.

crisis familiar

Crisis laboral

Capacidad técnica del personal

Insatisfecha con la atención recibida

Otros

La embarazada abandonó el programa: Si ella considera como
abandono su no asistencia al control prenatal.

Si

No

Accesibilidad al servicio de salud: Que distancia hay de su
casa al servicio de salud que le corresponde.

Cerca menos de 500 mts

Mediano de 500 a 1000 mts

Lejos más de 1000 mts

Costo total por atención: Cuanto pagó en total por la
última consulta que tuvo incluyendo admisión y exámenes de
laboratorio.

Menos de 20.00 córdobas

De 20.00 a 50.00 córdobas

Más de 50.00 córdobas

Nada

CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

Personal asignado al servicio: Características del personal que labora en el control prenatal.

Calificación: Que perfil tiene el personal que está en Control Prenatal

Médico general o médico en servicio social

Médico Ginecólogo

Auxiliar de enfermería

Enfermera

Sexo: Sexo del personal asignado al Control Prenatal en los Servicios de Salud.

Femenino

Masculino

Edad: Edad de los recursos asignados al Control Prenatal.

De 20 a 25 años

De 25 a 30 años

De 30 a 35 años

Más de 40 años

Rotación: Tiempo que tiene el personal de laborar en el programa en el momento de la entrevista.

Menos de 6 meses

De 6 a 12 meses

Mas de 12 meses

Experiencia en el programa: Que experiencia tiene cada uno de los recursos de trabajar en Control Prenatal.

Menos de 6 meses

De 6 a 12 meses

Mas de 12 meses

Hora en que abre el servicio : Hora en que abren las puertas del servicio Control Prenatal.

Antes de 8:00 am

De 8:00 a 10:00 am

Después de 10:00 am

Hora en que inicia la atención: Hora en que se inicia la atención en el servicio de Control Prenatal.

Antes de 8:00 am

De 8:00 a 10:00 am

Después de 10:00 am

Flujo del paciente: Ruta que sigue la madre desde que ingresa al servicio de salud hasta ser atendida.

Admisión

Sala de espera

Laboratorio

Consulta

Tiempo de espera: Tiempo que la embarazada tarda en ser atendida en el control prenatal.

Menos de 2:00 hrs

De 2:00 a 4:00 hrs

Más de 4:00 hrs

Promedio de pacientes atendidos por días: Número de controles prenatales que se realizan en un día en cada servicio de salud.

Menos de 10 pacientes

De 10 a 20 pacientes

Más de 20 pacientes

Presencia de normas en el servicio: Existencia de normas de Control Prenatal en los servicios de Control Prenatal.

Si

No

Conocimiento de las normas por el personal: El personal ha leído las normas de control prenatal.

Si

No

Metas: Cual fue la meta de control prenatal para el año 1992.

Captación: Controles Prenatales captados en el año 1992.

Existe una sala de espera: Existe una sala de espera para las embarazadas que pasan en control prenatal.

Si

No

Equipos básicos necesarios para la atención: Equipos que se utilizan para la consulta de control prenatal.

Balanza:

Cantidad:

no hay

de 1 a 2

más de 2

Estado:

Bueno: Equipo que está completo y funcionando.

Regular: Equipo que está incompleto y está funcionando.

Malo: Equipo que no funciona.

Tallímetro:

Cantidad:

no hay

de 1 a 2

más de 2

Estado:

bueno

regular

malo

Fetoscopio:

Cantidad:

no hay

de 1 a 2

más de 2

Estado:

bueno

regular

malo

Estestoscopio:

Cantidad:

no hay

de 1 a 2

más de 2

Estado:

Bueno

regular

malo

Cinta-Métrica:

Cantidad:

no hay

de 1 a 2

más de 2

Estado:

bueno

regular

malo

Esfingomanómetro:

cantidad:

no hay

de 1 a 2

más de 2

Estado:

bueno

regular

malo

Termómetro:

Cantidad:

no hay

de 1 a 2

más de 2

Estado:

bueno

regular

malo

Cama:

Cantidad:

no hay

de 1 a 2

más de 2

Estado:

bueno

regular

malo

Ropa:

Cantidad:

no hay

de 1 a 2

más de 2

Estado:

Bueno

Regular

Malo

Lavamanos:

Cantidad:

no hay

de 1 a 2

más de 2

Estado:

bueno

regular

malo

Calidad de los Servicios de Salud: Características de estructura y funcionamiento de cada uno de los servicios de salud que determinan la calidad de atención que brindan.

Centros de Salud: Del SILAIS CENTRAL estudiados

Bueno: Se consideró como buenos aquellos Centros que tienen los recursos humanos necesarios y todas las condiciones estructurales y recursos materiales según las normas establecidas.

Regular: Se consideró como regular aquellos Centros que tienen recursos humanos necesarios, algunas condiciones estructurales y algunos recursos materiales para la atención de la embarazada.

Malo: Se consideró como malos a aquellos Centros de Salud que no cuentan con los recursos humanos necesarios ni las condiciones estructurales y materiales no adecuadas para el control del embarazo.

Puestos de Salud: Puestos del SILAIS CENTRAL estudiados

Bueno

Regular

Malo

CUADRO N° 1

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL POR DISTRITO DEL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

DISTRITO	No	PORCENTAJE
DISTRITO V	65	49
DISTRITO IV	45	34
TICUANTEPE	22	17
TOTAL	132	100

FUENTE: ARCHIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CUADRO N° 2

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL POR SERVICIOS DE SALUD EN EL SILAIS CENTRAL. MANAGUA; NICARAGUA

SERVICIOS DE SALUD	No	PORCENTAJE
PUESTOS DE SALUD	80	61
CENTROS DE SALUD	52	39
TOTAL	132	100

FUENTE: ARCHIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CUADRO N° 3

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS
AL CONTROL PRENATAL POR CENTROS DE SALUD
DEL SILAIS CENTRAL. MANAGUA; NICARAGUA 1992

CENTROS DE SALUD	No	PORCENTAJE
TICUANTEPE	22	42
CARLOS RUGAMA	17	33
PEDRO ALTAMIRANO	13	25
FRANCISCO BUITRAGO	-	-
TOTAL	132	100

FUENTE: ARCHIVO DE LOS SERVICIO DE SALUD

CUADRO N° 4

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL
CONTROL PRENATAL POR PUESTOS DE SALUD DEL SILAIS CENTRAL
MANAGUA; NICARAGUA 1992.

PUESTOS DE SALUD	No	PORCENTAJE
MARTIRES DE JULIO	39	49
STA. MARIA DE LOS ANGELES	15	19
ESQUIPULAS	13	16
ANGEL VALENTIN BARRIOS	7	9
ROBERTO CLEMENTE	6	7
TOTAL	132	100

FUENTE: ARCHIVO DE LOS SERVICIOS
DE SALUD

CUADRO N° 5

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL POR LUGAR DE PROCEDENCIA DEL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

LUGAR DE PROCEDENCIA	No	PORCENTAJE
BARRIOS	100	76
ASENTAMIENTOS	25	19
RESIDENCIALES	7	5
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 6

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL POR GRUPOS DE EDAD DEL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992

EDAD	No	PORCENTAJE
ADULTAS	107	81
JOVENES	19	14
MAYORES	6	5
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 7

FRECUENCIAS Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL
CONTROL PRENATAL SEGUN ESCOLARIDAD DE LAS MADRES
SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

ESCOLARIDAD	No	PORCENTAJE
SECUNDARIA INCOMPLETA	51	39
PRIMARIA INCOMPLETA	30	23
PRIMARIA COMPLETA	26	20
SECUNDARIA COMPLETA	15	11
NO LEE	6	5
LEE	3	2
TECNICO	1	0
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 8

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL CONTROL
PRENATAL SEGUN ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DEL SILAIS
CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

ESTADO CIVIL	No	PORCENTAJE
CASADA	51	39
SOLTERA ACOMPAÑADA	51	39
SOLTERA SIN COMPAÑIA	30	22
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 9

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL CONTROL
PRENATAL SEGUN RELIGION EN EL SILAIS CENTRAL
MANAGUA; NICARAGUA 1992.

RELIGION	No	PORCENTAJE
CATOLICAS	87	66
OTRAS	23	17
EVANGELICA	22	17
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 10

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN UBICACION DE LA EMBARAZADA EN LA FAMILIA EN EL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

UBICACION DE LA EMBARAZADA EN LA FAMILIA	No	PORCENTAJE
ESPOSA O COMPAÑERA	66	50
HIJA DE FAMILIA	37	28
JEFA DE FAMILIA	26	20
OTRO	3	2
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 11

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN NUMERO DE EMBARAZOS EN EL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

NUMERO DE EMBARAZOS	No	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	54	41
MULTIPARA	42	32
BIGESTA	36	27
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 12

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS EN EL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

NO DE HIJOS VIVOS	No	PORCENT
DE 2 A 4 HIJOS	65	49
SOLO 1 HIJO	45	34
NINGUN HIJO	13	10
MAS DE 5 HIJOS	9	7
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 13

FRECUENCIAS Y PORCENTAJE DE ABANDONO AL CONTROL PRENATAL SEGUN RIESGO OBSTETRICO EN EL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

RIESGO OBSTETRICO	No	PORCENTAJE
ALTO	81	62
BAJO	51	38
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 14

FRECUENCIAS Y PORCENTAJE DE ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN MOTIVOS DE LA ATENCION DEL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

MOTIVO DE ATENCION	No	PORCENTAJE
EMBARAZO SIN COMPLICACIONES	49	37
REFERENCIA DE FAMILIARES	37	28
OTRAS	26	20
REFERENCIA DE AMIGAS	20	15
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 15

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN CAUSAS DEL PORQUE DEJARON DE ASISTIR. SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

PORQUE DEJO DE ASISTIR	No	PORCENTAJE
OTRA	53	40
INCAPAC. TECNICA PERSONAL	35	27
CRISIS FAMILIAR	27	20
CRISIS LABORAL	17	13
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 16

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL
 POR OTRAS CAUSAS EN EL SILAIS CENTRAL MANAGUA;
 NICARAGUA 1992

OTRAS CAUSAS DE INASISTENCIA	No.	PORCENTAJE
TRASLADOS AL HBCR	16	30
CAMBIO DE DOMICILIO	11	21
ABORTO	9	17
NO REFIEREN NADA	9	17
CLINICA PRIVADA	8	15
TOTAL	53	100

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 17

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ABANDONOS AL CONTROL
 PRENATAL SEGUN TIPO DE ATENCION BRINDADA A LAS
 MADRES DEL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

ATENCION BRINDADA	No	PORCENTAJE
BUENA	62	47
MALA	41	31
REGULAR	19	14
MUY BUENA	10	8
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 18

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL
SEGUN DISTANCIA DE SU CASA AL SERVICIO DE SALUD
DEL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992

DIST. CASA - SERV. SALUD	No	PORCENTAJE
MEDIANO	64	48
LEJOS	38	29
CERCA	30	23
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 19

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL
SEGUN COSTO TOTAL DE LA ATENCION EN LOS SERVICIOS DE
SALUD DEL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992

COSTO POR ATENCION (CORDOBAS)	No	PORCENTAJE
NADA	95	72
MENOS DE 20	33	24
DE 20 A 50	2	2
MAS DE 50	2	2
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 20

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN OCUPACION DE LA MADRE EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992

OCUPACION	No	PORCENTAJE
AMA DE CASA	81	61
OTRO	18	14
TECNICO	17	13
OBRERO	15	11
PROFESIONAL	1	1
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 21

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ABANDONO AL CONTROL PRENATAL SEGUN INGRESO ECONOMICO FAMILIAR DE LAS MADRES EN EL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR POR MES (CORDOBAS)	No	PORCENTAJE
DE 250 A 500	53	40
DE 500 A 1000	30	23
SIN RESPUESTAS	25	19
MENOS DE 250	21	16
MAS DE 1000	3	2
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 22

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL
SEGUN LA TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LAS MADRES DEL
SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992

TENENCIA DE LA VIVIENDA	No	PORCENTAJE
CON FAMILIA	59	45
PROPIA	58	44
ALQUILADA	15	11
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 23

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ABANDONOS AL
CONTROL PRENATAL SEGUN TIPO DE VIVIENDA DE
LAS MADRES EN EL SILAIS CENTRAL MANAGUA;
NICARAGUA 1992.

VIVIENDAS	No	PORCENTAJE
BUENA	112	85
REGULAR	18	14
MALA	2	1
TOTAL	132	100

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 24

ABANDONO AL CONTROL PRENATAL SEGUN EDAD Y
RIESGO OBSTETRICO EN LOS SERVICIOS DEL SILAIS
CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992

EDAD	RIESGO OBSTETRICO				TOTAL
	ALTO		BAJO		
	No	%	No	%	
ADULTAS	59	55	48	45	107
JOVENES	16	84	3	16	19
MAYORES	6	100	0	0	6
TOTAL	81		51		132

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 25

ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN EDAD Y
NUMERO DE HIJOS VIVOS EN EL SILAIS CENTRAL
MANAGUA; NICARAGUA 1992

HIJOS VIVOS	EDAD						TOTAL
	ADULTAS		JOVENES		MAYORES		
	No	%	No	%	No	%	
DE 2 A 4	62	58	1	5	2	33	65
SOLO 1	34	32	11	58	0	0	45
NINGUNO	6	6	7	37	0	0	13
MAS DE 5	5	4	0	0	4	67	9
TOTAL	107	100	19	100	6	100	132

FUENTE: ENCUESTAS



CUADRO N° 26

ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN EDAD
Y NUMERO DE EMBARAZOS EN LAS EMBARAZADA
DEL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992

EDAD	NUMERO DE EMBARAZO						TOTAL
	BIGESTA		MULTIPARA		PRIMIGESTA		
	No	%	No	%	No	%	
ADULTAS	35	97	36	86	36	67	107
JOVENES	1	3	0	0	18	33	19
MADURAS	0	0	6	14	0	0	6
TOTAL	36	100	42	100	54	100	132

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 27

ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN MOTIVO DE ATENCION
Y EDAD DE LAS MADRES EN EL SILAIS CENTRAL
MANAGUA, NICARAGUA 1992

MOTIVO DE ATENCION	EDAD						TOTAL
	ADULTAS		JOVENES		MAYORES		
	No	%	No	%	No	%	
EMBARAZO SIN COMPLICACION	42	39	3	16	4	67	49
REFERENCIA FAMILIAR	26	24	11	58	0	0	37
OTRAS	22	21	2	11	2	33	26
REFERENCIA AMIGAS	17	16	3	16	0	0	20
TOTAL	107	100	19	100	6	100	132

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 28

ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN OCUPACION Y RIESGO
OBSTETRICO DE LAS EMBARAZADAS EN EL SILAIS CENTRAL
MANAGUA; NICARAGUA 1992.

OCUPACION	RIESGO OBSTETRICO				TOTAL
	ALTO		BAJO		
	No	%	No	%	
AMA DE CASA	45	56	36	70	81
OTRO	14	17	4	8	18
TECNICO	11	14	6	12	17
OBRERO	10	12	5	10	15
PROFESIONAL	1	1	0	0	1
TOTAL	81	100	51	100	132

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 29

ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN ESCOLARIDAD Y RIESGO OBSTETRICO DE LAS MADRES DEL SILAIS CENTRAL EN MANAGUA NICARAGUA 1992.

ESCOLARIDAD	RIESGO OBSTETRICO				TOTAL
	ALTO		BAJO		
	No	%	No	%	
SECUND. INCOMPLETA	26	32	25	49	51
PRIMAR. INCOMPLETA	20	25	10	20	30
PRIMAR. COMPLETA	15	19	11	22	26
SECUND. COMPLETA	12	15	3	5	15
NO LEE	5	6	1	2	6
LEE	2	2	1	2	3
TECNICO	1	1	0	0	1
ALTO	81	100	51	100	132

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO No 30

ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN CAUSA DE
 INASISTENCIA Y RIESGO OBSTETRICO DE LAS EMBARAZADAS
 DEL SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

PORQUE DEJO DE ASISTIR	RIESGO OBSTETRICO				TOTAL
	ALTO		BAJO		
	No	%	No	%	
OTRA	36	44	17	33	53
CAPAC. TACNICA	15	19	1	2	16
INSAT. CON ATENCION	12	15	7	14	19
CRISIS LABORAL	9	11	8	16	17
CRISIS FAMILIAR	9	11	18	35	27
TOTAL	81	100	51	100	132

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 31

ABANDONOS AL CONTROL PRENATAL SEGUN DISTANCIA DE SU CASA CON EL SERVICIO DE SALUD Y GRADO DE RIESGO OBSTETRICO DE LAS EMBARAZADAS - SILAIS CENTRAL MANAGUA; NICARAGUA 1992.

RIESGO OBSTETRICO	DISTANC. CASA - SERV.SALUD						TOTAL
	CERCA		LEJOS		MEDIANO		
	No	%	No	%	No	%	
ALTO	18	60	18	47	45	70	81
BAJO	12	40	20	53	19	30	51
TOTAL	30	100	38	100	64	100	132

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 32

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL TIPO DE RUTA QUE SIGUE LA MADRE EN LOS SERVICIOS DE SALUD ESTUDIADOS PARA SU ATENCION EN EL SILAIS CENTRAL. MANAGUA; NICARAGUA 1992.

RUTA DEL PACIENTE	No	PORCENTAJE
CLX - ESTADIS - CLX	1	13
ESTADIS - SALA DE ESP - CLX	6	74
SALA DE ESP - CLX	1	13
TOTAL	8	100

FUENTE: PRIMARIA

CUADRO N° 33

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA HORA EN QUE INICIA LA ATENCION EN LOS SERVICIOS DE SALUD ESTUDIADOS DEL SILAIS CENTRAL. MANAGUA; NICARAGUA 1992.

HORA QUE INICIA LA ATENCION	No	PORCENTAJE
DE 8:00 - 10:00 AM	7	88
ANTES DE LAS 8:00 AM	1	12
TOTAL	8	100

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 34

FRECUENCIA Y PORCENTAJES DEL TIEMPO QUE ESPERA LA MADRE PARA SER ATENDIDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD ESTUDIADOS DEL SILAIS CENTRAL. MANAGUA; NICARAGUA 1992.

TIEMPO DE ESPERA	No	PORCENTAJE
DE 2 A 4 HRS	1	13
MENOS DE 2 HRS	7	87
TOTAL	8	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 35

FRECUENCIA Y PORCENTAJES DEL PROMEDIO DE PACIENTES ATENDIDOS POR DIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD ESTUDIADOS DEL SILAIS CENTRAL. MANAGUA; NICARAGUA 1992.

PROMEDIO PACIENTES POR DIA	No	PORCENTAJE
DE 10 A 20 PACIENTES	6	75
MENOS DE 10 PACIENTES	2	25
TOTAL	8	100

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 36

FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE SERVICIOS DE SALUD SEGUN CONOCIMIENTOS DE NORMAS DEL CONTROL PRENATAL POR EL PERSONAL. SILAIS CENTRAL MANAGUA NICARAGUA 1992.

CONOCEN NORMAS	No	PORCENTAJE
SI LAS CONOCEN	7	88
NO LAS CONOCEN	1	12
TOTAL	8	100

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO N° 37

FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE SERVICIOS DE SALUD
SEGUN SALA DE ESPERA PARA EL CONTROL PRENATAL.
SILAIS CENTRAL - MANAGUA; NICARAGUA 1992.

SALA DE ESPERA	No	PORCENTAJE
SI EXISTE	7	88
NO EXISTE	1	12
TOTAL	8	100

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 38

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA CALIDAD DE LOS
CENTROS DE SALUD ESTUDIADOS EN EL SILAIS CENTRAL
MANAGUA; NICARAGUA 1992.

CALIDAD - CENTROS DE SALUD	No	PORCENTAJE
BUENO	1	33
MALO	2	67
TOTAL	3	100

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO No 39

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA CALIDAD DE LOS
PUESTOS DE SALUD ESTUDIADOS EN EL SILAIS
CENTRAL - MANAGUA, NICARAGUA 1992.**

PUESTOS DE SALUD	No	PORCENT
BUENOS	2	40
MALOS	3	60
TOTAL	5	100

FUENTE: ENCUESTA

GRAFICO No 1

PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL POR DISTRITOS SILAIS CENTRAL. MANAGUA 1992

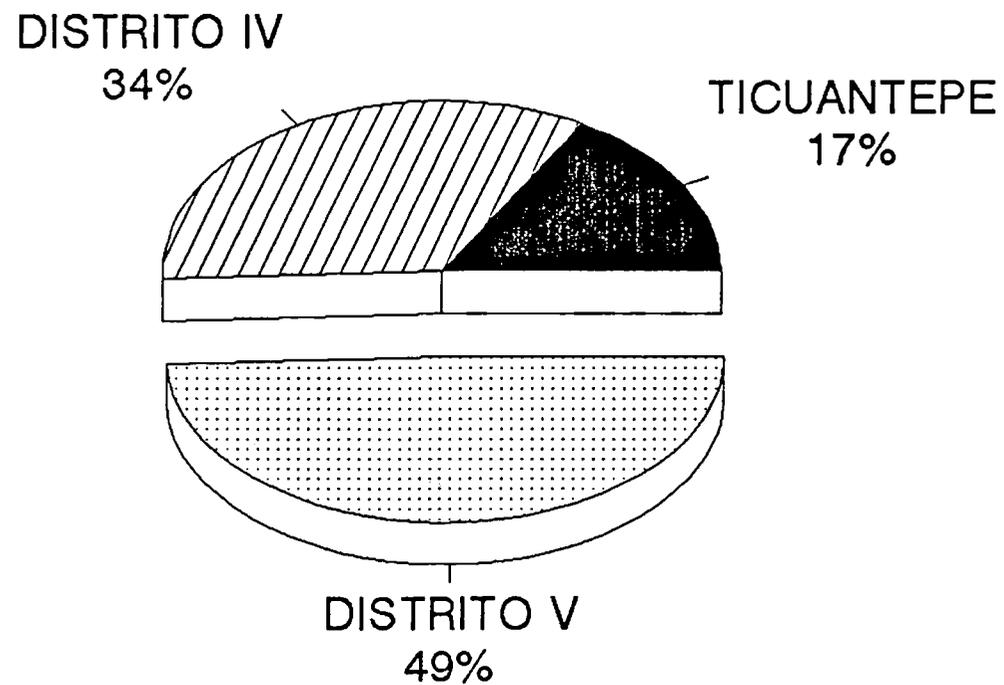
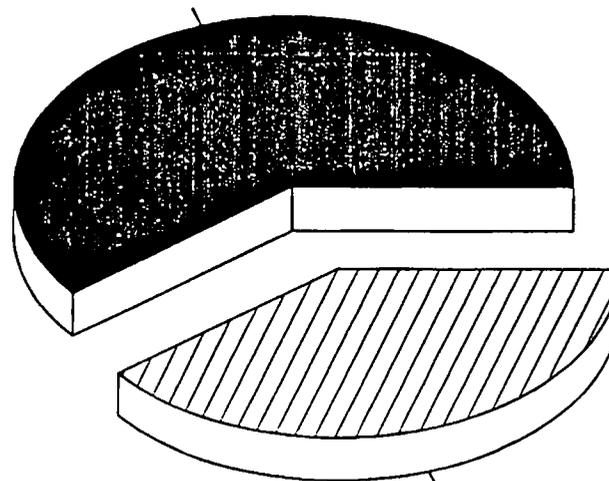


GRAFICO No 2

PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL POR SERVICIOS DE SALUD SILAIS CENTRAL MANAGUA 1992

PUESTOS DE SALUD
61%



CENTROS DE SALUD
39%

GRAFICO No 3
PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL POR
CENTROS DE SALUD SILAIS CENTRAL MANAGUA 1992

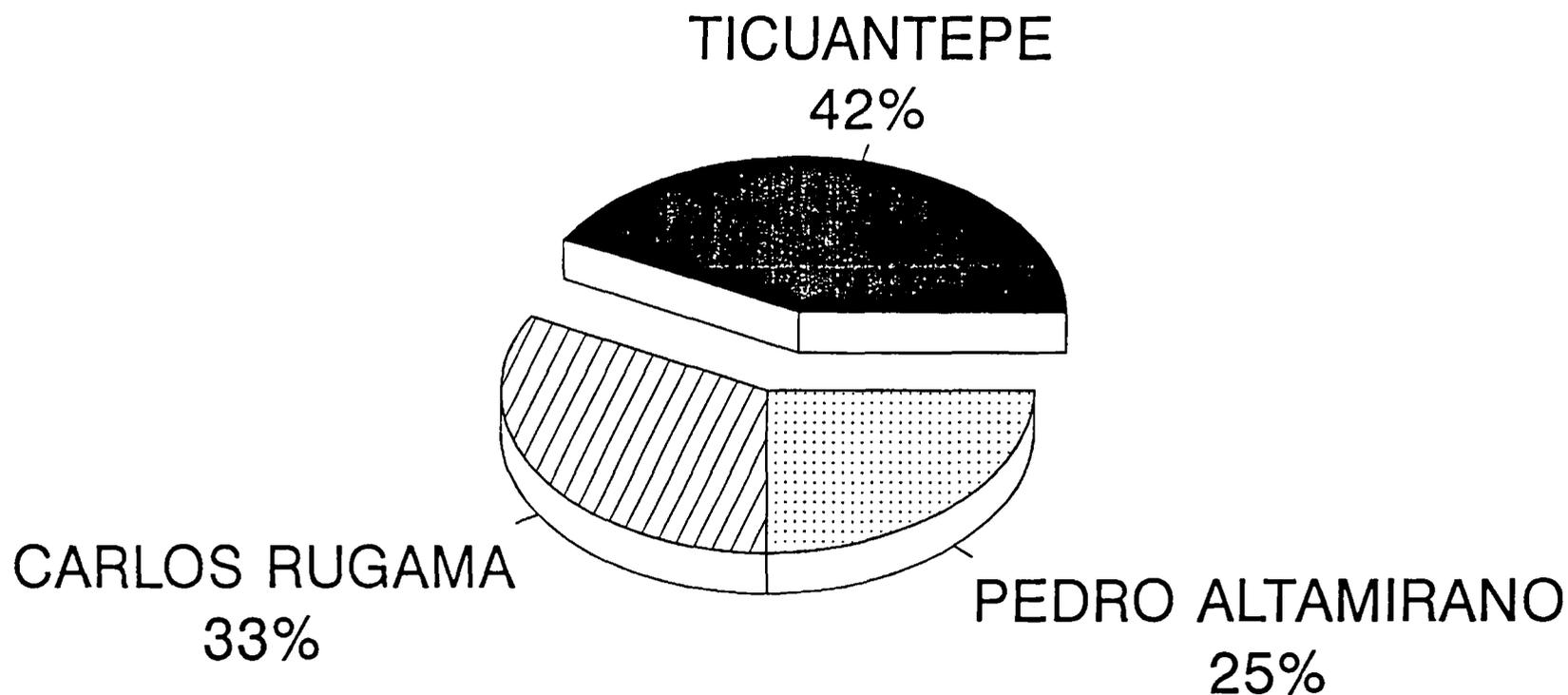


GRAFICO No 4

PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL POR PUESTOS DE SALUD SILAIS CENTRAL MANAGUA 1992

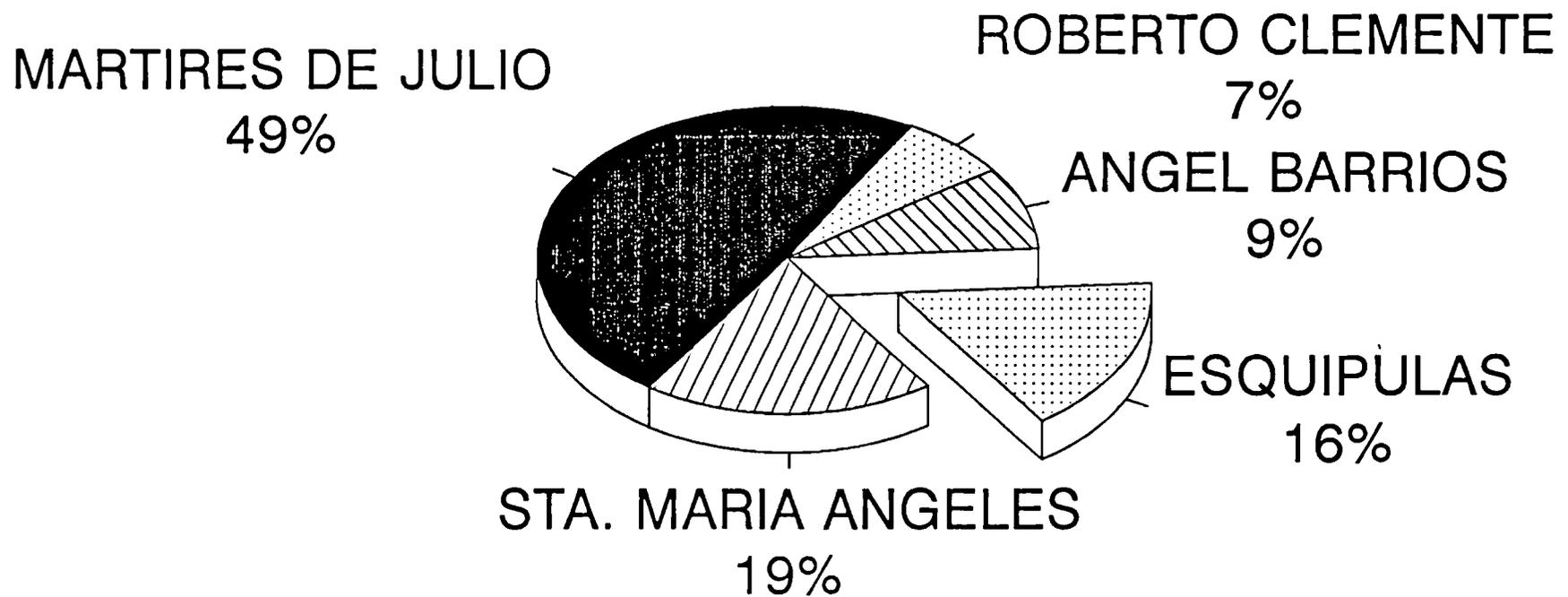


GRAFICO No 6

PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL POR GRUPOS DE EDAD SILAIS CENTRAL. MANAGUA 1992

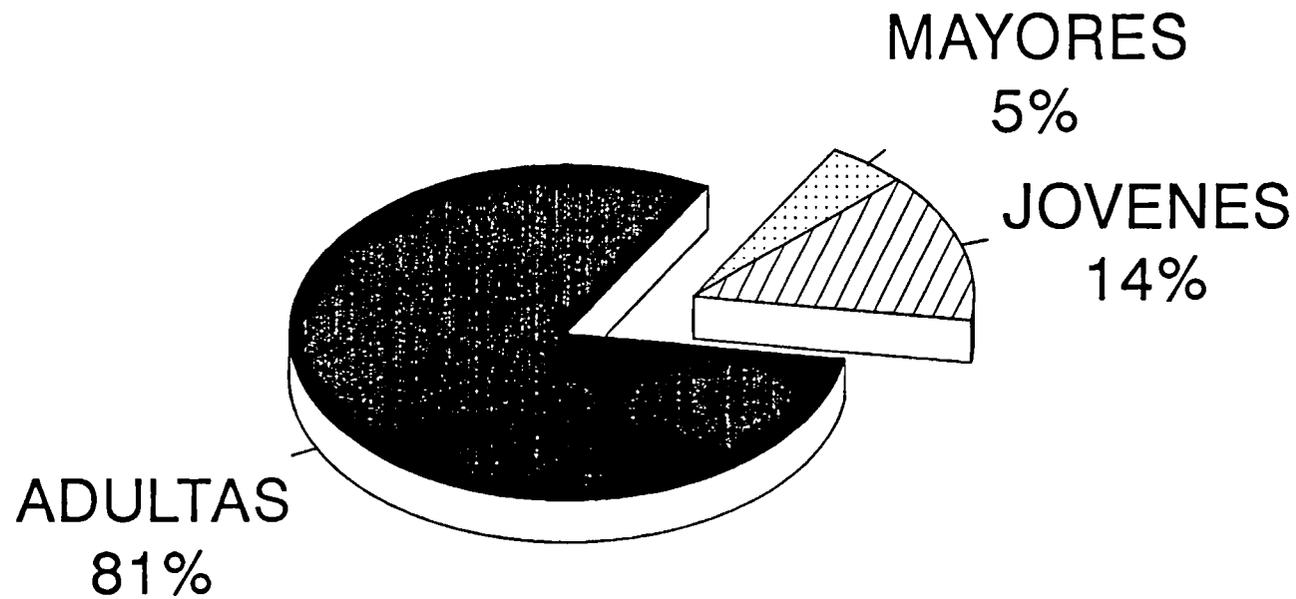


GRAFICO No 7
PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL SEGUN
RIESGO OBSTETRICO. SILAIS CENTRAL. MANAGUA 1992

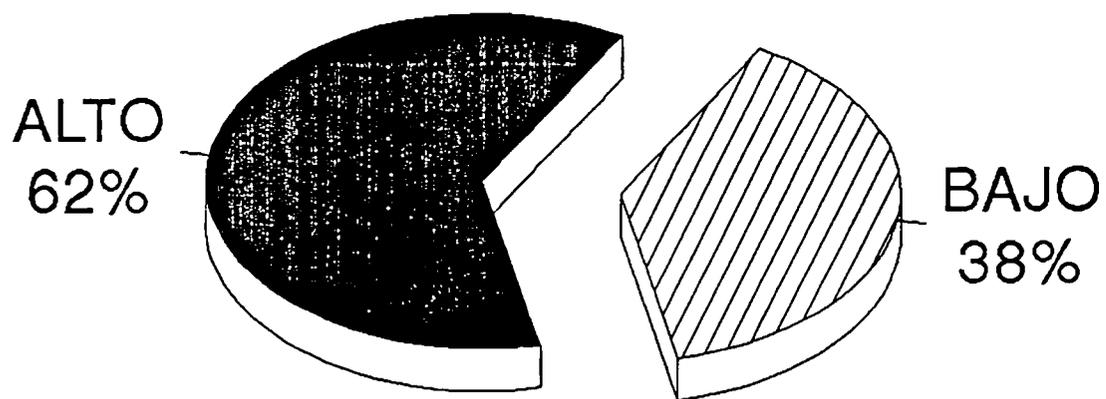


GRAFICO No 8

PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL SEGUN PORQUE DEJO DE ASISTIR A LA ATENCION. SILAIS CENTRAL MANAGUA 1992

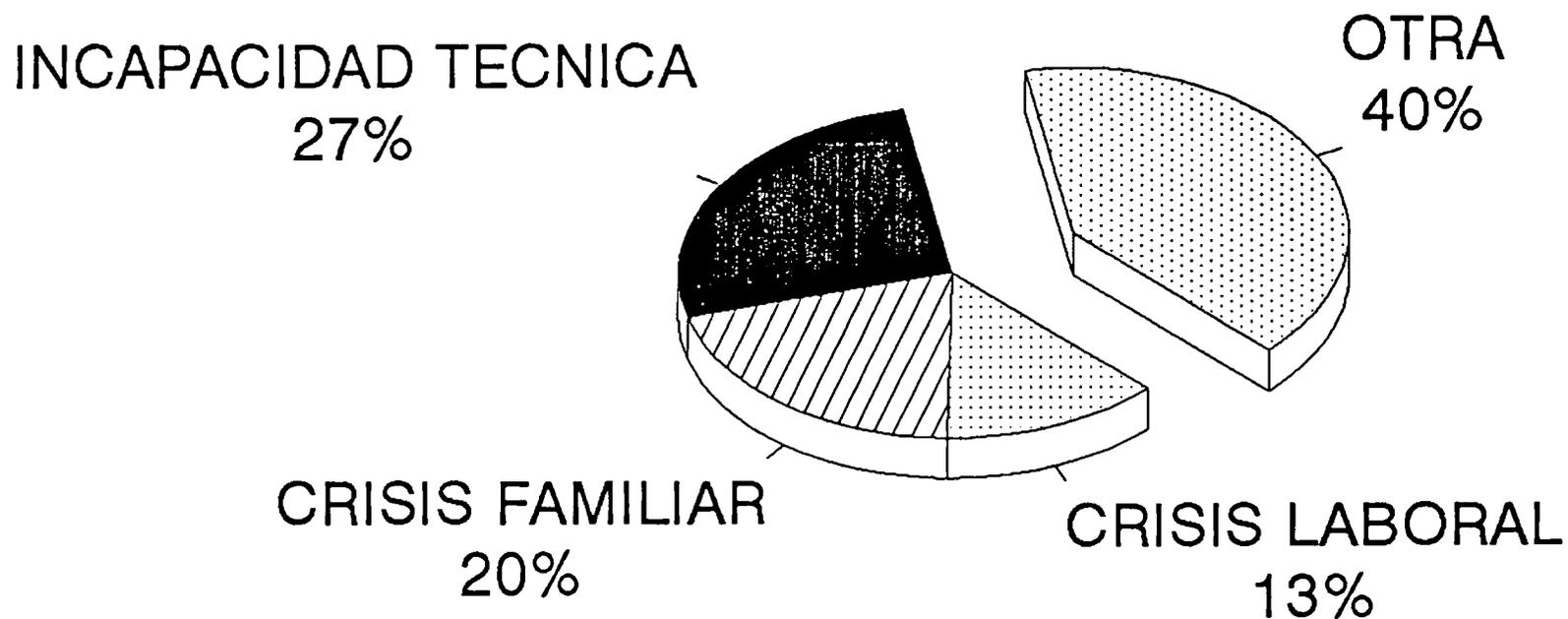


GRAFICO No 9

PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL SEGUN OTRAS CAUSAS DE INASISTENCIA. SILAIS CENTRAL MANAGUA 1992

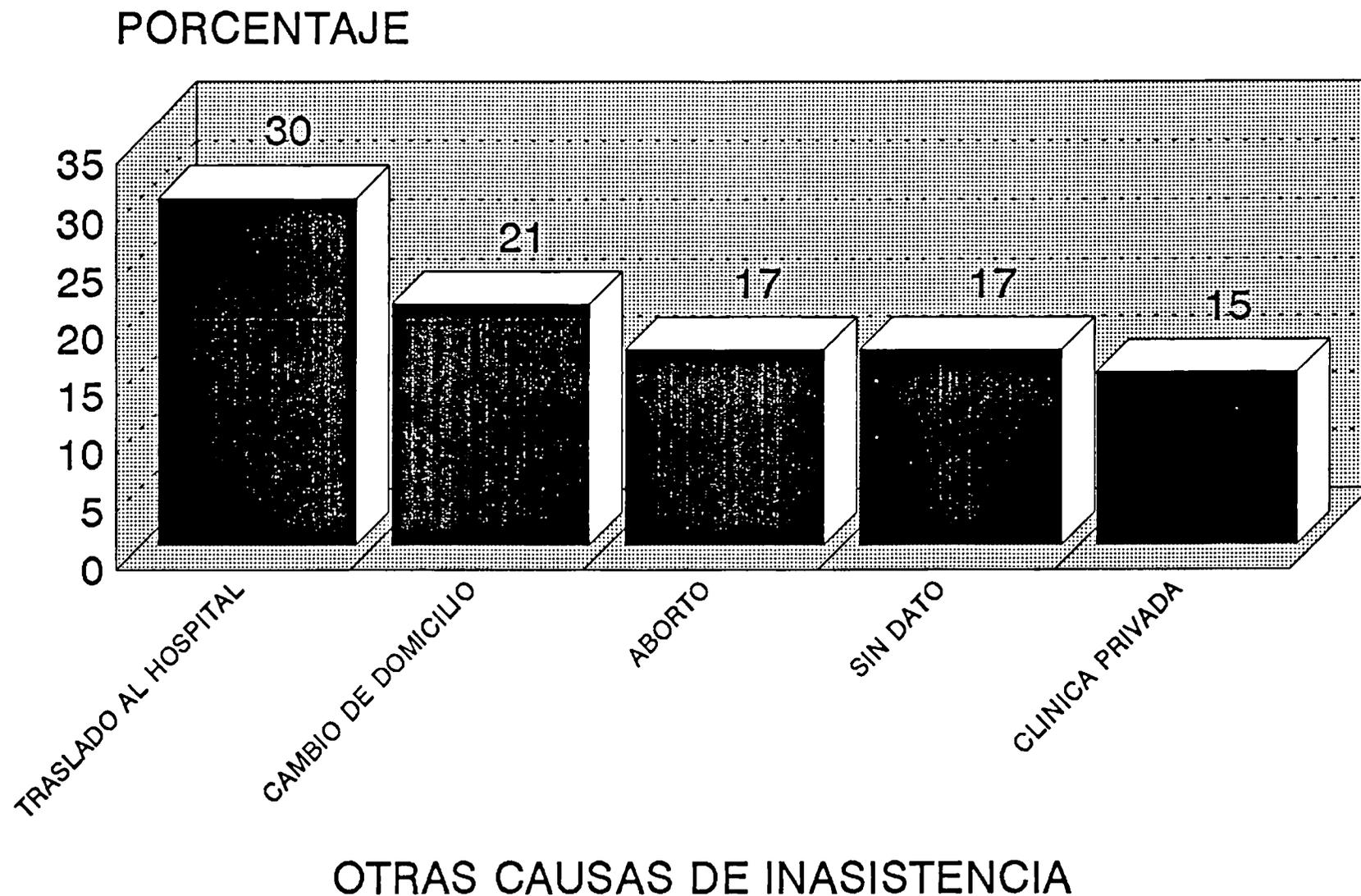
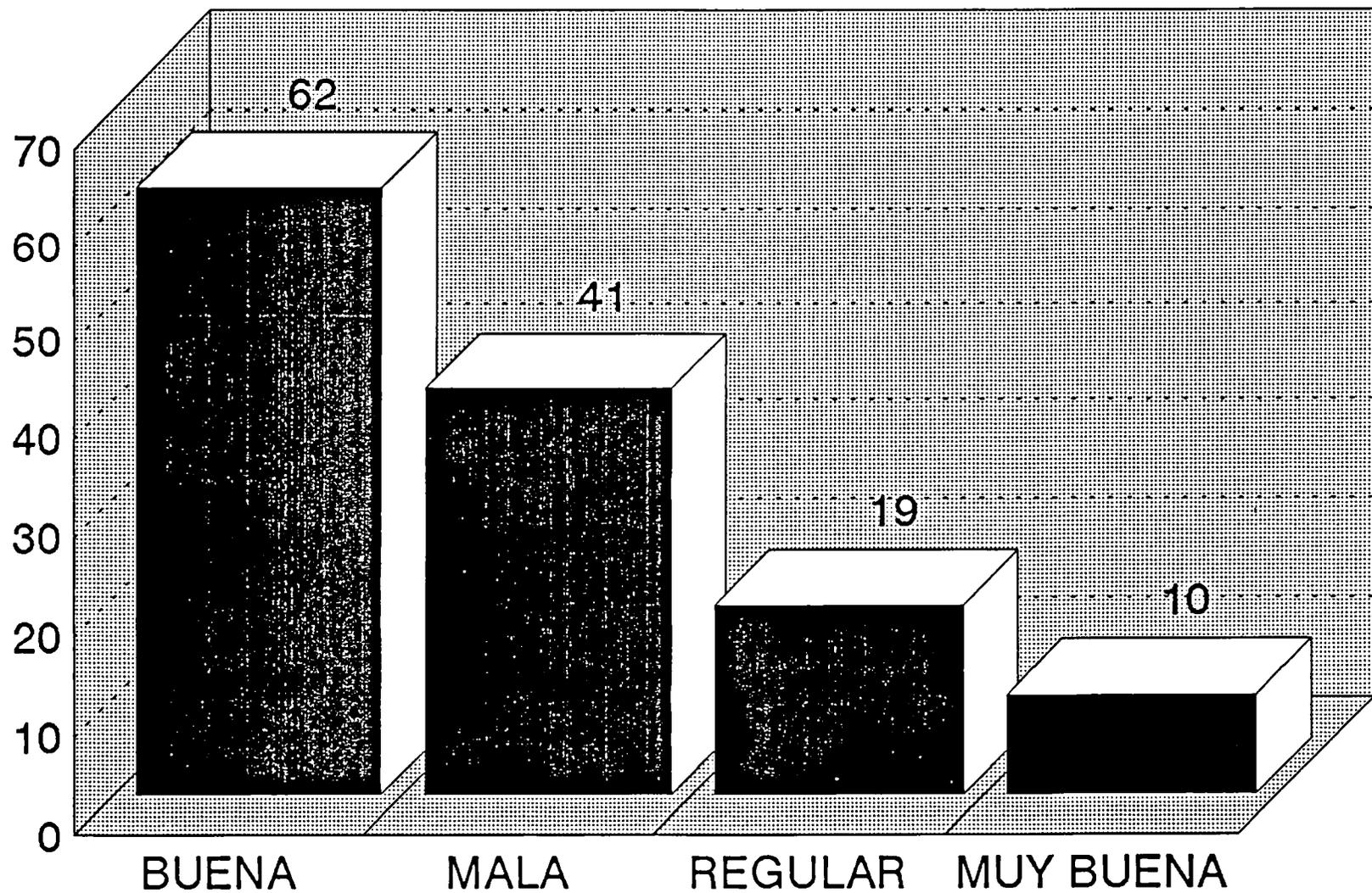


GRAFICO No 10
PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL SEGUN
ATENCION BRINDADA. SILAIS CENTRAL MANAGUA 1992



FUENTE: TABLA No 17

GRAFICO No 11

PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL SEGUN RIESGO Y GRUPOS DE EDAD. SILAIS CENTRAL MANAGUA 1992

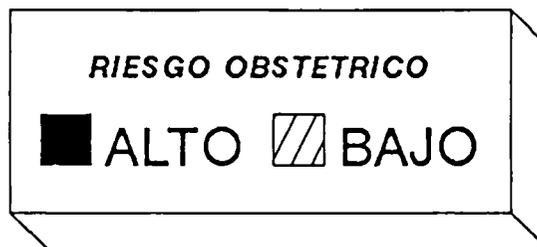
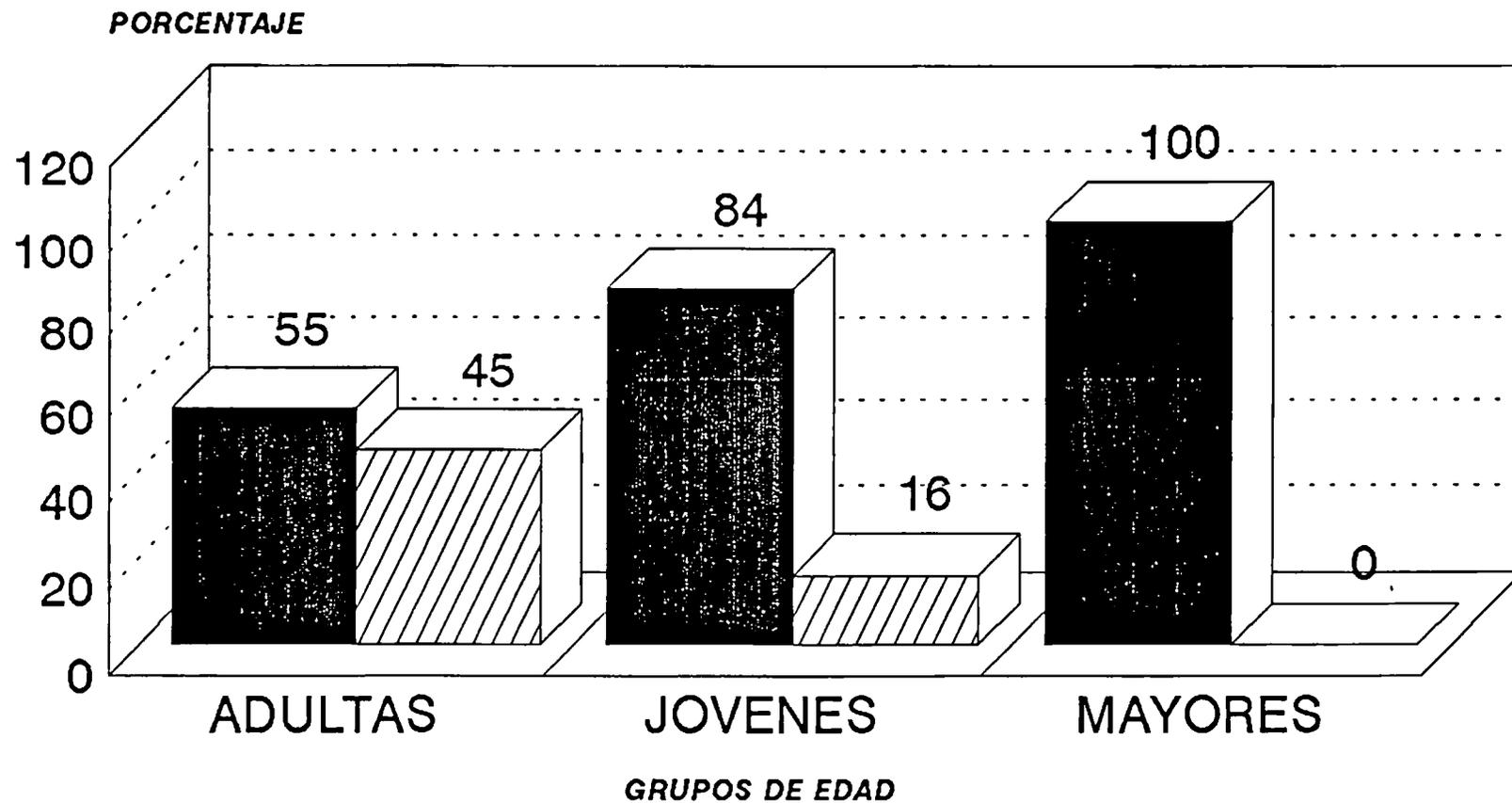


GRAFICO No 12

PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL SEGUN RIESGO OBSTETRICO Y OCUPACION. SILAIS CENTRAL MANAGUA 1992

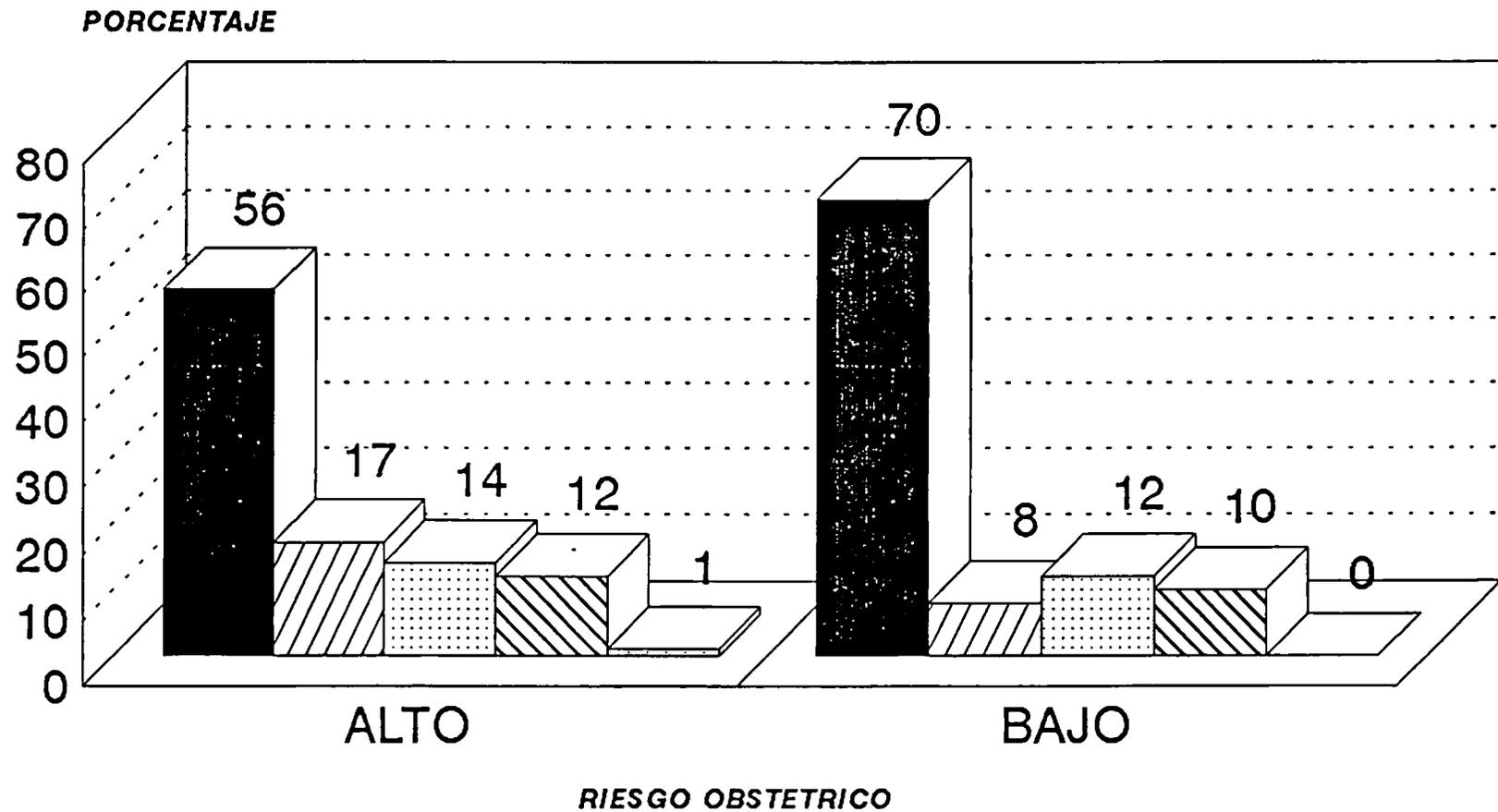


GRAFICO No 13

PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL SEGUN RIESGO OBSTETRICO Y PORQUE DEJO DE ASISTIR. SILAIS CENTRAL.MANAGUA 1992

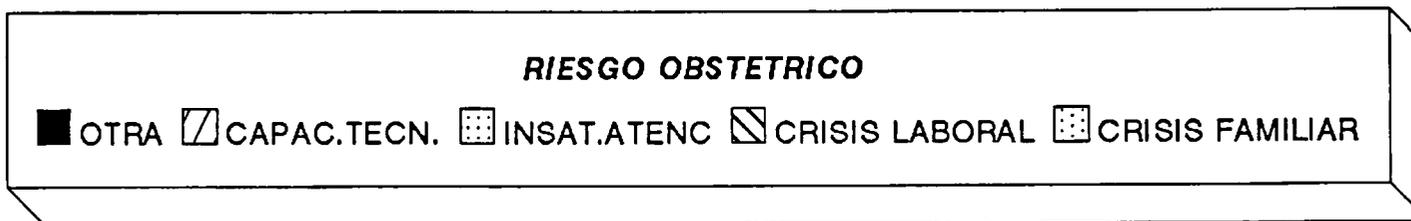
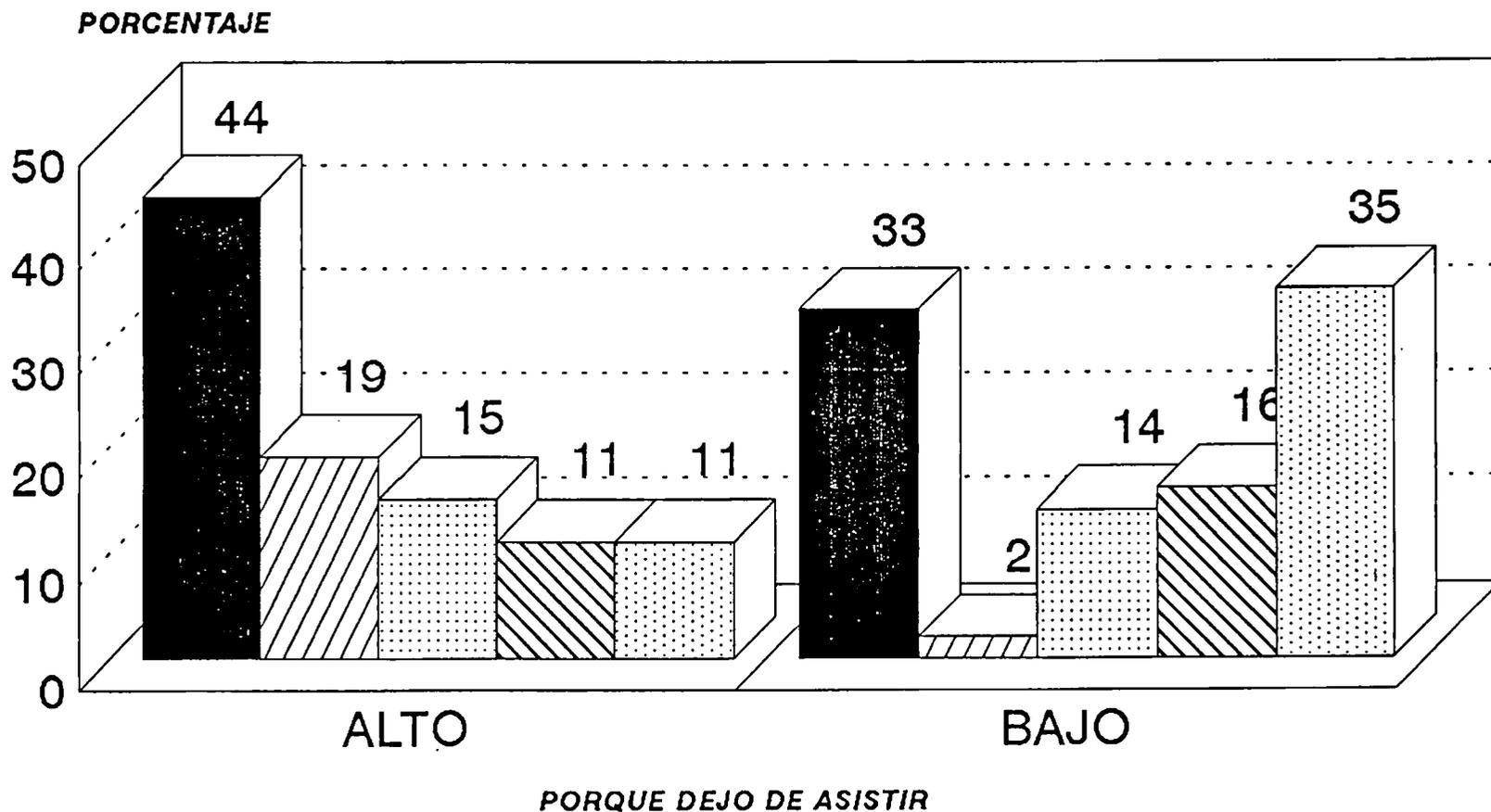


GRAFICO No 14

PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL SEGUN LA CALIDAD DE LOS CENTROS.SILAIS CENTRAL. MANAGUA 1992

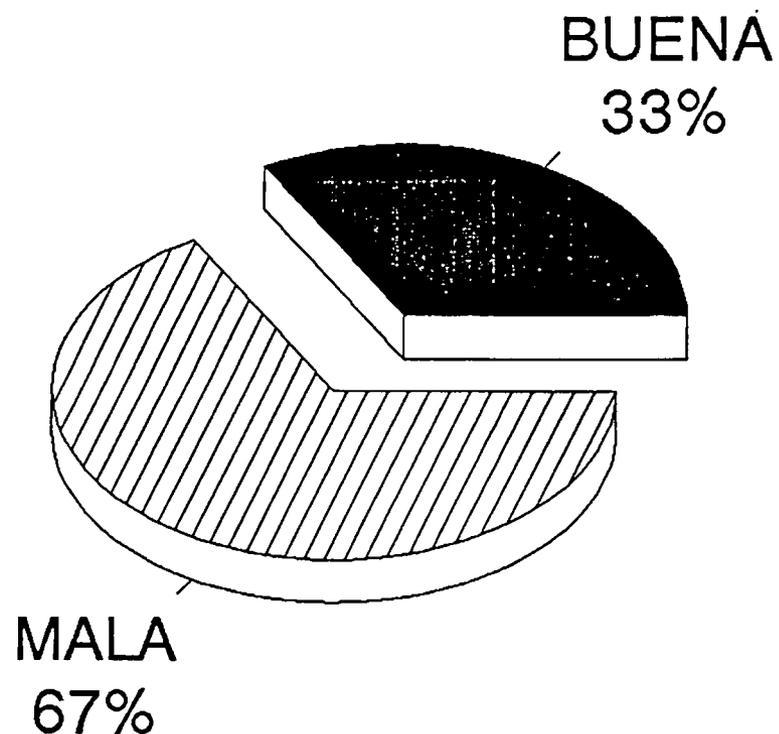


GRAFICO No 15

PORCENTAJE DE ABANDONO DEL CONTROL PRENATAL SEGUN LA CALIDAD DE LOS PUESTOS.SILAIS CENTRAL. MANAGUA 1992

