



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

**CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL OBSTÉTRICO
Y EL GRADO DE SATISFACCION DE LAS USUARIAS
EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
EN SANTIAGO DEL ESTERO-CAPITAL**

Tesis presentada para optar al título de
Magíster en Salud Pública

Tesista: Analía Verónica Domínguez

Director: Prof. Dr. Ricardo Rizzi
Co-Directora: Lic. Hortensia Ciancia

Santiago del Estero, 2008

Tribunal de tesis:

- ***Dr. Ricardo Rizzi***
- ***Dr. Gabriel Acevedo***
- ***Dra. Marcela Miravet***

Dedicatoria:

*A mi familia, a mi hermano menor; Nelson Javier, a mis hijas:
Lourdes y Selene;*

*y a mi Coodirectora de tesis Lic. Hortensia Ciancia, que me
acompañó siempre en este largo camino de formación profesional, no
solo desde lo intelectual y académico, sino desde la esencia misma de
ser humano, apuntalando con constancia y principios de bien a esta
su eterna alumna.*

Agradecimientos:

A la Universidad Nacional de Santiago del Estero, casa de altos estudios que me posibilitó el acceder a ser no solo un profesional obstétrico, sino hacer posible el arte de acompañar y colaborar en el proceso más grande y en el milagro más increíble de ver el nacimiento de otro ser humano.

A mis queridas mujeres y usuarias de los centros de atención primaria, que sin ellas esta investigación no hubiera sido posible;

A mis compañeros de trabajo y colegas que me permitieron y permiten aprender y crecer diariamente como profesional.

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77 "La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor"

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	
General.....	32
Específicos.....	33
MATERIAL Y METODO	37
RESULTADOS	37
DISCUSIÓN	111
CONCLUSIONES	118
RECOMENDACIONES	121
REFERENCIAS	123
BIBLIOGRAFÍA	127
ANEXOS	133

RESUMEN

El presente estudio exploratorio-descriptivo da cuenta de los resultados obtenidos en una población de ocho UPAS, cuyo objetivo central fue describir la calidad de atención que brindan a las usuarias los profesionales obstétricos en la consulta de control prenatal que incluyó la valoración del grado de eficiencia de los consultorios obstétricos; según criterios de OPS/OMS; el desempeño profesional obstétrico en la atención, según Normativa Perinatal I y la satisfacción de las usuarias en la ciudad capital de Santiago del Estero, durante el año 2006.

Los resultados indican que del 100% de las UPAS; el 83,50% de los consultorios obstétricos se encuentran en relación a: planta física, recursos materiales, recursos humanos, normas y procedimientos, suministros y educación para la salud en un nivel de eficiencia considerado Bueno, aunque existen servicios con carencias. El 100% de los profesionales obstétricos desarrollan correctamente las técnicas de control prenatal, calificándose su desempeño científico-técnico profesional como Muy Bueno, sin embargo no cumplen con el 100% de las actividades previstas en la normativa al 100% de las usuarias.

El 68,75% de las usuarias vive cerca de las UPAS y van caminando por encontrarse dentro del área de cobertura. El 100% son atendidas cuando concurren a la consulta, de ellas el 77,50% obtienen turnos con anticipación, el resto al momento de la consulta. El tiempo de atención excede el establecido en la norma para todas las consultas; el 78,75% deben esperar entre 30 minutos y una hora para ser atendidas.

El 75% de las usuarias asimila la información, enseñanza y/o explicaciones que el profesional obstétrico le brinda. En la consulta obstétrica, el 90%, manifiestan que el profesional obstétrico mide talla, toma tensión arterial, mide altura uterina, ausculta, realiza maniobras de Leopold, examen de mamas, tacto vaginal, solicita laboratorio y en menor proporción pesa y extrae material para Papanicolau. El 93,75% considera haber sido atendida con amabilidad y haber recibido una atención de calidad

Más del 70% de las usuarias le asignan importancia al control prenatal porque reciben leche, vacunas y medicamentos y en menor proporción, entre el 11,25% y 37,50% porque reciben enseñanza acerca de la lactancia materna, preparación integral para la maternidad, control de mamas, usos de anticonceptivos, control ginecológico, prevención de ETS.

El 76,25% prioriza la importancia del control prenatal porque en él se evalúa el desarrollo del embarazo y feto y el 68,75% agrega, además, porque previene complicaciones del parto.

Se concluye que las condiciones de eficiencia de los consultorios obstétricos es Buena, aunque varios adolecen de fallas importantes posibles de revertir. Las actividades propuestas para las consultas Prenatales, por la normativa no permiten analizar la realidad en cuanto a calidad se refiere, para interpretarla correctamente es necesario contemplar que muchas de las usuarias no llegan a los servicios en la primera etapa del embarazo y la primera consulta es tomada como única oportunidad para poder llevar a cabo lo que exige la norma. El desempeño profesional científico-técnico califica como Muy Bueno, aunque es necesario adecuar la normativa Perinatal I a la realidad local para poder evaluar la calidad de atención. En general las usuarias son atendidas satisfactoriamente.

SUMMARY

The present exploratory - descriptive study realizes of the results obtained in a population of eight UPAS, whose central aim(lens) was to describe the quality of attention that the obstetric professionals offer to the usuarias in the consultation of prenatal control that included the valuation of the degree of efficiency of the obstetric doctor's offices; according to OPS/OMS's criteria; the professional obstetric performance(discharge) in the attention, according to Normative Perinatal I and the satisfaction of the usuarias in the cardinal city of Santiago of the Tideland, during the year 2006.

The results indicate that of 100 % of the UPAS; 83,50 % of the obstetric doctor's offices is in relation to: physical plant(floor), material resources, human resources, procedure and procedures, supplies and education for the health in a level of efficiency considered Well, though services exist with lacks. 100 % of the obstetric professionals develops correctly the technologies(skills) of prenatal control, his(her,your) performance(discharge) being qualified professional scientist - technician since(as,like) Very Well, nevertheless they do not fulfill with 100 % of the activities foreseen in the regulation 100 % of the usuarias.

We conclude that the efficiency conditions of obstetric clinics is Good, but suffers from several significant flaws possible to reverse. The activities proposed for prenatal visits, by the rules do not allow analyzing reality in terms of quality refers to interpret it correctly is necessary to consider that many users do not come to services in the first stage of pregnancy and early consultation is taken as a unique opportunity to carry out what the standard requires. The scientific-technical professional performance qualifies as very good, although legislation is necessary to adapt to reality Perinatal local I to assess the quality of care. In general, users are satisfactorily addressed.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, cada año mueren miles mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y post parto. Una importante proporción de ellas se debe a la falta de atención efectiva, eficiente y eficaz durante el período reproductivo de sus vidas; otorgada por personal capacitado y en el primer nivel de atención. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Informe sobre la salud, 2005 (2), las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son la primera causa de incapacidad, enfermedad y muerte en edad reproductiva en los países en desarrollo y se llevan el 18% de la carga global de enfermedades para ese período de sus vidas”.

Los estudios internacionales, regionales y nacionales, sostienen que las causas de muertes maternas; como hemorragias o infecciones, a menudo ocultan complicaciones por la interrupción del embarazo. La Argentina, junto con Jamaica y Trinidad y Tobago, es uno de los tres países de América Latina y el Caribe donde las complicaciones por abortos inseguros causan el 33% de la mortalidad materna.

El Informe de la 26a Conferencia Sanitaria Panamericana (3) indica que la receta, para enfrentar la situación antes descripta; no es complicada: con medidas sencillas, como la aplicación de servicios accesibles, económicos, culturalmente aceptados y personal formado y capacitado en el área materno infantil, como lo es el profesional obstétrico, inmerso en la comunidad, la situación puede revertirse.

Los indicadores de salud, ubican a Santiago del Estero como un área perinatal crítica de la República Argentina (4) Esta situación refleja una ausencia de concientización de la importancia que tienen los principios, enfoques y contenidos de la Atención Primaria de Salud (APS)

La APS es una estrategia, destinada a costear un sistema en salud de cobertura universal, capaz de brindar los servicios y prestaciones esenciales de salud que necesita una población; de gran valor para la Salud Materno-Infantil ya que los problemas del grupo requieren un enfoque multisectorial, continuidad del cuidado, participación de la familia y de la comunidad, uso de tecnología apropiada y real capacidad resolutive en el primer nivel de atención del sistema de servicio de salud, apoyado por una estructura de complejidad adecuada a las necesidades de madres y niños.

Dicha política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud en 1977 denominado "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000" y aprobada en Alma Ata como una estrategia específica a seguir, abarca e integra los siguientes programas.(5)

- ◆ Programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, edad avanzada, incapacitado.
- ◆ Programas para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.

Para ello es necesario readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos y materiales, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad, desde el primero que son los puestos y centros de salud que funcionan en el ámbito de las comunidades, hasta los más altos hospitales especializados. El cumplimiento de los objetivos trazados implica el uso de servicios básicos de salud con participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar.

Las experiencias locales muestran diferentes formas de asumir la responsabilidad, que deben ser analizadas en los contextos en que se desarrollan. Por ejemplo, se han conformado entes intermunicipales orientados a optimizar la red de servicios de salud y reducir costos (6).

El derecho a la salud es considerado como el derecho a vivir dignamente. La ausencia de equidad y calidad en salud, dentro del sistema sanitario, atenta contra ella, las falencias se pagan con vidas; entonces la muerte es tomada como uno de los indicadores que reflejan si este nivel está o no presente en la sociedad.

En 1987, las agencias internacionales y los gobiernos pusieron en marcha el Programa para una **Maternidad Segura**, cuyo objetivo era concientizar al mundo entero acerca del impacto de la mortalidad y morbilidad maternas, y buscar soluciones para estos graves problemas; el Dr. Halfdan T. Mahler en la Conferencia Inaugural por una Maternidad sin Riesgo, (Nairobi, 1987) decía que: *“La mortalidad materna ha sido una tragedia descuidada y se ha descuidado porque las que sufren son personas ignoradas, con menos fuerza e influencia sobre cómo se emplean los recursos nacionales, son pobres y por encima de todo, son mujeres”*. Para aunar criterios y establecer estrategias de abordaje se formó un grupo inter-agencias, conformado por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de población de Naciones Unidas (FNUAP), Banco Mundial (BM), Population Council (Consejo de Población) y la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF). La meta del proyecto era lograr que para el año 2000 la mortalidad y morbilidad maternas hayan disminuido a la mitad. En el año 1989, se incorporaron a esta lucha las sociedades científicas, Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), y la Federación Latino Americana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). (7)

La experiencia mundial ha demostrado que es posible reducir las muertes asociadas al embarazo, y ***una de las estrategias que se considera mas eficaz es la provisión de personal capacitado, suficiente en número, inmerso en la propia comunidad, competente y con aptitudes de partería*** (OMS, 2000, Ginebra, Tunes).

Feuerstein (1993) define a la maternidad segura como:

“ Maternidad segura significa crear las circunstancias en las que una mujer pueda elegir si se va a embarazar y, en cuyo caso garantizar que reciba atención para la prevención y tratamiento de las complicaciones del embarazo; tenga acceso a la atención calificada durante el parto, a la atención obstétrica de emergencia si la necesita y a la atención después del nacimiento, a fin de evitar la muerte o las discapacidades por las condiciones del embarazo y el parto”.

Este concepto coincide con el expresado por la OMS, Confederación Internacional de Matronas (ICM), Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 (CIPD) y la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de la Mujer (1995) de las Naciones Unidas; recalcando que toda mujer debe tener la opción del embarazo y, si decide concebir y tener hijos, se deberá velar para que reciba el control prenatal debido, con atención de personal capacitado durante el nacimiento y el puerperio y alejarla de situaciones de peligro y discapacidades maternas (OMS 1997). (8)

El compromiso con el Programa para una Maternidad Segura se vio fortalecido cuando se eligió a éste como el tema para el Día Mundial de la Salud de la OMS en 1998 y en la Reunión de Expertos sobre Maternidad sin Riesgos realizada en Octubre de 1997 en Sri Lanka. La reunión de los representantes de los gobiernos, de las agencias internacionales y de ONGs realizada en Washington, D.C. con motivo del Simposium Internacional sobre Maternidad Segura realizado el 7 de Abril de 1998 para Día Mundial de la Salud, emitió un mensaje muy claro: **“la maternidad puede y debe ser un proceso libre de riesgos”**.

Citando palabras de Hillary Rodham Clinton, Primera Dama, EE.UU., en el día Mundial de la Salud, 1998, en la que señalaba: **“... para reducir la mortalidad materna se requiere de un compromiso sostenido a largo plazo de todas las personas involucradas. Es un esfuerzo de la comunidad por la comunidad, los gobiernos, los grupos de voluntariado y las autoridades locales se encuentran aunando fuerzas y recursos para desarrollar estrategias de salud que permitan la existencia de una maternidad libre de**

riesgos.” reforzando la idea de que la muerte de una madre es un problema de salud pública, por cual le atañe a la sociedad toda.

A su vez James D. Wolfensohn, Presidente del Banco Mundial, en el Día Nacional de la Salud, 1998, mencionó al respecto: ***La Maternidad sin Riesgo es un elemento fundamental de los derechos humanos: de los derechos del niño, de la familia y de las mujeres”.*** (9)

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con más fidelidad expresa la inequidad, la exclusión social, y permite evidenciar el grado de organización y accesibilidad a los servicios de salud. Refleja también la inequidad de género para la toma de decisiones, el respeto a los derechos humanos y el acceso a los servicios sociales. (10)

La muerte de una madre, es una de las mayores injusticias sociales de nuestro tiempo; ya que la mujer influye en la salud y calidad de vida de los hijos/as y de toda la familia, la mayoría de sus causas de la mortalidad materna, son prevenibles desde la concepción del hijo. Revertir la inequidad equivale a brindar acceso. De nada vale aumentar la inversión en salud si una madre que vive en una zona carenciada no puede llegar a un centro de salud, no tiene un adecuado control perinatal o no puede hacer consultas preventivas para sus hijos. (4)

Posterior a la muerte materna, sus hijos desarrollan un riesgo diez veces mayor de morir dentro de dos años comparado con aquellos que conservan a ambos padres vivos. Su muerte tiene un impacto que va más allá de su familia directa, ya que al morir no sólo se pierde el aporte que ella hace al ingreso de la familia, sino también la contribución que hace a la unidad familiar, a la educación de la generación siguiente, al cuidado de los más ancianos y a la estabilidad de la comunidad entera.

Hay tres elementos que hacen especial a la mortalidad materna: su magnitud, su naturaleza epidemiológica y sus requerimientos programáticos. (4)

Con respecto a la magnitud, OMS estima que en el mundo, anualmente fallecen 585.000 mujeres debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Otros veinte millones de mujeres sufren complicaciones y enfermedades serias y prolongadas. Cada año, más de cuatro millones de recién nacidos mueren y millones más quedan discapacitados por falta de cuidados apropiados durante el embarazo y el nacimiento. Una de las características cruciales de la muerte materna es que la mujer corre riesgo de muerte en cada embarazo, y es un riesgo que la acompaña durante buena parte de su vida.

Desde el punto de vista epidemiológico las causas principales de morbilidad y mortalidad entre las madres y los niños en sus primeros años de vida son la desnutrición, las infecciones y las consecuencias de la falta de regulación de la fecundidad. Una cuidadosa y adecuada atención a la embarazada, permitirá mejorar la salud de la madre y el hijo.

Los requerimientos programáticos constituyen elementos importantes para la reducción de la mortalidad materna. Es así que; una mujer no puede morir por causa materna si no se embaraza, de tal manera que facilitar el acceso a la planificación familiar puede contribuir a reducir las muertes maternas evitando los embarazos no deseados. A lo largo de la gestación cobra relevancia un adecuado control prenatal, a través del cual se canalizan acciones destinadas a prevenir o a manejar adecuadamente las complicaciones que pueden derivar del embarazo.

Desde 1987, período en que comenzó la Iniciativa de Maternidad Segura, se ha aprendido bastante, pero no lo suficiente sobre la eficacia de las diferentes intervenciones en la salud materna y sobre la posibilidad de implementar programas efectivos cuya estrategia principal de intervención se base en el abordaje de la atención primaria de la salud.

Dichas acciones no deben llevarse a cabo en forma vertical y a su vez deberían de tener un acompañamiento desde los roles de coordinación; deben formar parte de una amplia estrategia destinada a mejorar la salud reproductiva

de la mujer a través de la atención primaria. Esto implica que las intervenciones de Maternidad Segura deban aplicarse en forma integral, dentro del contexto general que promueve la equidad en el acceso a los servicios y la calidad de los mismos.

Para que la maternidad sea segura se requieren acciones simultáneas en tres frentes:

- **Reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo;**
- **Reducir el número de complicaciones obstétricas;**
- **Reducir la tasa de mortalidad en las mujeres que presentan complicaciones**

El embarazo y el parto son procesos naturales, ***pero no libres de riesgo***. Mujeres y niños sufren y mueren por la falta de acceso a los cuidados de salud básicos. A escala mundial, sólo la mitad de las mujeres reciben asistencia en salud; de personal capacitado y cuentan con alguien cerca para ayudarlas en caso de presentarse problemas durante el parto.

Para lograr reducir significativamente la mortalidad y morbilidad materna y del recién nacido no es necesario utilizar tecnología sofisticada, sólo se requiere tener al alcance fondos relativamente modestos pero constantes que permitan al personal capacitado desarrollar plenamente sus funciones en pro del cuidado materno infantil. Además, es de vital importancia establecer y mantener una estrategia uniforme como estrategia operativa y perdurable en el tiempo para promover la maternidad segura y el cuidado de los recién nacidos. (11)

La naturaleza de la mortalidad materna, no encierra ningún misterio, hay poca diferencia entre las causas que la provocan en países desarrollados y países en desarrollo. Hay similitud en las hemorragias, infecciones e hipertensión inducida por el embarazo. ***La diferencia fundamental radica en que en los países desarrollados los establecimientos y los profesionales están preparados para dar respuesta oportuna y adecuada a estas emergencias, desde el primer nivel de atención y el primero de referencia.***

Han surgido un número importante de investigaciones sobre estrategias para reducir la mortalidad por causas obstétricas. Al mismo tiempo, ha sido difícil demostrar una disminución significativa de la mortalidad materna, debido a las carencias que muestran la calidad de servicios y oferentes de salud en el área materno infantil.

En el capítulo IV, del Informe sobre la salud del mundo, de la OMS año 2005, se refuerza la idea, señalando que la ***mortalidad neonatal disminuye si la primera visita prenatal se realiza precozmente, si los controles durante la gestación son suficientes y si la mujer es atendida durante el parto en un servicio adecuado.***

Al implementar un programa para el seguimiento del embarazo, el equipo de salud, y particularmente el profesional obstétrico debe tener presente los siguientes objetivos:

Disminuir la morbilidad perinatal.

Reducir la incidencia de bajo peso al nacer.

Reducir el número de abortos.

Disminuir la morbilidad por causas obstétricas.

Promover la lactancia materna.

En el Compromiso Nacional a favor de la Madre y el Niño suscrito por nuestro país en 1991, se establece como una de las Líneas de Acción “*generar una política de recursos humanos que motive y capacite al personal del área materno- infantil, tanto a nivel gerencial como operativo, identificando como recurso humano crítico a desarrollar: enfermeras, profesionales obstétricos, gerente de programación, personal estadístico y administrativo*” (12) compromiso con el cual comienza en nuestra provincia un movimiento positivo a favor de la atención materno infantil.

El análisis de las necesidades y situaciones con la que ha de enfrentarse actualmente la Atención Primaria de la Salud permite identificar los siguientes grupos de funciones y actividades básicas ha desarrollar:

- Detección, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.
- Actividades de prevención y promoción en las consultas.
- Atención continuada.
- Atención domiciliaria.
- Educación sanitaria y acciones preventivas en la comunidad.
- Vigilancia epidemiológica.
- Derivación de pacientes a otros niveles asistenciales y otras prestaciones sanitarias.
- Docencia e investigación en Atención Primaria de la Salud.(7)

Todo este conjunto de funciones y actividades de los equipos de APS necesitan del apoyo de todo el sistema de salud. En esta área tiene lugar el primer contacto del individuo con el equipo de salud y por ello se condiciona positiva o negativamente los resultados finales del proceso.

El fortalecimiento y creación de estrategias que incluyan los elementos intrínsecos de la APS seleccionados por la autora (optando por la propuesta de Martín Zurro) (13), forma parte de uno de los principales componentes a la hora de abordar la atención del control prenatal desde una unidad primaria de atención. (UPA) porque es:

Integral: considera al ser humano como un todo bio-psicosocial; todos sus aspectos se interrelacionan y afectan su salud.

Integrada: interrelaciona los elementos de promoción prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social. Se integra funcionalmente con las restantes estructuras.

Accesible: suprime o disminuye las barreras geográficas, culturales y económicas que existen entre los servicios de salud y los usuarios o familias.

Interdisciplinaria: equipos de salud o de atención primaria integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.

Comunitaria y participativa: es esencial que las familias asuman el concepto de que la salud es una inversión, un patrimonio que hay que cuidar, implica educación para la salud, cuyo objetivo es la concientización de la comunidad con participación activa.

Programada y evaluable: programas de salud, con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación previamente establecidos.

Docente e investigadora: desarrolla actividades de docencia y de investigación capaz de ser aplicadas en el área pertinente.

Por lo tanto podemos decir que:

Es por ello que la composición del equipo de Atención Primaria de la Salud, debe ajustarse y responder a las necesidades de salud y las características del sistema y de la comunidad. No existen modelos universales que permitan describir una composición para todos los lugares. Lo que define al equipo de salud de la Atención Primaria de la Salud es la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se integran para la solución de las necesidades y problemas de la población bajo cobertura.

La OPS/OMS en el último año ha fijado su posición en relación a la APS, poniendo de manifiesto que “la renovación de la APS, debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y a su vez, que los sistemas de salud, basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas” (14)

Es así que para intentar describir el alcance de la incorporación del profesional obstétrico y la calidad de atención que brinda en una UPA, se debe abordar primero el proceso técnico-científico, administrativo y financiero, cuyo fin es la de asegurar la prestación de los servicios de salud, maximizando su

utilización por parte de los usuarios; y los proveedores prestando una óptima atención.

Partiendo del concepto de calidad, en sus dos dimensiones básicas: Calidad técnica o intrínseca la cual se refiere al producto en si mismo, a la capacidad de utilización por parte de los profesionales al nivel de conocimiento existente para abordar los problemas de salud, cuyo objetivo es producir salud y satisfacción en la población atendida e incluyendo los aspectos científicos técnicos, como el trato interpersonal; en relación con el paciente.

Calidad percibida. Impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas. Hace referencia como mínimo a tres aspectos o subcomponentes diferentes : (15)

- ◆ Aspecto organizacional, (ambiente físico, tiempo de espera, etc.)
- ◆ Efecto de la atención en el estado de salud de la paciente, o cliente interno.
- ◆ Manera o trato recibido, durante el proceso de atención por parte del personal implicado.

Se relaciona directamente con el “arte” de la atención en salud e incluye las diferencias entre las expectativas del usuario y lo que es científicamente correcto, pudiendo minimizarse esto, en la medida que los profesionales sean capaces de establecer una relación efectiva con los usuarios.

Tomando las palabras de Galán Morera, R. En Malagón-Londoño y otros en su libro Garantía de calidad en salud (16) refiere que “la calidad de salud, en su mas amplia concepción, globaliza la gran complejidad que caracteriza a los servicios de salud, incluyendo diferentes variables endógenas y exógenas a los mismos servicios”; se destaca en esta frase la idea de que no solo se valida en el concepto de calidad variables internas de cada institución sino aquellas que lo rodean, es decir factores extraños a la misma, difíciles de interpretar en un análisis que busca asegurar la prestación de servicios de salud.

En relación a este tema y para comprender mejor el concepto de “calidad de atención” la autora se basó en el convencimiento que los planteamientos del Dr. Avedis Donabedian (17) quien sostiene que la calidad es una propiedad de la atención, pero también es un juicio frente a ella, son los mas apropiados para el presente estudio.

Este juicio, según el autor, se puede dividir en dos aspectos: uno se refiere a la atención científico-técnico y el otro referente al manejo de las relaciones interpersonales, complementándose ambos en el mencionado proceso; donde la utilidad de las prestaciones de cada grupo profesional es la que determina el espacio y protagonismo, dentro de la construcción colectiva del bienestar, que percibe el usuario del servicio de salud.

El aspecto *científico-técnico*, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología al servicio del usuario, de manera tal que produzcan el máximo de beneficio y el mínimo de riesgo para la salud de los que requieren atención.

Defectos en la calidad de un determinado servicio prestado promueve generalmente, problemas de salud para los pacientes y compromisos legales para los prestadores. Los usuarios dejan de ser actores pasivos y asumen una actitud más dinámica y activa con exigencias específicas, por lo que se torna indispensable proporcionar, mantener y mejorar la calidad del servicio y de los resultados.

El mejor equipo humano puede desarrollar procesos desordenados o inadecuados que produzcan malos resultados, de tal forma que la calidad integral (resultado) se logra a través de una estructura adecuada y una elaboración correcta de los procesos en la atención de salud, entendiéndose por proceso la secuencia de una serie de tareas organizadas y repetitivas que producen un resultado o producto determinado.

En cambio, la calidad en el *proceso interpersonal* es difícil de resumir, ésta incluye valores y normas socialmente definidas que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas en parte por los dictados éticos de los profesionales encargados de administrar salud y por las expectativas que provienen de los usuarios.

Por ello, y para garantizar el logro de las acciones en los servicios de salud es importante medir la calidad de atención prenatal que el profesional, en particular el profesional obstétrico, brinda con el objetivo de efectivizar la resolución de cada problema en el nivel de complejidad que corresponda, teniendo en cuenta el grado del daño que se trata y la capacidad científica-técnica con la cual se cuenta.

Indicadores de la calidad de vida de un pueblo; como la mortalidad materna son sensibles a un conjunto de factores (socio económico, accesibilidad y calidad de los servicios en salud) que convergen minimizando o acrecentando la mencionada problemática en la salud pública, y demostrando si la ausencia o presencia de ciertos actores sociales circunscriptos en un entorno particular son capaces de revertir a largo y mediano plazo, lo antes mencionado.

En nuestro país de acuerdo a los últimos datos disponibles en relación a este análisis, los “Indicadores Básicos, Argentina 2005” (18) ubicados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y OPS/OMS, describe un índice de Gini de 0.363; clara demostración de inequidad en la distribución del riesgo a morir de las madres según donde éstas residan. La tasa de natalidad 18,4 nacimientos cada mil habitantes. Del 100% de los nacimientos, el 40% que ocurre en las provincias con peores tasas de mortalidad materna generan cerca del 70% de las muertes maternas. En tanto el 40% que ocurre en las provincias con peores indicadores socioeconómicos generan aproximadamente el 60% del total de las muertes maternas del país. Esto muestra que las provincias con peores indicadores son aproximadamente las mismas que presentan peores indicadores socioeconómicos.

En argentina hay aproximadamente una muerte materna por día. Estas cifras reflejan la importancia de evaluar, y garantizar un adecuado cuidado materno y perinatal, que nazca en la comunidad misma y esté a cargo de personal formado y capacitado para dicho fin. Las acciones que con más eficacia y efectividad permiten contrarrestar estas situaciones son:

- ◆ La asistencia durante el embarazo, parto y puerperio, especialmente en lo que respecta a un eficiente control prenatal (precoz, periódico, completo y de amplia cobertura).
- ◆ Promoción de una adecuada alimentación, la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes que atacan a las madres y a los niños.
- ◆ Fomento de la eficaz nutrición de los lactantes, incluso lo que respecta a la promoción de la lactancia materna y el uso de alimento apropiado de destete.
- ◆ Vigilancia del crecimiento y desarrollo durante la niñez, incluyendo la inmunización, el saneamiento del medio y la educación.
- ◆ Promoción de la planificación familiar, en el marco de la salud reproductiva respetando el derecho a tomar decisiones que conciernen a la reproducción, libre de discriminación, coerción o violencia. Es otorgar atención al espacio ínter genésico, a la prevención y manejo de la esterilidad, las enfermedades de transmisión sexual, al cuidado de los niños, a la prevención del cáncer genital, de las enfermedades que resultan como consecuencia de múltiples embarazos o partos y a los períodos anterior y posterior a la menopausia.(19)

Todas estas medidas requieren la continuidad de la asistencia en las etapas cruciales del desarrollo, la gestación, el parto, la lactancia, el destete, la niñez y la adolescencia Según el Banco Mundial, por cada dólar que se invierte en salud materno infantil se obtienen siete dólares mediante una reducción del gasto social y un aumento de la productividad.(20)

Los conceptos claves que definen la importancia excepcional que tienen los profesionales obstétricos en la promoción de la salud de las mujeres y de sus familias son:

- ◆ El trabajo con las mujeres para fomentar el cuidado de si mismas, de la salud y de los lactantes y la familia.
- ◆ El respeto por la dignidad humana y un trato hacia la mujer como corresponde a personas que gozan de todos los derechos humanos.
- ◆ La defensa de las mujeres cuyas voces se han silenciado.
- ◆ El empoderar a las mujeres que trabajan para obtener una atención en salud de calidad.
- ◆ Armonizar los aspectos culturales y el trabajo con las mujeres y los profesionales de la salud para desarraigar las prácticas culturales dañinas para la mujer.
- ◆ La atención especial a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a lo largo del ciclo vital de la mujer.
- ◆ La percepción del embarazo como un acontecimiento normal de la vida.

“Las mujeres mueren dando a luz porque las sociedades no consideran que sus vidas valen el costo necesario para salvarlas. La esclavitud de las mujeres hacia su rol reproductivo y doméstico es responsable por la forma en que la sociedad subestima su valor” (21)

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor, su frecuencia está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y será necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

Una de las funciones más importantes del control prenatal es ofrecer a la mujer en la atención obstétrica, consejos e información sobre el lugar más

apropiado para dar a luz, sobre los signos y síntomas de peligro, para los cuales debe buscar atención inmediata por personal de salud calificado, considerando sus circunstancias particulares y su estado de salud, realizando monitoreo cuidadoso para tratar a tiempo enfermedades o complicaciones que se agravan durante el embarazo, ofrecer tratamientos profilácticos, como el suministro de hierro y ácido fólico para prevenir anemias y malformaciones congénitas en los recién nacidos, informar sobre los tratamientos de las ETS, a la vez facilitar la detección precoz y el tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino (22) o la referencia de las complicaciones.

Durante el embarazo no siempre es posible predecir con exactitud quiénes desarrollarán complicaciones. Cualquier mujer puede tenerlas durante las diferentes etapas del embarazo, del parto o en el período de posparto y, cuando surgen complicaciones, muchas veces son emergencias. Como las complicaciones obstétricas no son predecibles y requieren de intervención rápida, deben hacerse todos los esfuerzos necesarios para proveer los servicios obstétricos esenciales lo más cercano posible al lugar donde vive la mujer, realizando una derivación oportuna estableciendo una referencia y contrarreferencia adecuada.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro (4) requisitos básicos:

- Precoz: tratando de que sea efectuado en el primer trimestre de la gestación, permitiendo las ejecuciones oportunas de las acciones de salud, así como la detección temprana de los riesgos.
- Periódico: la frecuencia de los controles varía según el riesgo.
- Completo: los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Amplia Cobertura: solo en la medida en el que el porcentaje de la población controlada sea alto, se podrán disminuir las tasas de mortalidad materna y perinatal.(11)

El Control Prenatal tiene por objetivos:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.(22)

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control. Ninguna mujer en trance obstétrico debe quedar sin control dentro del área de cobertura definida para el servicio. La captación y la visita domiciliaria son elementos eficaces que el profesional obstétrico no debe desaprovechar, garantizando el acceso geográfico, financiero, cultural y funcional a la atención de salud de forma oportuna, continua, atendiendo a la demanda real y que posea un sistema de referencia que asegure el acceso asistencial en el servicio especializado o de mayor complejidad.

Las dificultades pueden ser evitadas a través de una organización del servicio, con:

- Estrategias que permitan atender a la mujer embarazada en el primer contacto con el servicio y proporcionar un posterior encuentro;
- Estrategias de acceso (geográfico, financiero, cultural y funcional) al servicio por parte de la embarazada.
- Divulgación de los horarios de funcionamiento del servicio y garantizar las ofertas de consultas.

- Ofertas de horarios de atención que posibiliten agendar consultas de las embarazadas que no pueden pedir turno con anticipación.
- Garantías de la atención de consultas, ya agendadas.
- Promoción de acceso en el cual no exista conflicto entre los patrones técnicos- administrativos del servicio y de los propios profesionales de salud y de los patrones culturales de la embarazada y familia.

La primera consulta debe ocurrir en lo posible, en el primer trimestre de gestación, antes de la 12ª semana. Esto permite la identificación precoz de factores de riesgo, la planificación adecuada de la asistencia obstétrica, el desarrollo de actividades educativas y la formación de una red de apoyo a la mujer embarazada. Las acciones desarrolladas precozmente pueden influir de forma positiva en la evolución de una gestación saludable y en la vivencia del proceso gestacional.

La gestación es un proceso fisiológico con transformaciones biológicas, emocionales y sociales. En el transcurso de la misma surgen situaciones límites entre la salud y enfermedad que generan estados normales o patológicos, dependiendo de la adaptación de la mujer frente a las transformaciones que ocurren durante todo el proceso gestacional. Es necesario conocer e identificar los riesgos a los que cada mujer está expuesta para el establecimiento de conductas adecuadas en cada momento. La evaluación del riesgo es una tarea compleja.

Los factores que están asociados al riesgo, pueden o no generar una complicación o patología obstétrica, dependiendo del contexto social, cultural y ambiental de la embarazada.

La identificación de las mujeres que son elegibles para la atención prenatal de bajo riesgo y para aquellas que es necesario derivar a un servicio especializado:

- Debe ser iniciada en la primera consulta prenatal, y se debe mantener durante todo el proceso de gestación.

- Identificar múltiples factores sociales; culturales y ambientales que interfieren en la salud de la población y en especial la embarazada y/o fetal. La identificación de casos de embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar es crucial.
- Todo servicio debe conocer o tener los datos de la realidad epidemiológica local, actualizados y disponibles.
- En los casos de riesgo, deberán realizarse las derivaciones y recomendaciones necesarias a las mujeres embarazadas.

En el decorrer de las consultas la embarazada podrá ser derivada para un servicio especializado, en caso de complicaciones clínicas y/o obstétricas. Sin embargo, ella podrá retomar la atención prenatal en su centro de salud si así lo consideran luego de la evaluación y/o tratamiento.

La realidad que estamos viviendo en el mundo globalizado es compleja, conflictiva y cambiante. El acceso al dominio de las tecnologías y a los conocimientos que permiten la posibilidad de interpretar el mundo, vivir en él y cambiarlo, es injusta y desigual, creando más diferencias que igualdades entre los seres humanos. Prepararse ante esta contingencia a través del conocimiento y mejorando la práctica de la mejor forma posible, anticipándonos a los hechos, será una de las formas en que el profesional obstétrico podrá ejercer su profesión con la suficiente solvencia para actuar frente a la emergencia.

Todos, como profesionales de la salud, nos preparamos y programamos para afrontar nuestra actividad cotidiana y esta acción es relativamente sencilla, si lo que vamos a hacer es simple o estamos habituados a hacerlo. Pero programar en un sistema local de salud o aunar alguna de sus partes, como un área o un centro de salud, es complejo y más aún si lo que se propone es cambiarlo en lugar de seguir con las formas habituales de actuar. (23)

Reflexionar sobre la relación del equipo de salud con las usuarias, dimensión que tiene gran importancia para la para satisfacer sus necesidades y la utilización de los servicios de salud, implica el compromiso de mediar en la

interacción social, el análisis de género, visualizar sus problemas vistos por ellas como “naturales” e inmodificables, para reconocer que dichas prácticas pueden cambiar y superar sus problemas de salud. (24)

SALUD MATERNO INFANTIL EN LA ARGENTINA

“La muerte materna es una de las formas más terribles de morir [...] pero sobre todo, porque casi todas las muertes maternas son eventos que podrían haber sido reducidos y nunca debería haberse permitido que ocurrieran”

(Fathalla, 1997; citado en M. Berer y S. Ravindran, 1999).

El Ministro de Salud, Ginés González García, aseguró que “la mortalidad materna es mucho más que una estadística, es una tragedia. Los enfoques clásicos de control prenatal no alcanzan para combatir los altos números de mortalidad materna”, y advirtió que “el embarazo y el puerperio pueden convertirse en un riesgo para las mujeres de todas las clases sociales” y que los servicios de salud no pueden eludir la responsabilidad que les toca.

Los objetivos de Desarrollo del Milenio proponen mejorar la salud materna a través de la reducción en 2/3 la tasa de mortalidad materna y un 20% la desigualdad entre provincias entre 1990 y 2015. (25)

Destinado a responder a esta necesidad pública; nace en año 2004 el PLAN FEDERAL, que: “mejorar la salud de los argentinos, debe dejar de ser un tema técnico o de negocios exclusivo de los expertos y empresarios o economistas”. (26)

La salud debe ser un tema del Estado y la sociedad, ni siquiera de eventuales gobiernos. Una construcción permanente, una tarea siempre inconclusa. Un modelo para armar y desarrollar entre todos y para todos. La salud de un pueblo es un indicador de su organización social y comunitaria. Instrumentos de política y gestión modernos que no contemplen la participación,

que no generen consenso, pueden ser técnicamente factibles pero terminan siendo políticamente inviable.

La atención primaria será la prioridad absoluta y las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos. La estrategia avanzará progresivamente hacia la descentralización de estas acciones de forma sistemática y organizada. De esta manera, se conseguirá que sean los gobiernos locales (primero las provincias y luego también los municipios) quienes concentren sus esfuerzos en desplegar una estrategia de Atención Primaria de la Salud, así como en acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas.” (26)

Su objetivo primordial es promover la estrategia de atención primaria de la salud, en donde profesionales capacitados y comprometidos con el ejercicio de su rol desde los centros de atención primaria; focalicen sus líneas de acción sobre las madres y los niños, considerados como el grupo humano más vulnerable

La Meta mas importante que el Plan Federal de Salud desea alcanzar para el año 2007, y a la cual todos los referentes provinciales y nacionales de Maternidad e Infancia se han comprometido a cumplir, estipula que la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) debe disminuir en un 20% en relación con el valor del año 2002 (46 0/0000). La mortalidad materna es el indicador más negativo del resultado del proceso reproductivo. (26)

Casi todas estas muertes podrían ser reducidas si los derechos de las mujeres y los niños estuvieran garantizados. La repercusión en la evolución individual y social de las familias, víctimas directas de la tragedia que implica la pérdida de la vida de una madre, obligan a respaldar desde políticas y líneas de acción claras la participación activa de los profesionales obstétricos en las Unidades Primarias de Atención como una respuesta eficaz, para contrarrestar dichas necesidades maternos infantiles.

Sólo el accionar conjunto, deponiendo en algunas circunstancias ideas preconcebidas, permitirán los cambios que son imprescindibles, para asegurar la protección y promoción de la salud materno infantil.

Para focalizar y reforzar las estrategias de intervención en el área materno infantil, se crea el PLAN NACER ARGENTINA (27) orientado a la asistencia de salud de embarazadas, y niños/as menores de 6 años que no posean cobertura de salud.

Es una herramienta para disminuir la mortalidad materna e infantil que, se estima, podrá reducirse a la mitad en un plazo de cinco años. Se puso en marcha, por razones de equidad, en las regiones del NOA y NEA (Corrientes, Chaco, Misiones, Formosa, **Santiago del Estero**, Catamarca, Tucumán, Salta y Jujuy) ya que constituyen las zonas que presentan los índices más desfavorables en relación a los indicadores maternos infantiles de la población. Tiene como objetivo inscribir a 950.000 beneficiarios, para luego en una segunda etapa extenderse a todo el país. Fue la mayor inversión que se realizó en la red de atención primaria, fortaleciéndola y dándole un rol activo a la prevención y cuidado de la salud.

Su meta principal es fortalecer la Atención Primaria de la Salud y comprometer a todas las jurisdicciones a promover todas las estrategias factibles de ser volcadas a la realidad en cada comunidad; tendientes a disminuir la mortalidad materna infantil, contemplando como población objetivo a todas las mujeres embarazadas, y hasta los 45 días pos parto y a los niños hasta los 6 años cumplidos, que no tengan obra social. El gobierno nacional inició la implementación de este plan en las jurisdicciones cuyos indicadores mostraban altas tasas de mortalidad materno infantil y la urgente necesidad de una respuesta inmediata, para el caso.

En el caso de Santiago del Estero, la Nación transferirá en distintas etapas a todas las instituciones de la provincia, más de 35 millones de pesos para que ésta provea recursos a los servicios asistenciales, los que estarán establecidos en un nomenclador diseñado al efecto. Se espera que el plan

beneficie a más de 78.000 niños y niñas y proteja a alrededor de 15.000 embarazos anuales.

El Plan REMEDIAR es un programa de provisión gratuita de medicamentos para aquellos que tiene dificultades de acceso a los medicamentos ambulatorios. Es el componente central del Programa de Reforma de Atención primaria de la Salud y se encuentra enmarcado dentro de la Política Nacional de Medicamentos cuyos fundamentos están incluidos en el Plan Federal de Salud. Ha sido implementado en 438 centros primarios de salud y satisface la demanda existente de un 80% de las patologías ambulatorias de las UPAS y ONG, para lo cual la Nación envía mensualmente 300.000 dólares en medicamentos, a todas las instituciones de salud que estén trabajando con dicho Plan.

La ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, es otra de las respuestas que se implementan para disminuir la tasa de mortalidad materna a través de la provisión de anticonceptivos para ser distribuidos gratuitamente en las Unidades de Atención Primarias de Salud y Hospitales Públicos, prestar asesoramiento y consejería a todos los/las usuarios que lo requieran (28)

Ante la visión expuesta, la atención prenatal forma parte de estrategias potenciales de acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria a la madre y al feto durante la gestación, detectando riesgos presumibles y actuando oportunamente para posibilitar el goce de la salud del binomio: madre-hijo.

En todo el desarrollo de la aplicación de las acciones de trabajo tendientes a sanear las necesidades en el área materna infantil, el profesional obstétrico, con el perfil, incumbencias y funciones para el cual se encuentra plenamente formado, responde eficazmente como recurso humano crítico, preparado para dar soluciones efectivas y comprobables para la salud de las mujeres santiagueñas.

Interpretar, y tratar de entender los acontecimientos presentes, son solo posibles y lógicos a través de una mirada retrospectiva en el tiempo histórico de nuestra provincia.

En Santiago del Estero; las conocidas "salitas de primeros auxilios" que datan de 1.976, ubicadas en un principio en los barrios marginales de la capital santiagueña, cuyo personal estaba compuesto en su mayoría, a lo sumo un por médico generalista y auxiliar de enfermería, se fueron equipando y reestructurando gradualmente acorde a las circunstancias y los tiempos, algunas en forma óptima, otras adecuadas y las restantes precariamente por falta de recursos económicos. En la ciudad capital se implementó la APS, a través de los centros periféricos a partir del año 1994, dependiendo dicha área del Ministerio de Salud y Acción Social.

Es puesta en práctica a través de 8 (ocho) UPAS; distribuidas en los barrios mas carenciados:

De la U.P.A. Nº 1 (Barrio General Paz) dependen: El Puesto sanitario "El Peruchillo", Puesto sanitario del Barrio Huaico Hondo, que funciona en el Club Estudiantes y el Puesto sanitario del Barrio Aeropuerto. La U.P.A. Nº. 2 (Barrio Cáceres). De la U.P.A. Nº 3 (Barrio Reconquista), dependen: el Puesto sanitario de Villa Esther y el Puesto sanitario del Barrio Independencia. De la U.P.A. Nº 4 (Barrio Ejercito Argentino), dependen el Puesto sanitario del Barrio Almirante Brown; el Puesto sanitario del Barrio Campo Contreras y el Puesto sanitario del Barrio Tradición. De la U.P.A. Nº 5 (Barrio Autonomía) depende el Centro asistencial PEPA. De la U.P.A Nº 6 (Barrio Smata) dependen: el Puesto sanitario de Santa Lucia y el Puesto sanitario de Barrio San Martín. La U.P.A Nº 7 (Barrio El Triángulo) y la U.P.A Nº 8 Barrio Los Flores.

Respondiendo a una iniciativa del Gabinete Social del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, en enero de 1994 se crea en la provincia de Buenos Aires el Programa Materno Infantil (PMI) con el propósito de disminuir la morbi-mortalidad y mejorar las condiciones de vida de la población materno infantil. Simultáneamente el programa es bajado al resto de las provincias con la

estructura originaria, sin contemplar la capacidad operativa y el diagnóstico real de situación de cada jurisdicción. En 1995, acorde a los lineamientos nacionales e internacionales, se amplían sus acciones a la población adolescente por ser considerada de trascendencia para el desarrollo social de la Provincia.

Tradicionalmente los Programas Materno-Infantiles se habían limitado a la atención de la salud de la mujer, “a los aspectos meramente reproductivos”, desde una concepción bio-médica, que buscaba asegurar principalmente la salud de su descendencia.

Este enfoque, que descuida las necesidades integrales de toda mujer y su pareja, llevó a que en la mayoría de los casos, los contactos de las mujeres con los servicios de salud estuvieran limitados a los períodos genésicos o de reproducción (control del embarazo, parto y posparto), concepción que fue cambiando, a partir de la inclusión de las cuestiones de género que contemplan también los aspectos masculinos y la incorporación de otros componentes que hacen al cuidado de la salud de la mujer, más allá de su función reproductiva, tales como la prevención y tratamiento del cáncer gineco-mamario, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos de la nutrición, la violencia familiar, la ansiedad y depresión, etc.

En el caso de las adolescentes la situación se complejizaba, ya que el embarazo focalizaba la atención médica en el producto de la gestación, desatendiendo el cuidado de los propios padres que se encuentran aún en etapa de crecimiento y desarrollo. En función de estos criterios y del cambio del perfil epidemiológico se le confirió un enfoque integral en la atención de salud a las mujeres en los servicios de salud, principalmente aquellos de atención primaria, en el que se incluyeron la participación de otros actores sociales en **la prevención primordial y en la definición de estilos de vida saludables.**

Otro de los aspectos postergados en la salud de la mujer; que han sido incluidos hoy en la atención de salud de la misma, son aquellos referidos a la salud sexual desde la menarca hasta la menopausia, contemplando los riesgos biológicos como las enfermedades de transmisión sexual y particularmente la

infección por VIH-SIDA y los aspectos endocrinológicos, psicosociales y la satisfacción de su sexualidad.

La misión asignada lleva implícita la necesidad de ocuparse no sólo de la recuperación de la salud física, sino también, y muy especialmente, de los aspectos preventivos y promocionales, a partir de un enfoque integral que tome en cuenta los determinantes biológicos, psicológicos, socioeconómicos y ambientales del proceso salud-enfermedad. Ello a su vez, obliga a trabajar de manera articulada con los distintos sectores y actores sociales abocados a la tarea de mejorar la calidad de vida de la población. El mismo intenta principalmente satisfacer las necesidades integrales de hombres y mujeres en el proceso de crecimiento, desarrollo y reproducción humana, a partir de la articulación en red de los servicios de salud orientados. El PROGRAMA MATERNO INFANTIL,(4) fomenta a través de Normas Nacionales la atención del embarazo parto y puerperio de bajo riesgo y la atención inmediata del recién nacido, como una respuesta a la necesidad de disminuir la morbilidad materna y neonatal, ofreciendo a través de las UPAS un mayor acercamiento a las embarazadas, a las instituciones barriales y a la comunidad misma, por lo cual los profesionales obstétricos son un recurso necesario, válido y valioso para este fin.

Es urgente que en Santiago del Estero se mejoren los niveles de eficiencia y compromiso, para la salud del binomio: madre-hijo inmerso en la comunidad. Vale remarcar, que el rol del profesional obstétrico a través de los tiempos tuvo que ver no sólo con la atención del nacimiento sino también con el importante papel de prevenir, enseñar y acompañar, instancias esenciales para la concreción del estado de salud en la comunidad.

El elevado impacto que los aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción humana tienen sobre el nivel de salud de las poblaciones es un hecho indiscutible y los profesionales obstétricos deben ser los encargados, de forma específica, de prestar atención a la salud de la mujer y de la familia en todos los temas relacionados con el proceso reproductivo. Así lo formalizan las autoridades de Salud que desde el año 2004, incorporan formalmente al

sistema de salud de la provincia los primeros doce profesionales Obstétricos, de ellos el 80% con título de licenciados en obstetricia, a través de concursos públicos, para desempeñarse en el primer nivel de atención.

Sin embargo, a pesar de contar con este profesional, muchos problemas no han sido resueltos aún. Falta programación y promoción de la salud materno- infantil teniendo en cuenta las necesidades sentidas de la población. Hay una inadecuada articulación del sector salud entre los distintos prestadores de la comunidad. Escasa humanización en el trato del personal de salud y las usuarias. Deficiente sistema de referencia contra referencia de la usuaria y los diferentes centros de salud. Carencia de un trabajo en red entre los diversos centros en salud, respetando su nivel de complejidad. Escasa concientización de las usuarias para la utilización del primer nivel de atención de salud. Limitado abastecimiento de suministros y elementos necesarios para el primer nivel de atención en salud, teniendo en cuenta las necesidades y número de la población usuaria. La infraestructura edilicia de las UPAS no siempre son las adecuadas para que los pacientes en trance obstétrico reciban una atención de calidad.

La muerte de una mujer durante el proceso reproductivo no es sólo un problema de salud; es un caso de injusticia social, porque se vulneran los derechos a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona; a conformar una familia; a la igualdad y a la no discriminación.(29)

A menudo se ignora, que medir la calidad en atención de la salud es una manera de corregir estrategias de inversión económica y social, por parte de las políticas de Salud Pública, instancia esencial si se desea disminuir las brechas de inequidad entre los diferentes grupos humanos.(5)

Esto replantea la transformación de los servicios perinatales, los cambios en la actitud del personal de conducción y la redistribución de los roles de los recursos humanos existentes, adaptándolos a los cuidados de la atención primaria y a la satisfacción, deseos y necesidades expresadas por la comunidad.

Los/as usuarias deben ser las personas más importantes para las instituciones sanitarias. “Su razón de ser”. La utilidad de las prestaciones de cada grupo profesional es la que determina el espacio y protagonismo, dentro de la construcción colectiva del bienestar.

Dentro del recurso humano profesional del área perinatal, el profesional obstétrico está formado para responder a esta política, ya que se ha formado y capacitado para la captación, control y seguimiento del embarazo, parto y puerperio de bajo y mediano riesgo, para el gerenciamiento de servicios de salud de su competencia, así como para las acciones de promoción y protección de la salud en los primeros niveles de atención, aportando una contribución capital para la disminución de la morbi-mortalidad materno infantil.

El embarazo, y más precisamente la esperanza del nacimiento de un hijo, forman parte de un complejo proceso de la atención de la embarazada que nace generalmente en su comunidad, en el primer nivel de atención, donde se realiza el control prenatal.

Teniendo en cuenta esta realidad la autora intenta describir a partir de la incorporación del profesional obstétrico a la UPAS, la calidad de atención que brinda en relación a las condiciones de eficiencia del servicio; del desempeño de su función asistencial en el control prenatal y el grado de satisfacción de las usuarias.

El abordaje es cuantitativo. Los datos recogidos, aplicando los instrumentos que como modelos pre-establecidos ofrece la OMS (30) y adaptado por la autora a la realidad local para medir el grado de eficiencia del servicio. La Normativa Perinatal del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (11) para medir la eficiencia de los servicios de salud y la aplicación de entrevistas semiestructuradas, con preguntas cerradas y abiertas, para recoger las opiniones de las usuarias acerca de la calidad del servicio prestado. (15-16)

Se busca reunir un marco de referencia claro y concreto que refleje la valoración de la calidad de atención que el servicio y profesional obstétrico proveen a partir del contacto con la mujer gestante, y conocer el grado de

satisfacción de las usuarias, permitiendo así demostrar cómo con el adecuado desempeño del mencionado profesional; es posible alcanzar las metas planteadas por las diferentes organizaciones que contemplan la protección de la salud materno infantil.

Con ello se pretende realizar un modesto aporte para la concreción de soluciones en el área de la salud materno infantil local.

De allí la importancia que deben manifestar a nivel de políticas de gobierno local, la inserción de este profesional como personal de salud indispensable para el área materno infantil como medida necesaria para reducir la morbi-mortalidad materno infantil.

El incremento en la calidad de atención en el Sector Salud Materno Infantil; exige investigaciones con metas claras, el uso de las tecnologías básicas, sustentables, programas de capacitación continua y reconocimiento público para los profesionales obstétricos que se desempeñan eficientemente en la comunidad.

Por la relevancia del tema, la autora pretende proponer desde la acción, la elaboración de normas locales, que efectivicen la utilización de este recurso humano en el primer nivel de atención en salud.

OBJETIVO GENERAL

Describir la calidad de atención que brinda a las usuarias el profesional obstétrico en la consulta del control prenatal en las Unidades Primarias de Atención en relación a las condiciones de eficiencia del servicio, y la satisfacción de las mismas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la función asistencial del profesional obstétrico en la atención de la gestante en la consulta del control prenatal.
- Medir las condiciones de eficiencia del consultorio de las UPAS, en relación a la estructura edilicia, recursos humanos, materiales, normas, procedimientos, programación y educación para la salud.
- Determinar la calidad del control prenatal llevado a cabo por el profesional obstétrico en las UPAS a través del desempeño de su función asistencial.
- Conocer la opinión de las usuarias del servicio, sobre la calidad de atención recibida por el profesional obstétrico.

MATERIAL Y METODO

De acuerdo a los objetivos planteados se diseñó un estudio de tipo descriptivo prospectivo, longitudinal de carácter cuantitativo que tuvo por finalidad, describir la calidad de atención que brinda el profesional obstétrico en la consulta del control prenatal en las Unidades Primarias de Atención en relación a las condiciones de eficacia del servicio, y la satisfacción de las usuarias, durante el año 2006.

Escenarios y sujetos de la investigación:

Para la selección del área de estudio se tomó en cuenta la ubicación geográfica de las ocho UPAS, establecida en la ciudad capital. (Anexo I)

Los barrios en general están en zonas cuyas casa fueron edificadas con fondos del Estado y tienen como peculiaridad la dispersión territorial, careciendo de una correcta articulación con la trama histórica existente: adolecen de un adecuado equipamiento comunitario y los servicios urbanos y

de infraestructuras son insuficientes, por lo que tienen fuerte dependencia funcional con el área central.

Las familias se componen de un mínimo de cuatro y un máximo de siete individuos. El ingreso familiar promedio oscila entre ciento cincuenta y trescientos pesos mensuales. Por su situación social y económica los integrantes del núcleo familiar, sólo concurren a la UPA cuando están enfermos.

Para la atención obstétrica concurren a los centros de salud entre 20 y 25 usuarias según días de atención, que son asistidas por el profesional obstétrico, de las cuales más de 10 son embarazadas y reciben control prenatal.

De acuerdo a las exigencias del Programa de Atención Primaria de la Salud el profesional obstétrico de cumplir cuatro horas diarias realizando tareas asistenciales, trabajo de campo y a su vez proyectar tareas interdisciplinarias en terreno, por lo que cada uno de los profesionales obstétricos distribuye su tiempo de acuerdo a las necesidades de la comunidad a la cual presta cobertura.

Para este estudio se trabajó con tres poblaciones:

- 1.- Las Unidades Primarias de Atención en Salud (8 ocho en total)
- 2.- Los profesionales obstétricos (8) que desarrollan su labor asistencial en las UPAS
- 3.- Las usuarias que concurren para su atención de control prenatal, de la ciudad capital de Santiago del Estero cuya organización y administración depende del Ministerio de Salud y Acción Social, a través de un muestreo intencional y al azar tomando 10 embarazadas que concurren a la consulta el día en que se realizó la observación directa al profesional obstétrico durante la atención del control prenatal. Se le aplicó una encuesta semiestructurada con preguntas cerradas y abiertas para conocer el grado de satisfacción que tienen sobre la atención

recibida por el profesional obstétrico en la Unidad de Atención Primaria de Salud.

Criterios de exclusión: Puestos Sanitarios que dependen de las UPAS por no contar con profesionales obstétricos. Se investigó:

- ◆ Las condiciones de eficiencia de los consultorios obstétricos de las UPAS.
- ◆ La función asistencial de los profesionales obstétricos que ejercen su rol en el consultorio obstétrico de las UPAS a través de las acciones realizadas en el control prenatal.
- ◆ La satisfacción de las usuarias que concurren para el control prenatal a través de la encuesta semiestructurada en la muestra seleccionada.

I.- Para la evaluación de las condiciones de eficiencia se aplicó el modelo de instrumento propuesto por la OPS/OMS, modificado y adaptado por la autora a la realidad de la provincia de Santiago del Estero. (Anexo II).

II.- La función asistencial se midió a través de una observación directa de las acciones que realizó el profesional obstétrico en la atención a la gestante en la consulta prenatal, según lo establecido por la Propuesta Normativa Perinatal I. (Anexo III)

III.- La satisfacción de las usuarias se midió a través de una encuesta semiestructurada. (Anexo IV)

Para cada indicador se elaboró una escala que contempló los requisitos mínimos y necesarios para atender con eficacia y eficiencia las necesidades de las mujeres gestantes. A cada indicador se le otorgó un puntaje según la importancia del mismo y de acuerdo al criterio de la OMS La suma total correspondió al 100%. Esto determinó las condiciones de eficiencia del consultorio obstétrico de las Unidades Primarias de Atención de Salud.

Para medir la calidad de la función asistencial que cumple el profesional obstétrico en consultorio se siguieron los indicadores señalados por la Propuesta Normativa Perinatal Tomo I. Se observó si la actividad era realizada en forma: correcta/incorrecta.

Se tomó para las dos primeras evaluaciones, el valor estadístico promedio en porcentajes como niveles. Muy bueno (90 - 100%); Bueno (>70 – < 90%); Regular (> 50 – < 70%) y Malo (0 – 50%).

Para la satisfacción de las usuarias, los datos se tabularon según respuesta utilizando el método de saturación (se realizaron 10 entrevistas por cada UPA) y se transcribieron textualmente las más significativas haciendo un análisis del relato de la experiencia en la consulta prenatal, para comprender las opiniones de las usuarias en relación a la calidad de atención brindada.

RESULTADOS

Los resultados fueron procesados con el programa Excel y se presentan en tablas de doble y triple entrada y gráficos de barras.

Para la descripción de las condiciones de eficiencia de las Unidades Primarias de Atención de acuerdo a los criterios propuestos por la OPS/OMS, modificados y adaptados por la autora para la provincia de Santiago del Estero, se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 1: Porcentajes de las condiciones de eficiencia de las UPAS, según planta física. Santiago del Estero año 2006

Planta Física	UPA 1		UPA 2		UPA 3		UPA 4		UPA 5		UPA 6		UPA 7		UPA 8	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Se dispone de consultorio obstétrico	20	20	0	0	20	20	20	20	20	20	20	20	0	0	20	20
Hay ambiente de espera ordenado y limpio.	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Hay ambiente para educación sanitaria y actividades docentes.	0	0	0	0	15	15	15	15	0	0	15	15	0	0	15	15
Hay ambiente separado para procedimientos.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0
Se dispone de lava manos en consultorio.	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0	0	0
Hay espacio para recepción y archivo	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0	10	10
Hay sanitarios para público y personal	10	10	0	0	10	10	10	10	10	10	0	0	0	0	0	0
La iluminación natural es suficiente	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0	10	10	10	10
TOTAL	65	65	55	55	100	100	100	100	85	85	80	80	35	35	70	70

En la tabla presente se observa que del total de las UPAS (100%) el mayor porcentaje de eficiencia en relación a la planta física corresponden a las UPAS N° 3 y N° 4, que han alcanzado el 100%; por lo que se considera que se encuentran en óptimo nivel; a su vez se puede identificar que la UPA N° 7 no ha alcanzado la media de condiciones de eficiencia según su planta física (35%), significando que su nivel de eficiencia para efectuar una adecuada atención obstétrica: es Malo. Esta UPA carece de edificio propio, está ubicada en el antiguo jardín de la Escuela Ingeniero Maradona, ubicada en la Calle Chaco y Costanera, en calidad de préstamo, no posee consultorio obstétrico individual, el profesional obstétrico comparte el espacio físico con el médico ginecólogo

realizando actividades en forma alternativa. De esta manera podemos inferir que el edificio no cumple con los requisitos mínimos exigidos por la OMS.

Luego se encuentran las UPAS N° 5 y N° 6 con valores similares (85% y 80% respectivamente), considerado como de nivel Bueno, aun cuando, se observa que la primera de ellas carece de ambiente para desarrollar actividades de educación sanitaria y docentes y la segunda no tiene sanitarios destinados al personal, así como la iluminación de los ambientes son insuficientes. Estos últimos aspectos son mucho más graves que las deficiencias que puede tener la UPA N° 5, ya que al carecer de ellos negativiza la eficiencia de la planta física, sin desconocer que ambos son importantes.

De las que han alcanzado valores similares (65% y 55%) del grado de eficiencia en relación a la planta física se encuentran en las UPAS N° 1 y N° 2, consideradas como de nivel Regular. La UPA N° 1 también carece de edificio propio, se halla ubicada en una propiedad del IPVU (Instituto Provincial de la Vivienda Urbana), en calidad de préstamo. La UPA N° 2 carece de consultorio obstétrico individual, el profesional obstétrico comparte el espacio físico con el médico ginecólogo, por lo tanto las actividades se realizan alternativamente, lo que no permite al profesional obstétrico desarrollar una adecuada tarea.

Es dable observar que tanto la UPA N° 7 como la N° 2 no tienen edificio propio; agravado por no tener consultorios individuales de atención obstétrica propiamente dicha y de atención ginecológica; lo que se puede inferir que la calidad de atención dista mucho de ser óptima por los tiempos de espera de las pacientes y por la necesidad de realizar la consulta en el menor tiempo posible. Así se detecta que el profesional que no ocupa el consultorio en ese momento aun cuando tenga pacientes en lista de espera, debe programar otro tipo de actividades, quizás no previstas para ese momento. Sin embargo, a pesar de ello ambos profesionales han podido compatibilizar las actividades, sin dejar de poner en evidencia las deficiencias de la planta física.

Tabla 2. Porcentajes de las condiciones de eficiencia de las UPAS según recursos materiales. Santiago del Estero 2006.

Recursos materiales:	UPA N° 1		UPA N° 2		UPA N° 3		UPA N° 4		UPA N° 5		UPA N° 6		UPA N° 7		UPA N° 8	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Camilla ginecológica.	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	0	0	20	20	20	20
Escritorio con dos sillas.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0	10	10
Balanza para adulto con altímetro	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Escalerilla.	5	5	0	0	5	5	0	0	5	5	5	5	0	0	0	0
Tensiómetro.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0	5	5
Estetoscopio biauricular.	5	5	0	0	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0	0	0
Estetoscopio para auscultación fetal	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Termómetro.	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Espéculos vaginales.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Guantes.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Archivo para historias clínicas.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0	5	5	5	5
Cinta obstétrica.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Gestograma.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	3	3	3	3
Porta objeto para la extracción de material.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Espátula de Ayre.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Recipientes para desechos.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Formularios de carné perinatal y/o HCPB.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Cubre camillas, compresas, toallas, etc.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
TOTAL	100	100	90	90	100	100	94	94	100	100	71	71	75	75	89	89

Del análisis de la tabla presente se observa que el mayor porcentaje (100%) de eficiencia, según recursos materiales corresponden a las UPAS N° 1, N° 3 y N° 5. Las UPAS N° 2; N° 4 y N° 8 se encuentran con valores similares (94, 90 y 89 % respectivamente). Las UPAS N° 6 y N° 7 alcanzan (71 y 75% respectivamente). La que alcanzaron el porcentaje entre 100% y 90% califican como Muy Bueno y las con porcentaje menor a 90% y mayor a 70% califican como Bueno.

Las UPAS N° 1; N° 3 y N° 5 que cuentan con todos los ítems establecidos en el instrumento, tienen un porcentaje en cada una del 100%. La UPA N° 4 tiene un porcentaje de 94%, que a pesar de tener una calificación de muy buena, no cuenta con escalerilla, ni termómetro. La UPA N° 2 también carece de escalerilla y además de estetoscopio biauricular, elemento importante para la atención obstétrica de calidad, sin embargo alcanza un porcentaje del 90% de eficiencia.

La UPA N° 7 alcanza el 75% de eficiencia, considerado como Bueno, pero si observamos el contexto general del grado de eficiencia vemos que carece de escritorio y sillas, escalerilla, estetoscopio y biauricular, elementos, estos últimos como imprescindibles para poder realizar una adecuada atención prenatal. La UPA N° 6 es que la muestra menor porcentaje, llegando al 71%, aun así se encuentra dentro del valor Bueno, carece de camilla ginecológica en el consultorio obstétrico, solo hay una camilla común, para el uso de ambos profesionales, termómetro y archivo para historias clínicas perinatales, que se archivan en cajas de leches, semejando archiveros, por falta de los mismos. Analizando cada ítems se observa que el 50% de las UPAS no cuentan con escalerillas, y solo el 62,5% cuenta con estetoscopio biauricular. El 25% no cuenta con tensiómetro, esto sin duda dificulta la buena atención obstétrica y el 37,5%% no cuenta con termómetro.

Tabla 3. Porcentajes de las condiciones de eficiencia de las UPAS según recursos humano. Santiago del Estero, 2006.

Recursos Humanos:	UPA 1		UPA 2		UPA 3		UPA 4		UPA 5		UPA 6		UPA 7		UPA 8	
	V.A.	%														
La atención obstétrica la realiza siempre																
Un médico generalista.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Un médico especialista.	0	0	10	10	10	10	0	0	0	0	10	10	10	10	0	0
Un profesional obstétrico.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
La atención es:																
Diaria	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0	10	10	0	0	0	0
Una vez por semana.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dos veces por semana.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
Se atiende una hora diaria.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Se atiende entre dos y tres horas diarias.	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Se atiende más de tres horas diarias	3	3	3	3	3	3	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3
Como personal de apoyo hay																
Enfermera/Auxiliar de enfermería.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Educador sanitario.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Agente sanitario.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Otro personal.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0
El Equipo de salud recibe supervisión central.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0	10	10
El agente sanitario recibe supervisión del equipo de salud.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0	5	5
El equipo recibió capacitación para la aplicación de las normas.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0
Se realizan visitas o rondas domiciliarias.	5	5	5	5	5	5	0	0	5	5	5	5	5	5	5	5
El agente recibió curso especializado en atención Materno Infantil.	5	5	5	5	5	5	0	0	5	5	5	5	0	0	5	5
Total	73	73	83	83	83	83	62	62	63	63	83	83	56	56	56	56

OBSERVACIÓN:

- En la UPA N° 8 el profesional obstétrico, está cumpliendo una doble función: como profesional obstétrico y como agente sanitario, por lo cual debe programar la atención obstétrica dos veces por semana y durante un lapso de tiempo que varía de 2 a 3 horas por día, agravado esto con la superposición con otros profesionales ocupan el consultorio.

En la tabla presente se observa que el mayor porcentaje (83%) de eficiencia en relación a los recursos humanos corresponden a las UPAS N° 2, N° 3 y N° 6, considerado como Bueno. Las UPAS N° 4, N° 5 ,N° 7 y N° 8 que representan el 50% del total de las UPAS, apenas alcanzan la media de eficiencia, con valores máximos del 63% y mínimo del 56% según recursos humanos, para poder brindar atención obstétrica de calidad y el menor porcentaje (56%) pertenece a las UPAS N° 7 y N° 8.

Lo que se recata de este análisis es que el 100% de las UPAS centrales, de la ciudad capital de nuestra provincia cuentan con un profesional obstétrico a cargo de la atención del control prenatal, profesional capacitado en el área obstétrica para llevar a cabo un adecuado control prenatal y personal de apoyo que colabora en el mencionado proceso de atención, y el (50%) de ellas, cuentan además con médicos especialistas que realizan la misma tarea en el servicio.

El 100% de los servicios cuentan como personal de apoyo en el área materno infantil: enfermeros/auxiliares de enfermería, Educadores Sanitarios y Agentes Sanitarios. Cada uno de ellos cumple funciones específicas.

Del total, el 75% de la atención obstétrica se realiza diariamente, el 87.5% desarrollaron capacitación para la aplicación de normas en el área obstétrica y reciben periódicamente supervisión del nivel central en el área materno infantil.

A través del análisis de las condiciones de eficiencia de las UPAS según recursos humanos, se ha identificado que la atención obstétrica en la UPA N ° 1, la realiza siempre un profesional obstétrico, que la misma es diaria con mas de tres horas; y cuenta con el personal de apoyo necesario, alcanzando un total de los items de un 73%, como resultado del grado de eficiencia para la atención materna infantil, calificándose como Bueno. Las UPAS N° 2 N° 3 y N° 6 cuentan con los mismos recursos humanos, la atención obstétrica la realiza un médico especialista y un profesional obstétrico, la atención es diaria con mas de tres horas y cuenta con el personal de apoyo necesario, alcanzando el porcentaje

del 83%, máximo valor alcanzado para la valoración del grado de eficiencia en relación a recursos humanos.

La UPA N° 5 alcanzó un 63% de grado de eficiencia, no tiene médico generalista, ni médico especialista, la atención la realiza el profesional obstétrico todos los días.

En la UPA N° 4 la atención obstétrica la realiza un profesional obstétrico, es diaria oscilando entre dos y tres horas. Cuenta con personal de apoyo para la atención materna infantil, No realizan vivistas domiciliarias y los agentes sanitarios no recibieron capacitación en atención materna, por lo que solo alcanza un porcentaje general de 62%, en relación a la eficiencia de los recursos humanos.

Las UPAS N° 7 y N° 8 que representan el 25% del total, alcanzan el porcentaje mas bajo con un 56%, en ellas se observa que en la primera no hay médico generalista y en la segunda no hay generalista ni especialista y tampoco otro tipo de personal (administrativo/ordenanza). En ambas la atención es dos veces por semana y durante tres horas. Porque el espacio físico de la UPA no permite que más tiempo se pueda realizar el control, ese establecimiento es utilizado por médicos de la residencia de medicina familiar que también ocupan el recinto. En la UPA N° 8 el profesional obstétrico debe cumplir además la función de agente sanitario. Esto va en detrimento de la calidad

Tabla 4. Porcentajes de las condiciones de eficiencia de las UPAS según normas y procedimientos. Santiago del Estero 2006.

Normas y procedimientos:	UPA 1		UPA 2		UPA 3		UPA 4		UPA 5		UPA 6		UPA 7		UPA 8	
	V.A.	%														
Se dispone de normas escritas de CPN.	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0
Las normas son conocidas por todo el personal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0
En la consulta a la embarazada se mide y se registra:																
Peso en la primera consulta.	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Talla en la primera consulta.	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tensión arterial.	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Altura uterina	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Posición y presentación fetal.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Se evalúa el crecimiento fetal.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Se evalúa el riesgo feto-materno.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Se vacuna a la embarazada.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Se realiza examen clínico general.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Se realiza examen ginecoobstétrico.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0
Se evalúa la pelvis.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0
Hemograma.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
VDRL.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Grupo sanguíneo y Factor Rh.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Glucemia.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Chagas.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Orina.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Se solicita examen odontológico.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Se solicita exámenes complementarios (ecografía, radiografía).	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Se realiza examen de mamas.	5	5	0	0	5	5	5	5	0	0	5	5	5	5	5	5
Se detectan alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, etc.	5	5	0	0	5	5	5	5	0	0	0	0	5	5	5	5
Historia Clínica Perinatal Base.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Carné Perinatal.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Gráfica de la evaluación nutricional de la embarazada.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Gestograma.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cinta obstétrica.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Se cita a control																
Cada quince días.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0
Una vez por mes.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	3	3
Cada dos meses.	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cada tres meses.	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	87	87	71	71	81	81	81	81	71	71	86	86	83	83	70	70

La tabla presente muestra que el mayor porcentaje (87%) de eficiencia, según normas y procedimientos corresponden a la UPA N° 1. En ella se dispone de normas escritas de control prenatal, pero no son conocidas por todo el personal. En la consulta a las embarazadas se mide y se registra casi todos los ítems determinados en el instrumento, exceptuándose la consigna de toma de peso, aun cuando cuenta con balanza y tampoco se toma la talla en el 1° control prenatal y tensión arterial, detalle no menos importante para realizar el primer control. Se cita a control según el período gestacional una vez por mes, cada quince días o tres veces al mes, según la necesidad de la gestante.

Sigue en porcentaje la UPA N° 6 con el 86%. En este servicio se dispone de normas escritas conocidas por todo el personal, en la consulta a la embarazada se mide y se registran la mayoría de los ítems estipulados salvo el registro de las conductas adictivas, como alcoholismo, drogadicción, registro importante que el profesional obstétrico debe tener en cuenta. Se cita a control prenatal a las usuarias una vez por mes.

La UPA N° 7 presenta un porcentaje del 83%, seguida de las UPAS N° 3 y N° 4 con un porcentaje del 81%. En estos servicios no se disponen de normas escritas de control prenatal, por lo que no son conocidas por el personal. En la consulta a las embarazadas se registran todos los ítems consignados en la presente tabla. La de menor porcentaje (70%) es la UPA N° 8, no cuenta como las anteriores con normas escritas, por lo que no son conocidas por el personal y en relación a las actividades no se realiza examen ginecoobstétrico, evaluación de la pelvis, ni se implementa la gráfica de la evaluación nutricional de la embarazada.

A su vez el 75% de las UPAS centrales de la ciudad capital de nuestra provincia NO cuentan con normas escritas para el control prenatal, y solo una; la UPA N° 6 (2.5%) , que cuenta con normas escritas sobre el CP y es conocida por todo el personal.

De la siguiente tabla se puede observar que en el 75%, la atención obstétrica se realiza diariamente, el 87,5% de los servicios han recibido capacitación para la aplicación de normas en el área obstétrica sin embargo el

75% no las tiene escritas, recibiendo supervisión de nivel central periódicamente. Esto nos permite inferir que según los recursos analizados las Unidades Primarias de Atención cumplen con los requisitos en relación a normas y procedimientos de manera satisfactoria para poder realizar una eficiente atención prenatal.

Tabla 5. Porcentajes de las condiciones de eficiencia de las UPAS según programación y administración. Santiago del Estero 2006.

Programación y administración	UPA 1		UPA 2		UPA 3		UPA 4		UPA 5		UPA 6		UPA 7		UPA 8	
	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%
Esta definida el área geográfica de la población	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Asignada la unidad.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Se dispone de cartografía	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Se tiene censada a la población embarazada.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Se realiza reuniones interdisc. C/personal.	0	0	15	15	0	0	15	15	15	15	15	15	15	15	0	0
Existe sistema de referencia-contrarref.	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Se realiza captación de embarazadas.	10	10	10	10	10	10	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10
Se recogen muestras para Papanicolau.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0
Las prestaciones de los servicios son gratuitas.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Se realizan visitas domiciliarias a las emb.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0
Total	85	85	100	100	85	85	90	90	100	100	100	100	100	100	70	70

De la tabla presente se puede observar que el mayor porcentaje (100%) de eficiencia, según programación y administración corresponden a las UPA N° 2; N° 5; N° 6 y N° 7, seguida de la UPA N° 4 con un porcentaje de un 90%, debiendo destacarse que en esta última no se realiza captación de embarazadas, lo que significa que no se realiza trabajo de campo, solo se limita a atender la demanda, esto permite inferir que de no llegar al servicio las usuarias en busca de atención para el control prenatal, el servicio no cubre con las expectativas reales de atención obstétrica de población bajo cobertura.

La UPA N° 1 y N° 3 presentan el 85% de eficiencia, en ambas no se realizan reuniones interdisciplinarias con el personal y la de menor porcentaje

70% es la UPA N° 8, no se realizan reuniones interdisciplinarias con el personal, no se recoge muestras para papanicolau y no se realizan visitas domiciliarias a embarazadas, lo que representa que en el 37.5% de las UPAS (N° 1, N° 3 y N° 8) no realizan reuniones interdisciplinarias con el personal que trabaja en los mencionados servicios, infiriendo que existen fallas internas de comunicación.

La UPA N° 8 no recoge muestras para la realización de Papanicolau y a su vez no lleva cabo visitas domiciliarias a las embarazadas a pesar de cumplir funciones de agente sanitario en la cual su mayor actividad está en la comunidad, lo que muestra que la población de mujeres bajo cobertura de dicho servicio no reciben una adecuada calidad de atención a lo largo del desarrollo del embarazo. Se recogen muestras para Papanicolau en el 62,5% de los servicios y se realizan visitas domiciliarias a la embarazadas en un 87.5%. El resto de los ítems alcanzan un porcentaje del 100%.

**Tabla 6. Porcentajes de las condiciones de eficiencia de las UPAS según suministros
Santiago del Estero 2006.**

Suministros	UPA 1		UPA 2		UPA 3		UPA 4		UPA 5		UPA 6		UPA 7		UPA 8	
	V.A	%	V.A	%	V.A.	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A.	%	V.A	%
Se disp. de vacunas para embarazadas	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Se disp. de medicamentos para emb.	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Se disp. de material descart.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Se disp. de heladera conservadora de vacunas	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Se disp. de suplementos alimentarios (leche).	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Se disp. de anticonceptivos según la demanda.	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Se disp. de material educativo apropiado.	10	10	0	0	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0
Se disp. de material de limpieza.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Total	100	100	90	90	90	90	100	90	90							

En la tabla presente se observa que el mayor porcentaje (100%) de eficiencia, en relación a suministros corresponde a las UPAS N° 1; N° 4; N° 5; N° 6 y N° 7 representando el 62.50% de los servicios; seguida de la UPA N° 2; N° 3 y N° 8, que representan el 37,50% con un porcentaje de un 90%, éstas no disponen de material educativo apropiado para la eficaz transmisión de información y contenidos educativos en el control prenatal. En el 62,50% de los servicios se dispone del 100% de los suministros para una atención de calidad y el 37,50% dispone del 90% de los suministros más necesarios para una adecuada atención.

Es necesario tener en cuenta que muchos de estos insumos son provistos por los programas nacionales mencionados anteriormente

Tabla 7. Porcentajes de las condiciones de eficiencia de las UPAS según educación para la salud. Santiago del Estero 2006.

	UPA 1		UPA 2		UPA 3		UPA 4		UPA 5		UPA 6		UPA 7		UPA 8	
	V.A	%	V.A	V.A	%	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%
Educación para la salud																
Se realizan activ. de ed. para la salud, en cada cons., por todo el personal de la UPA.	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0
Se programan reuniones grupales con embarazadas	15	15	0	0	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Se enseña a las embarazadas en PIM																
Estado psico afectivo y social	10	10	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0	0	0
Lactancia materna.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Auto examen de mamas.	5	5	0	0	5	5	0	0	5	5	5	5	5	5	5	5
Uso de anticonceptivos.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Prevención de enfermedades de transmisión sexual.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Importancia del cáncer ginecológico.	5	5	0	0	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Importancia del control prenatal.	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
PIM (técnicas de relajación y respiración, posición ginecológica).	20	20	0	0	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	0	0
Total	95	95	40	40	95	95	95	95	100	100	100	100	90	90	65	65

El análisis de la tabla indica que si bien el promedio general supera la media, al realizar el análisis particular de cada una se observa que las UPAS N° 5 y N° 6; cumplen con el 100% de los requisitos, según el instrumento, seguida de las UPA N° 1; N° 3 y N° 4, con el 95%. Luego la UPA N° 7 con el 90% y en menor medida la UPA N° 8 con el 65%. Solo la UPA N° 2 se encuentra por debajo de la media, alcanzando el 40%.

Las que alcanzan el 100% de eficiencia realizan todas las actividades previstas en la evaluación. De las que alcanzaron el 95% el personal de las UPAS, no realizan actividades de educación para la salud en cada consulta, a pesar de contar con profesionales de Educación para la Salud. En la UPA N° 7 el personal responsable no incluye contenidos relacionados a los cambios psico afectivos y social que transcurren durante la gestación en Preparación Integral para la Maternidad, por lo que alcanza al 90% de eficiencia.

En la UPA N° 8 donde el profesional obstétrico cumple doble función, la propia y de agente sanitario, no se realizan actividades de educación para la salud por parte del personal responsable en cada consulta, no se desarrollan contenidos relacionados a cambios psico-afectivos en preparación integral para la maternidad y tampoco se enseñan las técnicas de respiración y relajación para una buena preparación para el trabajo de parto, por lo que solo alcanza al 65% de eficiencia.

La UPA que está en peores condiciones es la UPA N° 2 que contando con profesional obstétrico, solo informa sobre lactancia materna, anticoncepción, prevención de enfermedades de transmisión sexual e importancia del control prenatal; dejando de lado temas importantes como; auto examen de mamas, prevención del cáncer ginecológico, técnicas de respiración y relajación y posición ginecológica para una buena preparación para el trabajo de parto, por lo que solo alcanza el 40%, mostrando falencia en el desarrollo de contenidos preventivos a lo largo del control del embarazo en el mencionado servicio, sino que, además, al no tener las reuniones grupales con las embarazadas en donde se lleve a cabo la preparación integral para la maternidad, no serán desarrollados dichos contenidos a lo largo del control prenatal, mostrando ineficacia profesional, por lo que se infiere que no hay un

núcleo estable en donde se puedan volcar los diferentes contenidos educativos en relación a la atención prenatal y sus cuidados.

Solo en el 50% de las UPAS (Nº 4; Nº 5; Nº 6 y Nº 7) realizan actividades de educación para la salud que involucran a todo el personal, lo que contribuye a una mejor prestación del servicio, en el área materno infantil.

Dentro de lo que abarca los contenidos educativos de la Preparación Integral para la Maternidad encontramos que el 87,5% de los profesionales obstétricos programan reuniones grupales con las embarazadas e imparten contenidos sobre la importancia de la prevención del cáncer ginecológico. El 100% lo hace en relación a: lactancia materna, uso de métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual e importancia del control prenatal, y los ítems auto examen de mamas y aplicación de PIM (técnica de relajación y respiración, posición ginecológica) son desarrollados en un 75%.

Tabla 8. Porcentajes totales de las condiciones eficiencia de las UPAS según; planta física, recursos humanos, programación y administración, Suministros y educación para la salud.

Santiago del Estero 2006

UPAS	Planta Física	Recursos materiales	Recursos Humanos	Normas y Procedim.	Programa. y Administr.	Sumistro	Ed. Para la Salud	Total Promedio
1	65	100	73	87	85	100	95	86,4
2	55	90	83	71	100	90	40	75,6
3	100	100	83	81	85	90	95	90,6
4	100	94	60	81	90	100	95	89,0
5	85	100	63	71	100	100	100	88,4
6	80	71	83	86	100	100	100	88,6
7	35	72	56	83	100	100	90	76,6
8	70	89	58	70	70	90	65	73,0
Total Promedio	73,75	89,5	69,9	78,75	91,25	96,25	85	83,5

La siguiente tabla resumen, muestra lo observado en el análisis de los porcentajes de eficiencia de cada servicio, en relación a la planta física, recursos materiales, recursos humanos, normas y procedimientos, suministros y educación para la salud, que el grado de eficiencia general es del 83,5%, calificado como Bueno. Se identifica como dato notorio que solo un servicio, la UPA Nº 3 cuenta con el máximo porcentaje (90,6%) de todos los items de las tablas analizadas, cuyo grado de eficiencia es de Muy Bueno y el menor valor

lo presenta la UPA N° 8 con el 73% en relación al grado de eficiencia, considerándose entre valores que oscilan entre Muy Bueno y Bueno.

Sin embargo se visualiza que la UPAS N° 7 esta muy por debajo de la media con un promedio general de 35 % en lo que a planta física se refiere y la UPA N° 2 presenta apenas un promedio de 40% de eficiencia en relación a educación para la salud.

Del análisis general de la tabla que representa la planta física por UPAS se observa que las UPAS N° 3 y N° 4 alcanzan el máximo porcentaje (100%) y en lo que se refiere a recursos materiales por UPAS se observa que la UPA N° 1 cuentan con un mínimo del 71% y las UPAS N° 1; N° 3 y N° 5 alcanzan el máximo porcentaje (100%)

En lo referente a recursos humanos por UPAS se observa que la UPA N° 7 cuenta con un mínimo del 56 % de eficiencia y las UPAS N° 2; N° 3 y N° 6 cuentan con un máximo del 83 % y un promedio general del 69.9 %, siendo este el promedio mas bajo de todos los ítems .

En relación a normas y procedimientos por UPAS, la UPA N° 8 cuenta con un mínimo del 70% de eficiencia y la UPA N° 1 con un máximo del 87%.

En lo que refiere a programación y administración por UPAS se puede observar que la UPA N° 8 cuenta con mínimo del 70 % y las UPAS N° 2; N° 5; N° 6; N° 7 cuentan con un máximo del 100 % y un promedio general del 91.

Corresponde ahora analizar los datos en relación al cumplimiento de las actividades realizadas por el profesional obstétrico, en relación a la función asistencial en el desempeño de su rol. La observación directa se realizó en cada una de las UPAS, sobre 10 usuarias tomadas al azar que concurrieron al control prenatal. En cada una de las actividades establecida por la Normativa Perinatal I, que están indicadas en las tablas con un asterisco (*) se observó si el profesional obstétrico la realizaba y si lo hacía correctamente o no.

Tabla 9. Porcentaje de las actividades del profesional obstétrico de la UPA N° 1, según función asistencial. Santiago del Estero 2006.

ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EL OBSTETRICO	Cronología de las consultas UPA N° 1														
	Realiza Correct*			Realiza Correct*			Realiza Correct*			Realiza Correct*					
	1º	si	no	2º	si	no	3º	Si	no	4º	si	no	5º	si	no
Cálculo de amenorrea.	*	3		*			*	3		*	2		*	2	
Medición de peso	*	1		*			*	1		*	2		*		
Determinación de la TA.	*	1		*			*	1		*	2		*	2	
Evaluación del crecimiento fetal.	*	3		*			*	3		*	2		*	2	
Evaluación del riesgo.	*	3		*			*	2		*	1		*	2	
Administración de hierro y Acido Fólico	*	2		*			*	3		*			*	2	
Contenidos Educativos.	*			*			*	2		*	2		*	2	
Diagnóstico de vida fetal.				*			*	1		*	2		*	2	
Diagnóstico de número de fetos.							*	1		*	2		*	2	
Evaluación de cantidad de LA		1					*	1		*			*	2	
Examen de orina.	*			*			*	1			2			1	
Diagnóstico de presentación fetal.		1					*			*	1		*		
Diagnóstico de Diabetes gestacional.	*	1								*-	1				
Detección de sífilis.	*	1								*					
Determinación de hemoglobina.	*						*	3							
Vacunación de antitetánica,		1		*			*	2							
Anamnesis.	*	2													
Examen clínico general.	*	2													
Medición de talla.	*	1													
Examen Gineco-obstétrico.	*	1													
Diagnóstico de embarazo.	*	3													
Determinación del grupo y Factor Rh.	*	1													
Evaluación de pelvis.	*	1													
Examen odontológico.	*	2													

En el 100% de las usuarias controladas en las ocho UPAS se pudo observar que:

La utilización de las técnicas realizadas por el profesional obstétrico en el 100% de las actividades han sido las correctas.

Al analizar las actividades por consulta, según el número de usuarias se observa que:

En primera consulta, sobre el 100% (19) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico desarrolló las actividades previstas en la norma en un 84,2%. No desarrolló contenidos educativos, no solicitó exámenes de orina y ni hemoglobina, como lo establece la norma, en el 100% de las usuarias de esa consulta.

En relación al total de usuarias (3) el cálculo de la amenorrea evaluación del crecimiento fetal; evaluación del riesgo; determinación de embarazo; se efectuó en un 100%, administración de ácido fólico; anamnesis; examen clínico y examen odontológico al 66,6%. medición de peso; determinación de tensión arterial evaluación de la cantidad de líquido amniótico; diagnóstico de la presentación fetal; diagnóstico de diabetes gestacional; detección de sífilis; vacunación antitetánica; medición de talla; examen gineco-obstétrico; determinación de grupo y factor Rh y evaluación de la pelvis al 33,3%; contenidos educativos; examen de orina; determinación de hemoglobina 0%.

En cambio se realizó actividades como: evaluación de la cantidad de líquido amniótico del riesgo; contenidos educativos; y vacunación antitetánica 66,6%; medición de peso; determinación de tensión arterial; diagnóstico de vida fetal; diagnóstico de número de fetos; evaluación de la cantidad de líquido amniótico y examen de orina 33,3%; diagnóstico de la presentación fetal 0%;

En la cuarta consulta, sobre el 100% (13) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 92,3%. No efectuó el diagnóstico de presentación fetal en el 50% de las usuarias.

Sobre el 100% (2) de las usuarias el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal; contenidos educativos; diagnóstico de la presentación fetal y vacunación antitetánica que no están previstas en la primera consulta de la norma lo que hace suponer que es una consulta tardía.

En la segunda consulta de la cual están previstas 10 actividades, no se atendieron usuarias.

En la tercera consulta, sobre el 100% (14) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 92,8%. No efectuó el diagnóstico de presentación fetal como lo establece la norma en el 100% de las usuarias de esa consulta.

Sobre el 100% (3) de las usuarias el cálculo de la amenorrea, administración de ácido fólico; evaluación del crecimiento fetal; determinación de hemoglobina se efectuó en el 100%; evaluación diagnóstico de ida fetal, diagnóstico de número de feto y examen de orina se efectuaron al 100% de las usuarias, evaluación de riesgo, diagnóstico de la presentación fetal; diagnóstico de diabetes gestacional al 50%; administración de ácido fólico; evaluación de la cantidad de líquido amniótico y detección de sífilis 0%.

En la quinta consulta, sobre el 100% (11) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 81,8%. No efectuó medición de peso ni diagnóstico de presentación fetal como lo establece la norma.

Sobre el 100% (2) de las usuarias el cálculo de la amenorrea; determinación de tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal; evaluación del riesgo; administración de hierro y ácido fólico; contenidos educativos; diagnóstico de vida fetal; diagnóstico de número de fetos; evaluación de la cantidad de líquido amniótico 100%; examen de orina 50% y diagnóstico de la presentación fetal; medición de peso 0%.

Al analizar a las actividades que realizó el profesional obstétrico en relación a lo especificado en la norma por consulta se observa que en:

“Cálculo de amenorrea” de las 10 usuarias (100%) observadas, se realizó la actividad al 100%. En todos los caso el profesional obstétrico utilizó la tecnología apropiada (gestograma) y lo aplicó correctamente.

“Medición de peso”; Esta actividad que corresponde realizar en todas las consultas, solo se realizó en el 40% de las usuarias. Una medición en la primera consulta otra en la tercera representando el 33,3%; 100% en cuarta y 0% en la quinta. El 60 % restante en la cual el profesional obstétrico no realizó la medición correspondiente, el 66,6% pertenecían a la primera y tercera consulta; al 100% a la segunda consulta (no se atendieron usuarias) y quinta. Si bien la técnica utilizada fue la correcta, se evidencia que no todas las usuarias son pesadas en cada consulta, por lo tanto no se cumple con lo establecido en la norma.

“Determinación de la tensión arterial”. Del total (100%) de las observadas (10) solo se aplicó la medición al 60% de las usuarias. El 33,3% en la primera y tercera consulta respectivamente y en 100% en la cuarta y quinta consulta. El 40% restantes; no recibió dicha medición correspondiendo el 66,6% a usuarias de la primera consulta y tercera consulta lo que permite inferir que el profesional obstétrico no desarrolla una adecuada atención del control prenatal, en desmedro de la calidad de atención, dato no menor, ya que el control de la tensión arterial es de importancia y debe medirse en cada consulta.

“Evaluación del crecimiento fetal”; El 100% de las usuarias (10) recibieron correctamente evaluación del crecimiento fetal en todas las consultas.

“Evaluación del riesgo”. Del 100% de las usuarias que concurren a control, solo se efectuó en el 80% esta evaluación. En la primera y quinta consulta se aplicó al 100% de las usuarias; en cambio a las que concurren a la tercera se aplicó al 66,6% y al 50% en la cuarta consulta.

“Administración de hierro y ácido fólico” Según la norma se debe administrar ácido fólico a las usuarias en todas las consultas. Del 100% de las asistidas, solo administró ácido fólico al 70% de las usuarias. Las usuarias que concurren a la tercera y quinta entrevista recibieron el medicamento, una de tres no lo recibió en la primera consulta y una de dos que concurren a la cuarta

consulta tampoco, de lo cual se puede inferir que no había stock, que el profesional obstétrico olvidó administrar.

“Contenidos educativos”. Los contenidos educativos deben ser impartidos en todas las consultas. Solo se realizó al 70% de las usuarias, en la tercera, cuarta y quinta consulta. Se efectuó al 100% en la cuarta y quinta consulta, 66,6% en la tercera y no se realizó en el 100% de las que concurren a la primera. Si se tiene en cuenta que es necesario hacerlo desde la primera consulta por la importancia que significa el control prenatal para la usuaria, se deduce que el profesional obstétrico de esta UPA no cumple con los requisitos establecidos por la norma.

“Diagnostico de vida fetal”; De las 10 observaciones, la actividad se realizó en el 50% de las usuarias; 33,3% en la tercera; 100% en la cuarta y quinta consulta. Sin embargo se realizó diagnóstico de presentación fetal y evaluación de la cantidad de líquido amniótico, actividad no comprendida por la norma para la primera consulta, por lo que se infiere que esta usuaria se encontraba en un período de embarazo avanzado.

“Diagnóstico del número de fetos”; Actividad que se realiza a través de las maniobras de Leopold y auscultación de latidos cardíacos fetales se ejecutó al 71,4% de las usuarias. Se aplicó al 100% de la cuarta y quinta y solo al 33,3% de la tercera. Tanto en la primera como en la segunda entrevista no está prevista la actividad, en función de que se infiere que la primera consulta es una captación precoz y que no es posible determinar el número de fetos, salvo que sea una captación tardía.

“Evaluación de la cantidad de líquido amniótico”; Del 100% de la actividad se aplicó al 42,8% de las usuarias; 33,3% en la tercera, 0% en la cuarta y 100% en la quinta consulta. Sin embargo se realizó la actividad a una usuaria en la primera consulta lo que supone se encontró frente a una consulta tardía. Esta actividad adquiere relevancia en la medida que permite detectar factores de riesgo tales como polidranmios, oligoanmios.

“Exámen de orina” Se realizó la actividad al 100% que concurren a la cuarta; al 33,3% de las usuarias en la tercera consulta y al 50% de la quinta. El examen de orina de acuerdo a la norma debe solicitarse en la primera, segunda y tercera consulta. De lo observado se infiere que el profesional obstétrico pudo haber detectado alguna patología o desconoce la normativa en este aspecto.

“Diagnóstico de presentación fetal”; Del 100% previsto en la norma, solo se aplicó la actividad al 50% de las usuarias en la consulta cuarta, el 100% de las restantes no recibieron la actividad, sin embargo la actividad se desarrolló en una usuaria de primera consulta, aunque la norma no lo prevee, infiriendo que se trata de una consulta tardía

“Diagnóstico de diabetes gestacional”; Se realizó como lo prevee la norma: en la primera y cuarta consulta, pero solo la recibió el 33,3% de las usuarias en la primera y el 50% de la cuarta consulta.

“Detección de sífilis”; De igual forma que la anterior la detección de sífilis se hace en la primera y cuarta consulta a través de solicitud de análisis. Solo recibió la actividad el 33,3% de las usuarias en la primera consulta. En la cuarta consulta el porcentaje es 0%.

“Determinación de hemoglobina”; Se debe realizar la actividad en la primera y tercera consulta, sin embargo no se realizó en el 100% de las usuarias que concurren al primer control y si se realizó al 100% de las que concurren a la tercera consulta.

“Vacunación antitetánica”; Según la norma se realiza en la segunda y tercera consulta. El profesional obstétrico realizó la actividad en el 66,6% de las que concurren al tercer control y además aplicó la vacuna al 33,3%; que concurre a la primera consulta, aunque la norma no lo prevee, lo que supone que hubo una consulta tardía.

“Anamnesis”; **“Exámen clínico general”;** Del 100% (3) de las usuarias que correspondía realizar la actividad ya que era la primera consulta, solo se aplicó al 66,6%. 33,3% restante no recibió la actividad.

“Medición de talla”; **“Exámen ginecológico obstétrico”;** Del 100% de las usuarias que concurrieron a la primera consulta; solo se aplicó al 33,3%, actividad importante que no debe descuidarse porque conjuntamente con el peso y la edad gestacional se evalúa el estado nutricional y se corroboran los signos de probabilidad.

“Diagnóstico de embarazo”; Se aplicó al 100% de las usuarias que concurrieron a la primera consulta, utilizando la tecnología apropiada (gestograma, cinta etc.)

“Detección grupo y factor Rh”; En la primera consulta se debe solicitar grupo y factor. Esta actividad solo se aplicó al 33,3% de las usuarias. El resto tenía comprobante del grupo y factor de otros embarazos, por lo que no fue necesario que el profesional obstétrico solicitara dicho examen.

Evaluación de pelvis”. Según la norma la evaluación de la pelvis debe realizarse solo en la primera consulta, sin embargo en esta instancia se aplicó la actividad al 33,3%, privando al 66,6% de las usuarias de esta evaluación que se realiza por única vez en el primer control. Al realizar esta evaluación el profesional obstétrico puede detectar alguna anomalía de desviación pelviana.

“Exámen odontológico”. Del 100% que debió realizarse la actividad en la primera consulta, solo se aplicó 66,6%. A una de las usuarias no se le realizó el control odontológico, control de suma importancia por posibles problemas dentarios.

Tabla 10. Porcentaje de las actividades del profesional obstétrico de la UPA N° 2, según función asistencial. Santiago del Estero 2006.

ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EL OBSTETRICO	Cronología de las consultas UPA N° 2														
	Realiza			Realiza			Realiza			Realiza			Realiza		
	Correct*			Correct*			Correct*			Correct*			Correct*		
	1º	si	no	2º	si	No	3º	si	no	4º	si	no	5º	si	no
Cálculo de amenorrea.	*	1		*	1		*	1		*	2		*	5	
Medición de peso	*			*	1		*	1		*	2		*	5	
Determinación de la TA.	*			*	1		*	1		*	2		*	5	
Evaluación del crecimiento fetal.	*			*	1		*			*	2		*	5	
Evaluación del riesgo.	*	1		*			*			*	2		*	5	
Administración de hierro y Acido Fólico	*	1		*	1		*	1		*	2		*	5	
Contenidos Educativos.	*			*	1		*			*	2		*	5	
Diagnóstico de vida fetal.				*			*	1		*	2		*	5	
Diagnóstico de número de fetos.							*	1		*	2		*	5	
Evaluación de cantidad de LA							*			*	2		*	5	
Examen de orina.	*			*	1		*								
Diagnóstico de presentación fetal.							*			*	2		*		
Diagnóstico de Diabetes gestacional.	*									*	2				
Detección de sífilis.	*									*	2				
Determinación de hemoglobina.	*						*								
Vacunación de antitetánica,				*			*								
Anamnesis.	*	1													
Examen clínico general.	*														
Medición de talla.	*														
Examen Gineco-obstétrico.	*														
Diagnóstico de embarazo.	*														
Determinación del grupo y Factor Rh.	*														
Evaluación de pelvis.	*														
Examen odontológico.	*														

Al analizar las actividades por consulta, según el número de usuarias (10) se observa que:

En primera consulta, sobre el 100% (19) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico desarrolló solo el 21% (4 actividades), aún cuando en el momento de la observación directa concurrió una sola usuaria. Se limitó a realizar el cálculo de la amenorrea, evaluar el riesgo, administrar hierro y ácido fólico y realizar la anamnesis. El resto de las actividades no fueron

desarrolladas, poniendo de manifiesto la falta de cumplimiento de la norma, en desmedro de la calidad de atención que debe brindar a las usuarias en la primera consulta.

En la segunda consulta, según la norma están prevista 10 actividades. Del 100% de las actividades realizó el 70%. No se evaluó el riesgo, diagnóstico de vida fetal, actividad de suma importancia y vacunación antitetánica.

En la tercera consulta, sobre el 100% (14) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico desarrolló solo el 42,8%. Aun cuando atendió a una sola usuaria no evaluó el crecimiento fetal, riesgo, cantidad de líquido amniótico, no solicitó exámenes de orina y hemoglobina, no efectuó el diagnóstico de presentación fetal, ni vacunó a la usuaria.

En la cuarta consulta, sobre el 100% (13) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico cumplió con lo establecido por la norma en un 100%, para el 100% de las usuarias.

En la quinta consulta, sobre el 100% (11) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 90,9%. No efectuó el diagnóstico de presentación fetal como lo establece la norma en el 100% de las usuarias de esa consulta, actividad que debió realizar por el grado de importancia que tiene en relación a los riesgos del parto. El no cumplimiento de esta actividad implica que la usuaria llegue al parto desconociendo que puede haber una desproporción pélvico-cefálica.

Al analizar a las actividades que realizó el profesional obstétrico en relación a lo especificado en la norma por consulta se observa que en:

“Cálculo de amenorrea” de las 10 usuarias (100%) observadas, se realizó al 100% de las usuarias. Aquí también el profesional obstétrico utilizó la tecnología apropiada (gestograma) y la aplicó correctamente.

“Medición de peso”; Del 100% que corresponde a esta actividad, se realizó en el 90% de las usuarias. No se realizó medición de peso en la primera

consulta a la única usuaria que atendió representando el 10%. Si bien la técnica utilizada fue la correcta, se evidencia que no todas las usuarias son pesadas en cada consulta como lo establece la norma, por lo tanto no se cumple con lo establecido en la norma.

“Determinación de la tensión arterial”. Del total (100%) de las observadas (10) se aplicó la medición al 90% de las usuarias. El 10% restante; no recibió dicha medición, siendo que era la única usuaria de primera consulta, lo que permite observar las falencias en que incurre el profesional obstétrico, no desarrollado un adecuado control prenatal.

“Evaluación del crecimiento fetal”; De las 10 usuarias observadas, el 80% recibió la actividad. El 20% restante que no la recibió corresponde: 10% a la primera consulta y 10% a la tercera. Las que consultaron en la segunda, cuarta y quinta entrevista recibieron el 100% de la actividad.

“Evaluación del riesgo”. Del 100% de las usuarias que concurren a control, se efectuó esta evaluación en el 80%. En la primera, cuarta y quinta consulta se aplicó al 100% de las usuarias; en cambio a las que concurren a la segunda y tercera consulta no se aplicó la actividad al 100% de las usuarias.

“Administración de hierro y ácido fólico” Del 100%, de las usuarias asistidas, se administró ácido fólico al 100%, como lo establece la norma

“Contenidos educativos”. Se realizó al 80% de las usuarias; en la segunda, cuarta y quinta consulta; aun cuando los mismos deben ser impartidos en todas las consultas. El 20 % restante; 10% la primera y 10% de la segunda, no recibieron contenidos educativos, Dada la importancia de los mismos es necesario que el profesional obstétrico tome conciencia de ello y cumpla con la norma.

“Diagnostico de vida fetal”; De las 10 observaciones en que la actividad según la norma está prevista en la segunda, tercera, cuarta y quinta consulta, la misma se realizó en el 75% de las usuarias, y no se cumplió con la

norma en el 25% (una usuaria de la segunda consulta). El 100% de las usuarias restantes recibieron la actividad.

En **“Diagnóstico del número de fetos”**; Se aplicó correctamente al 100% de las usuarias en las consultas establecidas en la norma (tercera, cuarta y quinta)

“Evaluación de la cantidad de líquido amniótico”; recibió la actividad el 100% de la usuarias de la cuarta y quinta consulta y 0% la usuaria de la tercera consulta.

“Exámen de orina” Solo la usuaria que concurrió a la segunda consulta se aplicó la actividad, las que concurrieron a la primera y tercera no la recibieron, lo que implica que no se cumplió con la norma, cuando corresponde solicitar el examen en la primera, segunda y tercera consulta.

“Diagnóstico de presentación fetal”; De lo previsto en la norma, se aplicó la actividad al 100% de las usuarias en la consulta cuarta. El 100% de las que concurrieron a la tercera y quinta consulta no recibieron la actividad, lo que se puede inferir que no se cumple con la norma en este ítem tan importante en la evaluación del control pre natal.

“Diagnóstico de diabetes gestacional”; **“Detección de sífilis”**; Se realizó solo en el 100% de las usuarias que concurrieron a la cuarta consulta, no así en la usuaria que consultó por primera vez (0%).

“Determinación de hemoglobina”; Se debe realizar la actividad en la primera y tercera consulta, sin embargo no se realizó en el 100% de las usuarias que concurrieron a la primera y tercera consulta.

“Vacunación antitetánica”. .Al igual que el anterior el profesional obstétrico no realizó la actividad en el 100% de los casos, que concurrieron a la segunda y tercera consulta

“Anamnesis” Se realizó anamnesis a la única usuaria en la primera consulta.

“Exámen clínico general”; “Medición de talla”. “Exámen ginecológico obstétrico”, “Diagnóstico de embarazo”; “Detección grupo y factor Rh”; “Evaluación de pelvis”, “Exámen odontológico”. La actividad no se aplicó en ninguno de los caso a la única usuaria de primera consulta, lo que pone de manifiesto que la atención que brinda este profesional está lejos de ser de buena calidad.

Tabla 11. Porcentaje de las actividades del profesional obstétrico de la UPA N° 3, según función asistencial . Santiago del Estero 2006.

ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EL OBSTETRICO	Cronología de las consultas UPA N° 3														
	Realiza Correct*			Realiza Correct*			Realiza Correct*			Realiza Correct*			Realiza Correct*		
	1º	si	no	2º	si	no	3º	si	no	4º	si	no	5º	si	no
Cálculo de amenorrea.	*	3		*	2		*	2		*	2		*	1	
Medición de peso	*	3		*	2		*	2		*	2		*	1	
Determinación de la TA.	*	3		*	2		*	2		*	2		*	1	
Evaluación del crecimiento fetal.	*	3		*	2		*	2		*	2		*	1	
Evaluación del riesgo.	*	2		*	1		*	1		*	1		*		
Administración de hierro y Acido Fólico	*	1		*	1		*	1		*	1		*		
Contenidos Educativos.	*			*	2		*	1		*	2		*		
Diagnóstico de vida fetal.				*	2		*	1		*	2		*		
Diagnóstico de número de fetos.							*	2		*	2		*	1	
Evaluación de cantidad de LA							*	2		*	2		*	1	
Examen de orina.	*	2		*	2		*	2							
Diagnóstico de presentación fetal.							*	2		*	2		*	1	
Diagnóstico de Diabetes gestacional.	*	2								*-	1				
Detección de sífilis.	*	2								*	1				
Determinación de hemoglobina.	*						*	1							
Vacunación antitetánica,				*	1		*	1							
Anamnesis.	*	1													
Examen clínico general.	*	1													
Medición de talla.	*	1													
Examen Gineco-obstétrico.	*	1													
Diagnóstico de embarazo.	*	1													
Determinación del grupo y Factor Rh.	*	1													
Evaluación de pelvis.	*	1													
Examen odontológico.	*	1													

Al analizar las actividades por consulta, según el número de usuarias (10) se observa que en:

La primera consulta, sobre el 100% (19) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en el 94,7%, el 6,3% de las actividades no realizadas corresponden a contenidos educativos que por su importancia deben desarrollarse en todos controles. Es necesario destacar que hasta ahora por el análisis efectuado se puede decir que es el profesional que mejor cumplió con las actividades de la primera consulta.

En la segunda en la cual tiene prevista 10 actividades, el profesional cumplió con el 100% de las actividades y al 100% de las usuarias.

En la tercera consulta, sobre el 100% (14) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico al igual que en las actividades anteriores, desarrolló el 100% de las mismas y al 100% de las usuarias.

En la cuarta consulta, sobre el 100% (13) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico cumplió con lo establecido por la norma en un 100%, para el 100% de las usuarias.

En la quinta consulta, sobre el 100% (11) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 63,6%. No efectuó el 38,4% de las actividades: no evaluó el riesgo, no administró hierro y ácido fólico, no desarrolló contenidos educativos y no hizo el diagnóstico de vida fetal, a la única usuaria que consultó ese día siendo que esta es la última consulta de control prenatal, previa al parto.

Al analizar a las actividades que realizó el profesional obstétrico en relación a lo especificado en la norma por consulta se observa que en:

“Cálculo de amenorrea”, “Medición de peso”, “Determinación de la Tensión Arterial” y “Evaluación del crecimiento fetal”; se cumplió al 100%

de las usuarias que concurren a la primera, segunda, tercera, cuarta y quinta consulta.

“Evaluación de riesgo”. Del 100% de las usuarias, solo el 50% recibió la actividad; en la primera consulta un 66,6%, en la segunda, tercera y cuarta alcanzó el 50%, quedando sin evaluación del riesgo las de la quinta. (0%)

“Administración de hierro y ácido fólico”; Solo recibió el 40% del total. En cada una de las consultas una sola usuaria se le indicó administración de hierro y ácido fólico cuando la norma indica que debe administrarse a todas usuarias y en las cinco consultas.

“Contenidos educativos”. Los contenidos educativos según la normativa deben desarrollarse en todas las consultas, sin embargo no se desarrolló al 100% de las usuarias en la primera y quinta consulta, si en cambio en el 100% de la segunda y cuarta y en el 50% en las de la tercera consulta.

“Diagnóstico de vida fetal” Se realizó al 100% de las usuarias que concurren a la segunda y cuarta consulta, 50% a las de la tercera consulta y 0% a la usuaria de la quinta.

“Diagnóstico de número de fetos” y “Evaluación de la cantidad de Líquido Amniótico”. La evaluación se realizó al 100% de las usuarias como lo establece la norma y en las consultas correspondientes.

“Examen de orina”, En cuanto a esta prestación el profesional obstétrico realizó la actividad en el 66,6% el la primera consulta y en el 100% de la segunda y tercera

“Diagnóstico de presentación fetal”. La actividad se cumplió en el 100% de las consultas establecidas y al 100% de las usuarias.

“Diagnóstico de diabetes gestacional” Recibieron esta actividad el 66,6% de las que asistieron a la primera consulta y el 100% de la quinta como lo establece la norma.

“Detección de sífilis” y **“Determinación de hemoglobina”** Solo se efectuó al 66,6% de la primera consulta y al 50% de la cuarta en relación a sífilis y al 50% en relación a determinación de hemoglobina.

“Vacunación de antitetánica” Se realizó la actividad en el 100% de las usuarias como lo establece la norma.

“Anamnesis”, “Examen clínico general”, “Medición de talla”, “Examen gineco obstétrico”, “Diagnostico de embarazo”, “Determinación del grupo y factor RH”, “Evaluación de pelvis” y “Examen odontológico” Se realizó la actividad solamente en el 33,3%, en el 66,6% no se efectuó anamnesis, examen clínico general, talla, examen gineco-obstétrico, diagnóstico de embarazo, no se indagó ni solicitó grupo y factor , no se evaluó pelvis, ni se realizó examen odontológico.

Tabla 12. Porcentaje de las actividades del profesional obstétrico de la UPA N° 4, según función asistencial. Santiago del Estero 2006.

ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EL OBSTETRICO	Cronología de las consultas UPA N° 4														
	Realiza			Realiza			Realiza			Realiza			Realiza		
	Correct*			Correct*			Correct*			Correct*			Correct*		
	1º	si	no	2º	si	no	3º	si	no	4º	si	no	5º	si	no
Cálculo de amenorrea.	*	2		*			*	3		*	3		*	2	
Medición de peso	*	2		*			*	3		*	3		*	2	
Determinación de la TA.	*	2		*			*	3		*	3		*	2	
Evaluación del crecimiento fetal.	*	2		*			*	3		*	2		*	2	
Evaluación del riesgo.	*	2		*			*	3		*			*		
Administración de hierro y Acido Fólico	*	1		*			*			*			*		
Contenidos Educativos.	*	1		*			*			*	2		*		
Diagnóstico de vida fetal.				*			*			*	3		*		
Diagnóstico de número de fetos.							*	1		*	3		*	2	
Evaluación de cantidad de LA							*	2		*	1		*	2	
Examen de orina.	*	1		*			*	1		*	1				
Diagnóstico de presentación fetal.							*	2		*			*		
Diagnóstico de Diabetes gestacional.	*	1								*	-				
Detección de sífilis.	*	1								*					
Determinación de hemoglobina.	*	1					*								
Vacunación de antitetánica,				*			*								
Anamnesis.	*	2													
Examen clínico general.	*	2													
Medición de talla.	*	2													
Examen Gineco-obstétrico.	*	2													
Diagnóstico de embarazo.	*														
Determinación del grupo y Factor Rh.	*														
Evaluación de pelvis.	*														
Examen odontológico.	*	1													

Al analizar las actividades por consulta, según el número de usuarias se observa que:

En primera consulta, sobre el 100% (19) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico desarrolló las actividades previstas en la norma en un 84,2%. No realizó diagnóstico de embarazo, no indagó ni solicitó la determinación del grupo y factor, no realizó evaluación de la pelvis en el 100% de las usuarias.

En relación al total de usuarias (2) de la primera consulta el cálculo de la amenorrea, medición de peso, determinación de tensión arterial, evaluación del crecimiento fetal y evaluación del riesgo se efectuó en un 100%; administración de hierro y ácido fólico; contenidos educativos; examen de orina, diagnóstico de diabetes gestacional, detección de sífilis y examen odontológico al 50%; anamnesis; examen clínico; medición de talla ; examen gineco-obstétrico al 100%; diagnóstico de embarazo; determinación de grupo y factor Rh; evaluación de la pelvis 0%.

En la segunda consulta de la cual tiene prevista 10 actividades, no se registra atención obstétrica.

En la tercera consulta, sobre el 100% (14) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico desarrolló el 78,5%. No efectuó administración de hierro y ácido fólico; contenidos educativos, determinación de hemoglobina y vacunación antitetánica como lo establece la norma en el 100% de las usuarias de esa consulta.

Sobre el 100% (3) de las usuarias el cálculo de la amenorrea; medición de peso; determinación de la tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal; evaluación del riesgo; se efectuó en el 100% de las usuarias; diagnóstico de número de fetos; evaluación de la cantidad de líquido amniótico y diagnóstico de la presentación fetal 66,6% administración de ácido fólico, contenidos educativos, diagnóstico de vida fetal; examen de orina 33,3%; determinación de hemoglobina y vacunación antitetánica 0%.

En la cuarta consulta, sobre el 100% (13) de las actividades previstas en la norma, desarrolló el 69,2%, no se evaluó el riesgo, no se administró hierro y ácido fólico, no se realizó diagnóstico de presentación fetal, diagnóstico de diabetes gestacional ni detección de sífilis.

Sobre el 100% (3) de las usuarias el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial; diagnóstico de vida fetal; diagnóstico de número de fetos fue realizado al 100%; evaluación del crecimiento fetal;

contenidos educativos en el 66,6%; evaluación de la cantidad de líquido amniótico; examen de orina 33,3% y evaluación del riesgo; administración de hierro y ácido fólico diagnóstico de la presentación fetal; diagnóstico de diabetes gestacional y detección de sífilis 0%.

En la quinta consulta, sobre el 100% (11) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico desarrolló en un 54,5%. No efectuó evaluación del riesgo, administración de ácido fólico, contenidos educativos, diagnóstico de vida fetal y diagnóstico de presentación fetal.

Al analizar a las actividades que realizó en relación a lo especificado en la norma por consulta se observa que en:

“Cálculo de amenorrea”, “Medición de peso”; “Determinación de la tensión arterial”, “Evaluación del crecimiento fetal”. Del total (100%) de las observadas (10) la actividad se realizó al 100% de las usuarias. En todos los casos el profesional obstétrico utilizó la tecnología apropiada (gestograma), cinta, balanza y lo aplicó correctamente.

“Evaluación del riesgo” Del 100% de las usuarias que concurren a control, solo se efectuó en el 50% esta evaluación. En la primera y tercera consulta se aplicó al 100% de las usuarias; en cambio a las que concurren a la cuarta y quinta consulta 0%.

“Administración de hierro y ácido fólico” y “Contenidos educativos”. Según la norma se debe administrar ácido fólico y desarrollar contenidos educativos a las usuarias en todas las consultas. Del 100% de las asistidas, solo administró hierro y ácido fólico y contenidos educativos al 50% de las usuarias de la primera consulta y contenidos educativos al 66,6% de la cuarta consulta. Si se tiene en cuenta que es necesario realizar estas actividades desde la primera consulta por su significado en el control prenatal para la usuaria, se deduce que el profesional obstétrico de esta UPA no ha internalizado su importancia.

“Diagnóstico de vida fetal” Actividad que debe realizarse a partir de la segunda consulta. De las 10 observaciones, la actividad se realizó al 33,3% de la tercera consulta y al 100% en la cuarta y 0% en la quinta.

“Diagnóstico del número de fetos”; Actividad que se realiza a través de las maniobras de Leopold y auscultación de latidos cardíacos fetales a partir de la tercera consulta realizándose en la tercera consulta al 66,6% y en la cuarta y quinta al 100% de las usuarias asistidas.

“Evaluación de la cantidad de líquido amniótico”. La actividad se aplico al 66,6% en la tercera consulta, en la cuarta al 33,3% y quinta al 100% de las usuarias.

“Exámen de orina” Actividad que se realiza en la primera, segunda y tercera consulta. La misma se realizó al 50% % de la primera consulta, 33,3% el la tercera y 33, % en la cuarta, (actividad no prevista en la norma para esa consulta), esto hace suponer que el profesional obstétrico ha detectado alguna posible patología o bien por manifestaciones de la propia paciente acerca de presencia de algún síntoma que indiquen la solicitud.

“Diagnóstico de presentación fetal”;Actividad importante que debe realizarse a partir de la tercera consulta, si embargo aquí el profesional obstétrico, del 100% previsto en la norma, solo se aplicó la actividad al 66,6% de las usuarias en la consulta tercera. No se realizó en las usuarias que concurren a la cuarta y quinta, lo que demuestra que el profesional obstétrico no cumple con la norma.

“Diagnóstico de diabetes gestacional”; **“Detección de sífilis”**; Ambas se deben realizar en la primera y cuarta consulta a través de solicitud de análisis. Solo recibió la actividad el 50% de las usuarias en la primera consulta. En la cuarta consulta el porcentaje es 0%.

“Determinación de hemoglobina”; Se debe realizar la actividad en la primera y tercera consulta, sin embargo solo se realizó en el 50% de las usuarias que concurren al primer control.

“Vacunación antitetánica”; Según la norma se realiza en la segunda y tercera consulta. El profesional obstétrico no realizó la actividad en ninguna de las consultas previstas.

“Anamnesis” “Exámen clínico general”; “Medición de talla”; “Exámen ginecológico obstétrico”. Se cumplió con la actividad en el 100% de las usuarias que concurrieron a la primera como lo establece la norma.

“Diagnóstico de embarazo” “Detección grupo y factor Rh; “Evaluación de pelvis” Estas actividades que deben realizarse en la primera consulta, el profesional obstétrico no las realizó en ninguna de las usuarias

En **“Exámen odontológico”**. Del 100% que debió realizarse la actividad en la primera consulta, solo se aplicó al 50 %.

Tabla 13. Porcentaje de las actividades del profesional obstétrico de la UPA N° 5, según función asistencial. Santiago del Estero 2006.

ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EL OBSTETRICO	Cronología de las consultas UPA N° 5														
	Realiza			Realiza			Realiza			Realiza			Realiza		
	Correct*			Correct*			Correct*			Correct*			Correct*		
	1º	si	no	2º	si	no	3º	Si	no	4º	si	no	5º	si	no
Cálculo de amenorrea.	*	2		*			*	2		*	2		*	4	
Medición de peso	*	2		*			*	2		*	2		*	4	
Determinación de la TA.	*	2		*			*	2		*	2		*	4	
Evaluación del crecimiento fetal.	*	2		*			*	2		*	2		*	4	
Evaluación del riesgo.	*	2		*			*	2		*	1		*	1	
Administración de hierro y Acido Fólico	*	2		*			*	2		*	2		*		
Contenidos Educativos.	*	2		*			*	2		*	1		*	3	
Diagnóstico de vida fetal.				*			*	2		*	2		*	2	
Diagnóstico de número de fetos.							*	2		*	2		*	3	
Evaluación de cantidad de LA							*	2		*	2		*	2	
Examen de orina.	*			*			*	1							
Diagnóstico de presentación fetal.							*	2		*	2		*		
Diagnóstico de Diabetes gestacional.	*	1								*	2				
Detección de sífilis.	*	1								*	1				
Determinación de hemoglobina.	*						*								
Vacunación antitetánica,				*			*								
Anamnesis.	*	2													
Examen clínico general.	*	2													
Medición de talla.	*	2													
Examen Gineco-obstétrico.	*	1													
Diagnóstico de embarazo.	*	1													
Determinación del grupo y Factor Rh.	*	1													
Evaluación de pelvis.	*	1													
Examen odontológico.	*	2													

Al analizar las actividades por consulta, según el número de usuarias se observa que:

En primera consulta, sobre el 100% (19) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico desarrolló las actividades en un 89,4%. No solicitó exámenes de orina y hemoglobina, como lo establece la norma, al 100% de las usuarias de esa consulta.

En relación al total de usuarias (2) el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal;

evaluación del riesgo; administración de hierro y ácido fólico; contenidos educativos; medición de talla; anamnesis; examen clínico y examen odontológico se efectuó al 100% de las usuarias; diagnóstico de diabetes gestacional y detección de sífilis; examen gineco-obstétrico; diagnóstico de embarazo; determinación de grupo y factor Rh; evaluación de la pelvis en el 50% examen de orina; determinación de hemoglobina 0%.

En la segunda consulta de la cual tiene prevista 10 actividades, no se atendieron usuarias.

En la tercera consulta, sobre el 100% (14) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 85,7%. No solicitó determinación de hemoglobina y no realizó vacunación antitetánica como lo establece la norma.

Sobre el 100% (2) de las usuarias el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal; evaluación del riesgo; administración de hierro y ácido fólico; contenidos educativos; diagnóstico de vida fetal; diagnóstico de número de fetos; evaluación de la cantidad de líquido amniótico; diagnóstico de la presentación fetal 100% se efectuó al 100% de las usuarias; examen de orina al 50% determinación de hemoglobina y vacunación antitetánica 0%

En la cuarta consulta, sobre el 100% (13) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico desarrolló el 100%.

Sobre el 100% (2) de las usuarias el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal; administración de hierro y ácido fólico; diagnóstico de diabetes gestacional se realizó al 100% de las usuarias; evaluación del riesgo; contenidos educativos; diagnóstico de vida fetal; diagnóstico de número de fetos; evaluación de la cantidad de líquido amniótico; diagnóstico de la presentación fetal y detección de sífilis, al 50%.

En la quinta consulta, sobre el 100% (11) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 81,8%. No efectuó administración de hierro y ácido fólico ni diagnóstico de presentación fetal como lo establece la norma

Sobre el 100% (4) de las usuarias el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal se realizó al 100% de las usuarias; contenidos educativos y diagnóstico de número de fetos 75 %; diagnóstico de vida fetal; evaluación de la cantidad de líquido amniótico 50%; evaluación del riesgo 25%; diagnóstico de la presentación fetal y administración de hierro y ácido fólico 0%;

Al analizar a las actividades que realizó el profesional obstétrico en relación a lo especificado en la norma por consulta se observa que:

De las 10 usuarias observadas el **“Cálculo de amenorrea” “Medición de peso”**; **“Determinación de la tensión arterial” “Evaluación del crecimiento fetal”**; se realizó al 100%.

“Evaluación del riesgo”. Del 100% de las usuarias que concurren a control, solo se efectuó en el 60% esta evaluación. En la primera y tercera consulta se aplicó al 100% de las usuarias; en cambio a las que concurren a la cuarta se aplicó al 50% y la quinta solo al 25%.

“Administración de hierro y ácido fólico” Según la norma se debe administrar ácido fólico a las usuarias en todas las consultas. De los 100%, asistidas, solo administró ácido fólico al 60% de las usuarias. Las usuarias que concurren a la primera, tercera y cuarta entrevista recibieron el medicamento, en cambio el 100% de las que asistieron a la quinta consulta no lo recibió.

“Contenidos educativos”. Los contenidos educativos deben ser impartidos en todas las consultas. Solo se realizó al 80% de las usuarias, en la primera y tercera recibieron el 100%, en la cuarta el 50% y en la quinta consulta el 75%.

“Diagnostico de vida fetal”. La actividad se realizó en el 100% de las usuarias que concurrieron a la tercera y cuarta consulta y al 50% de la quinta.

“Diagnóstico del número de fetos”; Actividad se realizó al 100% de las usuarias de la tercera y cuarta consulta y al 75% de la quinta.

“Evaluación de la cantidad de líquido amniótico”; Se aplicó al 100% de las usuarias que asistieron a control en la tercera y cuarta consulta y al 50% a las de la quinta.

“Exámen de orina” Aquí se realizó solo al 50% del las usuarias en la tercera consulta y 0% a las de la primera.

“Diagnóstico de presentación fetal”; Del 100% previsto en la norma, se aplicó la actividad al 100% de las usuarias en la consulta tercera y cuarta y 0% a las usuarias de la quinta consulta.

“Diagnóstico de diabetes gestacional”; Se realizó como lo prevee la norma: en la primera y cuarta consulta, pero solo la recibió el 50% de las usuarias en la primera y el 100% de la cuarta consulta.

“Detección de sífilis”; De igual forma que la anterior la detección de sífilis se hace a la primera y cuarta consulta. En ambas solo la recibieron el 50% de las usuarias.

“Determinación de hemoglobina”; Se debe realizar la actividad en la primera y tercera consulta, sin embargo en ninguna de las usuarias se le practicó la actividad.

“Vacunación antitetánica”; Según la norma se realiza en la segunda y tercera consulta. El profesional obstétrico no aplicó la actividad.

“Anamnesis” “Exámen clínico general” “Medición de talla”. Se aplicó la actividad al 100% (2) de las usuarias que concurrieron a la primera consulta como lo establece la norma

“Exámen ginecológico obstétrico”; “Diagnóstico de embarazo” “Detección grupo y factor Rh”; Evaluación de pelvis”. Se aplicó al 50% de las usuarias que concurrieron a la primera consulta.

En **“Exámen odontológico”**. El 100% (2) recibieron la actividad en la primera consulta

Tabla 14. Porcentaje de las actividades del profesional obstétrico de la UPA N° 6, según función asistencial. Santiago del Estero 2006.

ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EL OBSTETRICO	Cronología de las consultas UPA N° 6														
	Realiza			Realiza			Realiza			Realiza			Realiza		
	Correct*			Correct*			Correct*			Correct*			Correct*		
	1º	si	no	2º	si	no	3º	si	no	4º	si	no	5º	si	no
Cálculo de amenorrea.	*	2		*	2		*	3		*	2		*	1	
Medición de peso	*	2		*	2		*	3		*	2		*	1	
Determinación de la TA.	*	2		*	2		*	3		*	2		*	1	
Evaluación del crecimiento fetal.	*	2		*	2		*	2		*	1		*	1	
Evaluación del riesgo.	*	2		*			*	1		*			*	1	
Administración de hierro y Acido Fólico	*	2		*	1		*	1		*			*		
Contenidos Educativos.	*	2		*	1		*	2		*	1		*	1	
Diagnóstico de vida fetal.				*	1		*	2		*	2		*	1	
Diagnóstico de número de fetos.							*	3		*	2		*		
Evaluación de cantidad de LA							*	2		*	2		*		
Examen de orina.	*	1		*			*								
Diagnóstico de presentación fetal.		1					*			*	2		*	1	
Diagnóstico de Diabetes gestacional.	*	2								*	1				
Detección de sífilis.	*	2								*					
Determinación de hemoglobina.	*				1		*	1							
Vacunación antitetánica,				*			*	2							
Anamnesis.	*	2													
Examen clínico general.	*	2													
Medición de talla.	*	2													
Examen Gineco-obstétrico.	*	2													
Diagnóstico de embarazo.	*	2													
Determinación del grupo y Factor Rh.	*	2													
Evaluación de pelvis.		2													
Examen odontológico.	*	1													

Al analizar las actividades por consulta, según el número de usuarias se observa que:

En primera consulta, sobre el 100% (19) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 94,7%. La única actividad que no desarrolló fue la determinación de hemoglobina.

En relación al total de usuarias (2) el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal; evaluación del riesgo; administración de hierro y ácido fólico; contenidos

educativos; diagnóstico de diabetes gestacional; detección de sífilis; anamnesis; examen clínico general; medición de talla; examen gineco-obstétrico; diagnóstico de embarazo; determinación de grupo y factor Rh; evaluación de la pelvis se realizó al 100% de las usuarias; examen de orina y diagnóstico de la presentación fetal y examen odontológico al 50%; determinación de hemoglobina 0%.

En la segunda consulta de la cual tiene prevista 10 actividades, se realizó el 70% de las actividades. No realizó evaluación del riesgo; examen de orina y vacunación antitetánica.

Sobre el 100% (2) de las usuarias el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal, la actividad se desarrolló al 100%; evaluación del riesgo 0%; administración de hierro y ácido fólico; contenidos educativos; diagnóstico de vida fetal; determinación de hemoglobina al 50%; examen de orina y vacunación antitetánica 0%.

En la tercera consulta, sobre el 100% (14) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 85,7%. No solicitó examen de orina ni realizó el diagnóstico de presentación fetal como lo establece la norma en esa consulta.

Sobre el 100% (3) de las usuarias el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial, diagnóstico de número de fetos la actividad fue realizada al 100% de las usuarias; evaluación del crecimiento fetal contenidos educativos; diagnóstico de vida fetal; evaluación de la cantidad de líquido amniótico y vacunación antitetánica al 66,6% al evaluación del riesgo; determinación de hemoglobina; administración de hierro y ácido fólico al 33,3%; examen de orina y diagnóstico de la presentación fetal 0%;

En la cuarta consulta, sobre el 100% (13) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 76,9%. No efectuó evaluación del riesgo, administración de hierro y ácido fólico, evaluación del

líquido amniótico y detección de sífilis como lo establece la norma para esta consulta.

Sobre el 100% (2) de las usuarias el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial, diagnóstico de vida fetal, diagnóstico de número de fetos; evaluación de la cantidad de líquido amniótico y diagnóstico de la presentación fetal se efectuó al 100% de las usuarias; evaluación del crecimiento fetal; contenidos educativos 50%; diagnóstico de diabetes gestacional al 50% detección de sífilis; evaluación del riesgo; administración de hierro y ácido fólico 0%.

En la quinta consulta, sobre el 100% (11) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 72,7%. No administró hierro y ácido fólico, no efectuó el diagnóstico de número de fetos ni evaluó la cantidad de líquido amniótico como lo establece la norma a la única usuaria de esta consulta.

Al analizar a las actividades que realizó el profesional obstétrico en relación a lo especificado en la norma por consulta se observa que en:

“Cálculo de amenorrea” “Medición de peso” “Determinación de la tensión arterial”; de las 10 usuarias (100%) observadas, se realizó al 100% de las usuarias. En todos los caso el profesional obstétrico hizo uso de la tecnología apropiada

“Evaluación del riesgo” Del 100% de las usuarias que concurren a control, solo se efectuó en el 40%.En la primera y quinta consulta al 100%; tercera consulta 33,3%; en la segunda y cuarta 0%.

“Administración de hierro y ácido fólico” Se administro al 100% de la primera consulta, 50% para la segunda; 33,3% para la tercera y 0% en la cuarta y quinta consulta.

“Contenidos educativos”. Los contenidos educativos deben ser impartidos en todas las consultas. Solo se realizó al 70% de las usuarias. En la primera y quinta consulta al 100 %; tercera consulta al 66,6% y segunda y cuarta al 50%.

“Diagnostico de vida fetal”; La actividad se realizó en el 100% de las usuarias, a las que concurren a la cuarta y quinta consulta. La segunda consulta alcanzó el 50% y la tercera el 66,6%

“Diagnóstico del número de fetos”; De acuerdo a la norma se aplicó la actividad al 100% de las usuarias en la tercera y cuarta consulta y 0% en la quinta.

“Evaluación de la cantidad de líquido amniótico”; La actividad se aplicó al 100% en la cuarta; 66,6% en la tercera y 0% en la quinta consulta.

“Exámen de orina” Se observa que el profesional obstétrico desconoce o no cumple adecuadamente con las actividades previstas en la normativa ya que solo aplicó la actividad al 50% de las que concurren a la primera consulta. Resto 0%.

“Diagnóstico de presentación fetal”. Se aplicó la actividad al 100% de las usuarias en la consulta cuarta y quinta y 0% en la tercera, sin embargo la actividad se desarrolló en una usuaria de primera consulta, aunque la norma no lo prevee, infiriendo que se trata de una consulta tardía

“Diagnóstico de diabetes gestacional”; Se realizó como lo prevee la norma: en la primera consulta al 100% y 50% en la cuarta

“Detección de sífilis”; De igual forma que la anterior la detección de sífilis se hace a la primera y cuarta consulta a través de solicitud de análisis. Solo recibió la actividad el 100% de las usuarias en la primera consulta. En la cuarta consulta el porcentaje es 0%.

“Determinación de hemoglobina”; Se debe realizar la actividad en la primera y tercera consulta, sin embargo no se realizó (0%) en usuarias que concurren al primer control y si se realizó al 33,3% de las que concurren a la tercera consulta y se solicitó al 50% en la segunda consulta aunque no lo prevee la norma.

“Vacunación antitetánica”; Según la norma se realiza en la segunda y tercera consulta. El profesional obstétrico no realizó la actividad en las que concurren al segundo control (0%) y aplicó la actividad al 66,6% de la tercera.

“Anamnesis” “Exámen clínico general” “Medición de talla” “Exámen ginecológico obstétrico” “Diagnóstico de embarazo” “Detección grupo y factor Rh” “Evaluación de pelvis”; Del 100% (2) de las usuarias que correspondía realizar la actividad ya que era la primera consulta, se aplicó al 100% y **“Exámen odontológico”**.al 50%

Tabla 15. Porcentaje de las actividades del profesional obstétrico de la UPA N° 7, según función asistencial. Santiago del Estero 2006.

ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EL OBSTETRICO	Cronología de las consultas UPA N° 7														
	Realiza			Realiza			Realiza			Realiza			Realiza		
	Correct*			Correct*			Correct*			Correct*			Correct*		
	1º	si	no	2º	si	no	3º	si	no	4º	si	no	5º	si	no
Cálculo de amenorrea.	*	3		*	2		*	1		*	2		*	2	
Medición de peso	*	3		*	2		*	1		*	2		*	2	
Determinación de la TA.	*	1		*	2		*	1		*	2		*	2	
Evaluación del crecimiento fetal.	*	3		*	2		*	1		*	2		*	2	
Evaluación del riesgo.	*	3		*	1		*			*	1		*	1	
Administración de hierro y Acido Fólico	*	3		*	1		*			*	1		*	1	
Contenidos Educativos.	*	3		*	1		*	1		*	1		*	2	
Diagnóstico de vida fetal.				*			*	1		*	2		*	2	
Diagnóstico de número de fetos.							*	1		*	2		*	2	
Evaluación de cantidad de LA							*	1		*	2		*	2	
Examen de orina.	*			*			*	1							
Diagnóstico de presentación fetal.							*	1		*	2		*	2	
Diagnóstico de Diabetes gestacional.	*									*	1				
Detección de sífilis.	*									*	2				
Determinación de hemoglobina.	*						*	1							
Vacunación antitetánica.				*			*	1							
Anamnesis.	*	1													
Examen clínico general.	*	3													
Medición de talla.	*	3													
Examen Gineco-obstétrico.	*	3													
Diagnóstico de embarazo.	*	1													
Determinación del grupo y Factor Rh.	*	1													
Evaluación de pelvis.	*	1													
Examen odontológico.	*	1													

Al analizar las actividades por consulta, según el número de usuarias se observa que:

En primera consulta, sobre el 100% (19) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico desarrolló las actividades en un 78,9%. No desarrolló la actividad de examen de orina, diagnóstico de diabetes gestacional, detección de sífilis y determinación de hemoglobina, como lo establece la norma.

En relación al total de usuarias (3) el cálculo de la amenorrea y medición de peso evaluación del crecimiento fetal; evaluación del riesgo; administración de hierro y ácido fólico, contenidos educativos examen clínico general; medición de talla; examen gineco-obstétrico se efectuó al 100% de las usuarias; determinación de tensión arterial; anamnesis; diagnóstico de embarazo; determinación de grupo y factor Rh; evaluación de la pelvis y examen odontológico, solo se realizó al 33,3%. examen de orina; diagnóstico de diabetes gestacional, detección de sífilis y determinación de hemoglobina 0%;

En la segunda consulta de la cual la norma tiene prevista 10 actividades, se realizó en el 70%. Se aplicó la actividad al 100% de las usuarias en: cálculo de la amenorrea, medición de peso, determinación de la tensión arterial evaluación del crecimiento fetal. En evaluación del riesgo, administración de hierro y ácido fólico, contenidos educativos al 50%. En cuanto a diagnóstico de vida fetal, examen de orina y vacunación antitetánica 0%.

En la tercera consulta, sobre el 100% (14) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 85,7%. No efectuó evaluación del riesgo y administró hierro y ácido fólico. Resto de las actividades las aplicó en la única usuaria que concurrió a esa consulta.

En la cuarta consulta, sobre el 100% (13) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 100%.

Sobre el 100% (2) de las usuarias el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal; diagnóstico de vida fetal; diagnóstico de número de fetos; evaluación de la cantidad de líquido amniótico; diagnóstico de la presentación fetal; detección de sífilis se efectuó al 100% de las usuarias; evaluación del riesgo; administración de ácido fólico; contenidos educativos y diagnóstico de diabetes gestacional 50%.

En la quinta consulta, sobre el 100% (11) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 100%.

Sobre el 100% (2) de las usuarias el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal contenidos educativos; diagnóstico de vida fetal; diagnóstico de número de fetos; evaluación de la cantidad de líquido amniótico y diagnóstico de la presentación fetal se realizó al 100% de las usuarias; evaluación del riesgo; administración de hierro y ácido fólico 50%.

Al analizar a las actividades que realizó el profesional obstétrico en relación a lo especificado en la norma por consulta se observa que en:

“Cálculo de amenorrea” “Medición de peso”; “Determinación de la tensión arterial” “Evaluación del crecimiento fetal”; Del total (100%) de las observadas (10) se aplicó la actividad al 100% de las usuarias.

“Evaluación del riesgo” “Administración de hierro y ácido fólico”. Del 100% de las usuarias que concurren a control, solo se efectuó en el 60% esta evaluación. En la primera consulta se aplicó al 100% de las usuarias; en cambio a las que concurren a la segunda, cuarta y quinta consulta se aplicó al 50% a la que consultó en la tercera no se aplicó la actividad.0%

“Contenidos educativos”. Los contenidos educativos deben ser impartidos en todas las consultas. Solo se realizó al 80% de las usuarias, en la tercera y quinta consulta 100 % restantes al 50%.

“Diagnóstico de vida fetal”; Se cumplió con la actividad en el 100% de las usuarias, en la tercera; cuarta y quinta consulta, en cambio no se realizó la actividad en la única usuaria de la segunda consulta (0%).

“Diagnóstico del número de fetos” “Evaluación de la cantidad de líquido amniótico”; la actividad se realizó al 100% de las usuarias.

“Exámen de orina” Aquí se realizó solo a la usuaria de la tercera consulta. En la primera y segunda como corresponde según la norma 0%.

“Diagnóstico de presentación fetal”; Del 100% previsto en la norma, se aplicó la actividad al 100% de las usuarias.

“Diagnóstico de diabetes gestacional”; Solo se realizó al 50% de la cuarta consulta y 0% en la primera.

“Detección de sífilis”; De igual forma que la anterior la detección de sífilis se hace a la primera y cuarta consulta a través de solicitud de análisis. Solo recibió la actividad el 100% de las usuarias en la cuarta consulta.

“Determinación de hemoglobina”; Se debe realizar la actividad en la primera y tercera consulta. El 100% de las usuarias que concurren al primer control no recibieron la actividad y si a la única usuaria que concurre a la tercera.

“Vacunación antitetánica”; Según la norma se realiza en la segunda y tercera consulta. El profesional obstétrico realizó la actividad en la única usuaria que concurre a la tercera consulta. Segunda consulta 0%.

“Anamnesis” Del 100% (3) de las usuarias que correspondía realizar la actividad ya que era la primera consulta, solo se aplicó al 33,3%.

“Exámen clínico general”; **“Medición de talla”**. **“Exámen ginecológico obstétrico”**. La actividad se aplicó al 100% de las usuarias.

“Diagnóstico de embarazo”; **“Detección grupo y factor Rh”** **Evaluación de pelvis”** **“Exámen odontológico”**. Actividad que debe realizarse el la primera consulta, el profesional obstétrico solo la aplicó al 33,3% de las usuarias

Tabla 16. Porcentaje de las actividades del profesional obstétrico de la UPA N° 8, según función asistencial. Santiago del Estero 2006.

ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EL OBSTETRICO	Cronología de las consultas UPA N° 8														
	Realiza			Realiza			Realiza			Realiza			Realiza		
	Correct*			Correct*			Correct*			Correct*			Correct*		
	1º	si	no	2º	si	no	3º	si	no	4º	si	no	5º	si	no
Cálculo de amenorrea.	*	2		*	1		*	1		*	1		*	5	
Medición de peso	*	2		*	1		*	1		*	1		*	5	
Determinación de la TA.	*	2		*	1		*	1		*	1		*	5	
Evaluación del crecimiento fetal.	*	2		*			*	1		*	1		*	5	
Evaluación del riesgo.	*			*			*	1		*			*	2	
Administración de hierro y Acido Fólico	*	1		*	1		*	1		*			*	2	
Contenidos Educativos.	*	1		*	1		*	1		*			*	2	
Diagnóstico de vida fetal.				*	1		*	1		*			*	4	
Diagnóstico de número de fetos.							*	1		*	1		*	5	
Evaluación de cantidad de LA							*	1		*	1		*	3	
Examen de orina.	*	1		*	1		*	1							
Diagnóstico de presentación fetal.							*	1		*	1		*	2	
Diagnóstico de Diabetes gestacional.	*	1								*	1				
Detección de sífilis.	*	1								*	1				
Determinación de hemoglobina.	*	1					*	1							
Vacunación antitetánica, de				*	1		*	1							
Anamnesis.	*	1													
Examen clínico general.	*	1													
Medición de talla.	*	1													
Examen Gineco-obstétrico.	*	1													
Diagnóstico de embarazo.	*	1													
Determinación del grupo y Factor Rh.	*	1													
Evaluación de pelvis.	*	1													
Examen odontológico.	*	1													

Al analizar las actividades por consulta, según el número de usuarias se observa que:

En primera consulta, sobre el 100% (19) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico desarrolló las actividades previstas en la norma en un 100%.

En relación al total de usuarias (2) el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal se

realizó al 100% de las usuarias; evaluación del riesgo 0%; resto de las actividades solo al 50%.

En la segunda consulta de la cual la norma tiene prevista 10 actividades, se cumplió con el 80%. no se registró evaluación del crecimiento fetal ni evaluación del riesgo. Resto de las actividades se cumplieron en el 100% a la única usuaria de esa consulta.

En la tercera consulta, sobre el 100% (14) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en el 100%, en la única usuaria que concurrió a control para esa consulta

En la cuarta consulta, sobre el 100% (13) de las actividades previstas en la norma, el profesional obstétrico las desarrolló en un 69,2%. No efectuó evaluación del riesgo, administración de hierro y ácido fólico contenidos educativos y diagnóstico de vida fetal, resto de las actividades fueron cumplidas en la única usuaria de esa consulta.

En la quinta consulta, sobre el 100% (5) de las usuarias el cálculo de la amenorrea, medición de peso; determinación de tensión arterial; evaluación del crecimiento fetal; diagnóstico de número de fetos se realizó al 100% de las usuarias; diagnóstico de vida fetal 80%; evaluación de la cantidad de líquido amniótico 60%; evaluación del riesgo; administración de hierro y ácido fólico; contenidos educativos y diagnóstico de la presentación fetal 40%.

Al analizar a las actividades que realizó el profesional obstétrico en relación a lo especificado en la norma por consulta se observa que en:

“Cálculo de amenorrea” “Medición de peso”; “Determinación de la tensión arterial” la actividad se realizó en el 100% de las consultas y al 100% de las usuarias.

“Evaluación del crecimiento fetal”; del 100% de las usuarias (10) la actividad se aplicó al 90% de las usuarias. Recibió la actividad el 100% de las

usuarias de la primera, tercera, cuarta y quinta consulta. El 10% de la segunda consulta no recibió esta evaluación.

“Evaluación del riesgo” Del 100% de las usuarias que debían recibir la actividad según la norma, solo el 30% tuvo acceso a ella. En la primera, segunda y cuarta consulta no se registró esta actividad.

“Administración de hierro y ácido fólico” “Contenidos educativos”. Del 100% de las usuarias que concurren a control, solo se efectuó en el 50% esta actividad. En la primera 50%, en la segunda y tercera 100%, cuarta 0% y quinta consulta se aplicó al 40% de las usuarias

“Diagnostico de vida fetal”; La actividad se realizó al 100% de las usuarias, de la segunda y tercera consulta; 0% en la cuarta y 80% en la quinta.

“Diagnóstico del número de fetos”; Actividad se realizó al 100% de las usuarias como lo establece la norma.

“Evaluación de la cantidad de líquido amniótico”; Del 100% de la actividad se aplicó al 71,4% de las usuarias; en la tercera y cuarta consulta al 100% y al 60% de la quinta consulta.

“Exámen de orina” Se practicó la actividad al 100% de las usuarias de la segunda y tercera consulta y en la primera solo al 50%.

“Diagnóstico de presentación fetal”; Del 100% previsto en la norma, solo se aplicó la actividad al 57,1% de las usuarias en las consultas tercera y cuarta al 100% y de la quinta solo recibió la actividad el 40%

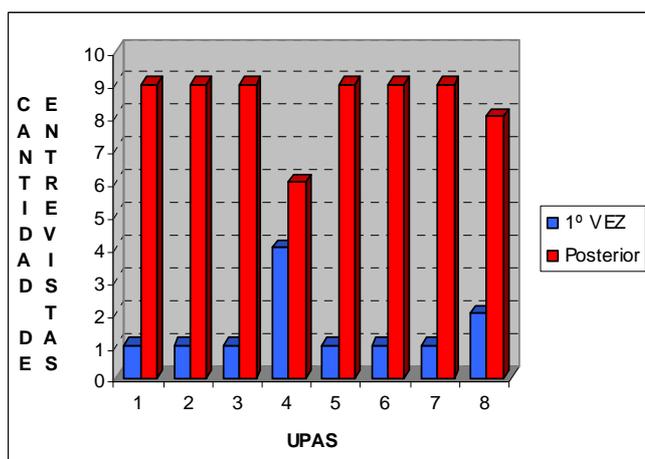
“Diagnóstico de diabetes gestacional” y “Detección de sífilis”; Se realizó como lo prevee la norma: en la primera y cuarta consulta, pero solo la recibieron el 66.6% de las usuarias. En la primera el 50% y en la cuarta el 100%.

“**Determinación de hemoglobina**”; Se debe realizar la actividad en la primera y tercera consulta, sin embargo no se realizó en el 100% de las usuarias que concurrieron al primer control y si se realizó al 100% de las que concurrieron a la tercera consulta.

En “**Vacunación antitetánica**” El profesional obstétrico realizó la actividad en el 100% de las usuarias como lo establece la norma.

“**Anamnesis**” “**Exámen clínico general**”; “**Medición de talla**”. “**Exámen ginecológico obstétrico**”; “**Diagnóstico de embarazo**”; “**Detección grupo y factor Rh**”; **Evaluación de pelvis**” “**Exámen odontológico**”... Estas actividades solo se cumplió al 50% de las usuarias.

Grafico 1. Porcentaje de entrevistadas según tipo de consulta. Santiago del Estero 2006.



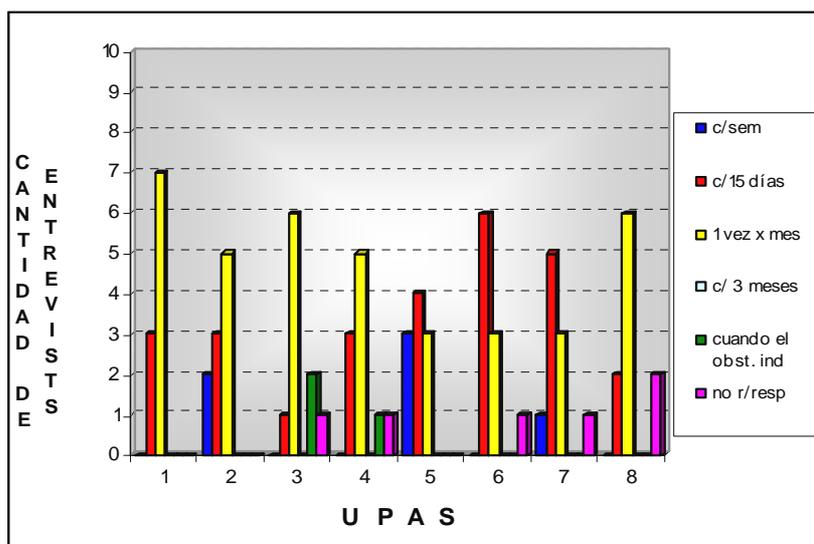
En el presente gráfico se puede analizar el porcentaje de las 80 entrevistas realizadas en las 8 UPAS (10 por cada una) de la ciudad capital de Santiago del Estero según el tipo de consultas que estas realizaron.

El promedio general alcanzado para las consultas de primera vez fue del 15% y de las posteriores alcanzaron el 85%

Del 100% de las consultas realizadas **por primera vez**, correspondió el 10% para las UPAS N° 1, N° 2, N° 3; N° 5, N° 6, y N° 7. La UPA N° 8 alcanzó el 20% y la UPA N° 4 el 40%.

En cuanto a las **consultas posteriores**, los índices son más elevados. Como valor máximo, las UPAS N° 1; N° 2; N° 3; N° 5; N° 6 y N° 7 con el 90%, la UPA N° 8 con el 80% y la UPA N° 4 con un 60% como valor mínimo

Gráfico2. Porcentaje de entrevistas según frecuencia del control. Santiago del Estero 2006.



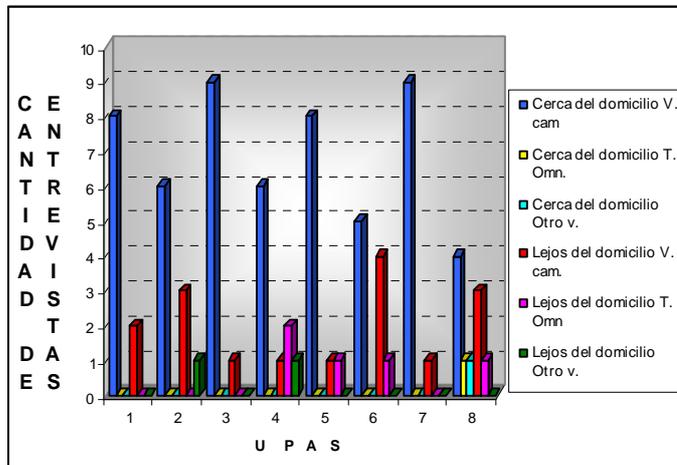
La normativa establece para los embarazos de bajo riesgo, un control mensual con un total de cinco controles, considerándolo suficiente. La frecuencia aumenta según el riesgo.

Para este estudio se utilizó en criterio de frecuencia de control prenatal, dado por **“cada semana” “cada 15 días” “una vez por mes” “cada 3 meses” o “cuando el profesional obstétrico lo indica”**.

En el gráfico presente se observa que el promedio general máximo está dado por las citaciones a control 1 vez por mes con el 47,5% seguido de la citación cada 15 días con un 33,7% y en menor escala cada semana con un 7,5% porcentaje que coincide con las usuarias que no respondieron y solo el 3,75% respondió cuando el profesional obstétrico lo indica. Ninguna usuaria respondió que fue citada cada 3 meses. Esto indica que el 41,2% tenía al momento de su control algún tipo de riesgo por el cual el profesional obstétrico debió haber hecho la derivación correspondiente.

Se observa que en la UPA N° 1, sobre el 100% de las entrevistas (10) usuarias, el 30% responde que fue citada cada 15 días y el 70% una vez al mes. En la UPA N° 2 el profesional obstétrico citó a control al 20% cada semana; 30% cada 15 días y 50% cada mes. En la UPA N° 3 el 10% las usuarias respondieron cada 15 días; el 60% cada mes y un 20% cuando el profesional obstétrico se lo indicó, mientras que un 10% no respondió. En la UPA N° 4, el 30% cada 15 días; el 50% cada mes; el 10% respondió cuando el profesional obstétrico lo indicó y el 10% no respondió. En la UPA N° 5 se obtuvieron los siguientes resultados: 30% cada semana; 40% cada 15 días y 30% cada mes. En la UPA N° 6 el 60% fue citado cada 15 días y el 30% una vez por mes. El 10% no respondió. En la UPA N° 7 se cito al 10% cada semana; 50% cada 15 días; 30% cada mes y 10% no respondió. En la UPA N° 8 20% cada 15 días; 60% cada mes y 20% no respondió.

Grafico 3. Porcentajes de entrevistadas según ubicación de la UPA y medios de transporte. Santiago del Estero 2006



Analizando las respuestas del 100% de las entrevistadas (10) en relación la ubicación de su UPA y a los medios de transporte que utilizan para llegar hasta la misma para realizar su control; se observa que: el 71,25% vive cerca de la UPA y el 28,75 % lejos.

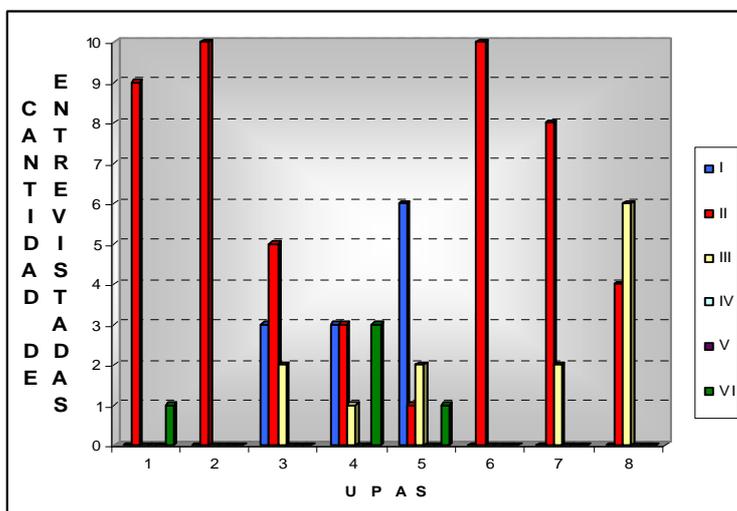
Del 100% el 68,75% que vive **cerca** de la UPA “va caminando” el resto con iguales valores (1,25%) toma ómnibus o utiliza otro medio de transporte

(vehículo particular y/o taxi o remis). De las que van caminando el 90% pertenece a la UPA N° 3 y N° 7; seguido por el 80% para la UPA N° 1 y N° 5, el 60% para la UPA N° 2, N° 4; la N° 6 con el 50% y la UPA N° 8 con el 40% con valores máximos que oscilan entre el 90% para las usuarias que concurren a las UPAS N° 3 y N° 7 y un mínimo del 40% para las que concurren a la UPA N° 8.

De las que viven “**Lejos de su domicilio**” se pueden identificar que el 20% “Va caminando”, el 6,25% utiliza el ómnibus y el 2,50% lo hace con otros medios de transporte. El 40% pertenece a la UPA N° 6, seguido del 30% para las UPAS N° 2, y N° 8.y con el 20% la UPA N° 1 y el 10% para las UPAS N° 3; N° 4; N° 5 y N° 7. De las que toman ómnibus; el 20% concurren a control a la UPA N° 3 y el 10% las usuarias concurren a las UPAS N° 5, N° 6 y N° 8.

De las que toman otros medios de transporte, el 10% pertenecen a las UPAS N° 2 y N° 4.

Grafico 4. Porcentajes de entrevistadas según forma en que obtiene el turno para ser atendida. Santiago del Estero 2006.



Referencias:	
I.	Obtiene turno con anticipación.
II.	Tiene usted que sacar turno varias hs. antes.
III.	Obtiene el turno en el momento de la atención.
IV.	No consigue turno y vuelve al día siguiente
V.	No consigue turno y no vuelve más
VI.	No hago ningún trámite

Del 100% de las entrevistadas el 62,50% debe sacar turno para realizar su control prenatal varias horas antes; el 23,50 % obtiene el turno en el momento de la consulta; el 15% obtiene el turno con anticipación. El porcentaje tanto de las que concurren y no consiguen turno y deben volver el día siguiente, o no vuelven más, es negativo, lo que se infiere que todas las usuarias son atendidas aunque no hayan solicitado turno con anticipación.

De las que obtienen turno con anticipación, el mayor porcentaje está dado por las usuarias que concurren a la UPA N° 5 con el 60%; seguido de las UPAS N° 2, N° 3, y N° 4 con un 30% respectivamente.

De las que tienen que sacar turno varias horas antes, donde se observa el mayor porcentaje; el 100% pertenece a las UPAS N°2 y N°6; el 90% pertenece a la UPA N° 1; seguido de la UPA N° 7 con el 80%; la UPA N° 3 con el 50%, la N° 8 con el 40%; la N° 4 con el 30% y con el 10% la UPA N° 5.

De las que obtiene el turno en el momento de la atención, el 60% pertenece a la UPA N° 8; el 40% a la UPA N° 4; el 30% al UPA N° 5; el 20% para las UPAS N° 3 y N° 7 con el 20% y la UPA N° 1 con el 10%.

Del 100% que concurren a la UPA N° 1 el 90% obtienen turno con anticipación y el 10% no realiza ningún trámite para el turno. El 100% de las que concurren a la UPA N° 2 y N° 5 obtienen el turno con anticipación. En la UPA N° 3 el 30% lo hace con anticipación, el 50% saca turno varias horas antes y el 20% lo hace en el momento de la atención. Del 100% de las que concurren a la UPA N° 4, solicitan turno con anticipación, sacan turno varias horas antes o no hacen ningún trámite el 30% respectivamente y el 10% restante obtiene el turno en el momento de la atención. En la UPA N° 5 el 60% de las usuarias obtienen el turno con anticipación, el 20% responde que lo obtiene en el momento de la atención y el 10% tiene que sacar turno varias horas antes y el otro 10% no hace trámite alguno para obtener el turno. En cuanto a la UPA N° 7 el 80% saca turno varias horas antes y el 20% restante obtiene el turno en el momento de la atención. Del 100% de las usuarias que concurren a la UPA N°

8 el 40% saca turno varias horas antes y el 60% lo hace en el momento de la atención.

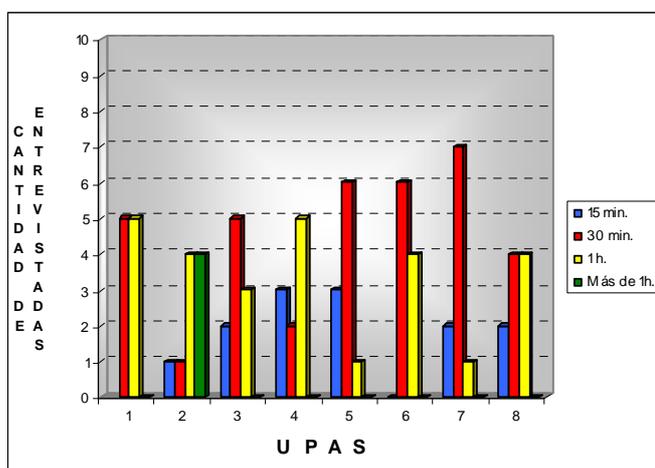
Grafico 5. Porcentaje de entrevistadas según tiempo de espera.

Santiago

del

Estero

2006.



En el análisis de las entrevistas realizadas, se identifica que según el tiempo de espera: **“15 minutos”**, **“30 minutos”**, **“una hora”** y **“mas de una hora”**. Del 100% de las usuarias el 45% espera unos 30 minutos para ser atendidas, esto tiene que ver con los turnos anticipados lo que le permite a la usuarias manejar sus tiempos, el 33,75% manifiesta que debe esperar alrededor de una hora para ser atendida, el 16,25% solo espera 15 minutos, infiriendo que es poco o correcto el tiempo que el profesional obstétrico dedica a la atención del control prenatal y solo el 5% manifiesta que debe esperar más de una hora, esto hace suponer que son las usuarias que no han solicitado turno con anticipación.

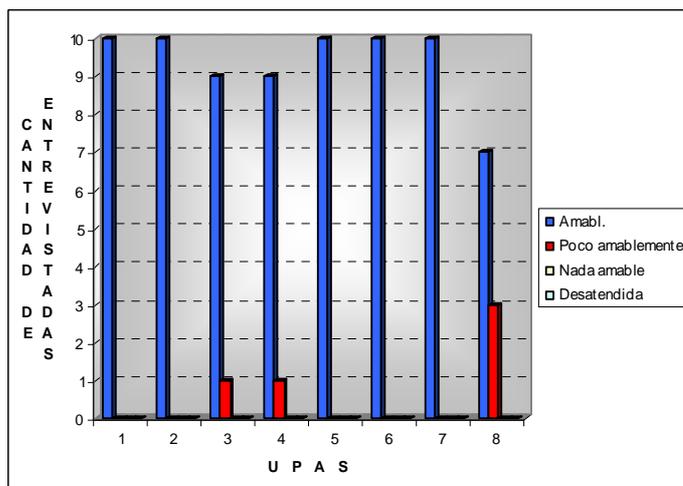
Del 100% de las usuarias que esperan “quince minutos”, el 30% pertenece a la UPA N° 4 y N° 5; el 20% a las UPAS N° 3, N° 7 y N° 8, el 10% pertenecen a la UPA N° 2. De las que deben esperar “30 minutos”, el 70% pertenece a la UPA N° 7, el 60% a las UPAS N° 5 y N° 6, el 50% a la N° 1 y N° 3 respectivamente, el 40% a la UPA N° 8; 20% a la N° 4 y finalmente el 10% a la N° 2. De acuerdo a lo observado en general en todas las UPAS las usuarias esperan alrededor de 30 minutos para ser atendidas. Sin embargo también se da esta situación en aquellas que manifiestan tener que esperar alrededor de una hora para ser atendidas. En esta situación están con el mayor porcentaje

las usuarias de la UPA N° 1 y N° 4 con un 50%, seguido de las UPAS N° 2, N° 6 y N° 8 con un 40%, luego la UPA N° 3 con un 30% y finalmente las UPAS N° 5 y N° 7 con un 10%. En relación a las que tienen que esperar más de una hora, solo se dá en la UPA N° 2 con un 40%.

En relación al tiempo de espera en la UPA N° 1 comparten los mismos valores (50%) respectivamente las opiniones de las usuarias en que manifiestan que deben esperar 15 minutos y 1 hora. Del 100% de las usuarias que concurren a la UPA N° 2 el 80% manifiesta que deben esperar una horas (40%) y mas de una hora (40%), en cambio el 10% respectivamente informa que espera entre 15 y 30 minutos. En la UPA N° 3 el 50% espera 30 minutos para ser atendido; el 30% una hora y el 20% 15 minutos. En la UPA N° 4 el 50% debe esperar alrededor de una hora; el 30% 15 minutos y el 20% 30 minutos. Del 100% de las usuarias que concurren a la UPA N° 5, el 60% espera 30 minutos, el 30% 15 minutos y el resto (10%) una hora. En la UPA N° 6 también el 60% debe esperar 30 minutos y el 40% alrededor de una hora. Del 100% de las usuarias que concurren a la UPA N° 7 el 70% espera 30 minutos para ser atendido mientras que el 20% lo hace en 15 minutos y el 10% espera una hora. En la UPA N° 8 los valores se encuentran repartidos en iguales proporciones (40%) entre las que espera entre 30 minutos y una hora, el 20% restante espera 15 minutos.

El 40% de las usuarias de la UPA N° 2 son las únicas que han manifestado que deben esperar más de una hora para ser atendidas.

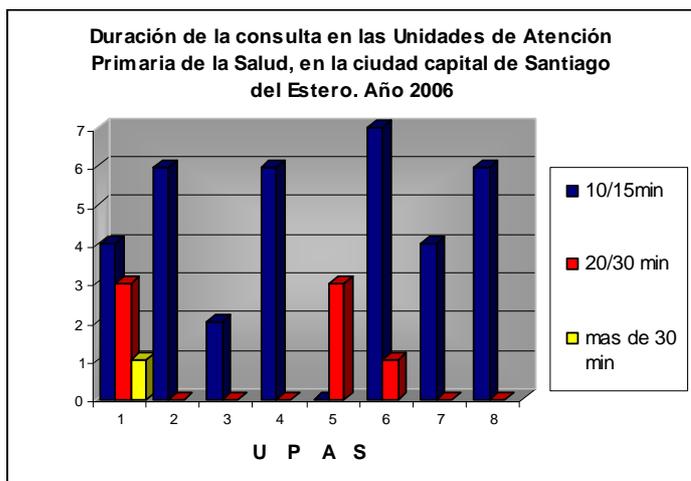
Grafico 6. Porcentaje de entrevistadas según forma en que es atendida. Santiago del Estero 2006



Del análisis de las 80 entrevistadas, en relación la forma en que es atendida como usuaria, se identifican los conceptos: **“amable”** **“poco amable”** **“nada amable”** y **“desatendida”**. Del 100% de las usuarias el 93,75 % responde que ha sido atendida amablemente y el 6,25% poco amable. Cabe destacar que ninguna de las usuarias ha respondido al concepto “nada amable” y “desatendida”. Del total que fueron atendidas “amablemente”, se observa que lo hicieron los profesionales obstétricos en el 100% de los casos los que ejercen su profesión en las UPAS N° 1, N° 2; N° 5, N° 6, y N° 7, seguido del 90% en las UPAS N° 3 y N° 4. La UPA N° 8 solo alcanzó el 70%.

El 90% de las usuarias de las UPAS N° 3 y N° 4 lograron un 90% fueron atendidas con amabilidad y el 10% restante han sido atendidas en forma poco amable. La UPA N° 8 es la que presenta el valor mas bajo, con un 70% en el concepto “amable” y un 30% “poco amable”

Grafico 7. Porcentaje de entrevistas según duración de la consulta Santiago del Estero 2006.



En relación al tiempo que el profesional obstétrico dedica a la consulta de control prenatal considerando “entre 10/15 minutos”, “entre 20/30 minutos” y “mas de 30 minutos”; el 47,50% estimó que su consulta duró entre 20/30 minutos; el 43,76% estimó que fue atendida en un lapso de 10/15 minutos y el 8,75% recibió la consulta en mas de 30 minutos.

Del 100% que respondieron que su consulta duro entre 10/15 minutos el mayo porcentaje se dio en las que concurrieron a la UPA N° 6 con un 70%; seguido del 60% de las que concurrieron a las UPAS N° 2, N° 4; N° 8; el 40% para las que concurrieron a las UPAS N° 1 y N° 7 y solo el 20% para la UPA N° 2. Para las que fueron atendidas en un lapso de 20/30 minutos el mayor porcentaje se dio en las que concurrieron a la UPA N° 3 con un 80%, seguido de las que concurrieron a la UPA N° 5 y N° 7 con un 70% y 60% respectivamente. El 40% correspondió las UPAS N° 2, N° 4 y N° 8; el 30% para la UPA N° 1 y finalmente el 20% para la UPA N° 6.

Del 100% de las que respondieron que tenían que espera mas de una hora el mayor porcentaje esta dado en las UPAS N° 1 y N° 5 con un 30% y 10% para la UPA N° 6.

Del 100% de las usuarias de la UPA N° 1 que concurrieron al control prenatal, el 40% fue atendido en 10/15 minutos y el resto con iguales valores (30%) respectivamente recibieron atención entre 20/30 minutos y más de 30.

Las que concurren a las UPAS N° 2 y N° 4 el 60% recibió la atención en 10/15 minutos y el 40% entre 20/30 minutos. Del 100% de las que se controlaron en la UPA N° 3, el 80% fue atendido en un lapso de 20/30 minutos, mientras que el 20% restante en 10/15 minutos. El profesional obstétrico que atiende en la UPA N° 5 es el que mayor tiempo dedica a las usuarias en la consulta de control prenatal. Al 70% le dedica entre 20/30 minutos, mientras que al 30% restante le dedicó más de 30 minutos; en cambio en la UPA N° 6 el profesional obstétrico dedica al 70% de las usuarias entre 10/15 minutos, al 20% entre 20/30 minutos y al 10% más de 30. El 60% de las usuarias de la UPA N° 7 recibieron la atención entre 20/30 minutos, el 40% en 10/15 minutos. Del 100% de las usuarias de la UPA N° 8 recibieron atención en 10/15 minutos, mientras que el 40% la recibió en 15/30 minutos

En relación a las actividades que realiza el profesional obstétrico en la consulta, se observa que sobre el 100% de las usuarias consultadas, las mismas informan que han sido evaluadas con el control de tensión arterial el 93,75%, al 90% se le solicitó análisis, 86,25% se midió la altura uterina, al 85% se practicó maniobras de Leopold y auscultó los latidos cardíacos fetales; al 72,50% se tomó talla, 37,50% se pesó; 18,75% se practicó examen de mamas, 17,50% le hicieron tacto vaginal y al 7,50% se extrajo material para examen de Papanicolau.

De acuerdo a las respuestas obtenidos y tomando en cuenta:

Peso Se observa que el promedio general es del 37,50%. El mayor porcentaje (90%) se dio en las UPAS N°2 y N°6; seguido del 70% en la UPA N° 8 y el 10% en las restantes.

Talla. El promedio general de respuestas alcanza al 72,50%. El mayor porcentaje (90%) se dio en las UPAS N° 1; N° 3 y N° 5, seguido del 80% en las UPAS N° 2, N° 4 y N° 6, con el 60% la UPA N° 8 y con el 10% la UPA N° 7.

Tensión arterial El promedio general alcanza al 93,75%. El 100% de las respuestas están dadas por las usuarias que concurren a las UPAS N° 1, N° 3; N° 4; N° 5 y N° 7; con el 90% las UPAS N° 2, N° 6 y con el 70% la UPA N° 8

Altura uterina. El promedio general alcanza al 86,25%. La UPA N° 7 tiene el porcentaje máximo de del 100%, seguido de las UPAS N°2, N°3, N°4, N°5 y N°6 con el 90%, la UPA N°1 con el 80% y la UPA N°8 con el porcentaje mínimo del 60%.

Latidos Cardíacos Fetales. El promedio general es del 85%. La UPA N°5 tiene el mayor porcentaje (100%); 90% para las UPAS N°2, N°3, N°4 y N°7, La UPA N°1 y la UPA N°6 con el 80% y la UPA N°8 con el porcentaje mínimo (60%).

Maniobras de Leopold. El promedio general alcanza al 85%. La UPA N°5 alcanza el máximo (100%), seguido de las UPAS N°2, N°6 y N°7 con el 90%, luego las UPAS N°1, N°3 y N°4 con el 80% y la UPA N°8 con el porcentaje mínimo del 70%.

Exámen de mamas Las respuestas han sido relativamente bajas en relación a las anteriores. El promedio general sol alcanza al 18,75%. Varían entre el 40% como máximo para la UPA N°1 el 30% en la UPA N°6, el 20% en las UPAS N°2, N°5 y N°8 y solo el 10% en las UPAS N°3 y N°7. En y en la UPA N°4 no se realiza dicha actividad en el transcurso de la consulta prenatal (0%).

Tacto vaginal. El promedio general alcanza al 17,50%. Los valores máximos y mínimos varían entre el 40 y 0%. La UPA N°2 registra el mayor porcentaje con el 40%, seguido del 30% para la UPA N°3 comparten el 20% las UPAS N°1 y N°5. Las UPAS N°4, N°6 y N°7 con un 10% y en la UPA N°8 no se realizó dicha actividad en el transcurso de la consulta prenatal (0%)

Laboratorio. El promedio general alcanzo al 90%. Las UPAS N°3, N°4; N°5 y N°7 tienen un máximo del 100%, seguido del 90% en la UPA N°2; el 80% para las UPAS N°1 y N°6 y el 70% para la UPA N°8.

Extracción material para Papanicolau, El promedio general alcanza al 7,50%. Muy pocas son las respuestas de las usuarias en relación a la

extracción de material para papanicolau, variando entre el 20% como máximo y 10% como mínimo. El mayor porcentaje (20%) esta dado por las UPAS N° 5 y N° 6 y el 10% para las UPAS N° 2, y N° 7. El resto 0%.

17. Porcentaje de entrevistadas según actividad que se realiza en la consulta. Santiago del Estero 2006.

UPAS	A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		Promedio	
	V	%	v	%	v	%	v	%	v	%	v	%	v	%	v	%	v	%	v	%	v	%
1	1	10,00	9	90,00	10	100,00	8	80,00	8	80,00	8	80,00	4	40,00	2	20,00	8	80,00	0	0,00	5,80	58,00
2	9	90,00	8	80,00	9	90,00	9	90,00	9	90,00	9	90,00	2	20,00	4	40,00	9	90,00	1	10,00	6,90	69,00
3	1	10,00	9	90,00	10	100,00	9	90,00	9	90,00	8	80,00	1	10,00	3	30,00	10	100,00	0	0,00	6,00	60,00
4	1	10,00	8	80,00	10	100,00	9	90,00	9	90,00	8	80,00	0	0,00	1	10,00	10	100,00	0	0,00	5,60	56,00
5	1	10,00	9	90,00	10	100,00	9	90,00	10	100,00	10	100,00	2	20,00	2	20,00	10	100,00	2	20,00	6,50	65,00
6	9	90,00	8	80,00	9	90,00	9	90,00	8	80,00	9	90,00	3	30,00	1	10,00	8	80,00	2	20,00	6,60	66,00
7	1	10,00	1	10,00	10	100,00	10	100,00	9	90,00	9	90,00	1	10,00	1	10,00	10	100,00	1	10,00	5,30	53,00
8	7	70,00	6	60,00	7	70,00	6	60,00	6	60,00	7	70,00	2	20,00	0	0,00	7	70,00	0	0,00	4,80	48,00
Prom	3,75	37,50	7,25	72,50	9,37	93,75	8,62	86,25	8,5	85,00	8,5	85,00	1,87	18,75	1,75	17,50	9,0	90,00	0,75	7,50	5,94	59,40

A.	Peso.	F Maniobras de Leopold.
B.	Talla.	G. Examen de mamas.
C.	Tensión arterial	H. Tacto vaginal
D.	Altura uterina.	I. Laboratorio
E.	L.C.F.	J. Extracción material para Papanicolau.

Tabla 19. Porcentaje de las entrevistadas en las UPAS según la información, enseñanza, explicac. que la paciente recibe en la cons. Sgo. Del Estero año 2006.

UPA	Al ser atendida la paciente recibe									
	Información		Enseñanza		Explicación		No las recibe		Total	
	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A.	%
1	0	0,00	4	40,00	5	50,00	1	10,00	10	100,00
2	2	20,00	2	20,00	6	60,00	0	0,00	10	100,00
3	2	20,00	3	30,00	4	40,00	1	10,00	10	100,00
4	7	70,00	1	10,00	1	10,00	1	10,00	10	100,00
5	3	30,00	5	50,00	2	20,00	0	0,00	10	100,00
6	4	40,00	4	40,00	1	10,00	1	10,00	10	100,00
7	6	60,00	3	30,00	1	10,00	0	0,00	10	100,00
8	2	20,00	3	30,00	2	20,00	3	30,00	10	100,00
Prom	3,25	32,50	3,12	31,25	2,75	27,50	0,875	8,75	10	100,00

Del 100% de las entrevistadas que concurren al control prenatal según la información, enseñanza, explicaciones que recibieron, se observa que el mayor porcentaje del total de UPAS, está dado por información con un 32,50%, seguido de enseñanza con un 31,25%, luego explicaciones con un 27,50% y el 8,75 no recibió ninguna de las anteriores. En relación a información se observa que el mayor porcentaje lo obtuvo la UPA N° 4 con un 70%, seguido de la UPA N° 7 con el 60%, la UPA N° 6 con el 40% y la UPA N° 5 con el 30%. La UPA N° 1 no se proporcionó ningún tipo de información y las restantes comparten los mismos valores con un 20% respectivamente.

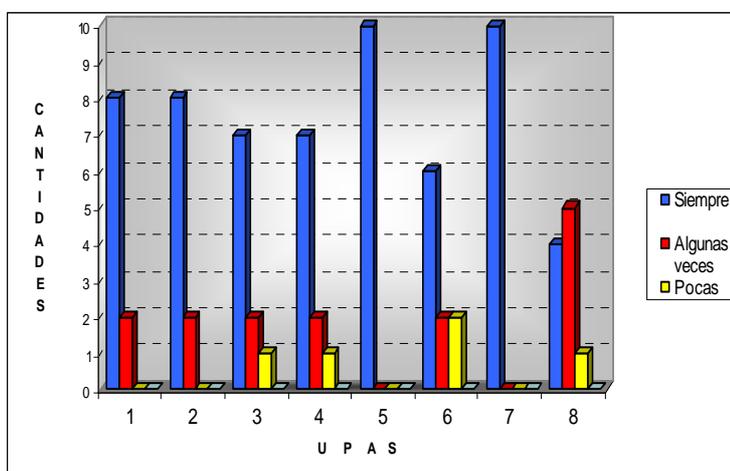
Al analizar enseñanza, se destaca que el mayor porcentaje está dado en la UPA N° 5 con el 50%, seguido de las UPAS N° 1 y N° 6 con el 40%, luego las UPAS N° 3, N° 7 y N° 8 con el 30%; la UPA N° 2 con un 20% y por último UPA N° 4 con solo un 10%. Del total de las usuarias que recibieron explicaciones, el 60% lo recibió en la UPA N° 2, seguido de la UPA N° 1 con el 50%; el 40% en la UPA N° 3, el 20% respectivamente en las UPAS N° 5 y N° 8 y el 10% en las restantes. De las que no recibieron ningún tipo de información, enseñanza y/o explicaciones el mayor porcentaje está dado por la UPA N° 8 con un 30% y en menor escala (10%) en las UPAS N° 1, N° 3, N° 4 y N° 6.

Analizando las actividades mencionadas se observa que en la UPA N° 1 el mayor porcentaje (50%) está dado por explicaciones que el profesional obstétrico brinda a las usuarias, seguido de enseñanza con un 40% y al 10% no se le brindó ninguna de ellas. Las usuarias que concurren a la UPA N° 2 el 60% recibió explicaciones y compartidos en un 20% respectivamente recibieron información y/o enseñanza. El profesional obstétrico proporcionó a las usuarias de la UPA N° 3 explicaciones al 40%, enseñanza al 30%, información al 20% y no brindó ninguna de ellas al 10%, en cambio en la UPA N° 4 las usuarias recibieron información el 70% y el 30% restante compartieron en iguales porcentajes con un 10% respectivamente.

En relación a la UPA N° 5, se observa que el 50% recibió enseñanza, el 30% información y el 20% explicaciones, lo que indica que ninguna paciente se retiró de la consulta sin haber recibido alguna de ellas. Sin embargo en la UPA

Nº 6 recibieron información y/o enseñanza el 40% respectivamente con iguales valores y el 20% restante estuvo compartido el un 10% respectivamente entre explicaciones y no recibió. En la UPA Nº 7 el 60% recibió información el 30% enseñanza y el 10% explicaciones. Se observa que en la UPA Nº 8 el 60% estuvo compartido en iguales porcentajes (30%) para cada una entre enseñanza y no recibió y el 40% restante en iguales valores (20%) para cada una lo comparten información y explicación.

Grafico 20. Porcentaje de entrevistadas según: asimilación de la información, enseñanza, explicaciones que recibe en la consulta. Santiago del Estero 2006.



Analizando el 100% de las entrevistas de las usuarias que concurren a las consultas el 75% responde que siempre ha entendido lo que el profesional obstétrico le ha transmitido, el 18,75% algunas veces y el 6,25% lo ha logrado pocas veces y 0% nunca entiende. De las que respondieron “siempre”, las UPAS Nº 5 y Nº 7 alcanzaron el valor máximo (100%), las UPAS Nº 1 y Nº 2 con el 80%, el 70% respectivamente en las UPAS Nº 3 y Nº 4, el 60% en la UPA Nº 6 y el 40% en la UPA Nº 8. Del 100% de las usuarias que respondieron “algunas veces” el mayor porcentaje se observa en la UPA Nº 8 con el 50%, el resto comparten los valores del 20% cada una.. Analizando las respuesta “pocas veces”, se observa que es escaso el porcentaje de las usuarias que dan esta respuesta, el 20% en la UPA Nº 6 y comparten con iguales valores (10%) las UPAS Nº 3, Nº 4 y Nº 8. En relación a la respuesta “nunca entiende” se destaca que el valor de referencia es 0%, lo que permite inferir que la

información, enseñanza u contenido educativo en cada consulta prenatal es asimilado en un alto porcentaje por las usuarias que concurren al control prenatal

Tabla 21. Porcentaje de las entrevistadas en las UPAS, según la importancia que se asignan al Control Prenatal la paciente. Santiago del Estero 2006.

En el embarazo la paciente recibe																						
UPA	L		V		M		Enseñanza sobre														Promedio	
	V	%	V	%	V	%	LM		PIM		C.M		Ant		CG		P.ETS		ICP		V	%
							V	%	V	%	V	%	V	%	V	%	V	%	V	%		
1	7	70,00	8	80,00	8	80,00	1	10,00	1	10,00	1	10,00	1	10,00	1	10,00	1	10,00	1	10,00	3,00	30,00
2	5	50,00	8	80,00	9	90,00	6	60,00	7	70,00	2	20,00	1	10,00	1	10,00	1	10,00	5	50,00	4,50	45,00
3	7	70,00	8	80,00	6	60,00	2	20,00	3	30,00	4	40,00	5	50,00	2	20,00	5	50,00	7	70,00	4,90	49,00
4	7	70,00	8	80,00	6	60,00	2	20,00	4	40,00	1	10,00	4	40,00	0	0,00	1	10,00	5	50,00	3,80	38,00
5	8	80,00	9	90,00	7	70,00	8	80,00	9	90,00	4	40,00	6	60,00	5	50,00	7	70,00	7	70,00	7,00	70,00
6	9	90,00	9	90,00	6	60,00	4	40,00	4	40,00	0	0,00	3	30,00	0	0,00	2	20,00	5	50,00	4,20	42,00
7	8	80,00	9	90,00	10	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2,70	27,00
8	6	60,00	3	30,00	4	40,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1,30	13,00
prom	7,12	71,25	7,75	77,50	7	70,00	2,87	28,75	3,50	35,00	1,5	15,00	2,5	25,00	1,12	11,25	2,13	21,25	3,75	37,50	3,92	39,25

L: Leche.	C.M. Control de Mama
V: Vacunas.	ANT Uso de anticonceptivos.
M: Medicamentos.	CG Importancia del Ca. Ginecológico.
L.M: Lactancia materna.	ETS Prevención de ETS.
PIM Preparación integral para la maternidad.	
ICP Importancia del control prenatal.	

En relación a la importancia que las usuarias le otorgan al control prenatal; el 77,50% responde porque se protegen tanto madre como hijo de enfermedades a través de las vacunas, el 71,25% porque se le hace entrega de leche, el 70% porque recibe medicamentos. De las que concurren a la UPA N° 1 el 80% le dan importancia al control prenatal porque reciben vacunas y medicamentos y el 70% a la entrega de leche. El 90% de las que concurren a la UPA N° 2 lo hacen por medicamentos, el 80% por vacunas y el 50% por entrega de leche. En la UPA N° 3 también asigna mayor importancia a las vacunas y medicamentos (80%), el 70% a la leche. En la UPA N° 4 el 80% de las usuarias asignan importancia a las vacunas, el 70% a la leche y el 60% a medicamentos.

De las que concurren a la UPA N° 5 el 90% resalta como importante las vacunas, seguido de la entrega de leche en un 80% y el 70% con medicamentos. En

la UPA N° 6 dan igual importancia en un 90% tanto a la entrega de leche como a las vacunas y el un 60% a medicamentos. El 100% de las usuarias de la UPA N° 7 le dan importancia a los medicamentos, el 90% a las vacunas y el 80% a la entrega de leche, sin embargo de las que concurren a la UPA N° 8 el 60% le da importancia a la leche, el 40% a medicamentos y el 30% a vacunas.

Analizando la importancia que la usuaria le asigna al control prenatal en relación a la enseñanza que le brinda el profesional obstétrico, se observa que el 37,50% reconoce la importancia que tiene el control prenatal para el binomio madre-hijo, seguido de la enseñanza que reciben acerca Preparación Integral para la Maternidad en un 35%, el 28,75% lo hace en relación a la lactancia materna, el 25% recibe enseñanza sobre métodos anticonceptivos, el 21% sobre enfermedades de Transmisión sexual, el 15% sobre control de mamas y el 11,25% sobre la importancia del cáncer ginecológico.

En relación a la importancia que le asignan las usuarias a los contenidos de lactancia materna, el mayor porcentaje (80%) está representado por la UPA N° 5, seguido de las que concurrieron a la UPA N° 2, el 40% en la UPA N° 6, el 20% respectivamente para las que concurrieron a las UPAS N° 3 y N° 4 y el 10% de la UPA N° 12. Las entrevistadas en las UPAS N° 7 y N° 8 no le dan importancia a ninguna de las enseñanzas recibidas. La usuarias de la UPA N° 5, el 90% otorgan mayor importancia a la Preparación Integral para la Maternidad, seguido de las que concurrieron a la UPA N° 2 con un 70%, el 40% respectivamente para las que concurrieron a las UPAS N° 4 y N° 6, el 30% para la UPA N° 3 y por último el 10% para la UPA N° 1. No se observan valores para las que concurrieron a las UPAS N° 7 y N° 8.

Las usuarias que dan mayor importancia al control de mamas está representado por las que concurrieron a las UPAS N° 3 y N° 5 con un 40%, el 20% en la UPA N° 2 y el 10% respectivamente las usuarias de las UPAS N° 1 y N°4. No se consignan valores para las UPAS N° 6, N° 7 y N° 8.

En relación a la enseñanza que recibieron acerca del uso de métodos anticonceptivos, el mayor porcentaje (60%) estuvo representado por las que

concurrieron a la UPA N° 5, seguido del 50% de la UPA N° 3, el 40% para la UPA N° 4 el 30% para la UPA N° 6 y el 10% respectivamente para las UPAS N° 1 y N° 2. Las UPAS N° 7 y N° 8 sin valores. De las usuarias que recibieron enseñanza sobre la importancia del cáncer ginecológico el mayor porcentaje (50) estuvo desarrollado en la UPA N° 5, seguido de las que concurrieron a la UPA N° 3 con un 20% y finalmente el 10% respectivamente para las UPAS N° 1 y N° 2..No se desarrollaron contenidos educativos en relación al tema en las UPAS N° 4, N° 6, N° 7 y N° 8., en cambio los contenidos sobre prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual se desarrollaron en mayor porcentaje (70%) en la UPA N° 5, en la UPA N° 3 con el 50%, la UPA N° 6 con el 20% y el 10% respectivamente para las que concurrieron a las UPAS N° 1, N° 2 y N° 4. En Las UPAS N° 7 y N° 8 no se desarrollaron estos contenidos.

En relación al contenido educativo sobre la importancia del control prenatal, se observa que en todas las UPAS, se desarrolló dicho contenido excepto en las UPAS N° 7 y N° 8. Donde mayor porcentaje (70%) respectivamente recibieron fue en las UPAS N° 3 y N° 5, seguido de las que concurrieron a control en las UPAS N° 2, N° 4 y N° 7.

Del total de las entrevistadas que concurrieron a la UPA N° 1 le asignaron el mismo valor (10%) a cada uno de los contenidos educativos. De las que concurrieron a la UPA N° 2 el mayor porcentaje (70%) valoró como importante a la Preparación Integral para la Maternidad, el 60% a la lactancia materna, el 20% al control de mamas y el 10% respectivamente a los contenidos de uso de anticonceptivos, cáncer ginecológico, prevención de las enfermedades de transmisión sexual e importancia del control prenatal.

En la UPA N° 3, el 70% de las usuarias recibieron contenidos educativos sobre la importancia del control prenatal, el 50% respectivamente sobre anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual, el 40% sobre control de mamas, el 30% sobre preparación integral para la maternidad y el 20% respectivamente sobre control del cáncer ginecológico y lactancia materna.

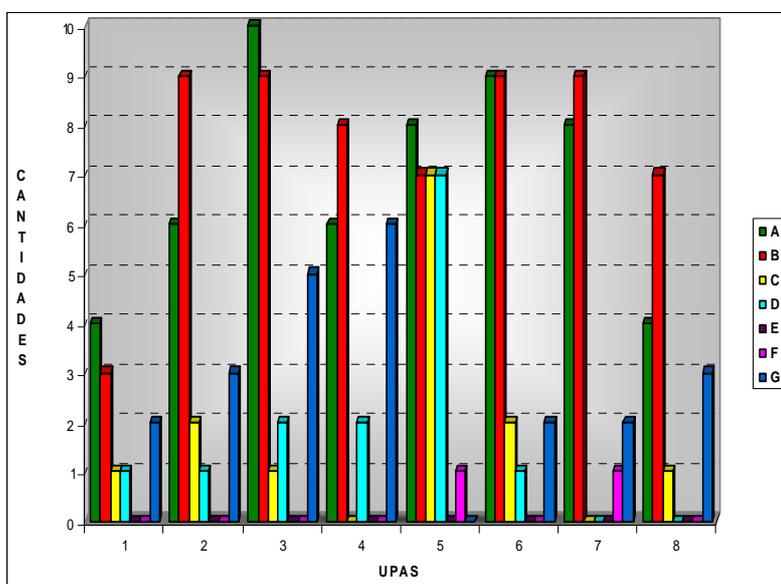
En la UPA N° 4 el 50% recibió contenidos sobre la importancia del control prenatal, el 40% respectivamente sobre preparación integral para la maternidad y anticoncepción, el 20% sobre lactancia materna y el 10% restante en control de mamas y prevención de Enfermedades de Transmisión sexual. No se desarrollaron contenidos educativos sobre la importancia de la prevención del cáncer ginecológico.

El 90% de las usuarias de la UPA N° 5 recibieron contenidos sobre la Preparación integral de la Maternidad, el 80% sobre lactancia materna, el 70% respectivamente en prevención de las Enfermedades de transmisión sexual e importancia del control prenatal, el 60% sobre anticoncepción, el 50% en prevención del cáncer ginecológico y el 40% en control de mamas.

La que concurrieron a la UPA N° 6 el 50% recibió contenidos sobre la importancia del control prenatal, el 40% respectivamente sobre lactancia materna y preparación integral para la maternidad, 30% en anticoncepción, 20% en prevención de enfermedades de transmisión sexual y no se desarrollaron contenidos sobre el control de mamas y prevención del cáncer ginecológico.

Llamativamente el profesional obstétrico no impartió contenido alguno a las usuarias de las UPAS N° 7 y N° 8.

grafico 22. Porcentaje de entrevistadas en las UPAS, según la importancia que la usuaria le da en la consulta Santiago del Estero 2006



Referencias:	
A.	Prevenir complicaciones en el embarazo
B.	Evaluar el desarrollo del embarazo y el feto.
C.	Recibir leche.
D.	Recibir vacunas.
E.	No es importante.
F.	No sabe.
G.	Tener un buen parto.

Del análisis efectuado según la importancia que la usuaria le asigna al control prenatal de respuestas múltiples, se observa que sobre el 100% de las entrevistas, se identifica que el mayor porcentaje (76,25%) responde “evaluar el desarrollo del embarazo y feto”; seguido de “prevenir complicaciones del parto” en un 68,75%; en menor proporción responden: 28,75% para “tener un buen parto” el 17,50% respectivamente “para recibir leche” y “recibir vacunas” y solo el 0,25% “no es importante asistir al control prenatal”, lo que se puede inferir que existe cierto grado de conciencia y compromiso en relación al control prenatal.

El mayor porcentaje (100%) de las usuarias de la UPA N° 1 consideraron que era “prevenir complicaciones del parto”; seguido de las que concurren a la UPA N° 6 con un 90%; 80% en las UPAS N° 5 y N° 7; 60% en las UPAS N° 6 y N° 4 y 40% en las UPAS N° 1 y N° 8 respectivamente. En relación a “evaluar el desarrollo del embarazo y feto” el mayor porcentaje (90%) esta dado por las UPAS N° 2, N° 3, N° 7 y N° 8, seguido por el 80% en la UPA N° 4, el 70% en las UPAS N° 5 y N° 7 y el menor porcentaje (30%) en la UPA N° 1. “Para recibir leche” el mayor porcentaje (70%) lo obtuvo la UPA N° 5, seguido de las UPAS N° 2, N° 6 con un 20% y las UPAS N° 1 y N° 3 con un 10%. No se obtuvo respuesta (0%) de las que concurren a la UPA N° 4.

“Para recibir vacunas”, el mayor porcentaje (70%) estuvo dado en la UPAS N° 5; seguido de las UPAS N° 3 y N° 4 con un 20% y las UPAS N° 1, N° 2 y N° 6 con un 10%. Las que concurren a las UPAS N° 7 y N° 8 no consideran importante recibir vacunas para el control prenatal. “Para tener un buen parto”, el mayor porcentaje (60%) lo obtuvo la UPA N° 4, seguido por la UPA N° 3 con un 50% de

respuestas, luego con el 30% las UPAS N° 2 y N° 8 r espectivamente, 20% para las UPAS N° 1, N° 6 y N° 7. Ninguna (0%) de las usuaria s que concurren a la consulta de la UPA N°5 respondió esta pregunta. En relación a la respuesta “no es importante” no se obtuvieron respuesta positiva, pudiendo inferir que las usuarias que concurren al control prenatal porque son concientes de su importancia.

En la UPA N° 1, el mayor porcentaje de respuesta (4 0%) esta dado por “prevenir complicaciones del parto”, seguido por el 30% “evaluar el desarrollo del embarazo y el parto” y para “tener un buen parto”en un 20%; en menor porcentaje (10%) para recibir leche y vacunas.

En la UPA N° 2, el mayor porcentaje de respuesta (9 0%) considera “prevenir complicaciones del parto”, seguido por el 60% “evaluar el desarrollo del embarazo y el parto”; para “tener un buen parto” el 30%; y en menor porcentaje (20% y 10% respectivamente) para recibir leche y vacunas.

En la UPA N° 3, el mayor porcentaje de respuesta (1 00%) considera “prevenir complicaciones del parto”, seguido por el 90% “evaluar el desarrollo del embarazo y el parto”; para “tener un buen parto” el 50%; y en menor porcentaje (10% y 20% respectivamente) para recibir leche y vacunas.

En la UPA N° 4, el mayor porcentaje de respuesta (8 0%) considera “evaluar el desarrollo del embarazo y el parto”; el 60% “prevenir complicaciones del parto”y “tener un buen parto” respectivamente; y en menor porcentaje (20%) recibir vacunas. Ninguna responde que es importante para recibir leche.

En la UPA N° 5, el mayor porcentaje de respuesta (8 0%) considera “prevenir complicaciones del parto” el 70% respectivamente “evaluar el desarrollo del embarazo y el parto”; “recibir leche y vacunas” ;el 0% “tener un buen parto”

En la UPA N° 6, el mayor porcentaje de respuesta (9 0%) respectivamente considera “prevenir complicaciones del parto” y “evaluar el desarrollo del embarazo y el parto”; para “tener un buen parto” y “recibir leche” el 20% respectivamente y en menor porcentaje (10%) para “recibir vacunas”.

En la UPA N° 7, el mayor porcentaje de respuesta (90%) considera “evaluar el desarrollo del embarazo y el parto”; el 80% “prevenir complicaciones del parto” el 20% para “tener un buen parto”. Las usuarias de esta UPA no consideran importante recibir “leche y vacunas.

En la UPA N°8, el mayor porcentaje de respuesta (70%) considera “evaluar el desarrollo del embarazo y el parto”; el 40% “prevenir complicaciones del parto” el 30% para “tener un buen parto” y solo el 10% para “recibir leche” La usuarias de esta UPA no consideran importante recibir vacunas.

Algunos testimonios, recabado en la entrevista, que resultaron representativa de la muestra seleccionada:

E, R. Tiene 25 años, vive en el barrio Campo Contreras, en pareja y tiene 3 hijos, trabaja como ama de casa y nunca controló sus embarazos, hasta que tuvo problemas con el último.

"Yo siempre fui sana, no necesitaba controlarme, además no tenía mucho tiempo, a pesar de que vivo mas o menos cerca de la salita, crié a mis hijos sola, hasta que tuve un problema de salud. Con mi último embarazo, un día empecé a sentirme mal. Así vine a ver la partera y vi, para que sirve controlar a la madre y al bebe"

R, P tiene 38 años, casada, viven la zona rural de Maco tiene 9 hijos, trabaja en las tareas domésticas del hogar y ayuda a su esposo en el campo junto a sus hijos mayores. Llegó al parto con 2 controles prenatales y dice:

"Yo no me hice tantos controles, porque algunos de mis hijos son muy seguiditos, y cuando quedaba embarazada dejaba de darle el pecho, para atender a toda la familia y bueno no podía ir a la salita, iba cuando me daba debilidad, ahí me entregaban vitaminas y pasaba, entonces me dijeron que era

anemia, después mi marido me acompañó con los chiquitos a este último control”.

P. T tiene 17 años, es primigesta, nulípara, soltera, analfabeta, y no planeó su embarazo.

“A mi me pasó que tenía mucho miedo, de no saber que me iba a pasar, porque no me venía la menstruación, en mi casa mi mamá no sabía nada y como no sabía como cuidarme, por eso me vine aquí ha hacer el control para ver si estaba embarazada y luego vine para el control del bebe, necesitaba que me digan como era todo”.

De la exposición y referencia oral de las usuarias se destacó que el 35% de ellas, reconoce la importancias del control prenatal, pero ante diversas circunstancias, como el cuidado de la casa, los quehaceres domésticos y la crianza de los hijos, cuando mayor es el numero de estos, mas obstáculos perciben para poder asistir y cumplir con cada uno de los ítems, de un eficaz, eficiente y efectivo control prenatal.

DISCUSIÓN

Algunos de estos resultados coinciden y otros difieren según la bibliografía analizada.

En el presente estudio se evaluó el nivel eficiencia de los consultorios de obstetricia según la propuesta de la OMS/OPS (29); el desempeño profesional según la Propuesta Normativa Perinatal I (11) y la satisfacción de las usuarias (15,16)

El promedio general en relación a la eficiencia de la planta física de las UPAS fue del 73.12%, considerado como Bueno de acuerdo al criterio establecido por la autora. El 87.5% del total de las UPAS (7) son las que están por encima de la media, pero solo el 50% ha alcanzado la valoración de Muy Bueno y Bueno, 50% restante se ubica entre Regular y Malo. Esto nos permite inferir que hay UPAS que tienen marcadas deficiencias en relación a la planta física.

El promedio general, en relación a recursos materiales es de 89,87% por lo que se considera Bueno. Esto significa que es posible dar una atención obstétrica adecuada dado que el 62,5% alcanzó el nivel de Muy Bueno y el 37,5% como Bueno, sin embargo a pesar de estar por encima de la media, algunas UPAS carecen de elementos esenciales.

El promedio general en relación a recursos humanos es del 69.87%, superando ligeramente la media, sin alcanzar el valor de Bueno. Los valores máximos y mínimos oscilan entre el 83 y 56%, esto pone en evidencia que en algunas UPAS la atención obstétrica no es la más adecuada. Ninguna de las UPAS alcanza el valor de Muy Bueno (100%) de todos los ítems establecidos por la OMS (29)

El promedio general de todas las UPAS es del 78.75% de eficiencia en relación normas y procedimiento. El valor máximo es del 87% y pertenece a la UPA N° 1, mientras que el valor mínimo está dado por la UPA N° 8 con el 70%,

lo que representa el criterio de evaluación como Bueno. Ninguna de las UPAS ha alcanzado el criterio de Muy Bueno.

El promedio general de eficiencia en relación a programación y administración es del 91,25%. Las UPAS N° 2, N° 5, N° 6 y N° 7 que representan el 50% del total han alcanzado el valor máximo (100%) de eficiencia, y la UPA N° 4 con un 90% calificándolas como Muy Bueno. Mientras que el valor mínimo está dado por la UPA N° 8 con el 70%, lo que se lo califica como Bueno.

El promedio general de las UPAS es del 96.25 % de eficiencia, en relación a suministros, este alto porcentaje nos permite inferir que la mayoría de los servicios cuentan con los medicamentos, leche, anticonceptivos, etc., necesarios para ofrecer una atención casi óptima en la atención de las mujeres gestantes. El valor máximo está dado por las UPAS N° 1, N° 4, N° 5, N° 6 y N° 7 con el 100% y el valor mínimo por las UPAS N° 2, N° 3, y N° 8 con un 90%.

El promedio general del grado de eficiencia en relación a educación para la salud, alcanza al 85%, calificando como Bueno. Las UPAS N° 1, N° 3, N° 4, N° 5, N° 6 y N° 7 que representan el 75% del total han alcanzado un valor entre el 100 y 90% de eficiencia con una calificación de Muy Bueno, mientras que el valor mínimo está dado por la UPA N° 2 con el 40%, lo que califica como Malo.

La autora considera que esta evaluación (29) es posible ser aplicada a los consultorios obstétricos de las Unidades Primarias de Atención de salud en el ámbito de la ciudad de Santiago del Estero, ya que con ella se muestra lo positivo y lo negativo que cada una tiene y que son cuestiones posibles de revertir con ayuda del PLAN NACER, a través de trazadoras que contemplan la medición de las metas ha alcanzar, y de la toma de conciencia de las autoridades gubernamentales, lo que daría como resultado la mejora en el aspecto organizacional, el ambiente físico que asegure la calidad de atención de los servicios de salud, como uno de los tres componentes mínimos dimensionados. , (14, 16).

A su vez es meritorio rescatar que según diferentes experiencias locales muestran diferentes formas de asumir la responsabilidad, que deben ser analizadas en los contextos en que se desarrollan. Por ejemplo, se han

conformado entes intermunicipales orientados a optimizar la red de servicios de salud y reducir costos (6).

Si se tiene en cuenta el desarrollo correcto de las actividades realizadas según la aplicación de las mismas en el 100% de los casos, se puede inferir que el profesional obstétrico ha capitalizado tanto en la apropiación del conocimiento brindado por la Universidad a través de la Carrera de Licenciatura en Obstetricia y en su práctica profesional el manejo correcto de las técnicas establecida por la Normativa Perinatal I utilizando la tecnología apropiada (11) y que las aplica en cada usuaria, pudiendo calificar su desempeño científico-técnico como Muy Bueno. Sin embargo es necesario destacar que a pesar de ello, ninguno de los profesionales obstétricos han cumplido con el 100% de las actividades programadas por la normativa (11) en el 100% de las consultas y con el 100% las usuarias. Solo el cálculo de la amenorrea se ha cumplido en el 100% de las consultas y en el 100% de las usuarias.

Se ha descuidando en algunas usuarias la realización de actividades importantes tales como: medir el peso en cada consulta para calcular la ganancia de peso; valoración de capital importancia para un buen desenlace de la gestación (11); determinación de la tensión arterial para detectar factores de riesgo pesquizando hipertensión arterial previa o inducida por el embarazo, (11). Evaluación del crecimiento fetal, con el fin de detectar alteraciones que pueden ser por retardo de crecimiento, macrosomías o embarazos múltiples, por ser usuarias de riesgo, debiendo ser derivadas al nivel adecuado (11); evaluación del riesgo a través de la evaluación del estado general de la usuaria, descartando patologías, investigando edad, antecedentes obstétricos, fetos muertos, recién nacidos de bajo peso, gran multiparidad.

Importan los antecedentes socioculturales como analfabetismo que debe ser tenidos en cuenta desde la primera a la quinta consulta para poder definir el tipo de cuidado requerido y el nivel apropiado de asistencia (11); administración de hierro y ácido fólico para prevenir la anemia macrocítica hipocromica por falta de hierro, constituyendo la alternativa mas adecuada (11); contenidos educativos que deben efectuarse en todas las consultas tendientes a promocionar la

lactancia materna e inducir a la usuaria a realizar la preparación integral para la maternidad desde el tercer trimestre, con la participación de la pareja (11);

El diagnóstico de vida fetal controlando la actividad cardíaca y los movimientos fetales activos para descartar patologías (11); diagnóstico de número de fetos sea por sospecha, presunción o certeza para definir el nivel adecuado de asistencia. (11); evaluación de la cantidad de líquido amniótico permite al profesional obstétrico sospechar de un oligoanmios o polidranmios; examen de orina, estudio de rutina que permite detectar infecciones urinarias frecuentes en las embarazadas que deben ser tratadas para evitar el aumento de los partos prematuros y de bajo peso al nacer.(11); diagnóstico de presentación fetal, con la cual el profesional obstétrico debe determinar la situación y presentación fetal mediante las maniobras de Leopold detectando presentaciones anormales (podálica y o situación transversa para ser referida al nivel de complejidad adecuado. (11);

Diagnóstico de diabetes gestacional determinado por los antecedentes familiares, obstétricos, fetales, la sintomatología y la determinación de la glucemia, con el fin de realizar una derivación oportuna al nivel correspondiente ya que se trata de embarazadas de alto riesgo. (11); detección de sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual laboratorio de rutina que debe efectuarse en la primera consulta con el fin de detectar caso positivos y realizar el tratamiento adecuado o referir al nivel que corresponda. (11); determinación de hemoglobina que debe realizarse en la primera consulta para determinar la presencia de una anemia materna, y realizar el tratamiento adecuado o referirla al nivel que corresponda por ser considerada de alto riesgo. (11,56); vacunación antitetánica que deberá administrar de acuerdo al esquema vigente para prevenir el tétano neonatal y puerperal (11);

Anamnesis, con ella se abre la Historia Clínica Perinatal Base, actividad de la primera consulta, donde el profesional obstétrico deberá recoger los datos filiatorios que pueden determinar una “alerta” y considerarlo como de riesgo potencial.

El registro de los antecedentes familiares, personales, y obstétricos también pueden marcar una “alerta”, que de acuerdo a su importancia deberá referirse a un nivel de mayor complejidad. (11:42); examen clínico general que debe realizarse a toda embarazada que concurre por primera vez a través del interrogatorio, inspección general, palpación abdominal, auscultación cardíaca, tensión arterial, pulso y temperatura, medición de talla, que conjuntamente con el peso, ayudaran a evaluar la masa corporal de la usuaria, examen de mamas para descartar patologías y enseñar a preparar las mamas para el amamantamiento. (11).

Determinar el incremento del peso materno en función de la edad gestacional; el incremento de peso durante el embarazo; examen gineco-obstétrico que incluye la inspección vulvar, tacto con palpación abdominal simultanea, especuloscopia, colposcopia, toma de muestra para Papanicolau (11,21); diagnóstico de embarazo a través de la confirmación de la amenorrea, que se corroboraran con el examen gineco-obstétrico, auscultación de latidos cardiacos fetales y/o exámenes de laboratorio y/o ecográficos. (11); determinación del grupo y factor Rh para pesquisar incompatibilidad sanguínea (11).

También deberá evaluar la pelvis descartando vicios pelvianos y realizar el diagnóstico de proporción pélvico cefálica ayudado por el interrogatorio y los antecedentes obstétricos (11) examen odontológico para observar el estado dentario y descartar focos sépticos que merezcan ser derivados al odontólogo. (11).

El control prenatal consiste en una serie de entrevistas y actividades programadas con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y con ello obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del hijo. La buena organización de los servicios periféricos permitirá cumplir con los requisitos básicos de un control eficiente a través de la captación precoz y una amplia cobertura. (11) Para este estudio el primer control es relativamente escaso, pero se observó un incremento sustancial para las consultas posteriores que están dirigidas a controlar los cambios fisiológicos, detectar complicaciones, evaluar los riesgos, elevando el nivel de alarma de la embarazada y su familia sobre

problemas agudos con el objeto de ser derivada al nivel de atención adecuado en el menor tiempo posible (11).

Del presente estudio se puede observar que el profesional obstétrico cita a las usuarias al control prenatal mas de lo que la norma establece (un control mensual) para embarazadas de bajo riesgo, (11) que son las que deben asistirse en las UPAS, o en este caso podría sospecharse que el profesional obstétrico detecta numerosos factores de riesgo en las embarazadas que lo inducen a derivar a servicios de mayor complejidad, o de otra manera, las embarazadas no han incorporado en la enseñanza que se les brinda el significado de embarazo de bajo riesgo el cual deben controlarse una vez por mes. Tal vez esto le reste tiempo al profesional obstétrico para desarrollar trabajo de comunidad, ya que se ha observado que algunos no realizan visitas domiciliarias.

La Normativa está ideada para ser utilizada cuando existe captación precoz; si bien pone de manifiesto que puede ser la única oportunidad de estar en contacto con la usuaria (11), no se prevén actividades correspondientes a la captación tardía en la primera consulta por esta razón, ninguno de los profesionales obstétricos cumplió con el total de las actividades programadas por la normativa en todas las consultas. (11). Esto no permite de acuerdo a la opinión de la autora establecer niveles correctos de calidad de atención. En relación a este tema si tomamos en cuenta el aspecto científico-técnico (16) desarrollado por los profesionales obstétricos en la consulta prenatal se puede emitir un juicio de valor positivo sobre la calidad de atención. Otro detalle que se ha observado es que el sistema de salud de la provincia no tiene elaboradas Normas locales que podrían suplir la mirada de la propuesta Normativa Perinatal I y que comprendan componentes básicos para todas las mujeres embarazadas que consultan por primera vez independientemente de la edad gestacional. Si el equipo de salud de las UPAS actúa coordinadamente, dado que tienen definida su área programática y la mayoría de ellos cuenta personal suficiente para desarrollar actividades de terreno, en especial profesionales obstétricos para la captación precoz, la consulta tardía debería ser la excepción.

La mayoría de las usuarias obtiene turnos con anticipación cuando concurren a la consulta, las menos en el momento de la consulta. El tiempo de atención excede el establecido en la norma para todas las consultas y muchas deben esperar entre 30 minutos y una hora. Garantizar el acceso a la atención del control prenatal (22) en forma ágil, oportuna y continua, atendiendo la demanda real, divulgando los horarios y garantizando la atención es una estrategia válida para mejorar la calidad de atención.

La amabilidad es un rasgo característico de la atención del profesional obstétrico, manifestado y percibido por las usuarias. (14) lo que demuestra su idoneidad al satisfacer sus expectativas. La mayor parte de las usuarias asimilan la información, enseñanza y/o explicaciones que el profesional obstétrico le brinda. En la consulta obstétrica, casi el total las usuarias manifiestan que el profesional obstétrico mide, toma la tensión arterial, mide la altura uterina, ausculta, realiza las maniobras de Leopold, examen de mamas, tacto vaginal, solicita laboratorio y en menor proporción pesa y extrae material para Papanicolau, (21) cumpliendo en parte la Normativa (11)

Las usuarias le asignan importancia al control prenatal porque reciben leche, vacunas y medicamentos y en menor proporción, porque reciben enseñanza acerca de la lactancia materna, preparación integral para la maternidad, control de mamas, usos de anticonceptivos, control ginecológico, prevención de ETS. (11). La mayoría prioriza la importancia del control prenatal porque en el se evalúa el desarrollo del embarazo y feto y porque previene complicaciones del parto. (11)

Las destrezas y habilidades del profesional obstétrico deberán desarrollarse al máximo y deberá buscar todos los mecanismos necesarios para lograr la satisfacción de las usuarias, garantizando la calidad de atención del servicio que brinda. (16)

Si el profesional obstétrico es capaz de establecer una relación efectiva con las usuarias, respetando la diversidad de culturas, valores y normas socialmente definidas por la sociedad, logrará brindar un servicio de calidad.

CONCLUSIONES

Para el presente estudio, debe tenerse en cuenta que la muestra seleccionada pertenece a las Unidades Primarias de Atención de Salud de la ciudad de Santiago del Estero, donde todas cuentan con un profesional obstétrico para la atención del control prenatal según su área de cobertura. Allí concurren embarazadas que en su mayoría pertenecen a familias de trabajadores diversos, de grupos marginales, con no muchas diferencias culturales y con escasos recursos económicos; por lo tanto estas conclusiones deben limitarse de modo razonable a la población estudiada. Sin embargo estos datos pueden ser útiles para formular pautas generales que tiendan a mejorar la calidad de atención.

Con las restricciones señaladas pueden efectuarse algunas consideraciones acerca de los fenómenos estudiados.

De acuerdo a las variables analizadas en relación a las condiciones de eficiencia de los consultorios obstétricos de las UPAS aplicando el modelo propuesto por OPS/OMS y ajustado por la autora para Santiago del Estero; la función asistencial de los profesionales obstétricos que ejercen su rol en estos consultorio a través de la observación directa en las acciones realizadas en el control prenatal según lo establece la Normativa Perinatal I y las respuestas de las usuarias en relación a la satisfacción de las prestaciones recibidas durante el control prenatal a través de encuestas semiestructuradas en la muestra seleccionada, se concluye que:

- Del 100% de las UPAS, el 50% alcanzó en relación a las condiciones de eficiencia de la planta física, un nivel entre Muy Bueno y Bueno; el resto entre Regular y Malo.
- En relación a recursos materiales el valor promedio fue del 89,87% considerado como Bueno. Ninguna se encuentra por debajo de media.

- Para Recursos Humanos el promedio general alcanzó al 69,87% considerado como nivel de eficiencia Regular. Si bien se destaca que en todas las Unidades Primarias de Atención hay un profesional obstétrico, en algunas carecen de otros profesionales y no se desarrollan todas las actividades programadas en el instrumento de evaluación.
- En relación a Normas y Procedimientos el promedio general de eficiencia fue del 78,75%, considerado como Bueno. Ninguna de las UPAS ha alcanzado el 100% de eficiencia en esta evaluación.
- En cuanto a Programación y Administración el promedio general de eficiencia alcanzó al 91,25%, es decir que cumplen en su mayoría con las actividades propuestas en el instrumento de evaluación.
- El valor mayor alcanzado en cuanto a nivel de eficiencia está dado por Suministros con un promedio general del; el 96,25%.
- En cuanto a Educación para la Salud el promedio general de nivel de eficiencia alcanzó al 85%, considerado como Bueno, aun cuando en algunas Unidades Primarias de Atención no se cumple con el desarrollo de contenidos educativos para las usuarias.
- En el análisis de los porcentajes de eficiencia de cada servicio, en relación a la planta física, recursos materiales, recursos humanos, normas y procedimientos, suministros y educación para la salud, se observó que el grado de eficiencia general es del 83,5%, calificado como Bueno
- En relación al desempeño profesional en la asistencia a las usuarias el 100% desarrolló las técnicas correctamente, pudiendo calificar su desempeño científico-técnico como Muy Bueno.
- Ninguno de los profesionales obstétricos han cumplido con el 100% de las actividades programadas por la normativa en el 100% de las consultas.
- Las actividades propuestas para las consultas Prenatales, no permiten analizar la realidad en cuanto a calidad se refiere, ya que para poder interpretarla correctamente es necesario contemplar que muchas de las usuarias no llegan a los servicios en la primera etapa del embarazo.

- El profesional obstétrico toma como una oportunidad única la primera consulta prenatal y aplica la normativa según la realidad de cada usuaria.
- Al tratarse del control de embarazo de bajo riesgo, el 100% de los profesionales obstétricos exceden el número de citaciones para el control, en desmedro de la ejecución de otras actividades.
- El 68,75% de las usuarias vive cerca de la Unidad Primaria de Atención y va caminando lo que significa que se encuentran en el área de cobertura.
- El 100% de las usuarias son atendidas cuando concurren a la consulta, de ellas el 77,50% de las usuarias obtiene turnos con anticipación y el resto en el momento de la consulta.
- El tiempo de atención excede el establecido en la norma para todas las consultas y el 78,75% de las usuarias deben esperar entre 30 minutos y una hora para ser atendidas.
- El 75% de las usuarias asimila la información, enseñanza y/o explicaciones que el profesional obstétrico le brinda.
- En la consulta obstétrica, el 90% las usuarias manifiestan que el profesional obstétrico mide, toma la tensión arterial, mide la altura uterina, ausculta, realiza las maniobras de Leopold, examen de mamas, tacto vaginal, solicita laboratorio y en menor proporción pesa y extrae material para Papanicolau.
- Mas del 70% de las usuarias le asignan importancia al control prenatal porque reciben leche, vacunas y medicamentos y en menor proporción, entre el 11,25% y 37,50% porque reciben enseñanza acerca de la lactancia materna, preparación integral para la maternidad, control de mamas, usos de anticonceptivos, control ginecológico, prevención de ETS.
- El 76,25% prioriza la importancia del control prenatal porque en el se evalúa el desarrollo del embarazo y feto y el 68,75% porque previene complicaciones del parto. En menor escala el resto.
- El 93,75% considera haber sido bien atendida y con amabilidad.

RECOMENDACIONES

“Proponer la elaboración de Normas Locales de Atención”

- Plantear a las autoridades del Ministerio de Salud y Acción Social y particularmente a la Dirección de Atención Primaria de la Salud situación observada.
- Proponer a las autoridades dispongan de una política institucional escrita sobre Normas Locales de Atención, basadas en la revisión crítica de la Normativa Perinatal I, elaborando una propuesta de normas simples, de baja complejidad, adecuadas a la realidad local, acompañadas de instrumentos que permitan una rápida evaluación.
- Comprometer a toda la estructura de salud en Atención Primaria para la difusión, adiestramiento, adecuación, supervisión y evaluación de las normas y que sea aplicada por todo el equipo de salud.
- Mejorar la organización de la red de atención perinatal y coordinar con los niveles de mayor complejidad la referencia y contrarreferencia para aumentar la calidad de la atención de las usuarias que concurren al primer nivel de atención.
- Promover la participación de la sociedad civil y los medios de comunicación (diario, radio, TV) para que desempeñen un papel relevante para favorecer la transferencia de contenidos educativos sobre el adecuado cuidado y control de la gestación, y la planificación de un embarazo.
- Intensificar el proceso de capacitación de los equipos de salud en la promoción, protección y trabajo en red.

- Elaborar pautas con un instrumento adecuado para los controles domiciliarios.
- Brindar especial apoyo a mujeres embarazadas con riesgos a través de los controles prenatales domiciliarios.
- Programar actividades con el equipo de salud y miembros de la comunidad para:
 - Informar a embarazadas, madres lactantes y sus grupos familiares sobre los beneficios que brindan las Unidades Primarias de Atención de Salud en su área de cobertura.
 - Utilizar toda oportunidad de contacto con mujeres embarazadas, para promover conductas de auto cuidado y autoresponsabilidad para con su cuerpo.
 - Informar sobre los derechos que las protegen.
 - Estimular la formación de grupos de apoyo a la difusión de la importancia del control prenatal y de la lactancia materna exclusiva de mujer a mujer con conocimientos actualizados, especialmente cuando están internadas para su parto.

REFERENCIAS

- 1- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Making pregnancy safer. Ginebra: WHO. Disponible en:<http://www.who.int/reproductive-health/mpr/index.htm>
- 2- OPS/OMS 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité regional. Washington, D. C, EUA, 23, 27 de septiembre de 2002. Punto 4, ç.9 del orden del día provisional CSP26/14 (Esp) 15 de agosto 2002.
- 3- Maternal mortality in 2000. Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. <http://www.who.int/whr/2005/chapter4/es/index1.html>
- 4- PROMIN (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación). Indicadores Sociales. (Programa Materno Infantil y Nutrición) Cuaderno de Trabajo Social N° 2. 1994
- 5- Kroeger Axel y Luna Rolando. Atención Primaria de la Salud. Principios y Métodos. 2ª Edición. México. Enero, 1992, 5
- 6- EINCOR, Ente Intercomunal Norte de Córdoba, ESINCO, Ente Colón Oeste, ADESUR, Ente SUR de Córdoba, 1994 en adelante.
- 7- DECISIONS OF THE XII GENERAL ASSEMBLY OF FIGO (Figo News) Int. J. Gynaecol. Obstet. 1989; 28:79-84
- 8- OPS/OMS Herramientas para el fortalecimiento de la partería. "Lineamientos para Tomadores de Decisiones y Planificadores para Fortalecer la Regulación, Acreditación y educación de parteras profesionales. 2006:11
- 9- Fuente versión html del archivo; Hacia una Maternidad Segura <http://www.icmer.org/RHO/pdf/16especial.pdf>.

- 10- Benavides, Bruno. Reducción de la mortalidad materna en el Perú. ¿Por dónde comenzar? Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2001. SIN 1025 -558: 62, 3, pp. 215 – 227.
- 11- OPS/OMS División de la Salud de la Familia; División de Promoción y protección de la Salud, Programa de Salud de la familia y Población. GUÍA PRÁCTICA. Paquete Madre/Bebé: implementando la maternidad segura en los países. Salud Materna y Programa de Maternidad Segura, Texto original: inglés, Traducción al español: marzo 2000.22
- 12- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Propuesta Normativa Perinatal I. Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido. Artes Gráficas. Paperis. SACI, 1993, 29-165
- 13-. Martín Zurro y J.F. Carro Pérez. Atención Primaria. Concepto, organización y práctica clínica. Editor Harcourt Brace. España. Madrid. 1999, 7-8
- 14- OPS/OMS La Renovación de la APS en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. 2007: 8
- 15- Jaime Varo. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Edición Díaz Santos. S.A. Madrid. España. 1994, 7-9
- 16- Galán Morera; R .En Malagón Londoño y otros. Garantía de calidad en salud. Ed. Médica Panamericana Bogotá Colombia. 1999:III, 49
- 17- Avedis Donabedian. La calidad de atención médica. Ediciones Científicas. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México 1991:4-6

- 18- Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. Indicadores Básicos. Argentina 2005,13
- 19- Ministerio de Salud de la Nación. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado Preconcepcional y del control prenatal. Año 2001:7
- 20- Fuente: Diario La Capital
http://www.lacapital.com.ar/2004/09/22/general/noticia_135382.sht
- 21- Fathalla, Mahamoud Conferencia inaugural del X Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (ISPOG), 1990
- 22- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Detección del Cáncer de cuello uterino. Taller de capacitación. 2003, 11,17
- 23- Elsa M. Moreno, Viviana Crivelli y otros, Manual de Programación Local de Actividades de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación, 2000.:4
- 24- OPS. Trabajadores de la salud por el cambio: Guía de talleres para mejorar la calidad de atención. Serie Paltex. Salud y Sociedad. 2002, 1.
- 25- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Argentina. La oportunidad para su reencuentro. 2005/2010/2015. 2003, 42
- 26- Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. PLAN FEDERAL DE SALUD. Año 2004:12
- 27- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable. Manual de apoyo para el trabajo de los agentes de salud. 2005,1
- 28- Fuente: <http://www.lagaceta.com.ar/vernota.asp?>

29- Plan NACER Argentina.

[Http://www.presidencia.gov.ar/plan.aspx?cdArticulo=1954.](http://www.presidencia.gov.ar/plan.aspx?cdArticulo=1954)

Fuente:<http://www.lanacion.com.ar/69388233>

30- OPS/OMS. Condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno-infantil. Washington. 1987:8-10

BIBLIOGRAFIA

Álvarez, Ramón y otros. Sistemas Productivos Campesinos en Santiago del Estero. Cicyt. UNSE. Barco Editó. Santiago del Estero.1998

Banco Mundial Unidad de Desarrollo Medioambiental y Social Sustentable. Región de América Latina. Salud Reproductiva Rural en la Argentina. Provincias de Misiones, Salta y Santiago del Estero. GEA. Bs.As. 2001.

Benavides, Bruno. Reducción de la mortalidad materna en el Perú. ¿Por dónde comenzar? Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2001. SIN 1025 –558: 62, 3, pp. 215 – 227.

Canevari, Cecilia y otros. Reproducción, Sexualidad y Ciudadanía. Barco Edita. Santiago del Estero.2005

CLAP/OMS/OPS. Salud Pública Perinatal. Curso estructurado en base a las estrategias regionales y el plan de acción para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. CLAP. Montevideo, Uruguay. 1994. Tomo II.

Donabedian, Avedis. La Calidad de Atención Médica. Edic. Científicas. La Prensa Médica Mexicana. 1991

Donabedian, Avedis. Los Espacios de la Salud. Aspectos Fundamentales de la Organización Médica. Biblioteca de la Salud. Fondo de Cultura Económica. México. 1988

Fathalla Mahamoud: Conferencia inaugural del X Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (ISPOG), (1990).

Jean P. F, La Nueva Era de las Desigualdades.1º ed.4ª.reimp. Bs. As. Manantiales.2003

Juran J. M. Juran on planning for quality. Juran institute, 1.989. Edición en castellano: Juran y la planificación para la calidad. Madrid, Díaz de Santos, 1.990.

Juran J. M. Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para ejecutivos. Madrid. Editorial Díaz de Santos.1990

Kroeger Axel y Luna Rolando. Atención Primaria de la Salud. Principios y Métodos.2º Edición. México. Enero,1992

Lemus, J.D; Aragües y Oroz, V y otros. Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Bases epistemológicas, metodología, abordaje operativo y formación de recursos humanos. Ed. Corpus2007.

Malagón-Londoño y otros. Garantía de Calidad en Salud. Edit. Médica. Panamericana. Colombia. 1999

Matamala Marisa Isabel y otros. Calidad de atención en salud reproductiva desde un enfoque de género. COMUSAM /ACHNU- Santiago de Chile 1.995.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Propuesta Normativa Perinatal I. Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido. Artes Gráficas. Paperís. SACI, 1993.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. PROMIN. Indicadores Sociales. (Programa Materno Infantil y Nutrición) Cuaderno de Trabajo Social Nº 2. 1994.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado Preconcepcional y del control prenatal. 2001

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Detección Precoz del Cáncer de cuello uterino. Taller de capacitación 2003

Ministerio de Salud y Ambiente y Sistema Informático Perinatal. Estadísticas Vitales. 2003.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2004.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Salud Materno-Infantil. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el embarazo. Buenos Aires. 2004.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Salud Materno-Infantil. Guía para el uso de métodos anticonceptivos Buenos Aires. 2004.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Salud Materno-Infantil Morbi-Mortalidad Materna y Mortalidad Infantil en la república Argentina. Estrategias para mejorar el desempeño de los servicios de salud materno-infantil. Buenos Aires. 2004.

Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. PLAN FEDERAL DE SALUD. Año 2004,

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable. Manual de apoyo para el trabajo de los agentes de salud. 2005.

Moreno, Elsa. M, Viviana Crivelli y otros, Manual de Programación Local de Actividades de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación, 2000.

Naciones Unidas/Presidencia de la Nación. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Argentina. La oportunidad para su reencuentro. 2005/2010/1015. 2003.

OMS. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma Ata. 1978. Ginebra. 1978.

OMS/OPS. Condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno infantil. Washington. 1987.

OMS. Programa de la OMS para identificar las prácticas más efectivas en Salud Reproductiva. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. 2003.

OPS/OMS División de la Salud de la Familia; División de Promoción y protección de la Salud, Programa de Salud de la familia y Población. GUÍA PRÁCTICA. Paquete Madre/Bebé: implementando la maternidad segura en los países. Salud Materna y Programa de Maternidad Segura, Texto original: inglés, Traducción al español: marzo 2000.

OPS. Trabajadores de la salud por el cambio: Guía de talleres para mejorar la calidad de atención. Serie Paltex. Salud y Sociedad. 2002.

OPS/OMS-Fundación Rockefeller Evans, Timote, otros. Desafío a la falta de equidad en salud, Washington DC, Publicación científica y Técnica nº 585. 2002

OPS/OMS 26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª. Sesión del Comité regional. Washington, D. C, EUA, 23, 27 de septiembre de 2002. Punto 4, ç.9 del orden del día provisional CSP26/14 (Esp) 15 de agosto 2002.

OPS/OMS Indicadores Básicos para el análisis de la equidad de géneros serie Paltex. 2004.

OPS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Indicadores Básicos. Argentina 2005.

OPS/OMS Herramientas para el fortalecimiento de la partería. "Lineamientos para Tomadores de Decisiones y Planificadores para Fortalecer la Regulación, Acreditación y educación de parteras profesionales. 2006

OPS/OMS La Renovación de la APS en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. 2007.

Varo Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitaria. Un modelo de gestión hospitalaria. Edición Díaz de santos S.A. Madrid. España 1994.

Vouri H.U. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y Metodología. Edición Española. Masson S.A. (Barcelona y SG. Editores S.A.) Barcelona.1º ed. 1988.

Zurro, Martín y J. Carro Pérez J. F Atención Primaria. Concepto, organización y práctica clínica. Editor Harcout Brace. España. Madrid.1999.

Revistas / Boletines:

Checca, Susana. En Ciencias Sociales y Medicina. La salud en Latinoamérica. Kornblit, al (comp.)) Bs. As. Instituto de investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales UBA.

EINCOR,Ente Intercomunal Norte de Córdoba, ESINCO,Ente Colón Oeste, ADESUR, Ente SUR de Córdoba, 1994 en adelante.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Boletín PROAPS-REMEDIAR, Atención Primaria de la Salud. 2004;2:6

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Boletín PROAPS-REMEDIAR, 2004;2:11.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Boletín PROAPS-REMEDIAR, 2004; 3:17

Consultas en Internet:

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Making pregnancy safer. Ginebra: WHO. Disponible en:<http://www.who.int/reproductive-health/mpr/index.htm>

Maternal mortality in 2000. Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. <http://www.who.int/whr/2005/chapter4/es/index1.html>

<http://www.lagaceta.com.ar/vernota.asp>

<http://www.lanacion.com.ar/693882> Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina Salud, nº 1 Septiembre del año 2005.

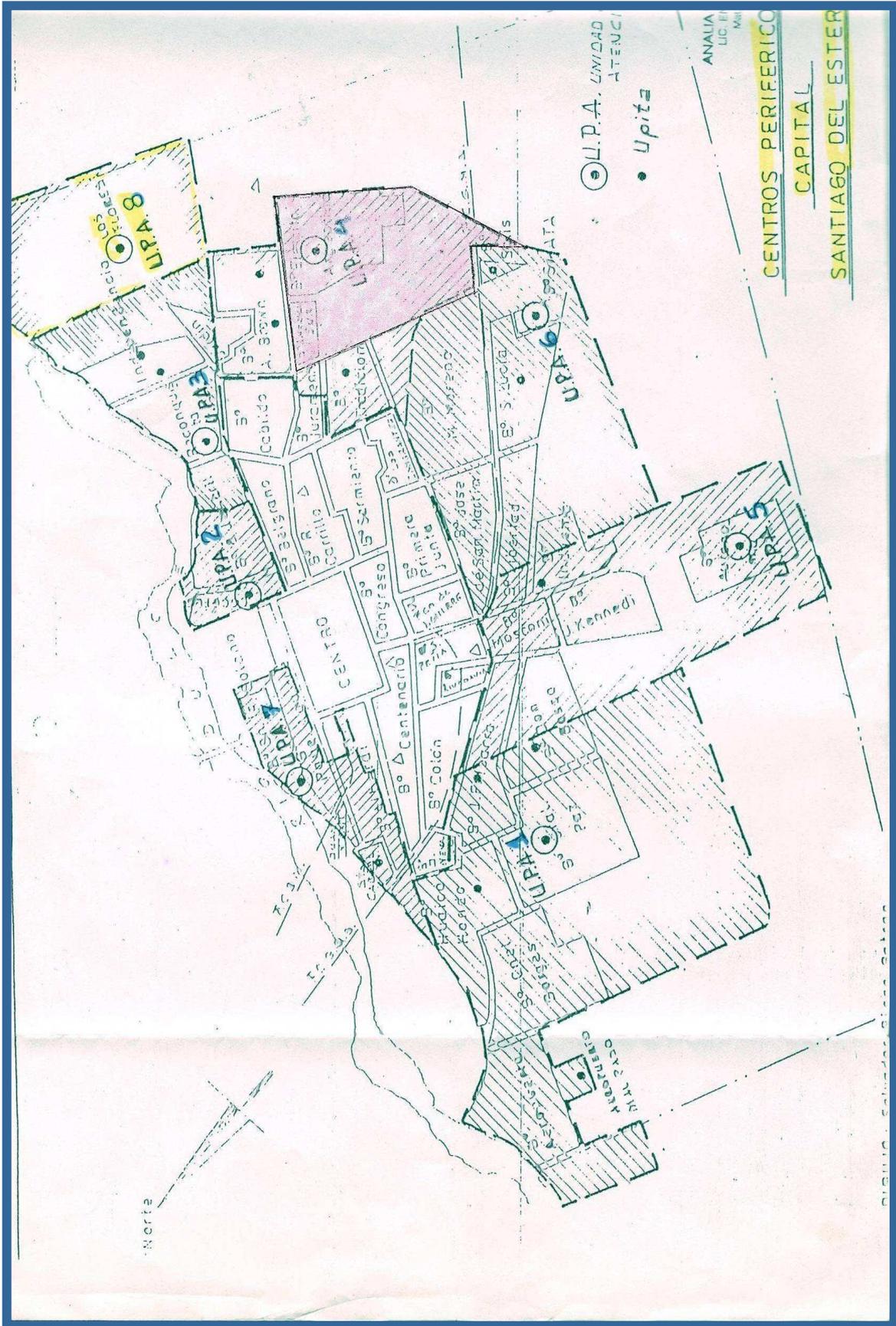
Fuente: Diario La Capital
http://www.lacapital.com.ar/2004/09/22/general/noticia_135382.shtml

Fuente versión html del archivo; Hacia una Maternidad Segura
<http://www.icmer.org/RHO/pdf/16especial.pdf>.

Plan NACER Argentina.
<Http://www.presidencia.gov.ar/plan.aspx?cdArticulo=1954>.

Fuente:<http://www.lanacion.com.ar/69388233>

ANEXO I



ANEXO II

Instrumento de evaluación de UPAS.

EVALUACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA MATERNO INFANTIL. OPS/ OMS. Adaptado por la autora a la realidad de la provincia de Santiago del Estero.

UPA N°.....

Se tendrá en cuenta si existe o no:

I) Planta física.

Hay ambiente de espera ordenado y limpio.....	Si ...15p	No0p
Se dispone de consultorio obstétrico.....	Si ...20p	No0p
Hay ambiente separado para procedimientos.....	Si ...10p	No0p
Hay ambiente para educación sanitaria y actividades docentes.....	Si ...15p	No0p
Se dispone de lava manos en consultorio.....	Si ...10p	No0p
Hay espacio para recepción y archivo.....	Si ...10p	No0p
Hay sanitarios para público y personal	Si ...10p	No0p
La iluminación natural es suficiente.....	Si ...10p	No0p
TOTAL 100%.		

II) Recursos materiales.

En el ambiente de atención obstétrica hay:

Camilla ginecológica.....	Si ...20p	No0p
Escritorio con dos sillas como mínimo.....	Si ...10p	No0p
Balanza para adulto con altímetro.....	Si ...10p	No0p
Escalera.....	Si5p	No0p
Tensiómetro.....	Si5p	No0p
Estetoscopio biauricular.....	Si5p	No0p
Estetoscopio para auscultación fetal.....	Si ...10p	No0p
Termómetro.....	Si1p	No0p
Espéculos vaginales.....	Si2p	No0p
Guantes.....	Si2p	No0p
Archivo para Historias Clínicas.....	Si5p	No0p
Cinta obstétrica.....	Si2p	No0p
Gestograma.....	Si3p	No0p
Porta objetos para extracción de material.....	Si5p	No0p
Espátula Ayre.....	Si2p	No0p
Recipiente para desechos.....	Si1p	No0p
Formularios de carné perinatal y/o HCPB.....	Si ...10p	No0p
Cubrecamillas, compresas, toallas, etc.....	Si2p	No0p
TOTAL. 100%		

III) Recursos humanos.

La atención obstétrica la realiza siempre:

Un médico generalista.....	Si50p	No0p
Un médico especialista.....	Si10p	No0p
Una/un obstétrica/o.....	Si10p	No0p
La atención es:		
Diaria.....	Si6p	No0p
Una vez por semana.....	Si1p	No0p
Dos veces por semana.....	Si2p	No0p
Se atiende una hora diaria.....	Si1p	No0p
Se atiende entre dos y tres horas diarias.....	Si2p	No0p
Se atiende más de tres horas diarias.....	Si3p	No0p
Como personal de apoyo hay:		
Enfermera/aux. de enf.....	Si5p	No0p
Educador sanitario.....	Si5p	No0p
Agente sanitario.....	Si3p	No0p
Otro personal.....	Si2p	No0p
El equipo de salud recibe sup. central.....	Si10p	No0p
El agente sanitario recibe sup. del equipo de salud.....	Si5p	No0p
El equipo de salud recibió capacitación para la aplica-		

ción de las normas.....	Si10p	No0p
Realiza visitas o rondas.....	Si5p	No0p
El agente sanitario recibió curso especializado		
Sobre atención materno infantil.....	Si5p	No0p
TOTAL 100%		

IV) Normas y procedimientos

Se dispone de normas escritas de CPN.....	Si5p	No0p
Las normas son conocidas para todo el personal.....	Si5p	No0p
En la consulta a la embarazada se mide y se registra:		
Peso en la primera consulta.....	Si1p	No0p
Talla en la primera consulta.....	Si1p	No0p
Se toma adecuadamente la T/A.....	Si1p	No0p
Altura uterina.....	Si2p	No0p
Posición fetal y presentación.....	Si2p	No0p
Se evalúa el crecimiento fetal.....	Si5p	No0p
Se evalúa el riego feto- materno.....	Si5p	No0p
Se vacuna a la embarazada.....	Si2p	No0p
Se realiza examen clínico general.....	Si5p	No0p
Se realiza examen Gineco- obstétrico.....	Si5p	No0p
Se evalúa la pelvis.....	Si5p	No0p
Se solicita análisis de rutina:		
Hemograma.....	Si5p	No0p
VDRL.....	Si2p	No0p
Grupo y factor.....	Si2p	No0p
Glucemia.....	Si2p	No0p
Chagas.....	Si2p	No0p
Orina.....	Si2p	No0p
Se solicita examen odontológico.....	Si4p	No0p
Se solicita exámenes complementarios (ecografía/ radiografía).....	Si2p	No0p
Se realiza examen de mamas.....	Si5p	No0p
Se detectan alcoholismo, tabaquismo, drogadicción etc.....	Si5p	No0p
Se utiliza:		
Historia Clínica Perinatal Base.....	Si5p	No0p
Carne Perinatal.....	Si5p	No0p
Gráfica de evaluación nutricional en la embarazada.....	Si1 p	No0p
Gestograma.....	Si1p	No0p
Cinta obstétrica.....	Si1p	No0p
Se cita a control:		
Cada quince días.....	Si4p	No0p
Una vez por mes.....	Si3p	No0p
Cada dos meses.....	Si2p	No0p
Cada tres meses.....	Si2p	No0p
TOTAL 100%		

V) Programación y administración

Está definida el área geográfica de la población.....	Si10p	No0p
Asignada a la unidad.....	Si10p	No0p
Se dispone de cartografía.....	Si5p	No0p
Se tiene censada a la población embarazada.....	Si10p	No0p
Se realiza reuniones interdisciplinarias con el personal.....	Si15p	No0p
Existe sistema de referencia- contrareferencia.....	Si15p	No0p
Se realiza captación de embarazadas.....	Si10p	No0p
Se recogen muestras para Papanicolau.....	Si5p	No0p
Las prestaciones de los servicios son gratuitas.....	Si10p	No0
Se realizan visitas domiciliarias a las embarazadas.....	Si10p	No0p
TOTAL 100%		

VI) Suministros

Se dispone de vacuna para embarazadas.....	Si10p	No0p
Se dispone de medicamentos específicos para embarazadas.....	Si20p	No0p
Se dispone de material descartable (jeringa, aguja, etc.).....	Si10p	No0p
Se dispone de heladera cons. Vacunas.....	Si10p	No0p
Se dispone de suplementos alimentario (leche).....	Si10p	No0p
Se dispone de anticonceptivos según la demanda.....	Si20p	No0p

Se dispone de material educativo apropiado.....	Si10p	No0p
Se dispone de material de limpieza.....	Si10p	No0p
TOTAL 100 %		

VII) Educación para la salud

Se realizan actividades de educación para la salud, en cada consulta, por todo el personal, de la UPA.....	Si5p	No0p
Se programan reuniones grupales con embarazadas.....	Si10p	No0p
Se enseña a las embarazadas en preparación integral para la maternidad:		
Estado psico afectivo y social.....	Si5p	No0p
Lactancia materna.....	Si5p	No0p
Preparación para el parto:		
(téc. de relajación y respiración, posición ginecológica).....	Si10	No0p
Auto examen de mamas.....	Si5p	No0p
Uso de anticonceptivos.....	Si10p	No0p
Prevención de E.T.S.....	Si10	No0p
Importancia del cáncer ginecológico.....	Si5p	No0p
Importancia del control prenatal	Si10p	No0p
TOTAL 100 %		

ANEXO III

Evaluación de la función asistencial.

Se aplicara al profesional obstétrico en el ejercicio de su rol.

Valoración del estado de salud de la embarazada teniendo en cuenta la cronología de las consultas según la Propuesta Normativa Perinatal, Tomo I.

Consulta:
1º 2º 3º 4º 5º

ACTIVIDADES	Cronología de las consultas														
	Realiza Correct*			Realiza Correct*			Realiza Correct*			Realiza Correct*			Realiza Correct*		
	1º	si	no	2º	si	no	3º	si	no	4º	si	no	5º	si	no
Cálculo de amenorrea.	*			*			*			*			*		
Medición de peso	*			*			*			*			*		
Determinación de la TA.	*			*			*			*			*		
Evaluación del crecimiento fetal.	*			*			*			*			*		
Evaluación del riesgo.	*			*			*			*			*		
Administración de hierro y Acido Fólico	*			*			*			*			*		
Contenidos Educativos.	*			*			*			*			*		
Diagnóstico de vida fetal.				*			*			*			*		
Diagnóstico de número de fetos.							*			*			*		
Evaluación de cantidad de LA							*			*			*		
Examen de orina.	*			*			*			*			*		
Diagnóstico de presentación fetal.							*			*			*		
Diagnóstico de Diabetes gestacional.	*									*					
Detección de sífilis.	*									*					
Determinación de hemoglobina.	*						*								
Vacunación de antitetánica,				*			*								
Anamnesis.	*														
Examen clínico general.	*														
Medición de talla.	*														
Examen Gineco-obstétrico.	*														
Diagnóstico de embarazo.	*														
Determinación del grupo y Factor Rh.	*														
Evaluación de pelvis.	*														
Examen odontológico.	*														

Referencias:

- * Realiza correctamente
- SI = 10 puntos.
- NO = 0 puntos

ANEXO IV

Encuesta a la embarazada

Nombre de la UPA.....
 Encuesta Nº.....
 Edad.....
 Meses de embarazo.....

Esta encuesta tiene por objetivo recoger información para un trabajo de investigación cuyo fin es conocer la calidad de atención en salud que brinda, no sólo el servicio, si no el profesional obstétrico en ejercicio de su rol.

- 1- Su consulta es de :
Primera vez.
Posterior.
- 2- Si se está controlando usted viene:
Cada semana.
Cada quince días.
Una vez por mes.
Cada tres meses.
Cuando el profesional obstétrico lo indica.
No recuerda/ No responde.
- 3- La unidad primaria de atención de la salud está:
Cerca de su domicilio.
Lejos de su domicilio.
- 4- Cuando usted concurre a la consulta:
Viene caminando.
Toma omnibus.
¿Utiliza otro medio de transporte?
¿Cuál?
- 5- Cuando concurre a la consulta usted
Obtiene turno con anticipación.
Tiene usted que sacar turno varias horas antes.
Obtiene el turno en el momento de la atención.
No consigue turno y vuelve al día siguiente.
No consigue turno y no vuelve más.
No hago ningún trámite
- 6- Cuanto tiempo tiene que esperar desde que llega hasta ser atendida
Ninguno, si no está ocupado con otro paciente.
Quince minutos.
Treinta minutos.
Una hora.
Más de una hora.
- 7- En la consulta obstétrica usted es atendida :
Amablemente.
Poco amable.
Nada amable.
Desatendida.
- 8- Qué tiempo le dedica el profesional a su consulta
10 / 15 minutos.
15 / 30 minutos.
Más de 30 minutos.
Cree Ud. Que es suficiente el tiempo que le dedica para atenderla?.
Porqué?.....
.....
- 9- En la consulta a usted le controlan:
Peso.
Talla.
Tensión arterial.
Altura uterina.
L.C.F.
El bebé tocando su vientre (se aplican maniobras de Leopold)
Le hacen tacto vaginal.
Examen de mamas.
Le solicitan análisis.
Le extraen material para Papanicolau.

10- Cuando es atendida usted recibe:
Información.
Enseñanza.
Explicaciones.
No las recibe.

11- Si recibe información, enseñanza, explicaciones, usted:
Siempre entiende.
Algunas veces.
Pocas veces.
Nunca entiende.
Le quedan dudas y pregunta
Le quedan dudas y no pregunta

12- En este embarazo Usted recibe.
Leche.
Vacunas.
Medicamentos.

Cada vez que ud. los necesita están disponibles y se los entregan en forma inmediata o debe volver en otra oportunidad ¿ Porque ?

Enseñanza sobre:

- Lactancia materna.
- Preparación integral para la maternidad.
- Control de mamas.
- Uso de anticonceptivos.
- Importancia del cáncer ginecológico.
- Prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Importancia del control prenatal.

Qué utilidad le reportan estas charlas para su salud y embarazo?.....

13- Para usted el control prenatal es importante para:
Prevenir complicaciones del parto.
Evaluar el desarrollo del embarazo y el feto.
Recibir leche.
Recibir vacunas.
No es importante.
No sabe.
Tener un buen parto.

14- Está conforme con la atención recibida por el profesional obstétrico?
Porqué?.....

15- ¿ Para usted qué significa ser bien atendida ?
.....

16- ¿Qué le gustaría que se cambie para que Ud. Esté mejor atendida ?
.....

GRACIAS .