



FACULTAD DE POSTGRADO

TESIS DE POSTGRADO

**COBERTURA Y CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL DESDE
LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN
EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ALONSO SUAZO**

SUSTENTADO POR:

ALEYDA YESENIA HERNÁNDEZ SILVA 11453141

CLAUDIA LORENA LOBO DÍAZ 11513156

**PREVIA INVESTIDURA AL TÍTULO DE
MÁSTER EN DIRECCIÓN EMPRESARIAL
TEGUCIGALPA, FRANCISCO MORAZÁN,
HONDURAS, C.A ENERO 2017**

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA

UNITEC

FACULTAD DE POSTGRADO

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR

MARLON BREVÉ REYES

SECRETARIO GENERAL

ROGER MARTÍNEZ MIRALDA

DECANO DE LA FACULTAD DE POSTGRADO

JOSÉ ARNOLDO SERMEÑO LIMA

**COBERTURA Y CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL DESDE
LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN
EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ALONSO SUAZO**

**TRABAJO PRESENTADO EN CUMPLIMIENTO DE LOS
REQUISITOS EXIGIDOS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MÁSTER EN DIRECCIÓN EMPRESARIAL**

**ASESOR METODOLÓGICO
ELOISA RODRIGUEZ**

**ASESOR TEMÁTICO
HECTOR ESCALANTE**

MIEMBROS DE LA TERNA:

**ODESSA HENRÍQUEZ
JOSE TRANCITO MEJÍA**

**DERECHOS DE AUTOR
ALEYDA YESENIA HERNANDEZ SILVA
CLAUDIA LORENA LOBO**

Todos los derechos son reservados.

© Copyright 2016

FACULTAD DE POSTGRADO**COBERTURA Y CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL DESDE LA PERSPECTIVA DE
LOS DETERMINANTES SOCIALES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ALONSO
SUAZO.****AUTORES:****Aleyda Yesenia Hernández Silva y Claudia Lorena Lobo Díaz****RESUMEN**

La cobertura y calidad de atención prenatal desde la perspectiva de los determinantes sociales es importantes ya que es una prioridad en las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. No existen estudios previos sobre este tema en el establecimiento de Salud Alonso Suazo por lo que el propósito de esta investigación es promover el mejoramiento continuo de la atención a la mujer embarazada, buscando lograr un impacto social y disminuir la prevalencia de los determinantes sociales desfavorables de la salud presentes en la ciudad. Se utilizó un método con enfoque cuantitativo tipo no experimental y descriptivo, la población estudiada fue de 203 expedientes requeridos de la consulta de control prenatal en el periodo de octubre a noviembre del establecimiento de salud Alonso Suazo, se recolectó la información mediante un instrumento tipo encuesta de 34 preguntas a los expedientes clínicos. Según resultados obtenidos observamos que la mayor demanda de control prenatal predomina en las edades de 16 a 20 años en un 33%, y de estas en su mayoría solteras en un 57.14%; Según los resultados del estudio se concluyó que hubo un detrimento en la calidad, manifestado por una baja captación de embarazadas antes de las 12 semanas de gestación (CPN precoz de 53.20%); por lo que es importante implementar una estrategia para garantizar el máximo cumplimiento de los atributos del control prenatal y así mejorar de forma continua la calidad de los servicios de control prenatal brindados en el establecimiento de salud Alonso Suazo

Palabras clave: Calidad, Control Prenatal (CPN), Determinantes Sociales.



GRADUATE SCHOOL

MEASUREMENT OF TIMEOUTS RELATED TO USER SATISFACTION IN THE OUTPATIENT CLINIC AT HOSPITAL MILITAR

AUTHOR NAMES:

Aleyda Yesenia Hernández Silva Y Claudia Lorena Lobo Díaz

Abstract:

The coverage and quality of prenatal care from the perspective of social determinants is important since it is a priority in public policies as a strategy to optimize pregnancy outcomes and prevent maternal and perinatal mortality. There are no previous studies on this subject in the establishment of Alonso Suazo Health, so the purpose of this research is to promote the continuous improvement of care for pregnant women, seeking to achieve a social impact and decrease the prevalence of unfavorable social determinants of Health present in the city. We used a method with quantitative approach non-experimental and descriptive, the population studied was 203 required records of the prenatal care consultation in the period from October to November of the health facility Alonso Suazo, the information was collected using a survey type instrument Of 34 questions to clinical records. According to results obtained, we observed that the greater demand for prenatal control predominates in the ages of 16 to 20 years in 33%, and of these, the majority are single in 57.14%; According to the results of the study, it was concluded that there was a quality impairment, manifested by a low uptake of pregnant women before 12 weeks of gestation (preterm NSC of 53.20%); So it is important to implement a strategy to ensure maximum compliance with the attributes of prenatal control and thus to continuously improve the quality of prenatal care services provided at the health facility Alonso Suazo

Key words: Quality, Prenatal Control (ANC), Social Determinants

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a Dios por brindarme las fortalezas de continuar cada día, a mi esposo Carlos Rene Centeno Andino, mi hijo Carlos Fernando Centeno Hernández mis padres, Escolástica Silva Cerrato y Eliberio Hernández Espinosa, por su apoyo incondicional en ayudarme a salir adelante y guiarme por el camino correcto, a mis hermanos por todos sus consejos y finalmente pero no menos importante a mi suegra Vilma Enriqueta Andino por su apoyo y solidaridad durante el desarrollo de toda la Maestría.

Aleyda Yesenia Hernández Silva.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi familia, mi esposo Daniel Octavio Rivera que es mi compañero y apoyo en todo momento, y a mi hijo Cesar Antonio Rivera Lobo que es mi inspiración y motivación para buscar y lograr la superación personal y profesional día a día. A mis padres le debo siempre su apoyo incondicional, sus buenos consejos y cariño; y lo más importante a Dios que me bendice de muchas maneras.

Claudia Lorena Lobo Díaz.

AGRADECIMIENTO

- Doy a Dios por brindarme la oportunidad de estudiar mis estudios de post grado, es un privilegio que no todos tenemos en esta sociedad injusta.
- A mi madre, a mi esposa y mis hermanos porque siempre me animaron a seguir adelante y lograr este paso importante en mi vida.
- Agradezco a mi asesora metodológica Eloísa Rodríguez, y mi asesor temático Héctor Escalante, por su paciencia y brindarnos su ayuda sin dudarle ni un momento a pesar de su enorme carga de trabajo.
- Finalmente agradezco a la región Metropolitana, en especial al Director del Alonso Suazo DR. y personal de apoyo por su tiempo por compartir sus experiencias del día a día ya que sin ellos no hubiera sido posible realizar mi investigación en la institución.

Aleyda Yesenia Hernández Silva

AGRADECIMIENTO

- Doy a Dios por brindarme la oportunidad de estudiar mis estudios de post grado, es un privilegio que no todos tenemos en esta sociedad injusta.
- A mi esposo, mi hijo y mis padres porque siempre me animaron a seguir adelante y lograr este paso importante en mi vida.
- Agradezco a mi asesora metodológica Eloísa Rodríguez, y mi asesor temático Héctor Escalante, por su paciencia y brindarnos su ayuda sin dudarle ni un momento a pesar de su enorme carga de trabajo.
- Finalmente agradezco a la región Metropolitana, en especial al Director del Alonso Suazo DR. y personal de apoyo por su tiempo por compartir sus experiencias del día a día ya que sin ellos no hubiera sido posible realizar mi investigación en la institución.

Claudia Lorena Lobo Díaz

CONTENIDO

CONTENIDO.....	15
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.1 Introducción.....	16
1.2 Antecedentes del problema.....	18
1.3 Definición del problema.....	20
1.3 Formulación del problema.....	20
1.4 Objetivos.....	22
Objetivo General.....	22
Objetivos Específicos.....	22
1.5 Justificación.....	23
CAPITULO II MARCO TEORICO.....	26
2.1 Teoría de sustento.....	26
2.2 Conceptualización.....	34
CAPITULO III METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	35
3.1 Diseño Metodológico.....	35
3.2 Definición operacional de las variables.....	38
CAPITULO IV RESULTADOS Y ANALISIS.....	39
4.1 Resultados.....	39
4.2 Análisis.....	46
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	48
5.1 Conclusiones.....	48
5.2 Recomendaciones.....	50
CAPITULO VI APLICABILIDAD.....	51
6.1 Aplicabilidad.....	51
6.2 Presupuesto.....	53
6.3 Factibilidad.....	53
6.4 Cronograma del desarrollo de actividades.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55
ANEXOS.....	58
Anexo 1. Encuesta.....	58
Anexo 2. Base De Datos.....	61

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

La atención prenatal es el conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la mujer embarazada al establecimiento de salud y a la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la madre para el parto, la lactancia y el cuidado del recién nacido. El control prenatal es una prioridad en las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. El control prenatal debe cumplir con requisitos o atributos básicos; ser precoz, sistemática, periódica, completa y de amplia cobertura (gratuita).

Se entiende por calidad de atención, al grado por el cual los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual. En el sector salud, la calidad de la atención se da a través del logro de la eficiencia y la efectividad, fomentando así un énfasis institucional con perspectiva gerencial. En los últimos años se ha intentado medir estos requisitos a través de estudios de evaluación de la calidad del control prenatal, pero el concepto de calidad no está estandarizado y, además, el control prenatal tiene diferentes variables y momentos en los cuales puede ser evaluado. Dada la dificultad para evaluar todos los atributos del control prenatal y las múltiples interacciones entre las necesidades de las madres y los niños, hay quienes proponen que los programas deben comprender una continua atención de la mujer embarazada y su producto.

Se decide estudiar la calidad de los servicios de atención prenatal según la perspectiva de los determinantes sociales de la salud ya que éstos son un tema central en la agenda actual de la Organización Mundial de la Salud, que ha venido a cambiar el punto de vista desde el cual se evalúa la epidemiología de los problemas de salud relevantes de la población de cada país. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y

local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Para desarrollar el presente estudio se aplicó un instrumento con 34 preguntas a los expedientes clínicos de las 418 embarazadas atendidas en el periodo de octubre a noviembre del presente año en el establecimiento de salud Alonso Suazo de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras. Preguntas formuladas para evaluar la calidad de la atención prenatal en base a los atributos básicos del control prenatal y los determinantes sociales de la salud que se encontraron de la población estudiada. El tamaño de la muestra fue calculada por medio del programa estadístico STATS, tomando un error máximo de 5% y nivel de confianza 95%; obteniendo un número de 203 expedientes requeridos. Los datos fueron ingresados a una base de datos en Epi-Info v3.5, y presentados como distribución por frecuencia y porcentaje.

Debido a la necesidad de evaluar la calidad de nuestros servicios de control prenatal en el ámbito local se realiza el presente estudio con el fin de promover el mejoramiento continuo de la atención a la mujer embarazada, buscando lograr un impacto social y disminuir la prevalencia de los determinantes sociales desfavorables de la salud presentes en la ciudad.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Se entiende por control prenatal la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la mujer en estado de embarazo con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el cuidado del recién nacido. La atención prenatal es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia y se apoya en la organización de los servicios de salud.

Schwarcz Uranga (2001) menciona que el primer contacto con la mujer gestante debería ser utilizado para realizar la historia clínica, dado que es la mejor fuente de información para evaluar los diferentes riesgos y de esta forma convertirse en un elemento de planificación para el futuro cuidado prenatal. No siempre se toman acciones basadas sobre la información obtenida de las historias clínicas o manejan de manera apropiada la información de los carnets prenatales. La experiencia de la utilización de métodos de recolección de la información como es la historia clínica perinatal base ha mostrado un déficit en el llenado de la misma, impidiendo realizar un correcto análisis de la información.

Cuidado prenatal (2001) define que:

Las actividades para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma elaborado de acuerdo a la oportunidad en que deben ser realizadas a lo largo del embarazo. En cada consulta debe constituir la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de controles. La elección del número, la oportunidad de cada consulta y el contenido de las mismas se basan en el conocimiento epidemiológico del momento de aparición de los problemas perinatales prevalentes y en la posibilidad de resolverlos o controlarlos por tecnologías, prácticas y procedimientos de eficacia demostrada.

Durante las últimas décadas, Honduras ha venido desarrollando estrategias tendentes a mejorar la calidad de la atención materna, favoreciendo el acceso de las mujeres a la captación de las embarazadas antes de las 12 semanas de gestación, el acceso oportuno a la atención del parto y la atención de calidad del periodo del postparto. Para tal propósito, se han diseñado normas que contienen los procedimientos básicos necesarios para que los

proveedores de salud pública, puedan brindar una atención oportuna, segura y eficaz a las mujeres que demanden atención, a fin de favorecer la normal evolución del embarazo, prevenir complicaciones e identificarlas precozmente para un manejo oportuno. (Maryland, 2013, p.19).

Para lograr mejoras en la salud materna, se requiere políticas sociales y económicas cada vez más eficientes en su impacto sobre los factores que inciden en la mortalidad materna. En Honduras, la causa principal de la mortalidad materna es por la hemorragia post parto (45%), seguido por trastornos hipertensivos del embarazo (18%) y las infecciones post parto (12%). Las muertes por infecciones del post parto están dentro del segundo al tercer lugar, resultado de la atención para asegurar un parto limpio, especialmente al nivel de las parteras. El 69% de las muertes ocurren en el grupo comprendido entre los 18 y los 35 años y que el 65% de las muertes maternas ocurren en el nivel hospitalario. (Maryland, 2013 P.).

Los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los ministerios de Salud de varios países. (Álvarez. L. 2011.)

La desigualdad en salud alude al impacto que tienen, sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población, los determinantes sociales como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones de habitabilidad o equipamientos del lugar en el que se vive o trabaja. La OMS define el concepto desigualdad como las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por lo tanto es un concepto que incluye una dimensión moral y ética. El fenómeno de las desigualdades en salud está caracterizado según Daponte por su carácter injusto y evitable, además de su ubicuidad, consistencia, su enorme magnitud, su carácter gradual, su tendencia creciente, su persistencia, su carácter histórico y su carácter adaptativo (lo que indica que los grupos sociales mejor posicionados socialmente son los más beneficiados de las acciones sanitarias y sociales dirigidas a mejorar la salud). (Álvarez. L. 2011.)

1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En Honduras, la calidad de los servicios prenatales a las embarazadas ha venido siendo una lucha constante de aplicación de Normas y estrategias girados por la Secretaria de Salud que es el ente regulador. Por lo que los establecimientos de salud están sujetos al cumplimiento de todas estas herramientas, que buscan satisfacer las necesidades de las usuarias en estado de embarazo que se atienden.

Formulación del problema

En Honduras la tasa de mortalidad materna para 1997 fue de 108 por cada 100,000 nacidos vivos siendo las causas principales hemorragias, infecciones y trastornos hipertensivos, la mayoría de ellas prevenibles. Esta estructura de la mortalidad es muy similar en todos los países que tienen una alta incidencia de mortalidad materna. (Norma de atención materna 2010).

En Honduras en los últimos 15 años, la salud reproductiva ha mejorado sustancialmente, esta mejora es resultado en gran medida de la implementación de estrategias, RAMNI. Sin embargo, los avances son más lentos que en otros países de América Latina y son necesarias intervenciones más decididas para lograr mejores resultados. (Análisis de población 2009).

La situación más crítica de salud se encuentra en los grupos de población y área geográficas que tradicionalmente han tenido los mayores niveles de exclusión. La relación entre pobreza, nivel educativo y la fecundidad y mortalidad es directa. Es necesario identificar los grupos y zonas de alto riesgo y priorizar hacia ellos las políticas de salud. (Análisis de población 2009).

La salud materno-fetal durante el embarazo depende en gran medida del propio estado de salud con que la mujer y su pareja afrontan la gestación. En Obstetricia, tanto la prevención secundaria, cuya misión es detectar la enfermedad cuando ya ha aparecido y detener su progresión aplicando medidas terapéuticas, como la prevención terciaria, con el objetivo de restaurar la salud tras la aparición de la enfermedad, se llevan a cabo con la consulta y el control prenatal. (Protocolo asistencial 2010).

Brindar una atención en salud con enfoque en derechos humanos es fundamental para cualquier país ya que esto nos ayudaría a evitar muchas muertes maternas considerando que ninguna mujer debe morir al dar vida, y para lograr mejores resultados en la salud materna, se requiere de la investigación, monitoreo y evaluación frecuente de los procesos para que cada vez sean más eficientes en su impacto sobre los factores que inciden en la mortalidad materna. Por lo que nos realizamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la cobertura y la calidad de atención prenatal desde la perspectiva de los determinantes sociales en el establecimiento de salud Alonso Suazo de Tegucigalpa, Honduras en el periodo de Octubre a Noviembre 2016?

1.4 OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la cobertura y la calidad de atención prenatal desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en el establecimiento de salud Alonso Suazo de Tegucigalpa, Honduras en el periodo de Octubre a Noviembre 2016.

Objetivos Específicos

- Determinar el cumplimiento de los atributos del control prenatal y los determinantes sociales de las embarazadas que acuden a consulta de control prenatal en el establecimiento de salud Alonso Suazo, en el periodo de oct – nov del 2016.
- Analizar los atributos del control prenatal considerando los determinantes sociales de la salud, para determinar el grado de calidad brindado en los servicios de consulta de control prenatal en el establecimiento de salud Alonso Suazo.
- Proponer un plan de trabajo orientado a la mejora continua de la calidad de los servicios de control prenatal brindados en el establecimiento de salud Alonso Suazo.

1.5 JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la vida, la mujer experimenta procesos fisiológicos y psicológicos que afectan positiva y negativamente su bienestar; tales como la pubertad, la menarquia, el parto, la lactancia, la menopausia, la gestación, entre otros. Se entiende que la gestación inicia “desde el momento en que se une un espermatozoide y un óvulo originando un cigoto, el cual es un nuevo ser, embrión y continúa su proceso de desarrollo en feto, niño, adolescente y adulto. Además de los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren a nivel cardiovascular, respiratorio, hematológico, renal, gastrointestinal y metabólico, el proceso de la gestación es una situación que moviliza una gran variedad de sentimientos, sueños e ideas alrededor de la mujer y su familia. Igualmente, conlleva a la participación activa de los organismos de salud y, específicamente, del programa de control prenatal para garantizar el mejoramiento y mantenimiento de la salud materno fetal. (Murcia. L. & Esparza. M. 2009).

La salud de la madre y el niño está contemplada como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país. Como las acciones emprendidas para el mejoramiento de la salud madre-hijo se encuentran todas aquellas concernientes a los cuidados durante el embarazo. (Alfaro. N. & Villaseñor. M. 2006).

La atención del embarazo es un proceso socio histórico, por lo que se requiere conocer y actuar sobre la realidad del presente a partir de un análisis del pasado y de sus circunstancias sociales. Es un hecho indiscutible el aporte en la disminución de los índices de morbimortalidad que se generan a partir del otorgamiento de servicios institucionales de cuidado al embarazo. Para poder mejorar su accesibilidad, calidad, oportunidad y eficacia, se tendrán que conocer y analizar aspectos relacionados con los servicios, que hasta ahora, han sido poco abordados desde la perspectiva histórica y la salud pública. Tal es el caso de los cambios surgidos en la atención del embarazo, tipo de prestador e institucionalización del servicio de atención a lo largo del tiempo. (Alfaro. N. & Villaseñor. M. 2006).

El control prenatal, es parte fundamental del programa de Atención Materno infantil, el cual debe alcanzar una alta cobertura, y ésta debe ser oportuna, adecuada, completa y de ésta manera disminuir las tasas de morbi-mortalidad materno perinatal, dichas atenciones deben

ser programadas durante el periodo de gestación de la mujer de acuerdo a las normas de atención materno perinatal, y tomando en cuenta las necesidades individuales de cada una de las gestantes, por lo que el control prenatal de calidad cumple funciones específicas, que se deben realizar en cada una de las visitas de la mujer gestante al establecimiento de salud. Los elevados índices de mortalidad materna que tienen características de tragedia en el panorama de salud de las embarazadas en la región de las Américas, ésta situación es especialmente dramática cuando tiene en cuenta que, en la gran mayoría de los casos, las muertes son prevenibles. Por lo que es necesario mantener vigilancia estricta del cumplimiento de las normas de atención prenatal. (Norma de atención prenatal. 2010).

El control prenatal constituye la base del bienestar materno-fetal y predice el pronóstico de la mujer embarazada. Las deficiencias en la atención clínica durante el embarazo constituyen factores desfavorables que afectan de manera negativa el desarrollo de una gestación normo evolutiva. Las principales causas de la mortalidad materna y perinatal son previsible mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. (Bello, 2014, P. 24).

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

En nuestro medio la calidad del control prenatal podría ser inadecuada tomando en cuenta que en muchos establecimientos de salud no prestan la atención necesaria a los diferentes datos que se deben llevar en un control prenatal de calidad. En algunos casos las pacientes llegan a su control prenatal a una edad gestacional avanzada, el número de controles es bajo ya sea porque no se pone cita o no se les da un buen plan educacional indicándoles la importancia del número de visitas durante su embarazo, etcétera.

A partir de los hallazgos sobre asociación entre mortalidad evitable en la infancia y calidad del Control Prenatal, se recomienda revisar la calidad de la atención en las

instituciones que prestan servicios de salud a población materno-infantil. Y ante la falta de estrategias exitosas se considera como una oportunidad para realizar investigación al respecto.

Las políticas, programas, normas y protocolos son un paso importante para garantizar el derecho a una adecuada atención de salud de las mujeres y recién nacidos, pero no son suficientes, se debe fortalecer la vigilancia y control de su cumplimiento en las instituciones que conforman el sector salud, pero sobre todo crear el compromiso y la satisfacción en los profesionales para que las intervenciones se fortalezcan con mejores prácticas científicas y humanas, que garanticen embarazos, partos y nacimientos seguros para todos. (Chipantiza M. 2015).

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 TEORÍA DE SUSTENTO

El Control Prenatal (CPN), es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. (de María Cáceres-Manrique, 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. (World Health Organization, 2002)

Entre los objetivos del CPN se encuentran: diagnosticar las condiciones fetal y materna, identificar factores de riesgo y educar a la gestante para el ejercicio de la maternidad y la crianza. (World Health Organization, 2002) Dice: que los riesgos biológicos, se exploran los riesgos biopsicosociales y se brinda orientación a la gestante y a su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la gestación.

El logro del objetivo, el cual consiste en preparar a la mujer para la maternidad y la crianza, se fundamenta en la promoción de la salud, brindando educación a la gestante y a su pareja. El CPN brinda la oportunidad de hacer competente a la embarazada para cuidar su salud y la de su hijo, detectar oportunamente los riesgos, buscar la atención necesaria, fomentar hábitos y conductas saludables. (de María Cáceres-Manrique, 2016)

El CPN adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo y humano, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. El CPN con calidad debe cumplir con requisitos o atributos básicos; ser precoz, sistemática, periódica, completa y de amplia cobertura (gratuita). Para cumplir con ello, existe en nuestro país un manual y normas estándar de Atención Prenatal, el cual se lleva a cabo con toda embarazada que consulta por atención médica tan pronto tenga la primera amenorrea (captación) idealmente en las primeras 12

semanas, y así sucesivamente por 4 consultas programadas más, 1 al mes después de los 6 meses. (Secretaría de Salud de Honduras, 2010)

Los objetivos específicos y actividades propuestas para la atención prenatal se describen en el cuadro No. 1. Se han considerado todas las actividades necesarias para lograr una atención prenatal adecuada, siempre que las características del embarazo continúen siendo de bajo riesgo.

Cuadro n° 1. Objetivos específicos y actividades propuestas para la Atención Prenatal

Objetivos Específicos Y Actividades Propuestas Para La Atención Prenatal	
Objetivos específicos	Actividades propuestas
Confirmar el embarazo	Realización de exámenes clínicos y de gabinete para diagnosticar embarazo
Contar con una "hoja" que guíe al prestador para brindar una atención prenatal de calidad	Uso de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)
Detectar riesgos	Evaluación del riesgo perinatal
Conocer información relevante del embarazo	Anamnesis
Fijar un cronograma que permita planificar las actividades del control prenatal	Determinación de la edad gestacional y fecha probable de parto
Evaluar el estado nutricional materno	Medición del peso y de la talla materna y cálculo del índice de masa corporal Cálculo del incremento de peso durante la gestación
Investigar estilos de vida de riesgo	Interrogatorio sobre tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia
Disminuir el impacto negativo de las infecciones de transmisión vertical.	Prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión vertical
Prevenir el tétanos neonatal y puerperal	Vacunación antitetánica
Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria y/o tumoral de la mama	Examen de mamas
Descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras y evaluar la competencia cervical	Examen genital, citología, colposcopia
Descartar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal.	Determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh
Prevenir, detectar y tratar la anemia materna	Determinar niveles de hemoglobina y tratamiento con hierro y ácido fólico
Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria	Examen de orina y urocultivo
Detectar diabetes Mellitus y/o gestacional	Determinación de glucemia
Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y el puerperio	Preparación para el parto, consejería para el amamantamiento
Confirmar la existencia de vida fetal	Confirmar movimientos y Frecuencia Cardíaca Fetal
Anticipar el diagnóstico y prevenir el parto prematuro	Evaluación del patrón de contractilidad uterina
Descartar alteraciones de la presión arterial	Medición de la presión arterial, identificación de edemas y proteinuria en general de orina
Descartar alteraciones del crecimiento fetal	Evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía (Ultrasonido)
Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir sus complicaciones	Diagnóstico de número de fetos con maniobras de Leopold
Descartar presentaciones fetales anormales	Examen de la presentación fetal
Planificar el sitio, financiamiento y otros aspectos relacionados con el parto	Plan de Parto, elaborado
Detectar posibles distocias pélvicas	Evaluación de la pelvis
Planificar el sitio, financiamiento y otros aspectos relacionados con el parto	Plan de Parto, elaborado

Fuente: Guía de práctica clínica 2015).

Estas mismas actividades se describen en la Historia Clínica Perinatal Base que utilizamos en nuestro país. (Guía de práctica clínica 2015).

El carnet perinatal es un instrumento que integra las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio. Al llenarlo de forma completa se asegura que los datos de mayor importancia relativos a la atención prenatal (al ser registrados sistemáticamente en cada consulta) lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada, ya sea en otro consultorio externo o en algún lugar que sea hospitalizada; los vinculados a un ingreso durante el embarazo, parto y postparto, para que sean conocidos por quien tiene a su cargo el control del puerperio; para el seguimiento del recién nacido, lleguen a conocerse por quien tiene a su cargo el control del niño.

La calidad se define como un proceso de mejoramiento continuo y medible, en donde todas las áreas de la organización participan activamente en el desarrollo del servicio con la finalidad de satisfacer las necesidades del cliente, logrando con ello mayor productividad. (Goberna Tricas, 1996) Para que se lleve a cabo el proceso de atención, hay que observar tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente (comodidades).

Se entiende por calidad de atención, al grado por el cual los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste, es, consistente con el conocimiento profesional actual. En el sector salud, la calidad de la atención se da a través del logro de la eficiencia y la efectividad, fomentando así un énfasis institucional con perspectiva gerencial. (Arias Charry, 2008)

En los últimos años se ha intentado medir estos requisitos a través de estudios de evaluación de la calidad del CPN, pero el concepto de calidad no está estandarizado y, además, el CPN tiene diferentes variables y momentos en los cuales puede ser evaluado. Se podría calificar la percepción de la calidad en función del número de consultas así como el momento de las mismas, también se podría medir según la cobertura de atención prenatal o la información recibida sobre complicaciones en el embarazo y según la educación brindada por parte de quienes realizan la cobertura de la atención prenatal (medico, enfermera o auxiliar de enfermería).

En el año 2007 la OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro consultas de atención prenatal. (World Health Organization, 2002) El CPN inadecuado conlleva a mayores tasas de partos pretermino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal. (Pazmiño de Osorio, 2009)

Es de suma importancia que la captación o la primera consulta de CPN sea precoz, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. En un estudio reciente se encontró que los factores principales fueron 33% por falta de cupo, 19% realizó algún control previo en otro establecimiento, 13% por razones laborales, 11% por atención a otros hijos, 9% por la distancia, otro 9% por desconocimiento y sólo 6% por razones económicas. (Arispe, Salgado, Tang, & González, 2011)

Se han realizado estudios con enfoque cualitativo en los cuales se ha intentado resaltar las percepciones y necesidades de las usuarias que cubren los diversos momentos de la consulta. Usualmente en la consulta médica las mujeres son frecuentemente catalogadas como las que no saben, no entienden, no valen, y que su silencio ante la autoridad se interpreta como “el no saber”. En general, la información que la mujer recibe del médico y de la enfermera es muy poca, además de caracterizarse por ser autoritaria y unidireccional. (Blossiers, 2010)

La relación entre la mujer y el médico en la mayoría de los casos se caracteriza por la falta de diálogo, la asimetría y el reforzamiento del poder médico. Este tipo de situación va en contra de la generación de un proceso de retroalimentación y el reconocimiento de las necesidades que tienen las mujeres de recibir información sobre su estado de salud y la aclaración de dudas sobre las indicaciones médicas.

La adherencia de la embarazada al CPN comprende tanto la asistencia al control, como el cumplimiento de las recomendaciones dadas. Entre los factores asociados a la baja adherencia al CPN se encuentran: la edad, los bajos ingresos, la multiparidad, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico. (Córdoba, Escobar, & Guzmán,

2015) Es de suponer que las mujeres de clase baja asisten a menos citas de CPN, con inicio tardío, y tienen menor probabilidad de realizarse exámenes, tomar ácido fólico y planificar el embarazo mientras que las de clase alta acuden a más controles y se realizan más ecografías.

Dada la dificultad para evaluar todos los atributos del CPN y las múltiples interacciones entre las necesidades de las madres y los niños, hay quienes proponen que los programas deben comprender un continuum en la atención de la mujer embarazada y su producto. (de María Cáceres-Manrique, 2016).

Existe escasa evidencia sobre factores asociados y determinantes sociales de la adherencia, calidad del CPN, conocimientos, percepciones y prácticas de las gestantes y los profesionales de salud con respecto a la atención prenatal. Por lo tanto, es necesario realizar estudios poblacionales y multicéntricos dentro del país que permitan diseñar intervenciones, trabajar en prevención, involucrar la comunidad y realizar ensayos comunitarios para probar estrategias exitosas de cumplimiento de los atributos del CPN.

La atención prenatal óptima debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos:

- ✓ PRECOZ: Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.
- ✓ PERIODICA: Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de Salud.²
- ✓ CONTINUA: Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.
- ✓ COMPLETA: Es cuando el contenido de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.³
- ✓ AMPLIA COBERTURA: Es el porcentaje de población embarazada que es controlada. La cobertura meta por territorio es del 100%.⁴

- ✓ CALIDAD: Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas, que se fundamentan en la aplicación del presente protocolo.
- ✓ EQUIDAD: La población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza, religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural adaptando sus intervenciones según las necesidades de las poblaciones indígenas y comunidades étnicas.

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los ministerios de Salud de varios países es además un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas.

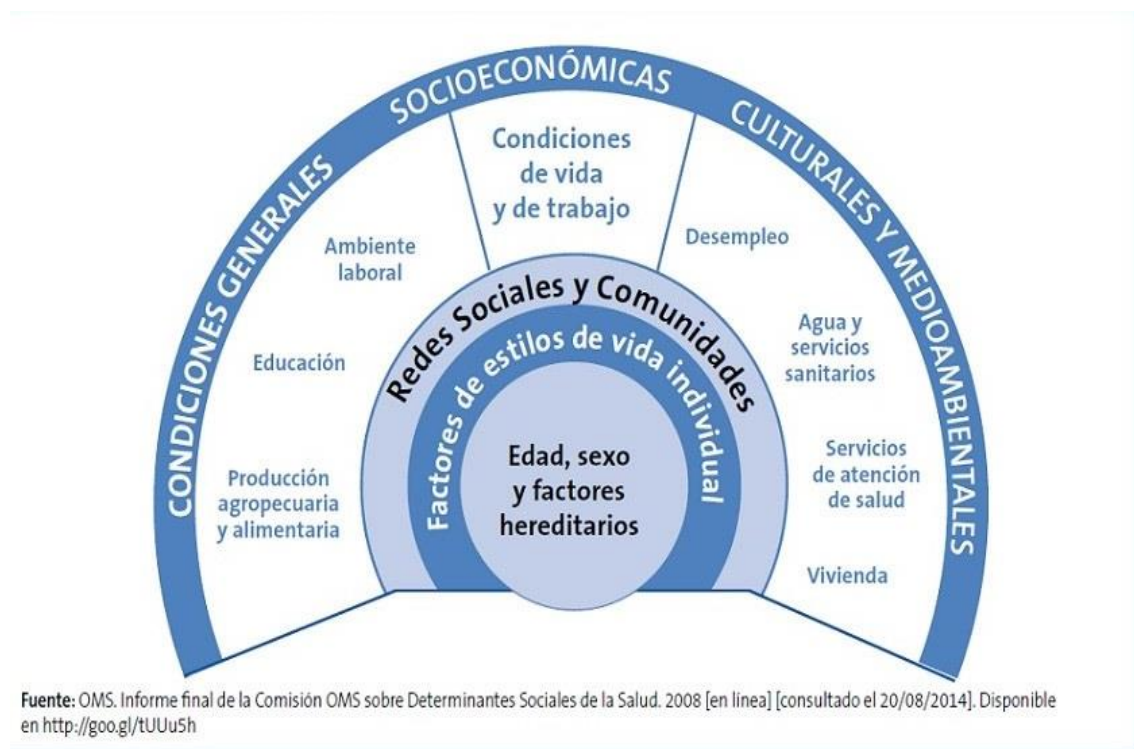
Los determinantes sociales de la salud se refieren por una parte a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y los grupos sociales y, por otra, a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. (Graham, 2004).

Lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la

distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud. Por lo tanto, es un concepto diferente a la tradicional perspectiva de factores de riesgo y está anclado en el análisis de las inequidades entre grupos sociales.

Desde Alma Ata, pasando por el famoso Informe Lalonde, otros informes y declaraciones internacionales como la Carta de Ottawa, ahora reforzada por la declaración de Bangkok, afirman explícitamente, que la salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales que, connotados miembros de la Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, de reciente formación, las han denominado como «las causas de las causas» de la enfermedad. (OMS Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud , 2008).

Figura N.1 Modelo de Dahlgren y Whitehead de Producción de Inequidades en la Salud.



Determinantes sociales de la salud

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural»... Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud. (Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008).

Para esta investigación se utilizaron los siguientes determinantes sociales:

Procedencia: Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva una persona.

Urbano: Es el área geográfica perteneciente a la ciudad.

Rural: son áreas que se encuentran postergadas a la ciudad y su principal rubro es la agricultura.

Edad: tiempo que tiene una persona desde su nacimiento.

Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

Empleo: Rol ocupacional que realiza una persona devengando un salario

Escolaridad: Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.

2.2 CONCEPTUALIZACIÓN

Con el fin de unificar el lenguaje empleado en este proyecto, se considera fundamental conceptualizar términos para facilitar su comprensión.

-Control Prenatal (CPN) se define como, un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. (de María Cáceres-Manrique, 2016).

-Determinantes Sociales de la Salud: Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas. (OMS, 2009).

- Cobertura: Es la proporción de mujeres embarazadas que asisten al Control Prenatal en relación a las programadas en el Establecimiento de Salud. (OMS, 2009).

- La calidad: El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos y iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. (Fernández. L. S.F.).

-Sistema de atención médica: Se relaciona con las actividades de los hospitales; describe el conjunto de acciones para mantener, preservar y restaurar la salud. Es provista por un equipo de salud y toma en cuenta medidas de promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud, conforme a la historia natural de las enfermedades y sus determinantes y condicionantes (Calvo, 2003).

-El carné perinatal, es un instrumento que integra las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio, contiene la información clave sobre el curso de la gestación. (Norma de atención prenatal. 2010).

CAPITULO III METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Este capítulo detalla los métodos utilizados para la alcanzar el propósito del presente trabajo, la recolección de la información esencial para llevar a cabo el análisis de la cobertura y calidad de atención prenatal en el área de consulta de control prenatal en el establecimiento de Salud Alonso Suazo.

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Enfoque y Método de Investigación:

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental transversal con un alcance descriptivo.

Área Geográfica:

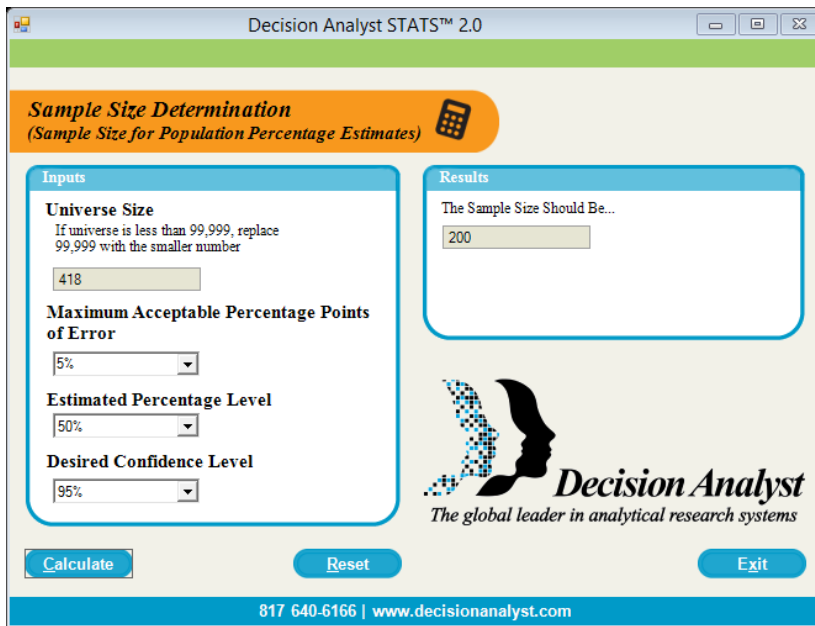
El centro de salud Alonso Suazo, ubicado en Tegucigalpa MDC, Francisco Morazán. En área de consulta de control prenatal.

Universo o Población:

Todos los expedientes de las embarazadas atendidas en consulta de control prenatal de jornada matutina diaria y fin de semana, en el centro de salud Alonso Suazo en el periodo de octubre y noviembre de 2016. La determinación de la población se hizo con la revisión de los ATA 2R, encontrando que se atendieron 418 embarazadas en el periodo de estudio.

Tamaño de la muestra:

Se seleccionó una muestra de tipo no probabilística, calculada por medio del programa estadístico STATS® con un tamaño de universo de 418, error máximo aceptable de 5%, porcentaje estimado de la muestra de 50%, nivel deseado de confianza de 95%. Obteniendo un tamaño de muestra de 200 expedientes.



Unidad de Análisis:

El expediente clínico de las pacientes embarazadas atendidas en la consulta de control prenatal del establecimiento de salud Alonso Suazo en el periodo del estudio.

Técnica e instrumento aplicado:

En la investigación se utilizó un instrumento tipo encuesta, el cual fue aplicado a los expedientes seleccionados de la población a estudiar, que consta de 34 preguntas. Se muestran las preguntas que se realizaron en el instrumento. (Anexo 1).

Procesamiento y análisis de datos:

Los resultados serán ingresados en una base de datos electrónica (Epi-Info V3.5, CDC, Atlanta, GA, EUA). Los resultados se presentan como distribución por frecuencia y porcentaje de las variables estudiadas.

Limitaciones del estudio:

La obtención de los expedientes en el área de archivo fue de difícil acceso, ya que nos limitaban el número de expedientes para revisión diaria.

Aspectos éticos:

Debido a las características del estudio cuya unidad de análisis son expedientes clínicos, no se aplicó formulario de Consentimiento Informado, y fue autorizada la revisión de los expedientes por el Director del establecimiento de salud.

3.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable Independiente	Definición	Dimensión	Indicador
Edad	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha actual	El que el formulario indique	Numero en años
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Casada Unión libre Soltera y viuda	Si/No
Escolaridad	Número de años de entrenamiento académico que el paciente ha completado	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universidad completa Universidad incompleta	Si/No
Área demográfica donde vive	Lugar donde se encuentra residencia de embarazada	Rural Urbana	Si/No
Ocupación	Actividad o trabajo que desempeña la mujer embarazada	Empleo remunerado Oficios domésticos Sin empleo	Si/No
Atributos básicos del control prenatal	Objetivos o requisitos que todo control prenatal debe cumplir	Precoz Sistemático Periódico Completo Gratuito	Si/No
Determinantes sociales de la salud no favorables	Factores o circunstancias de la embarazada que la predispone a un resultado no favorable para su salud y que determinan la inequidad sanitaria.	Edad < 21 años Residir en zona rural Soltera o viuda Nivel educativo bajo (primaria) Sin empleo	Si/No

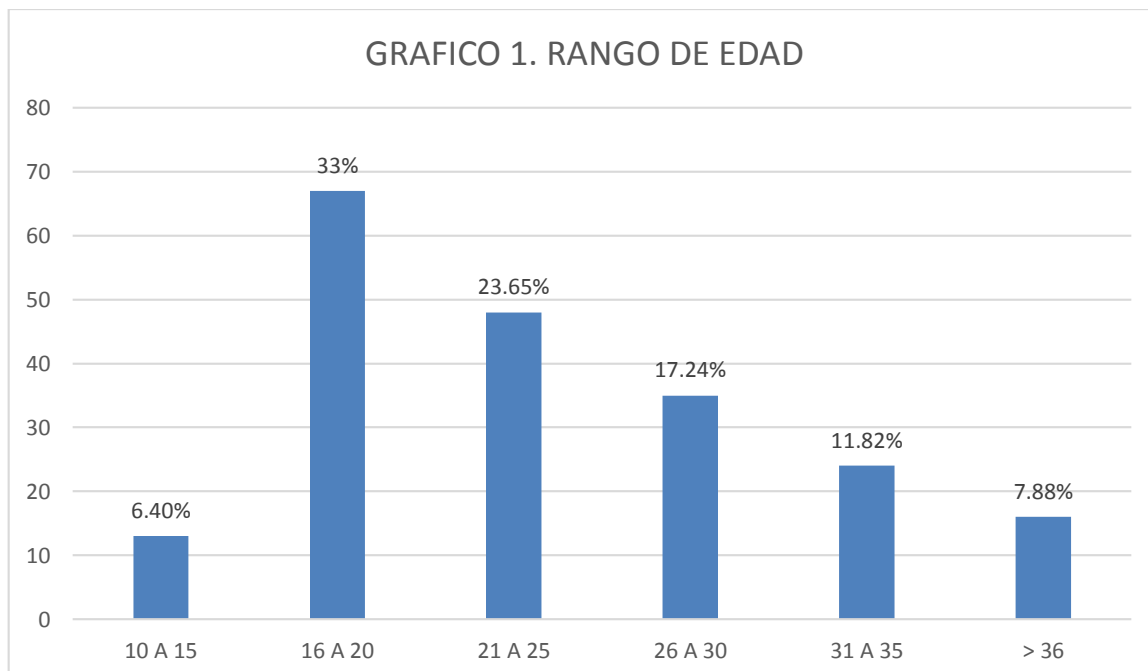
Creación propia

CAPITULO IV RESULTADOS Y ANALISIS

En este capítulo se enumerarán detalles sobre los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento, y el registro de los atributos del control prenatal encontrados en los expedientes clínicos de las embarazadas atendidas en el establecimiento de salud Alonso Suazo, en el periodo de estudio; así como el análisis de cada apartado.

4.1 RESULTADOS

Se muestran los resultados cuantitativos de los datos sociodemográficos encontrados. El rango de edad más frecuente encontrado fue de 16 a 20 años con 33% (n=67), seguido del rango de 21 a 25 años con 23.65% (n=48). La mayoría de embarazadas fueron solteras 57.14% (n=116). El nivel educativo predominante fue la secundaria incompleta con 41.87% (n=85). Del área urbana se presentaban el 64.53% (n=131) de las embarazadas. La mayoría de embarazadas eran amas de casa o no tenían empleo 89.16% (n=181). Graficas 1 – 5.



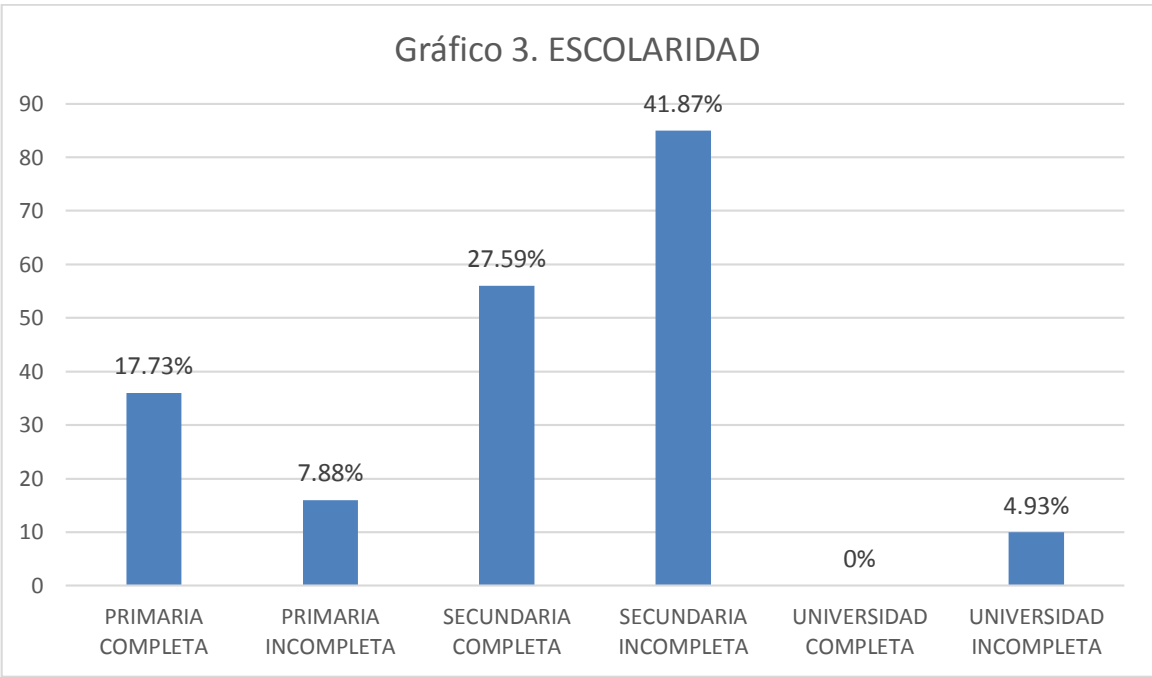
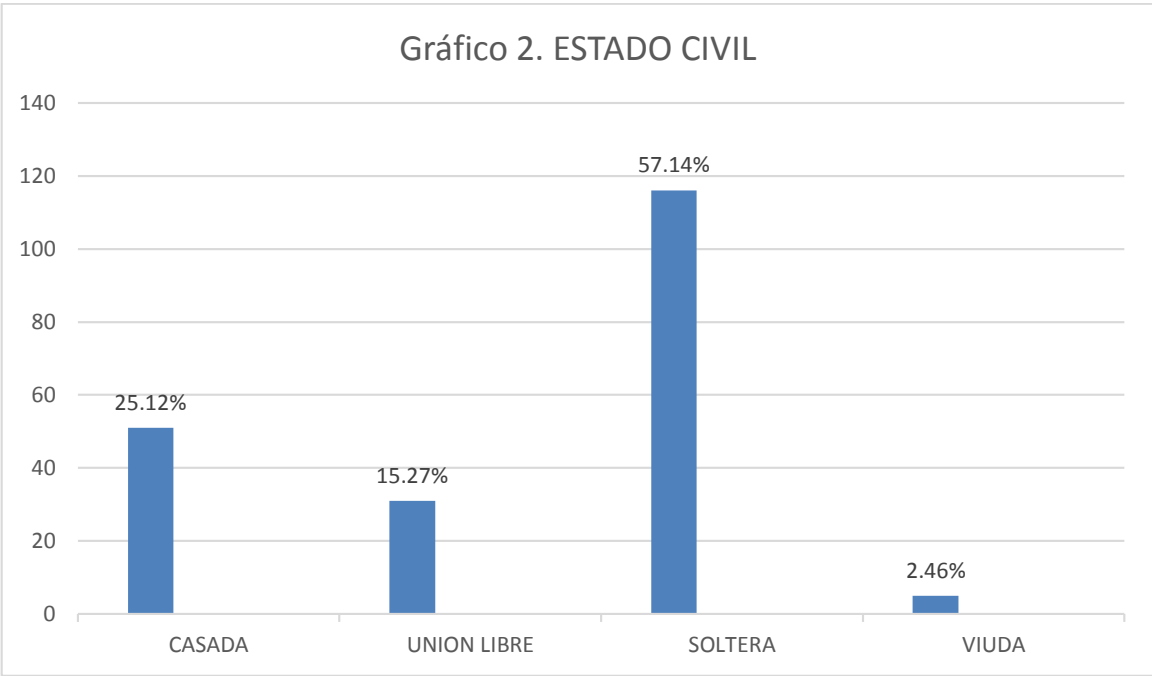


Gráfico 4. AREA DE RESIDENCIA

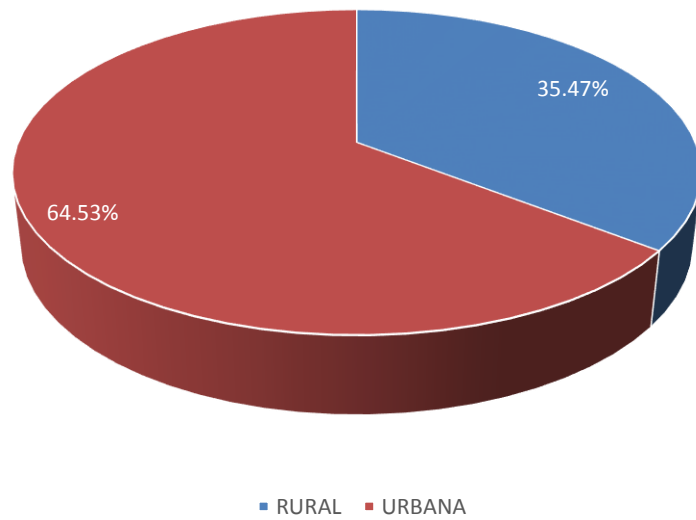
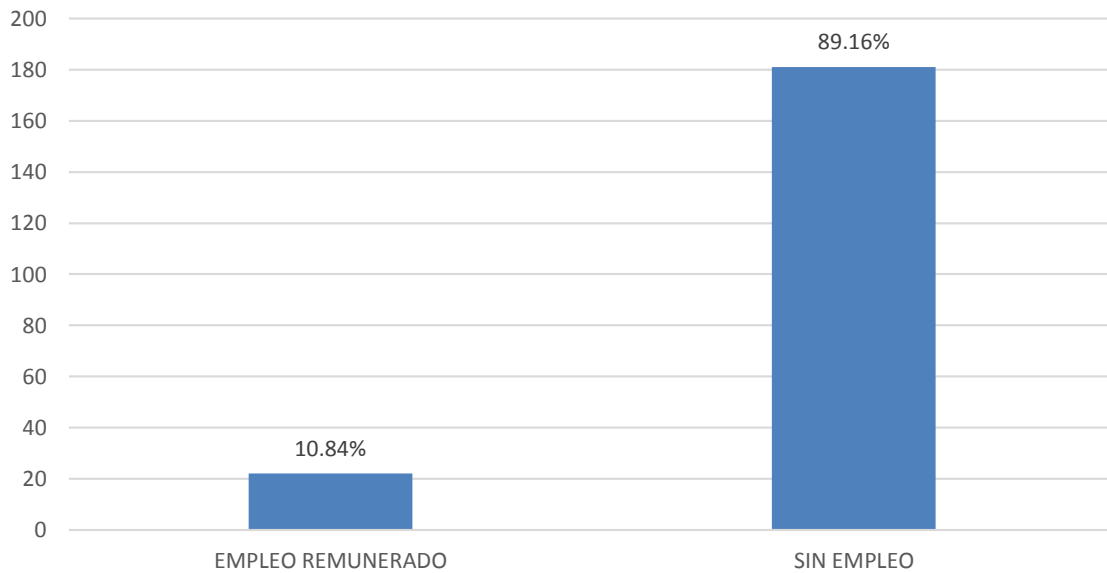


Gráfico 5. OCUPACIÓN



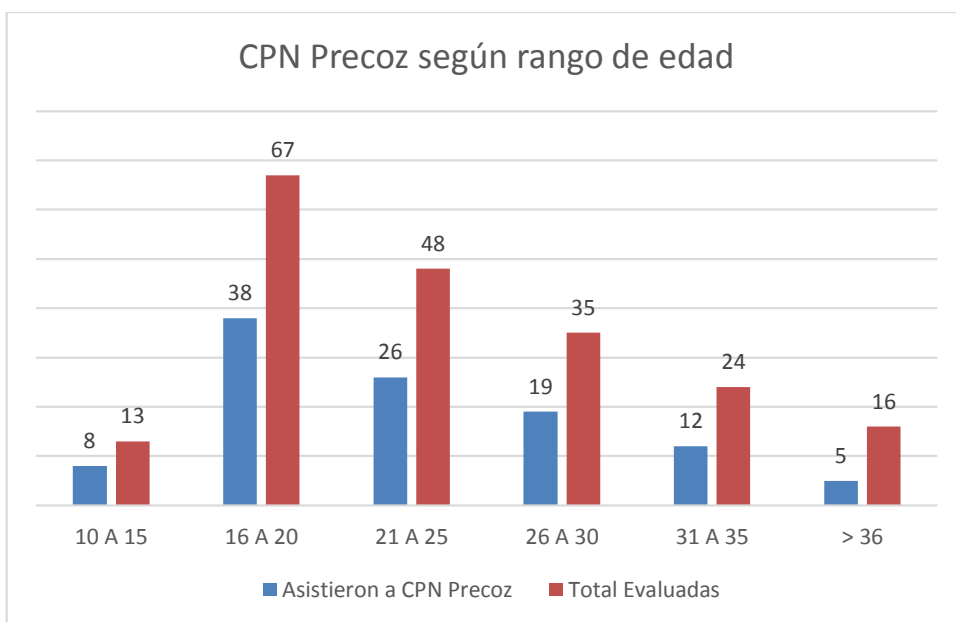
Según los atributos del CPN estudiados, se encontró que éste fue precoz en un 53.2%; sistemático en un 82.76%; periódico en un 75.37% y completo en un 70.94% y gratuita en un 100%. Tabla 1.

Tabla 1. Atributos del control prenatal brindados a las embarazadas que acudieron a consulta.

ATRIBUTOS	N	%
CPN Precoz	108	53.20
CPN Sistemático	168	82.76
CPN Periódico	153	75.37
CPN Completo	144	70.94
CPN Gratuita	203	100.00

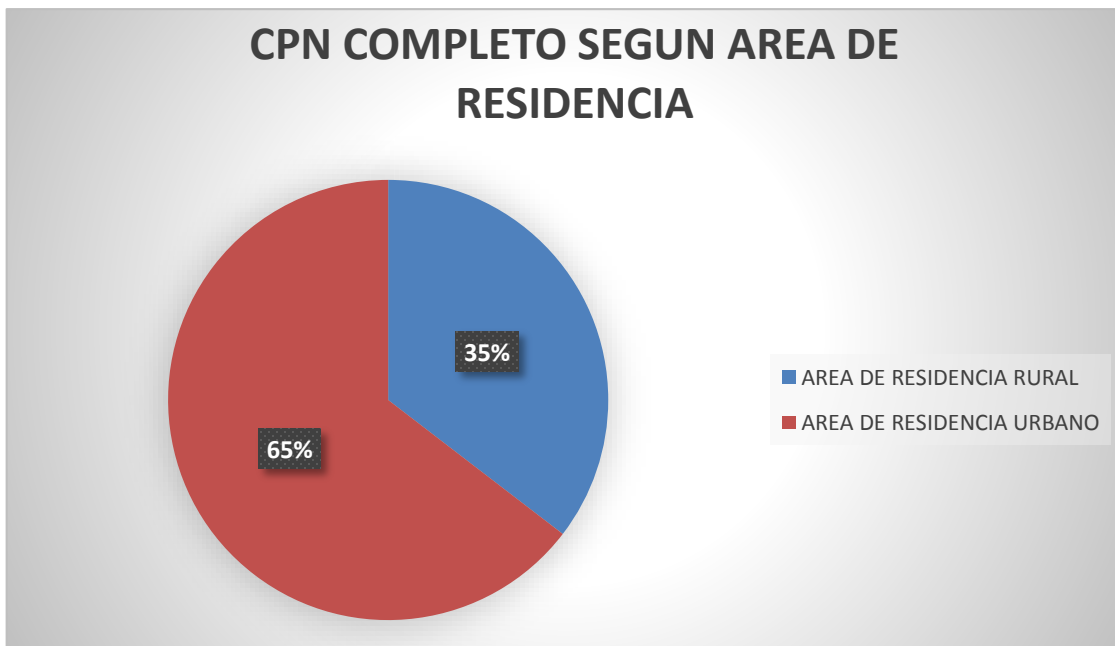
Se relacionó la edad con cada atributo del control prenatal, encontrando que la mayoría de consultas de control prenatal precoz se dieron en el rango de edad 16 a 20 años, con 35.19% (n=38). Grafico 6.

Grafico 6. Atributos de control prenatal según rango de edad.



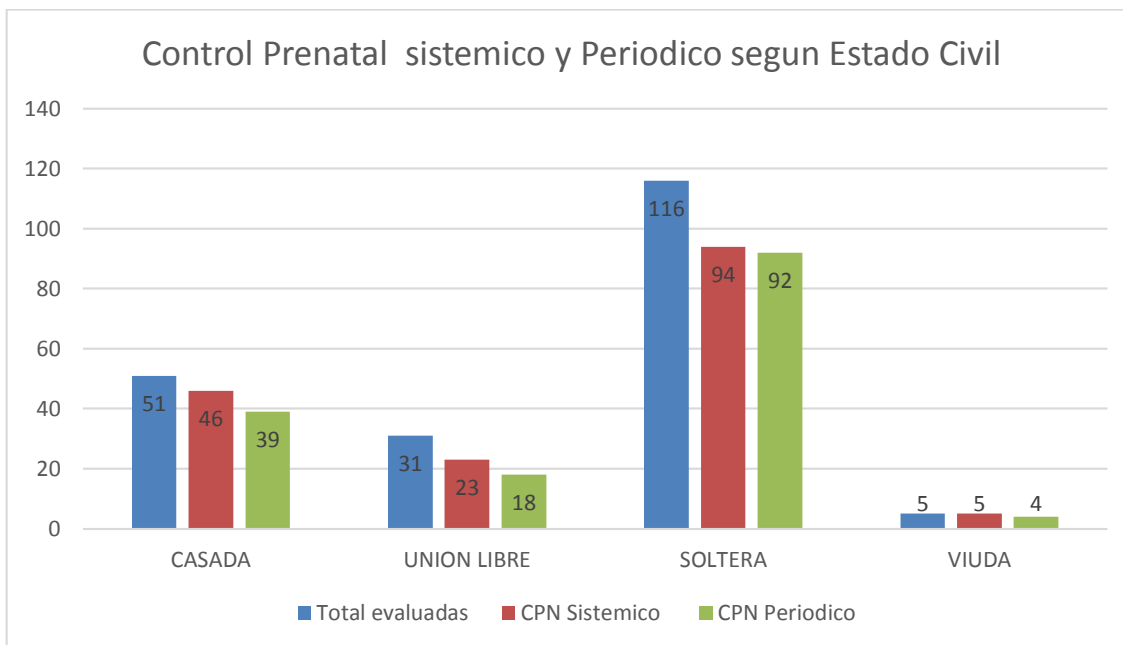
Se relacionó el área de residencia con atributo de control prenatal completo, encontrando que era completo en un 65%. Gráfica 7.

Gráfica 7. Atributos de control prenatal según área de residencia.



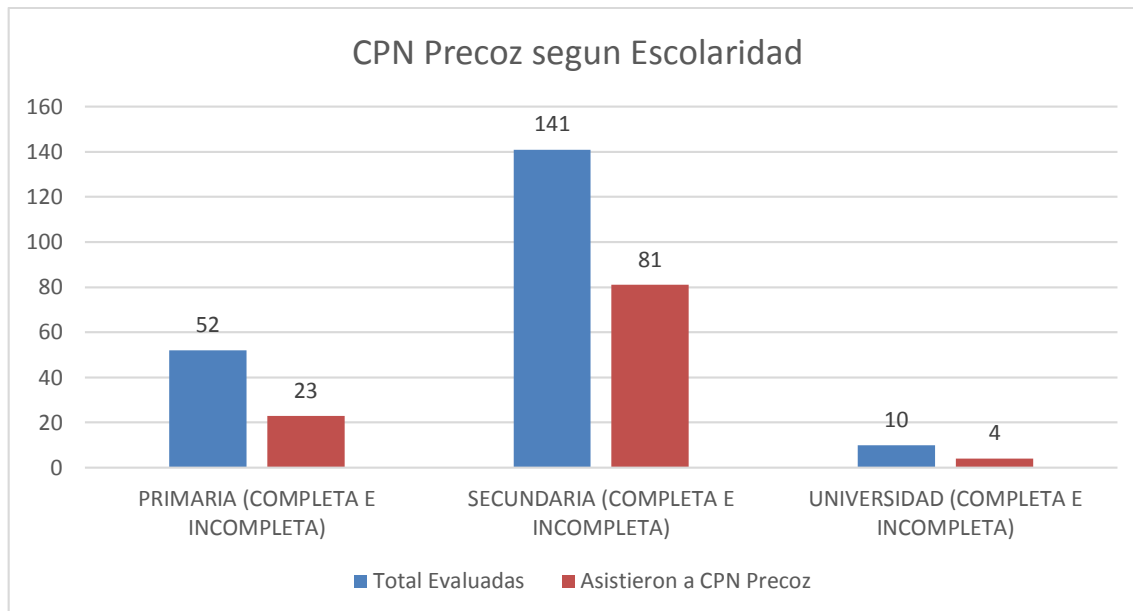
Se mostraron los resultados del estado civil según los atributos del control prenatal, encontrando que las solteras recibieron un control prenatal periódico y sistemático con el 60.13%, 55.96% (n=92, n=94) respectivamente. Grafica 8.

Gráfico 8. Atributos de control prenatal según el estado civil.



Se relacionó la escolaridad con cada atributo de control prenatal, encontrando que las pacientes que tienen una escolaridad en educación media (secundaria) tienden a tener un control prenatal control prenatal precoz, con el 75%. Gráfico 9.

Gráfico 9. Atributos del control prenatal según la escolaridad.



Se relacionó ocupación con cada atributo de control prenatal, tomando en cuenta que la mayoría de las pacientes eran embarazadas sin empleo, encontrando que las pacientes tienden a tener un control prenatal periódico con un 90.20% (n=138), seguido de un control prenatal precoz, completo y sistemático con el 89.81%, 89.58%, 89.29% (n=97 n=129 n=150) respectivamente. Tabla 2.

Tabla 2. Atributos del control prenatal según la ocupación.

ATRIBUTO	OCUPACION				TOTAL
	EMPLEO REMUNERADO		SIN EMPLEO		
	N	%	N	%	
CPN PRECOZ	11	10.19	97	89.81	108
CPN SISTEMATICO	18	10.71	150	89.29	168
CPN PERIODICO	15	9.80	138	90.20	153
CPN COMPLETO	15	10.42	129	89.58	144

4.2 ANÁLISIS

La edad que predominó en las embarazadas que visitan el establecimiento de salud Alonso Suazo se encuentra en un rango de edad entre 16 a 20 años en un 33%, observando a su vez un estado civil predominante era soltera en un 57.14%, lo que hace evidente la alta prevalencia de embarazos en adolescentes a temprana edad, no deseados y fuera de una relación marital estable, esto probablemente por falta de educación sexual reproductiva a edad temprana en casa. Ver graficas 1 y 2.

De las embarazadas estudiadas en el establecimiento de salud Alonso Suazo en la jornada matutina tenían un grado de escolaridad de nivel de secundaria incompleta, analizando que un 64.53% de las embarazadas eran de área urbana y éstas a su vez, se encontraban sin empleo en un 89.16%. Todos estos determinantes sociales, que son factores asociados al incumplimiento de los atributos u objetivos que persiguen las normas de un Control Prenatal de calidad, dictado por las Normas Nacional de Salud Materna vigentes en el país esto probablemente debido a que las embarazadas en nuestro estudio son menores de edad . Ver graficas 3, 4 y 5.

Según los atributos del CPN los estudiados que conducen a medir la calidad de este, se encontró que el único atributo que se cumple en un 100% es la atención de CPN gratuita. También se encontró que solo un 53.2% de embarazadas se presentaron a un CPN precoz, lo cual influye a que exista una baja calidad de los servicios de CPN. Personalmente consideramos que esté poco porcentaje de CPN precoces se deben a que la mayoría de embarazadas encontradas en el estudio fueron mujeres en edad adolescente, solteras y sin empleo, factores que las predisponen al incumplimiento de todos los requisitos básicos del CPN. Ver Tabla 1.

Relacionando la atención prenatal temprana con los rangos de edades, se observa que las jóvenes de 16 a 20 años son las que asisten a un control prenatal precoz (antes de las 12 semanas de gestación) a pesar de las limitantes por no tener un empleo remunerado, ser embarazadas adolescentes, que desde el hecho de quedar embarazadas a temprana edad ya es un riesgo para ellas, pero asumen este rol de forma responsable más que las mujeres en edades

de 36 años o mayores a 36 años, ya que solo 5 de 16 acuden de forma temprana a recibir atención médica. Ver Gráficos 6.

En el área urbana, se dio un control prenatal completo debido a que las condiciones favorables y el acceso a los servicios de salud, ya que la mujer embarazada asiste a sus citas regularmente y se le brindan los cuidados prenatales requeridos para su embarazo, se indaga sobre el estado general de la mujer y estilo de vida. Ver Grafica 7.

Las mujeres embarazadas solteras son las que tuvieron un mejor control prenatal sistémico y periódico, de 116 evaluadas 94 fueron sistémicas y 92 periódicas, esto es sorprendente porque a pesar de la corta edad que tienen asumen la responsabilidad de una maternidad no planificada. Ver Grafica 8.

Las pacientes que tiene una escolaridad en educación media son las que asisten al control prenatal precoz en un 57% (81 de 141), en comparación a las que tienen universidad incompleta con solo un 40% (4 de 10) asisten a un control prenatal precoz, por lo que podemos observar que no hay conciencia social por parte de la usuaria para el cuidado de su salud a pesar de tener un mayor grado de escolaridad. Ver Graficas 9.

Se evaluaron 203 mujeres embarazadas de las cuales solo 22 cuentan con un empleo remunerado y 181 sin empleo, observando que las pacientes tienden a tener un control prenatal periódico con un 90.20% (n=138), seguido de un control prenatal precoz, completo y sistemático por lo que la falta de empleo como determinante social de la salud se presentó en la mayoría de casos pero no se asoció a un bajo cumplimiento de los atributos de control prenatal, garantizando así un servicio de CPN de calidad. Ver Tabla 2.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Según los resultados del estudio se concluyó que hubo un detrimento en la calidad, manifestado por una baja captación de embarazadas antes de las 12 semanas de gestación (CPN precoz de 53.20%).
- De los determinantes sociales de la salud que se estudiaron el 33% son menores de edad que se encuentran entre los 16 a 20 años, el estado civil soltero predominó con un 57%, así como el desempleo con un 89% los cuales influyeron en la falta de cumplimiento de todos los atributos del control prenatal en las embarazadas estudiadas. Aunque esta causa no se puede determinar directamente por el alcance que tiene este estudio por ser de tipo descriptivo y transversal.
- La escolaridad de las embarazadas predominó la secundaria incompleta con un 47.87% seguido de la secundaria completa con un 27%, se observa que solo un 4% logra ingresar a la universidad. Y relacionando con el cumplimiento de los criterios de calidad del control prenatal el 82.76% fue sistémico, 75% periódico, 70.9% completo, 53.2% precoz, logrando el cumplimiento del 100% en el control prenatal gratuito. Con coberturas del 80% para los meses evaluados.
- Se encontraron problemas en el sistema de información ya que no se contaba con el recurso humano necesario para que facilitara los expedientes clínicos de las embarazadas refiriendo que cuentan con poco personal y la demanda de pacientes solicitando servicios es bastante.

5.2 RECOMENDACIONES

- Coordina con el departamento de educación para brindar charlas educativas a la población que asiste a la consulta pero especialmente a las mujeres en edad fértil mejorar la promoción de los servicios de control prenatal del establecimiento de salud Alonso Suazo, y así para aumentar la captación precoz de embarazadas (antes de las 12 semanas). Realizando jornadas y talleres de capacitación para el personal de salud que atiende la consulta de mujeres embarazadas y lograr el cumplimiento de las normas de control prenatal, establecidas por la secretaria de salud.
- Implementa flujo grama de proceso que debe cumplir la embarazada que asiste por primera vez al establecimiento de salud dando una cronología de los servicios que debe recibir como ser: ultrasonido obstétricos, exámenes de laboratorio (hemograma completo, examen general de orina, VIH, VDRL, etcétera.) realizándolo en el tiempo de gestación correspondiente para garantizar el cumplimiento en tiempo y forma.
- Realizara redistribución de los servicios utilizando el recurso capacitado, así como también la implementación de programación de actividades y elaboración de planes educativos para el desarrollo de charlas y jornadas en las escuelas y colegios que corresponden al área de influencia del Alonso Suazo, esto permitirá disminuir en gran manera el embarazo adolescente, y crear conciencia en tener una sexualidad responsable en los jóvenes, teniendo mejores oportunidades de vida.
- Implementara sistema de información computarizado para agilizar el proceso de la consulta así como tener una base de datos que fortalezca la calidad de los servicios.

CAPÍTULO VI APLICABILIDAD

6.1 PLAN DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

- Mejorar el sistema de información, por medio de la implementación de tecnología, que nos permita tener un mayor control, para realizar las intervenciones requeridas.
 - Comprar 4 computadoras con sus accesorios
 - Implementación de sistema Software
 - Definir que el número de expediente sea el número de identidad de la paciente para evitar el sub registro de la información.
 - Se realiza plan de capacitación al recurso humano del área de archivo
 - Se realiza diagrama del flujo de proceso que debe cumplir la paciente que asiste al control prenatal por primera vez.

- Hacer reasignación del personal médicos especialistas (ginecólogos) con el que cuenta actualmente el establecimiento de salud Alonso Suazo.
 - Que las embarazadas que asisten por primera vez sean atendidas por el ginecólogo.
 - Implementar filtros para que los ginecólogos solo atiendan obstetricia y emergencias de ginecología.
 - Capacitar al personal asistencial para el cumplimiento de las normas de control obstétrico neonatal (CONE).
 - Realizar programación de vacaciones para obtener cobertura anual de profesionales requeridos.

- Se coordina con el departamento de educación para brindar charlas educativas a la mujer en edad fértil sobre la importancia del control prenatal temprano.
 - Se elabora plan educativo de charlas sobre importancia de control prenatal

- Se elabora tríptico sobre riesgos y beneficios del control prenatal temprano
- El departamento de educación junto con trabajo social coordinan con los directores de las escuelas y colegios de las áreas de influencia que corresponden al establecimiento de salud Alonso Suazo, para realizar una programación anual de las jornadas informativas sobre salud sexual reproductiva que se les brindará a los jóvenes.
- Envía oficio a los diferentes directores de escuelas y colegios para concertar cita y coordinar agenda.
 - Elabora plan de jornadas informativas en los diferentes centros educativos.
 - Realiza cronograma del desarrollo de las jornadas informativas en cada centro educativo.
- Realizar por parte de la gerencia del establecimiento de salud Alonso Suazo la supervisión del capacitante de las actividades realizadas contempladas en la programación anual de cada departamento, así como la calidad de los servicios.
- Evaluación trimestral del cumplimiento de las actividades programadas por cada responsable del departamento de educación y trabajo social.
 - Gestionar los recursos requeridos con la alta gerencia para el cumplimiento del plan.
 - Aplicar formato específico a los expedientes clínicos para evaluar la calidad de los servicios, mensualmente interviniendo con los hallazgos encontrados
 - Evaluar satisfacción de las usuarias con cada uno de los servicios recibidos.
 - Implementa libro de quejas, dando seguimiento, cada una los viernes de cada mes abordando el departamento al que corresponde la queja.

- Evalúa el cumplimiento del flujo de proceso con cada uno de los departamentos que correspondan a la atención prenatal.
- Tener evidencia de cada una de las actividades realizadas

6.2 PRESUPUESTO

PRESUPUESTO DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD PRENATAL			
Área	Insumo	Cantidad	Costo
Sistema de Información	computadoras	4	80,000.00
	sistema de software		12,000.00
	capacitar al personal de apoyo y administrativo	2	2,000.00
personal	capacitar al personal de salud	6	20,000.00
	Total		114,000.00

6.3 FACTIBILIDAD

Se presentó un plan para abordar la problemática encontrada en el establecimiento de salud Alonso Suazo por la falta de cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por las normas de control prenatal de la secretaria de salud, dicho plan se considera factible debido a que la inversión es baja para los resultados que se esperan obtener a corto y mediano plazo.

Con la implementación del sistema de información se reduce tiempo y la Historia clínica de la paciente se puede adquirir de forma inmediata, así como disminuir el riesgo de pérdida de la información.

Brindar actualizaciones al personal así como sensibilizarlos de la importancia que tiene realizar el trabajo con calidad y responsabilidad, esto nos ayudara a tener calidad en los servicios prestados.

6.4 CRONOGRAMA DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Actividad	Mes 1			Mes 2			Mes 3		
Enviar nota de gestion a la alta gerencia	■								
compra de computadoras				■					
compra de software				■					
implementacion de software							■		
elaboracion del flujograma de proceso	■	■							
implementacion de flujograma de proceso			■						
definir el umero de registro de la usuaruaria			■						
realizar plan de capacitacion al personal				■					
reorganizacion de los servicios					■				
implementacion de filtros para la atencion						■			
programacion de vacaciones del personal				■					
elaboracion de plan educativo							■		
elboracion de trifolio								■	
supervicion capacitante trimestral									■
Inauracion									■

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguado Quintero, L. F. (2007). Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico colombiano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 5(1), 233-281.

Aguilera P., S. S. (2014). Control Prenatal. *Revista medica Clinica Las Condes*, 25(6), 880-886.

Arias Charry, J. B. (2008). Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública, Manizales 2007. *Hacia la Promoción de la Salud*, 13(1), 131-142.

Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., & González, C. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Revista Médica Herediana*, 22(4), 159-1.

Álvarez. L. (2011), Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Universidad de Antioquia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>

Blossiers, C. (2010). Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: un estudio cualitativo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(3), 337-344.

Cáceres-Manrique, F. D.-M. (2010). Inequidades sociales en atención materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(3), 231-238.

Cano-Serral, G., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., Pérez, M., & Salvador, J. (2006). Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 25-30.

Catling, C. J., Medley, N., Foureur, M., Ryan, C., Leap, N., Teate, A., & Homer, C. S. (2015). Group versus conventional antenatal care for women. *Base de Datos Cochrane*

de *Revisiones Sistemáticas*(Número 2), Art. n.º: CD007622.
doi:10.1002/14651858.CD007622.pub3

Córdoba, R., Escobar, L., & Guzmán, L. (2015). Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila. *Revista Facultad de Salud-RFS*, 4(1), 39-49.

de María Cáceres-Manrique, F. (2016). El control prenatal; una reflexión urgente. *Revista colombiana de obstetricia y ginecologia*, 60(2), 165-170.

Alfaro. N. & Villaseñor. M. (2006). Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. Vol. VIII Tomo. 1. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg061h.pdf>

Fernández. L. (S.F.) Hospital clínico san Carlos. Recuperado de:
<https://www.aebm.org/jornadas/iso/1.-%20CONCEPTO%20DE%20CALIDAD.pdf>

Ortiz, R., & Beltrán, M. (2010). Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. *MedUNAB*, 8(2).

Pazmiño de Osorio, S. &.-G. (2009). Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna: Análisis de una tendencia, 2004. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(1), 12-18.

Pécora, A., San Martín, M., Cantero, A., Furfar, K., Jankovic, M., & Llompart, V. (2008). Control prenatal tardío:¿ barreras en el sistema de salud? *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 27(3), 114-119.

Secretaria de Salud de Honduras. (2010). Atención prenatal. En S. d. Honduras, *Normas nacionales para la atención materno-neonatal* (págs. 27-46). Tegucigalpa.

Tamez-González, S., Valle-Arcos, R., Eibenschutz-Hartman, C., & Méndez-Ramírez, I. (2006). Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud pública de México*, 48(5), 418-429.

Tipiani, O., & Tomatis, C. (2015). El control prenatal y el desenlace materno perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(4), 247-252.

World Health Organization. (2002). Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal.

Schwarcz, R., Uranga, A., & Lomuto, C., (2001). Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal., ministerio de salud de Argentina: Recuperado a partir de: <http://www.bvspediatria.org.ar/prenatal.pdf>

Maryland. C. 2013. (Encuesta nacional de demografía y salud ENDESA 2011-2012). Recuperado de: http://www.revistazo.biz/web2/docs/HondurasENDESA2011_2012.pdf


Lafleur. M. Vélez. J. Determinantes de la salud materna e infantil. (2014). Recuperado de:
<http://www.un.org/en/development/desa/policy/capacity/presentations/honduras/Determinantes-de-MIyMM-en-Honduras.pdf>

OMS. (2008). Informe final de la comisión sobre determinantes sociales de la salud. Recuperado de:
http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf

5. Ocupación a la que se dedica

- a) Empleo remunerado b) Oficios domésticos c) sin empleo

INSTRUCCIONES: Marcar con una X en el criterio correspondiente según sea la respuesta

N°	Criterios a Evaluar	SI	NO
	EXPEDIENTES 		
6	Realiza examen para diagnosticar el embarazo		
7	Evalúa los antecedentes personales y obstétricos completos		
8	Realiza ultrasonido según norma		
9	Cálculo de la Edad Gestacional por amenorrea		
10	Peso y Talla		
11	Índice de masa corporal		
12	Detectar susceptibilidad a la Rubéola		
13	Vacuna antitetánica		
14	Examen odontológico		
15	Examen de mamas		
16	Citología: de acuerdo a normas de Prevención y Control del Cáncer		
17	Investigar estilos de vida de riesgo		
18	Exámenes completo: VIH, VDRL, HEMOGRAMA, GLICEMIA, EGO, Tipo y RH		
19	Examen físico cefalocaudal		
20	Calculo de semanas de gestación en cada control		
21	Medición de la Presión Arterial		
22	Medición de la altura Uterina		
23	Medición de la frecuencia cardiaca fetal		
24	Evaluación de movimientos fetales		
25	Evaluación y educación sobre signos y síntomas de alarma.		
26	Contenidos educativos para el parto y la lactancia		
27	Consejería sobre anticoncepción		
28	Elaboración y revisión del plan de Parto		

29	Manejo adecuado de las complicaciones del embarazo.		
30	Hoja de tamizaje llena para detectar violencia domestica		
31	Captación antes de las 12 semanas de gestación		
32	Suplementación con hierro y ácido fólico		
33	Deja registro de fecha para la próxima cita		
34	Tiene los controles requeridos para su edad gestacional		

ANEXO 2. BASE DE DATOS

Access HERRAMIENTAS DE TABLA

ARCHIVO INICIO CREAR DATOS EXTERNOS HERRAMIENTAS DE BASE DE DATOS CAMPOS TABLA

Ver Pegar Cortar Copiar Copiar formato

Filtro Ascendente Selección - Descendente Avanzadas Actualizar Guardar Revisión ortográfica Eliminar Más

Buscar Ir a Reemplazar Seleccionar Ajustar al formulario Cambiar ventanas

Vistas Portapapeles Ordenar y filtrar Registros Buscar Seleccionar Ajustar al formulario Cambiar ventanas Formato de texto

Tablas

coden1edad1
coden2estadocivil1
coden3escolaridad1
coden4reademografica1
coden5ocupacin1
CONTROLPRENATAL
CONTROLPRENATAL1
CONTROLPRENATAL2
metaBackgrounds
metaDataTypes
metaDbInfo
metaFields
metaFieldTypes
metaGridColumnms
metaImages
metaLayerRenderTypes
metaLayers
metaLinks
metaMapLayers
metaMapPoints
metaMaps
metaPages

CONTROLPRENATAL1

GlobalReco	N1Edad	N2EstadoCiv	N3Escolaridad	N4reademo	N5Ocupacin	EXPEDIENTE	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4
0069be98-fe6b	36 Años o más	Casada	Secundaria Incompl	Rural	Oficios Domés	94139	0	1	1	1
04f4c765-219d	16 - 20 Años	Unión Libre	Secundaria Incompl	Urbano	Oficios Domés	27621	1	1	1	1
0519ab77-471c	31 - 35 Años	Unión Libre	Primaria Completa	Rural	Oficios Domés	8138	1	1	1	1
058c97de-3836	16 - 20 Años	Soltera	Secundaria Complet	Urbano	Oficios Domés	34633	1	1	1	1
067e4047-774e	36 Años o más	Casada	Primaria Incomplete	Rural	Sin Empleo	79523	0	1	1	1
122ddc91-b135	10 - 15 Años	Unión Libre	Secundaria Incompl	Rural	Oficios Domés	4909	0	1	0	1
14885803-4103	21 - 25 Años	Soltera	Secundaria Complet	Urbano	Sin Empleo	49732	0	1	1	1
165318af-8b0f	16 - 20 Años	Casada	Secundaria Incompl	Urbano	Sin Empleo	28588	0	1	1	1
19569235-0682	21 - 25 Años	Unión Libre	Secundaria Incompl	Rural	Sin Empleo	6476	1	0	1	1
1b882b59-77ff	21 - 25 Años	Unión Libre	Secundaria Incompl	Rural	Sin Empleo	45749	0	1	1	1
1d64fda2-0132	21 - 25 Años	Unión Libre	Secundaria Incompl	Rural	Oficios Domés	72937	0	1	1	1
1ffdd7cd-066f	31 - 35 Años	Soltera	Secundaria Incompl	Rural	Oficios Domés	36920	1	1	1	1
2197a000-4af3	16 - 20 Años	Soltera	Secundaria Incompl	Urbano	Oficios Domés	82762	0	1	1	1
23659031-bcb8	26 - 30 Años	Casada	Secundaria Incompl	Urbano	Empleada Rer	8074	0	1	1	1
2538079e-e04t						79850	1	1	1	1
25c96b3c-5b5c	16 - 20 Años	Unión Libre	Secundaria Complet	Urbano	Sin Empleo	17511	1	1	1	1
26a3f934-696c	16 - 20 Años	Unión Libre	Secundaria Incompl	Rural	Oficios Domés	89462	0	0	1	1
272f6d8e-f21b	31 - 35 Años	Unión Libre	Secundaria Complet	Urbano	Oficios Domés	19140	1	1	1	1
283c46e5-b65e	31 - 35 Años	Casada	Primaria Completa	Urbano	Empleada Rer	27108	0	1	1	1
2d1e02f9-643f	31 - 35 Años	Casada	Primaria Completa	Urbano	Empleada Rer	45080	0	1	1	1
2efde03d-217f	21 - 25 Años	Unión Libre	Secundaria Complet	Urbano	Oficios Domés	89652	1	1	1	1
2f8e31cb-0612	21 - 25 Años	Casada	Secundaria Complet	Urbano	Sin Empleo	79397	0	1	1	1
312df62c-ac75	10 - 15 Años	Unión Libre	Secundaria Incompl	Rural	Sin Empleo	32400	0	1	1	1

Registro: 1 de 119 Sin filtro Buscar

Vista Hoja de datos BLOQ MAYÚS 11:03 p. m. 09/12/2016