

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESCUELA DE CIENCIAS EXACTAS Y
NATURALES

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLES

*“CALIDAD EN LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS
DE ATENCIÓN PRENATAL BRINDADA POR EL
PERSONAL DE SALUD A LAS MADRES DE LOS
NIÑOS MENORES DE UN AÑO FALLECIDOS EN
EL CANTÓN DE COTO BRUS, EN EL AÑO 2000”.*

Autores:

Dra. Linette Ramos Stanziola.

Dr. Gonzalo A. Salvador Zúñiga.

Tutora:

MSC. Iris María Obando.

Marzo, 2002

“A nuestros hijos, Roberto y Oscar, por la bendición que representa su existencia en nuestras vidas”

“A las madres de los niños fallecidos, quienes a pesar de su dolor nos brindaron toda su colaboración al momento de realizar esta investigación”

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por darme la fortaleza para poder cumplir a cabalidad con este estudio.

A las autoridades de Salud local, por su apoyo en la ejecución de esta Investigación, en especial a la Licenciada Vilma Murillo por su incondicional colaboración.

Al comité asesor por sus orientaciones y aportes, especialmente al Dr. Oscar Fallas Camacho.

Y en especial a mi familia, por su comprensión y motivación.

Gracias...
Linette

AGRADECIMIENTOS

A todos a aquellos que conformaron el grupo de profesores que compartieron con nosotros el camino de esta Maestría, por su enseñanzas y consejos.

A la Licenciada Vilma Murillo por toda la colaboración y consejos que muy amablemente nos ofreció para llevar a término esta investigación.

Para quienes de una u otra manera nos brindaron su tiempo, experiencias y conocimiento en la realización de este estudio.

Para Yessenia, mi esposa, quien siempre me ha apoyado y brindado su comprensión desde el primer momento en que inicié mis estudios en esta Maestría. Además, por ofrecerme el más grande regalo que he recibido en mi vida, nuestro hijo Oscar Gonzalo.

Para todos muchas... Gracias
Gonzalo

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I.	7
INTRODUCCIÓN	8
ANTECEDENTES	10
JUSTIFICACIÓN	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
HIPÓTESIS	21
OBJETIVOS	22
<i>OBJETIVO GENERAL</i>	22
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	22
CAPÍTULO II.	23
MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	24
<i>CONTROL PRENATAL</i>	27
<i>NORMAS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN</i>	32
<i>MORTALIDAD INFANTIL</i>	38
CAPÍTULO III.	41
DISEÑO METODOLÓGICO	42
<i>a. TIPO DE INVESTIGACIÓN</i>	42
<i>b. ÁREA DE ESTUDIO</i>	42
<i>c. UNIVERSO</i>	43
<i>d. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</i>	43
<i>e. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS</i>	45
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	46
RESULTADOS ESPERADOS	46
CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
CAPÍTULO IV.	49
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	50
1. CUMPLIMIENTO DE NORMAS EN EL CONTROL PRENATAL	50
1.1 <i>CAPTACIÓN TEMPRANA</i>	50
1.2 <i>NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES</i>	51
1.3 <i>FRECUENCIA DE CITAS</i>	53
1.4 <i>CLASIFICACIÓN DE RIESGO</i>	54
1.5 <i>REFERENCIA SEGÚN RIESGO</i>	56
1.6 <i>EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES</i>	56
2. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN SEGÚN LA USUARIA	60
2.1 <i>SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN</i>	60
2.2 <i>POSIBILIDADES DE EXPRESIÓN</i>	61
2.3 <i>TIEMPO DE ESPERA</i>	62
2.4 <i>INFORMACIÓN A LA USUARIA</i>	63
2.5 <i>CURSO DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO</i>	64
2.6 <i>TEMAS DE INFORMACIÓN RECIBIDA</i>	65
3. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	68

CAPÍTULO V.	71
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	82
ANEXO N° 1: MAPA DEL CANTÓN DE COTO BRUS	83
ANEXO N° 2: BOLETA DE REGISTRO DE CASOS DE MORTALIDAD INFANTIL INSTRUMENTO N° 2: ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD INFANTIL	85
ANEXO N°3: INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE ATENCIÓN PRENATAL REALIZADAS	95
ANEXO N° 4: INSTRUMENTO PARA CONOCER LA PERCEPCIÓN DE LA USUARIA CON RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA	97
ANEXO N° 5: INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	101
ANEXO N°6: NORMAS DE ATENCIÓN PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.	103

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación gira en torno a la calidad de la atención prenatal que recibieron las madres de los niños menores de un año fallecidos en el año 2000 por parte del personal de salud, en el Cantón de Coto Brus, Puntarenas, Costa Rica. También se analizaron las causas de la Mortalidad Infantil según su probabilidad de ser prevenibles en el embarazo, con el propósito de mejorar la calidad de la atención maternoinfantil en el cantón.

La investigación de tipo descriptiva, utilizó como universo los 14 niños menores de un año fallecidos en ese Cantón durante el año 2000.

Para recolectar la información se verificó en el expediente clínico el cumplimiento de las normas en la atención prenatal recibida por las madres de los niños fallecidos y también se les realizaron encuestas directas. Los diagnósticos causales de muerte y la clasificación de los mismos fueron obtenidos de los archivos de la COLAMI (Comisión Local de Mortalidad Infantil).

Entre los principales hallazgos se encontró que sólo el 50% de las embarazadas se captaron tempranamente, mientras que el porcentaje restante se captó en forma tardía o no se captó. Se cumplió con el número de controles prenatales normado en un 64% de las madres que asistieron a sus controles y la clasificación de riesgo se realizó en un 67%, sin embargo sólo dos de los casos de alto riesgo (25%) fueron referidos al nivel superior de atención.

Los datos de información tanto de la historia clínica materna y del examen físico estaban incompletos. El examen de mamas y el examen odontológico se realizaron únicamente en el 58% de los casos; el examen ginecológico en un 42% y la citología vaginal sólo se consigna en el 25% de las madres que recibieron control prenatal.

Con respecto a los controles obstétricos, se obtuvo que las actividades correspondientes a la determinación del crecimiento y bienestar fetal (altura uterina, movimientos fetales y frecuencia cardiaca fetal) se llevaron a cabo en un 100%, excepto la determinación de la presentación fetal donde se obtuvo un 75%. El Roll Over Test (prueba de cambio de posición) no fue realizado en ninguno de los casos analizados.

Otras actividades que se deben ejecutar como la verificación del esquema de vacunación con DT sólo se consignó en un 42% y el número y secuencia de los análisis de laboratorio cumplieron con las normas en el 50% de los casos.

En lo referente a la percepción de la calidad en la atención prenatal por las usuarias madres de los fallecidos, la encuesta reveló que el 86% expresó satisfacción por la atención recibida durante sus controles prenatales, cumpliéndose con los criterios de calidad percibida. No hubo inconformidad y los resultados fueron favorables también al preguntarles aspectos como el respeto a su privacidad, amabilidad en el trato, tiempo de espera, disponibilidad de información, etc. Sin embargo el mismo 86% de estas madres nunca asistieron ni se enteraron de la existencia del Curso de Preparación para el Parto.

De las causas de muerte y su respectiva clasificación se encontró que de las 14 muertes el 28,5% se debieron a Afecciones Perinatales, 36% a Enfermedades Respiratorias, 28,5% a Anomalías Congénitas y 7% a Enfermedad Infecciosa.

En cuanto a la consideración de evitabilidad o no de las muertes, resultó que en el 64% de los casos analizados la muerte pudo evitarse por una u otra razón. En cuanto a

dicha prevenibilidad, pero enfocándolo únicamente desde el punto de vista de un control prenatal adecuado y basado en las normas de atención, la investigación mostró que sólo las muertes por Afecciones Perinatales guardaron relación con aspectos del control prenatal, puesto que el 75% de las mismas pudieron evitarse si la madre hubiera recibido un control prenatal de calidad.

Se concluyó entonces en que en la atención prenatal brindada a las madres de los niños menores de un año fallecidos en el Cantón de Coto Brus no hubo cumplimiento satisfactorio de las normas existentes, puesto que muchos de los componentes de la atención no fueron ejecutados y otros como la historia clínica y examen físico materno son superficiales y no se realizan en su totalidad. Existió omisión en la referencia de los casos que ameritaban un nivel superior de complejidad. Por todo lo anterior, podemos decir que no se cumplieron los criterios de calidad técnica.

Aunque se cumplen con los criterios de calidad percibida, las usuarias perciben la calidad del control prenatal únicamente desde el punto de vista humanitario y de la amabilidad con que se le trató.

El impacto de la atención ofrecida se reflejó en embarazadas con controles prenatales incompletos y un alto porcentaje de muertes evitables, lo que contribuyó a la morbimortalidad perinatal.

Como recomendación final se enfatiza la importancia de la evaluación y supervisión en el cumplimiento de las normas de atención prenatal; la capacitación y concientización de dicha importancia por parte del personal involucrado, de manera que se pueda construir la imagen objetivo de la atención y corregir las deficiencias encontradas.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El fallecimiento de los menores de un año (Mortalidad Infantil) se ha usado tradicionalmente como un indicador de desarrollo, y en este caso Costa Rica, a pesar de sus limitados recursos, ha podido avanzar en el mejoramiento de sus condiciones de salud y, particularmente, la protección de los grupos más vulnerables de la sociedad; incluyendo los menores de un año, lo que se ha traducido en una reducción de la Mortalidad Infantil a niveles comparables con los de países desarrollados.

El mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud, junto con la búsqueda de equidad y eficiencia en la provisión de estos servicios, ha sido uno de los principios orientadores de la reforma del sector salud, desde la Primera Cumbre de las Américas celebrada en Miami, Estados Unidos de América, en diciembre de 1994. Desde entonces, la calidad cobra cada vez mayor importancia, sobretodo en lo concerniente a la salud de la población en general. Sin embargo, se ha dado un gran énfasis a la atención primaria dirigida especialmente al cuidado de la madre y los menores. Por tal razón, la atención brindada en el Control Prenatal y a los infantes, debe cumplir con criterios que satisfagan las exigencias de calidad establecidas.

Desde este punto de vista, se considera al grupo de mujeres embarazadas y su proceso de atención prenatal, prioritario dentro del grupo poblacional, debido a la necesidad de verificar que se esté dando atención de calidad de acuerdo con normas previamente establecidas (en nuestro país las establecen la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud) a nivel de los Equipos de Salud, y de esta manera determinar si existen debilidades que pudieran de alguna

forma relacionarse con el fallecimiento de los menores, para así poder iniciar los procesos o actividades necesarias para su corrección.

Para continuar avanzando en la reducción de la Mortalidad Infantil, deben analizarse los aspectos que influyen en él, así como las acciones llevadas a cabo por los equipos de salud.

Este documento surge en este contexto. Pretende identificar posibles explicaciones en cuanto a la relación proporcional entre el cumplimiento en la aplicación de las normas de atención prenatal, por parte del personal de salud y las principales causas de mortalidad infantil en el Cantón de Coto Brus durante el año 2000; para así plantear recomendaciones a partir de los hallazgos. Intenta, por tanto ser un aporte a las iniciativas del gobierno en la reducción de la Mortalidad Infantil. Se origina como una iniciativa de la Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles de la Universidad Estatal a Distancia, al procurar fomentar la aplicación del proceso investigativo sobre problemas de relevancia para la salud pública y que a la vez, involucre un componente de índole gerencial en la prestación de los servicios de salud, en el caso del tema que nos ocupa, tanto a la mujer embarazada como a los niños menores de un año.

ANTECEDENTES

La presente investigación se basa en los distintos aspectos que anteceden a la formulación de la readecuación del modelo de atención de salud, y los contenidos de la reforma del sector salud; se considera que para estudiar un determinado programa o aspecto de salud se deben conocer los elementos implícitos en los componentes del sistema de salud de nuestro país.

A principios de la década de los noventa, casi todos los países de América Latina y el Caribe habían iniciado, o consideraban iniciar, reformas del sector salud.

La reforma del sector salud se definió como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”¹

Dentro de los principales enfoques se destaca la calidad de atención que los servicios de salud ofrecen a los (as) usuarios (as), y dentro de éstos, los dirigidos a las mujeres, población objeto de este estudio.

¹ Infante, Alberto et al. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Pan Am J Public Health 8(1/2)m, 2000. Pág 13

El advenimiento de las reformas del sector salud y la implementación del nuevo modelo de atención, traen consigo, el concepto de la calidad total de la atención, conceptos propuestos en el proyecto de reforma. el cual significa:

“Asegurar que las condiciones bajo las cuales se brinda atención de la salud, sean las propicias para lograr que el usuario (a) (en este caso embarazada) de los servicios, reciba el máximo beneficio al menor riesgo y costo...que reciba una atención de calidad”.²

Dentro de esta perspectiva, debemos recordar que:

“...El proceso de garantía de calidad debe analizar las deficiencias encontradas, la adopción de medidas, a fin de mejorar el desempeño, seguidas de una estructuración de la calidad, realizando mediciones (evaluaciones) para determinar si se ha logrado avanzar, trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición (estándares de calidad)”.³

Según Ortiz y Shedeem (13), las Normas de calidad nos permiten hacer mediciones, evaluar, como se están ejecutando los procesos, y por ende los relacionados con la atención a mujeres.

² Caja Costarricense de Seguro Social, El Proyecto de Reforma del Sector Salud, C.C.S.S. 1995. Pág 4.

³ Ortiz E y Shedeem V, Estudio Comparativo de la Calidad de Atención Prenatal del Centro de Salud de Guadalupe y el Centro de Salud de Paraíso de Cartago. Tesis de Licenciatura en Enfermería, 1996. Pág 23.

Sin embargo, son muy pocas las investigaciones que enfocan los estándares de calidad, de ahí la importancia de hacer un estudio para verificar tanto la aplicabilidad de las normas en la población gestante como su relación con las principales causas de mortalidad infantil.

El proyecto de reforma del sector salud y el principio de atención integral de salud, enfoca, entre otros, la calidad, como requisito importante para mejorar los factores involucrados como parte de la inadecuada atención y brindar servicios de salud que llenen las expectativas y necesidades de la población, con un aprovechamiento racional de los recursos del sector salud.

El nuevo modelo de atención de salud se conceptualiza como:

“Un modelo de atención integral que logre de una manera eficiente, eficaz y humanizada, hacer frente a las exigencias y necesidades de salud de la población, a un costo que el país pueda sostener, con un nuevo enfoque y fortaleciendo los principios que sustentan la seguridad social”.⁴

Sin embargo, es importante mencionar que dicho modelo no se debe circunscribir únicamente a la seguridad social, sino que debe contemplar todos los ámbitos que de una u otra manera influyen sobre la salud de la población, tal y como lo propone Pedro Luis Castellanos en el proceso de reproducción social, según el cual, cuatro dimensiones (Biológica, Ecológica, Conciencia y Conducta, y Económica) determinan y condicionan el proceso salud-enfermedad.⁵

⁴ Izquierdo, M. Módulo Reformas del Sector Salud. CENDEISSS, 1995. Pág 7.

⁵ Castellanos, Pedro. Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud, según condición de vida y del Impacto de las acciones de salud y bienestar. OPS/OMS, 1991. Pág 16-19.

Este modelo plantea la necesidad de que los servicios que se ofrecen a la población cumplan con los principios de integralidad, eficiencia, eficacia, humanidad entre otros, y que le sean satisfechas sus necesidades, con el mínimo costo.

La oferta de servicios integrales en el primer nivel de atención se caracteriza por garantizar atención básica a todos los habitantes, independientemente del área geográfica donde residan y de sus condiciones socioeconómicas; la misma estará dirigida a grupos poblacionales y dentro de estos grupos está especificada la Atención Integral a la Mujer, donde las características de la atención prenatal, será nuestro punto de referencia para este estudio.

En cuanto a la Mortalidad Infantil, podemos decir, que a partir de la década de los setenta nuestro país mostró una disminución importante de la tasa de mortalidad infantil, la cual continuo su descenso, aunque más lentamente, en la década de los ochenta; estabilizándose sin ser significativas en la década de los noventa. En este mismo período se mostraron variaciones sustanciales entre la zona rural y la urbana del gran Área Metropolitana.

Es importante señalar que de acuerdo con el estudio realizado por Ana Morice (10), las tasas de mortalidad infantil más elevadas se encontraron en las provincias de Limón, Puntarenas y Guanacaste; además se determinó que son los espacios geográfico-poblacionales más postergados, los que tienen una población infantil más vulnerable y los que han deteriorado en mayor medida el indicador de mortalidad infantil, al pasar por ejemplo, de 12.86 en 1996 a 16.14 en 1997. Otra conclusión importante a la que se llegó en el mismo estudio, se refiere a la evidencia de problemas de calidad de la atención, lo cual indica que a pesar que las familias

acuden a los servicios, se desaprovecha la oportunidad de evitar la defunción en los niños menores de un año.

Según el estudio realizado por el Dr. Lenín Sáenz(16) en 1995 sobre la posibilidad de reducir aún más la Mortalidad Infantil en Costa Rica, presenta que en lo referente a las causas de las 719 defunciones neonatales que ocurrieron en ese año, con medidas adecuadas, se podrían evitar 183, o sea un 25.4% . En este mismo estudio, manifiesta el Dr. Sáenz, que en cuanto a los períodos de ocurrencia del fallecimiento, establece que la mortalidad precoz se podría haber reducido en un 25.9% con una buena atención prenatal, del parto y del recién nacido.

Otra investigación que vale la pena resaltar es la realizada por la Lic. Melve Valverde(22) en los EBAIS de Medio Queso y Pavón, donde se analizaron los estándares de calidad en la atención prenatal que recibían las embarazadas. Este estudio midió la calidad de la atención en relación a la accesibilidad, información-asesoramiento, competencia técnica, oportunidad de la atención, continuidad-seguimiento y suministros; con los cuales se obtuvo la visión de las fortalezas y debilidades de la atención prenatal en estos E.B.A.I.S.

Durante las últimas dos décadas la mortalidad infantil en Costa Rica presentó un ritmo lento y oscilante de descenso: la tasa de 15.3 en 1990 se reduce 11.8 por 1000 n.v. en 1996, pero se incrementa a 14.2 por 1000 n.v. en 1997, para luego descender a 12.6 por 1000 n.v. en 1998 y 10.2 en 2000. (10)

Tradicionalmente, el cantón de Coto Brus ha mostrado una tasa de mortalidad infantil relativamente alta. Según los últimos datos oficiales del Ministerio de Salud (1995), la Tasa de

Mortalidad Infantil en Coto Brus para 1995 era de 21.62 por 1000 n .v. , una tasa alta comparativamente con la nacional y la de otros cantones cercanos como Golfito (10.10), Buenos Aires (11.56), Corredores (11.71), etc.

Según datos suministrados por la Comisión Local de Mortalidad Infantil de Coto Brus (COLAMI), el número de defunciones en menores de un año para 1998 fue de 32 y que hubo 723 nacimientos, que en 1999 se dieron 22 defunciones infantiles y en el año 2000 hubo 17. La tasa de mortalidad infantil para 1999 fue de 15.9 y la del año 2000 fue de 15.09. Sin embargo, no se han realizado estudios que permitan determinar los principales aspectos que influyen sobre este comportamiento; a pesar de contar con los datos recopilados por la COLAMI

Con respecto a la atención prenatal brindada en Coto Brus, se tiene que es ofrecida en la Consulta Externa del Hospital San Vito por Médicos Asistentes Generales y, en su mayoría por médicos en Servicio Social que prestan servicio en los 10 EBAIS correspondientes al Área de Salud Coto Brus. Las adolescentes tienen la opción de llevar su control prenatal en la Clínica de Adolescentes si así lo desean o se le facilita por la distancia, pues dicha Clínica se ubica en el centro de San Vito.

Se supone que la atención que se brinda tanto en el Hospital San Vito como en los EBAIS del Area de Salud de Coto Brus está basada en las normas programáticas vigentes, la cual es una exigencia de las autoridades del Ministerio de Salud y que es de acatamiento obligatorio por parte del personal de salud, quien además debe de tener conocimiento de las mismas. No se cuenta en el Cantón con la presencia de un especialista en Ginecología y Obstetricia, por lo cual

las referencias de casos de riesgo se realizan al Hospital de Ciudad Neily o en su defecto al Hospital Escalante Pradilla o al Hospital de Golfito.

Como parte de la estrategia existente a nivel nacional, en Coto Brus existe una Comisión Local de Mortalidad Infantil (COLAMI) en la cual se detecta el caso, ya sea porque es una muerte local conocida o porque es enviada por algún centro de referencia donde murió el menor. Cuando es local, se confecciona la boleta No1 para enviarla a la CORAMI (Comisión Regional de Mortalidad Infantil), quien a su vez lo envía a la CONAMI (Comisión Nacional de Mortalidad Infantil). Cuando el menor fallece en otro centro hospitalario, este envía la boleta a la CONAMI, quien luego la envía a la CORAMI y ésta finalmente lo manda a la COLAMI. Una vez que esta comisión cuenta con los datos básicos, procede a realizar la visita domiciliar, con el fin de obtener todo lo concerniente a “Información de entrevista domiciliar” y de esta forma llenar lo correspondiente al instrumento No 2, llamado “Análisis de Mortalidad Infantil”.

Los miembros de la COLAMI de Coto Brus, posteriormente a lo antes descrito y según su coordinadora, proceden a consultar el expediente clínico para obtener los datos referentes al embarazo y el parto. Si no se consignan éstos en el expediente del Hospital, se solicitan al EBAIS donde se le brindó el control prenatal, cuando lo haya recibido. Si el parto fue en otro Hospital, se solicita información a éste, igualmente si murió en otro centro hospitalario. Una vez que se cuenta con toda la información, se llena el instrumento No 2; luego se realiza el análisis del caso, con la participación de todos los miembros de la comisión. Una vez que se realiza dicho análisis, se envía a la CORAMI de la Región Brunca.

En cuanto a estudios sobre calidad de la atención prenatal no se encontraron referencias sobre los mismos en este cantón.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación es conveniente debido a que el análisis de las causas de Mortalidad Infantil va a permitir realizar propuestas correctivas a todas aquellas deficiencias que se logren encontrar. Además constituye un instrumento de gran valor para la salud pública, la epidemiología y la administración de la salud.

Para nosotros como proponentes, y como profesionales de la salud, este estudio es considerado de suma importancia, ya que los resultados que podamos obtener pueden aplicarse a otros sectores de salud; además permitiría tomar acciones en procura de mejorar la atención brindada a la población femenina gestante, también serviría para mostrar la importancia de un control prenatal de calidad en la reducción de la mortalidad infantil y sobretodo porque conocemos la problemática del cantón en este sentido y nos preocupan los índices de Mortalidad Infantil en Coto Brus, los cuales discrepan con la reducción general del país.

Los altos índices (15.9 en 1999 y 15.09 para el 2000) de la Mortalidad Infantil en Coto Brus en comparación al promedio nacional en esos mismos años (11.8 en 1999 y 10.2 en 2000)⁶, representan una preocupación para el personal de salud e integrantes de la COLAMI local; sabemos sin embargo que los factores que influyen en ella son multicausales y complejos. Pero, debido a la importancia que tiene en la reducción de la morbimortalidad infantil un control prenatal de calidad, así como a lo relevante que es la orientación y educación que durante el

⁶ Ministerio de Salud. Memoria Anual 2000. 2001. Pág. 9

mismo se dé a las futuras madres se considera que es necesario realizar un análisis específico de la atención prenatal que recibieron las madres de cada niño fallecido.

El beneficio que se pretende alcanzar radica en que esto ayude a determinar si la atención recibida por las mujeres embarazadas es de calidad y su relación con las muertes ocurridas. El estudio contribuiría a identificar las debilidades a nivel local, hallazgos que podrían contribuir a mejorar la atención de las embarazadas y por ende reducir la mortalidad infantil del cantón. Además, permitirá conocer si en el cantón, existe o no una cultura de análisis continuo de acciones de atención prenatal, que permita la detección temprana de deficiencias y así iniciar las correcciones lo más pronto posible.

También deseamos que esta investigación sirva de base a la Comisión Local de Mortalidad Infantil y al personal de salud para encontrar las mejores estrategias que provoquen cambios positivos en las personas involucradas en el cuidado de las embarazadas. Todo el conocimiento que se obtenga de esta investigación deberá traducirse en acciones, y aportar las bases para modificar conductas erróneas y crear conductas saludables.

Para avanzar en la reducción de la Mortalidad Infantil, es necesario que las estrategias, tanto nacionales como locales, estén sustentadas en la evaluación de aspectos de la atención que puedan mejorarse, así como de la efectividad de las intervenciones al incorporar el análisis de la vulnerabilidad de las causas que están provocando las muertes, o sea, la posibilidad de incidir en ellas.

Además, desde el punto de vista de la calidad, las acciones que se han de desarrollar, deben provenir de las autoridades y personal de salud a quienes compete garantizar la calidad de

los servicios. De ahí, que sea indispensable desarrollar mecanismos para medir y evaluar la calidad en nuestros centros de trabajo y, queremos sentar un precedente con esta investigación para que sirva de base a futuras generaciones en esta temática.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con respecto al problema nos hacemos la siguiente interrogante:

¿El incumplimiento en la calidad de la aplicación de las normas de atención prenatal, por parte del personal de salud, brindada a las madres de los niños menores de un año fallecidos en el Cantón de Coto Brus, contribuyó a la mortalidad infantil por causas prevenibles durante el año 2000?

HIPÓTESIS

La Mortalidad Infantil por causas prevenibles está asociada al incumplimiento, por parte del personal de salud, de las normas de atención prenatal brindadas a las madres de niños menores de un año fallecidos en el Cantón de Coto Brus.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo General

Verificar el cumplimiento de las normas de atención prenatal, por parte del personal de salud, dada a las madres de los niños menores de un año fallecidos en el Cantón de Coto Brus durante el año 2000 y las causas de mortalidad infantil prevenibles en el embarazo con el propósito de mejorar la calidad de la atención materno-infantil en el cantón.

Objetivos Específicos

Conocer la calidad en el cumplimiento de la normas de atención prenatal, por parte del personal de salud, brindada a las madres de los niños menores de un año fallecidos en el Cantón de Coto Brus.

Conocer la calidad de la atención prenatal según la percepción de la usuaria.

Identificar las causas de mortalidad infantil prevenibles en el embarazo.

Proponer estrategias para mejorar la calidad de la atención prenatal en el Cantón.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

El proyecto de Reforma del Sector Salud, busca mejorar la capacidad operativa de las instituciones de salud e insertar profundas modificaciones al modelo de prestación de servicios, de manera que se garantice la calidad en la atención de toda la población.

En términos generales, “la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente. Independientemente del enfoque que se adopte, el tema ha venido cobrando creciente importancia, no solo en el sector privado productivo, sino también en los sectores públicos sociales.”⁷

Con respecto a la concepción de calidad de la atención, según se establece en el documento de Reforma del sector salud dice que:

“...El control de la calidad son los factores administrativos dirigidos a verificar que las actividades o acciones de salud, se desarrollen o efectúen de acuerdo a las normas de calidad previamente establecidas, tanto en el área de la estructura como en la de proceso”.⁸

⁷ Ross, Gabriela et al. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Pan Am J Public Health 8(1/2)2000. Pág 93

⁸ C.C.S.S, El Proyecto de Reforma del Sector Salud.1995.

En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.

Refiriéndose a la calidad técnica, Avedis Donabedian afirmó que :

“Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos. La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios”.⁹

El modelo conceptual de Donabedian abarca tres aspectos del control de la calidad: estructura, proceso y resultados. “La **estructura** debe evaluarse incorporando las características de los prestadores de atención a la salud, sus herramientas y recursos disponibles y los elementos físicos y organizacionales por los cuales provee la atención en salud; el **proceso**, corresponde a todas las actividades que ocurren entre el paciente y el prestador de servicios y finalmente, los **resultados**, se refieren a la interacción resultante de la atención brindada.”¹⁰

⁹ Ross, Gabriela et al. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Pan Am J Public Health 8(1/2)2000. Pág 93

¹⁰ Urroz, Orlando. Introducción a la Calidad en los Servicios de Salud Local. Módulo 10, Curso Gestión Local de Salud, 1999. Pág 67

Hasta hace poco, el énfasis se ponía principalmente en la estructura y en los aspectos de regulación, acreditación, certificación y licenciamiento. Sin embargo, en la actualidad los procesos suscitan mayor interés, sobre todo aquellos que se orientan a garantizar la seguridad de las intervenciones tanto médicas como quirúrgicas y a fomentar la evaluación de las tecnologías, el empleo de intervenciones médicas basadas en pruebas confirmatorias, la atención protocolizada, y el empleo de indicadores intermedios que permitan medir el rendimiento de los servicios.

En relación con los resultados, la definición del estado de salud se ha ampliado paulatinamente, hasta abarcar el funcionamiento emocional y social del paciente, además de su funcionamiento físico. Se considera importante no sólo prolongar la vida, sino también mejorar su calidad, aminorando el dolor y las minusvalías o disfunciones, procurando que el paciente pronto se encuentre en condiciones de regresar al trabajo o de desempeñar actividades sociales y personales útiles, y velando por su bienestar y satisfacción después del tratamiento. Asimismo, cada vez es mayor la atención a los efectos económicos directos e indirectos de todo este proceso.

En lo que respecta a la calidad percibida por el usuario, el interés se ha venido ampliando desde la mera percepción del trato recibido en el momento de la asistencia (que suele investigarse mediante encuestas post-hospitalización), hasta abarcar todos los aspectos del proceso de atención: provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad de los cuidados entre niveles de atención, etc. De hecho, la calidad percibida (en su doble dimensión humana y administrativa) figura cada vez más como un factor que afecta y modula notablemente a la calidad técnica, tanto en términos de los procesos como de los resultados.

CONTROL PRENATAL

En cuanto al control prenatal, para efectos de conceptualización, este se define como:

“El conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con la finalidad de obtener el mejor, grado de salud de ésta y de su hijo”.¹¹

Se debe lograr una alta cobertura del grupo de mujeres, respecto a la atención prenatal y asegurar que la misma sea de calidad, mediante el cumplimiento de los requisitos básicos tales como: amplia cobertura, precoz, periódico, completo y con enfoque de riesgo.¹²

El control prenatal debe cumplir una serie de objetivos tales como:

- Conocer la información relevante para el embarazo a través del interrogatorio adecuado.
- Evaluar mediante el examen físico completo, la clínica general de la embarazada, su adaptación al embarazo y la presencia de patología en curso.
- Detectar tempranamente posibles alteraciones en la embarazada, tales como anemias, enfermedades de transmisión sexual, diabetes mellitus, sepsis urinaria y otras, mediante los exámenes de laboratorio pertinentes, para el control oportuno.
- Prevenir el tétano neonatal y puerperal mediante la vacunación con difteria y tétanos.
- Definir el nivel de atención de la embarazada por medio de la evaluación del riesgo materno fetal.
- Brindar una óptima educación para mejorar la salud de la embarazada y su familia.

La atención prenatal abarca una serie de elementos y no sólo el control prenatal, para

¹¹ Schwarz, Ricardo, Obstetricia. 1986. Pág 131

¹² C.C.S.S., Normas de Atención Integral de Salud. C.C.S.S.-MS.1995. Pág 21-28

poder considerar una atención integral a la mujer embarazada que cumpla con las características del modelo de atención, en el cual participan todos los miembros del equipo de salud.

En Costa Rica la atención prenatal se rige por las Normas Técnicas de Atención Materna y Perinatal de la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud.(3)

De acuerdo con la normativa con respecto a como debe ofrecerse dicha atención, a las gestantes, se deben captar durante el primer trimestre de embarazo, la clasificación del riesgo, si es bajo o alto riesgo, entre otros.(3) A continuación se hace referencia a ellas.

El control prenatal de toda embarazada debe ser eficiente por lo que debe cumplir con cinco requisitos básicos que se mencionan en las Normas Técnicas de Atención Materna y Perinatal en 1994 por la C.C.S.S. y el M.S. A continuación se mencionan:

- 1) **Extenso o de Amplia Cobertura:** que abarque idealmente a todas las gestantes de la comunidad:

“Solo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal”.¹³

De ahí la importancia de captar a todas las embarazadas, para cumplir con los requisitos de equidad, oportunidad, accesibilidad, y otros, los cuales son componentes básicos en una atención de salud holística. Para poder determinar un control prenatal,

¹³ Schwarz, Ricardo, Obstetricia. 1986. Pág 131

en el cual no se ha incluido el enfoque de género, de acuerdo con las normas de atención del primer nivel debe ser:

2) **Precoz:** Debe iniciarse lo más temprano posible, en la medida de lo posible en el primer trimestre de gestación, lo que permitirá la ejecución oportuna de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control. Además permite la identificación temprana de embarazos de alto riesgo lo que facilitaría la aplicación de las acciones de control.

3) **Periódico:** Los controles del embarazo deben ser periódicos, deben repetirse con una frecuencia y oportunidad que variarán dependiendo de los factores de riesgo del embarazo. Los de alto riesgo necesitarán una mayor cantidad de consultas, cuyo número y momento estarán fijados por el tipo de problema que presente.

En un embarazo normal (bajo riesgo), la frecuencia de los controles responde al siguiente esquema:

- Durante las primeras 32 semanas se hará un control prenatal por mes.
- De la semana 33 a la semana 38 los controles se harán cada tres semanas.
- De la semana 39 a la semana 42 los controles se harán cada semana.
- A las 42 semanas o más debe internarse.

Durante las primeras 20 semanas, la gestante debe tener por lo menos una cita de control prenatal. Debe considerarse que el mínimo aceptable de controles en un embarazo de bajo riesgo es de cinco consultas, tal como lo establece la normativa:

“La embarazada debe tener al menos cinco consultas para la atención prenatal”¹⁴.

4) **Completo:** Los contenidos mínimos del control deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijos e hijas de acuerdo con las actividades establecidas en las normas de atención de la consulta prenatal, los cuales dictan sus pautas en la:

“Cronología de las actividades para la consulta prenatal”.¹²

Deberá representar, además, la aplicación práctica del conocimiento científico más avanzado.

5) **Con enfoque de riesgo:** Se hace necesario la aplicación de un criterio discriminador entre el alto y bajo riesgo, así como para la referencia y contrarreferencia, ya que no todas las embarazadas tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado.

Esta diferencia establece una serie de gradiente de necesidades y cuidados según el grado de riesgo, desde mínimos para los de bajo riesgo, hasta un máximo para aquellos con alta probabilidad de sufrir alteraciones en la salud.

Respecto al enfoque de riesgo, que nos da las pautas a seguir en la atención que se debe ofrecer a la mujer embarazada, el mismo es considerado como:

¹⁴ C.C.S.S, Normas de Atención Integral de Salud. C.C.S.S.-M.S.1994.. Pág 1, 9

“Un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención aquellos que más lo requieran. Es un enfoque no igualitario, discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención”.¹⁵

También se dice que la aplicación, y el manejo del riesgo perinatal depende de los factores relacionados con el mismo y determina donde se debe manejar a la embarazada. El bajo riesgo se resuelve en el primer nivel de atención. El alto riesgo requiere de atención especializada en un segundo o tercer nivel. Además a las gestantes se les debe clasificar el riesgo y determinar si es un riesgo real o un riesgo potencial y de ahí que las embarazadas con riesgo potencial requerirán atención prenatal y neonatal continuada o sea asegurar su accesibilidad.

En el Anexo N° 6 se muestra el gráfico con los fundamentos de normatización del control prenatal, según enfoque de riesgo.

¹⁵ O.P.S, Manual sobre el enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. 1986. Pág 4-5

ACTIVIDADES DEL CONTROL PRENATAL

De acuerdo con los componentes de la atención prenatal, “las acciones del control son fundamentales porque nos permiten evaluar el estado de desarrollo del embarazo y la condición de salud del binomio madre-hijo (a).”¹⁶

Cada una de las actividades que deben realizarse en el control de un embarazo normal responde a objetivos específicos, cuya consecución redundará en el mejoramiento de la salud de la madre y del niño. En el Anexo No. 5 se señala un cuadro donde se muestran dichas actividades, así como sus objetivos y los responsables de ejecutarlas.

De acuerdo con los requisitos establecidos de la atención prenatal como lo son: amplia cobertura, precoz, periódico, completo y con enfoque de riesgo, elementos implícitos en los principios involucrados en el modelo de atención integral de salud, para lo cual se establecen normas de atención, para todos y cada uno de los grupos poblacionales inmersos en los programas de atención del sistema de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

NORMAS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Para el mejoramiento de la calidad deben establecerse normas de calidad de la atención de salud, en este estudio nos referimos a las concernientes a la atención prenatal en el primer nivel. La existencia de normas y procedimientos en cada nivel y su cumplimiento, es uno de los pilares fundamentales para mejorar la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud.

¹⁶ Valverde, Melve. Tesis: Estándares de calidad de la atención prenatal en los EBAIS de Pavón y Medio Queso de los Chiles. 1998. Pág 31

Para efectos de conceptualización, es importante hacer referencia al término norma, el cual gramáticamente se define como:

“Regla sobre la manera como se debe hacer o está establecido que se haga una determinada cosa. En las gramáticas normativas son tipos de elementos que se consideran modélicos. Reglas que determinan las condiciones de la realización de un objeto o producto”.¹⁷

Por otro lado, podemos decir que “las normas de cumplimiento, son criterios específicos que se emplean para evaluar los resultados de la prestación de servicios, las actividades auxiliares o el desempeño de las pautas y normas de orientación. Son diferentes de las pautas o procedimientos operativos porque están destinadas a evaluar la práctica. Las normas pueden relacionarse con el proceso de atención, evaluando el cumplimiento de las pautas, o pueden ser medidas por los resultados de los servicios de salud.”¹⁸

En los distintos programas de atención integral de salud se han establecido normas, las cuales nos establecen como debemos desarrollar las acciones de todos y cada uno de los programas, dentro de éstas, las normas de atención a la mujer y por ende la atención prenatal, en las que nos basamos en esta investigación. Así tenemos que:

“Las normas y procedimientos deben facilitar la toma de decisiones para la referencia y contrarreferencia de pacientes; y orientan al personal de salud a cumplir sus funciones,

¹⁷ Océano Uno, Diccionario Enciclopédico. 1990.

¹⁸ Urroz, Orlando. Introducción a la Calidad en los Servicios de Salud Local. Módulo 10, Curso Gestión Local de Salud, 1999. Pág 49

evitando las oportunidades perdidas; bajo el concepto de atención integral de salud”.¹⁹

Las normas se derivan de los criterios científicos formulados por los distintos profesionales y con asesoría de expertos en los distintos campos del saber, en el campo que nos ocupa, como es la salud de las personas, y en este caso la población de embarazadas. La aplicabilidad de las normas la podemos determinar a través de indicadores, además es importante tener presente, que hay una serie de aspectos que encierran la formulación de normas; tenemos criterios ideales (normativos) y criterios empíricos.

Los criterios ideales presuponen el conocimiento en términos absolutos lo que constituye la mejor atención posible. Sin embargo, se dice que la identificación de criterios ideales es utópica, por lo que los mismos se analizan como modelo ideal, están basados en los conocimientos científicos y tecnológicos, por consiguiente deben ser seleccionados unos pocos criterios indicadores, en base a su importancia o su representatividad.

Por otro lado, los criterios empíricos son los que se basan en la práctica previa. Los criterios ideales deben ser creados por grupos de expertos que tomen en cuenta tanto lo ideal como lo empírico, pero lo más importante es:

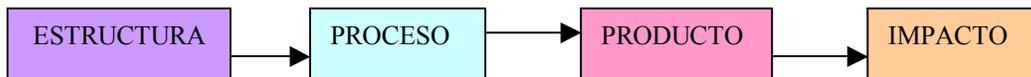
“El ajuste de los criterios a la situación, lo cual puede ser una de las claves del éxito del control de calidad”.²⁰

¹⁹ Documento de Política Sectorial de Cooperación al Desarrollo, Planificación familiar y salud reproductiva en la cooperación al desarrollo.

²⁰ Uvory, H. El control de calidad en los servicios sanitarios. 1988. Pág 15

En el modelo readecuado de atención, los aspectos de calidad involucran la eficiencia, eficacia, y efectividad entre otros.

Hay diferentes formas para evaluar la calidad de un servicio, dentro de éstas se tiene un enfoque de sistemas, el cual se compone de:

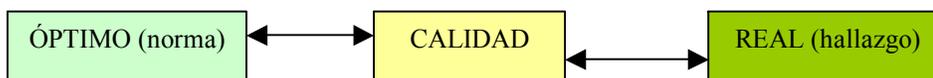


La aplicabilidad de normas de calidad debe analizarse tanto en la estructura como en el proceso de las acciones de salud que se ofrecen a la población, con el fin de obtener un resultado, que satisfaga las necesidades del usuario (a).

En cuanto a la eficiencia, como aspecto fundamental de la calidad, se puede definir ésta como la realización de actividades al menor costo o esfuerzo posible y con un patrón de calidad aceptable. Además, se dice que las condiciones de eficiencia miden la calidad potencial de los servicios, en la medida en que se establecen el grado de conformidad entre un valor óptimo o normado y aquel que se observa en la realidad.

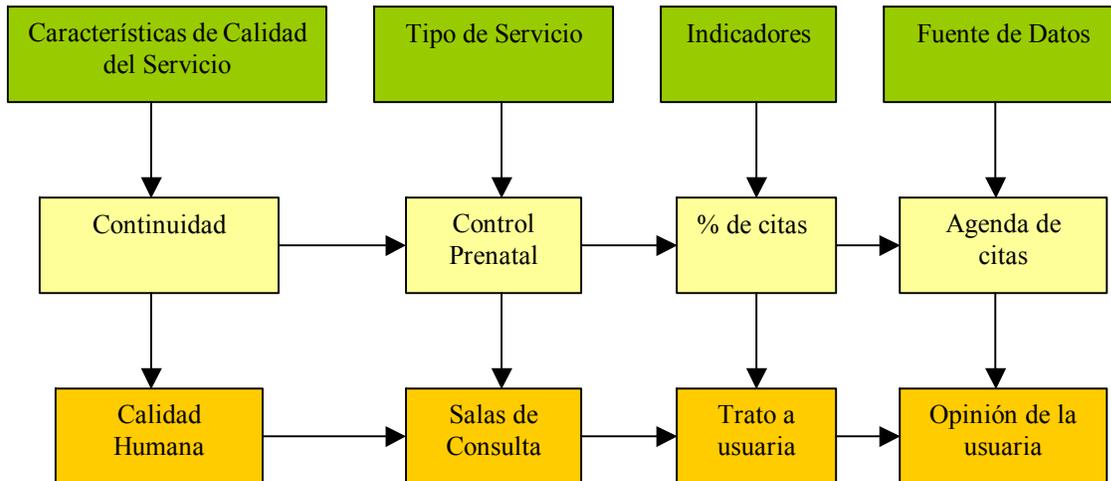
Se hace imprescindible la presencia de normas en la ejecución de las diversas acciones porque las mismas nos ayudan a definir que es lo óptimo y que es lo real, que se está realizando.

Las normas de calidad de la atención se podría ubicar de la siguiente manera:



Sin embargo, cabe preguntarse como se podría determinar si se están aplicando las normas establecidas, por lo cual es importante contar con indicadores que nos orientan en la aplicabilidad de las normas. Es así como para cada servicio, dependiendo de su naturaleza, y complejidad, pueden identificarse indicadores de desviación de comportamiento normativo técnico y humano. Algunas características de calidad son relativamente más fáciles de medir (por ejemplo, oportunidad), otros requieren del juicio profesional (por ejemplo, severidad de la necesidad). De acuerdo con esto, podemos contar tanto con indicadores que incluyan aspectos técnicos (medir la altura uterina) como humanos (el trato a la usuaria) del servicio. Por lo tanto, las normas deben contener ambos aspectos; los cuales al final de cuentas nos permiten determinar la calidad de la atención.

A manera de ejemplo; podríamos enunciar el siguiente esquema:



De acuerdo con este esquema, se tiene que en la aplicabilidad de normas de calidad, deben considerarse tanto aspectos cuantitativos como cualitativos, técnicos-humanos, los cuales conjuntamente nos van a determinar la calidad del servicio prestado.

Por otro lado, es importante considerar que con el advenimiento de los compromisos de gestión institucionales, la calidad es una de las metas prioritarias.

El programa de mejoramiento continuo de la calidad de la Caja Costarricense de Seguro Social define la calidad total como: Un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda la organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en la cobertura, entrega e impacto de los servicios de salud.

También por su parte el Ministerio de Salud, con los aspectos de Rectoría de la salud, está ejecutando la acreditación de los distintos programas de salud, y por ende el de atención a la mujer, iniciando con la acreditación de maternidades y también con el fortalecimiento de los programas de Atención Primaria.

Por todo lo anterior, es justificable el establecimiento de normas de calidad en los programas de salud, su adecuada aplicabilidad y la aceptación del personal.

MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil mide el riesgo de morir que tiene un nacido vivo antes de cumplir un año de edad²¹. Esta es considerada universalmente como uno de los mejores indicadores, no solamente de salud infantil, sino también de nivel socio-económico de una población.

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) es un indicador que permite medir los cambios que, en el tiempo y de acuerdo con diferentes espacios geográfico-poblacionales, ocurren en las condiciones de vida y de salud de los países, pues la vulnerabilidad de la población menor de un año a los diversos determinantes de índole socio-económica, cultural, así como de acceso y calidad de los servicios, hace que éste se utilice como parámetro para medir el nivel de desarrollo de las naciones²².

Muertes Infantiles son aquellas que ocurren a partir del nacimiento vivo hasta el 365vo día, es decir, durante el primer año de vida. Esta se mide por la tasa o coeficiente de mortalidad infantil, cuya fórmula es la siguiente:

$$\text{Tasa de Mortalidad infantil} = \frac{\text{No de muertes de niños menores de 1 año en un área y año}}{\text{No de nacidos vivos en la misma área y año}} \times 1000$$

²¹ Organización Panamericana de la Salud. Fuentes de datos y definiciones utilizadas en salud materno-infantil. 1994.

²² Morice, Ana. Tendencias y determinantes de la mortalidad infantil en Costa Rica. 1999. Pág 1-21

La reducción de la Mortalidad Infantil lograda en corto tiempo, hace que pasen a predominar las muertes neonatales, es decir, “aquella que ocurre en niños entre los cero y los veintiocho días de vida y se divide en mortalidad neonatal precoz (ocurre entre los cero y siete días) y la mortalidad neonatal tardía (de los siete a los veintiocho días)”²³ cuyas causas no son tan fácilmente previsible, dependiendo particularmente, de una buena atención prenatal, en el parto y en los primeros días de vida.

Clásicamente se ha afirmado que la mortalidad neonatal es debida a causas o factores vinculados a la madre (embarazo y parto) y al propio producto de la concepción (malformación congénita, algunas causas perinatales) tanto como a factores materno-fetales (algunas causas perinatales).

Entre las principales causas de mortalidad infantil tenemos las anomalías congénitas, las afecciones perinatales, las enfermedades respiratorias y las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Existen diversos factores que condicionan las variaciones en la mortalidad infantil, dentro de ellos podemos citar, el nivel educativo materno, el espacio intergenésico, la lactancia materna, condiciones de saneamiento ambiental, factores culturales y **calidad en la atención de la salud**, entre otros. Por lo tanto, es necesario analizar la situación de algunos de estos determinantes, y en nuestro estudio analizaremos el factor de calidad en la atención prenatal que recibieron estas

²³ Saénz, Lenin. Es reducible aún la Mortalidad Infantil en Costa Rica. En: Revista Costarricense de Salud Pública; 4(7):39-47. Jul 1995. Pág 39-47

madres. Dado que a partir del análisis de estos condicionantes y la factibilidad de transformarlos, sería posible identificar las intervenciones que podrían ser más efectivas.(16)

En cuanto a esta variable nos dedicaremos a analizar específicamente el control prenatal, necesidades básicas insatisfechas, y datos claves de evolución del embarazo. Acciones realizadas en el proceso de atención de acuerdo a las normas vigentes. Estudios previos de Mortalidad Infantil han mostrado que las afecciones perinatales se relacionan con la planificación familiar y la calidad del control prenatal y parto.(16)

Las condiciones que rodean la gestación y el parto influyen sobre la posibilidad del niño de vivir o morir. Algunos indicadores muestran deficiencias en la aplicación del enfoque de riesgo durante el embarazo y parto en el país. (16)

Como antes señalamos nuestro estudio hará referencia a la “investigación y análisis” de las muertes en menores de un año y pretendemos lograr abarcar un conjunto de elementos, resultados y debilidades en el proceso de atención de la enfermedad, relacionados con la organización y funcionamiento de los servicios de salud; algunos fácilmente detectables y probamente previsibles; cuyo seguimiento y estudio permiten determinar o medir puntos débiles en el sistema. Cada muerte se convertirá en un evento trazador, ya que provee información sobre uno o más aspectos de la atención a la salud (estructura, proceso, resultado) y que puede contribuir a una aproximación sobre la calidad de la atención de una red de servicios y camina paralela a una mejoría de la calidad y la equidad de la atención al usuario.

CAPÍTULO III.

DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de Investigación

La presente es una investigación de tipo descriptiva; en ella se analizan elementos relacionados con la calidad de la atención prenatal y las principales causas de Mortalidad Infantil.

b. Área de Estudio

Este estudio se realizó en el Área de Salud de Coto Brus, ubicada en la Región Brunca, Cantón de Coto Brus, Provincia de Puntarenas, Costa Rica.

Distritos: San Vito, Sabalito, Agua Buena, Limoncito y Pittier.

Ubicación geográfica: El cantón de Coto Brus está localizado al sur del país en las faldas de la cordillera de Talamanca y la Fila Brunqueña. Limita al norte con el cantón de Talamanca y la República de Panamá, al oeste con el Cantón de Golfito y de Buenos Aires, al sur con el Cantón de Corredores, al este con la República de Panamá y al suroeste con el Cantón de Golfito.

El área total del cantón es de 935.52 kilómetros cuadrados, distribuidos en los cinco distritos mencionados.

Vías de Comunicación: Coto Brus cuenta con 95 Km. de caminos asfaltados, posee 654 caminos de lastre y 518.6 Km. de caminos de tierra.

Población: La población total estimada es de 38,576 habitantes compuestos en su mayoría de costarricenses. También existe una población denominada flotante que reside en el cantón sólo durante la época de producción de café.

Establecimientos de Atención: Hospital San Vito, Categoría Hospital Periférico Uno (HP1); 10 Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS); Puestos de Salud y Casas de Salud.

c. Universo.

La población de estudio o universo la componen los niños menores de un año fallecidos en el Cantón de Coto Brus durante el año 2000.

d. Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos.

1. Recolección de la Información.

Las técnicas utilizadas fueron:

- Revisión de la información contenida en el instrumento de datos recopilado por la COLAMI para cada niño fallecido (Instrumento No.2 adecuadamente lleno), la cual se realiza en entrevista a los padres. De aquí se obtuvo el número de niños fallecidos; los nombres y direcciones de las madres; los diagnósticos causales de muerte y la clasificación de muerte evitable o no evitable resultante del análisis del caso por la Comisión.
- Verificación de la atención prenatal recibida por las madres en el expediente clínico, historia perinatal y otros registros. Aquí se analizaron un total de 12 expedientes, debido a que dos de las madres no recibieron control prenatal.
- Encuesta a usuarias (madres de los fallecidos).

Se utilizó para estudiar la percepción de la usuaria sobre la atención prenatal recibida.

Los instrumentos de encuesta fueron aplicados a las madres que recibieron control prenatal y que pudieron localizarse en sus domicilios.

En este caso se utilizó una encuestadora ajena a los servicios de salud (a la cual se orientó previamente), para evitar la subjetividad en la información brindada tanto por usuarios externos como por los proveedores de los servicios de salud.

La recolección de la información por fuentes secundarias fue realizada por los investigadores.

2. Instrumentos utilizados en el Estudio.

- Instrumento No1: Tabla para la Recolección de información sobre las principales causas de muerte de los niños menores de un año. Ver Anexo No.5.
- Instrumento No 2: Tabla para la Recolección de Información sobre el Cumplimiento de Normas de Atención Prenatal. Ver Anexo No.3.

Creado con la finalidad de medir el cumplimiento y aplicabilidad de las normas de control prenatal. Está basado en lo establecido en el Manual de Normas Técnicas de Atención Prenatal del Ministerio de Salud.

- Instrumento No3: Cuestionario “Calidad de la Atención Prenatal Percibida por las Usuaris de Servicio de Atención Prenatal”. Ver Anexo No.4.

Se aplicó para valorar la satisfacción y conocer la opinión de éstas al respecto.

3. Limitaciones encontradas:

- El estudio no pudo concluirse según lo estipulado en el cronograma, debido a inconvenientes que surgieron a la hora de recolectar información del expediente clínico materno, pues la jefatura del área de salud no permitió que los expedientes fueran revisados en el Hospital San Vito, lo que nos obligó a desplazarnos hasta casas de salud²⁴ situadas en lugares muy distantes y de difícil acceso.

²⁴ Casa de Salud: Sitio donde se realizan las consultas médicas en forma eventual y periódica con el fin de facilitar el acceso a los servicios a una localidad específica.

- Al estudiarse casos a nivel de todo el cantón, fue difícil localizar a las madres de comunidades alejadas, pues muchas habitaban en fincas, y otras habían ya cambiado de domicilio.

e. Métodos de Análisis de los Datos

Posteriormente a revisar la información y clasificarla en cada uno de los factores de interés, se realizó un análisis crítico y se identificaron las relaciones e interacciones de los hallazgos encontrados. Para esto se aplicó el análisis cuantitativo y cualitativo; las medidas utilizadas fueron el porcentaje y las frecuencias absolutas y relativas.

Se sistematizó la información en cuadros estadísticos y gráficos.

Plan de Tabulación y Análisis

No.	ACTIVIDAD	FECHAS DE CUMPLIMIENTO
1	Fase explorativa	1-7-01
2	Elaboración de Protocolo	4-8-01
3	Prueba o validación de instrumentos	11-8-01
4	Recolección de la información	25-8-01
5	Procesamiento y análisis estadístico	8-9-01
6	Análisis de Resultados	15-9-01
7	Realización de informe final	22-9-01
8	Presentación del trabajo	6-10-01

Resultados Esperados

Como resultado final, esperamos:

- Determinar el cumplimiento o incumplimiento, por parte del personal de salud, de las normas en la atención prenatal que se brindó a las madres de los niños que fallecieron durante su primer año de vida.
- Conocer la opinión que tienen las usuarias con respecto a la calidad de la atención prenatal que se les brindó.
- Identificar las principales causas de Mortalidad Infantil y determinar la relación existente entre las causas prevenibles con un control prenatal adecuado; con la finalidad de poder plantear las recomendaciones pertinentes.

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivos Específicos	Variable	Conceptualización	Dimensión	Indicadores
<p>1. Conocer la calidad en el cumplimiento de las normas de atención prenatal brindada a las madres de los niños fallecidos en el cantón de Coto Brus</p>	<p>Calidad en el Cumplimiento de las Normas del Control Prenatal</p>	<p>Conjunto de características y actividades del Control Prenatal, previamente establecidas, que deben ejecutarse sobre la embarazada con el fin de evaluar el desarrollo del embarazo y obtener el mejor estado de salud de la madre y de su hijo(a).</p>	<p>Normas de atención prenatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Captación temprana. - Número de consultas. - Historia clínica. - Examen físico. - Laboratorios. - Clasificación del riesgo. - Vacunación DT. - Prescripción de Ácido Fólico y Hierro
<p>2. Conocer la calidad de la atención prenatal según la percepción de la usuaria</p>	<p>La calidad de la atención según la usuaria</p>	<p>Satisfacción de la usuaria con respecto a la atención y servicio recibido, es decir, la impresión de la usuaria con respecto al trato recibido en el momento de la asistencia, por parte del personal que le brindó atención.</p>	<p>Acceso a la atención prenatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a la consulta. - Tiempo de espera. - Trato preferencial. - Privacidad en la atención. - Respeto a su condición de embarazo. - Oportunidad en la consulta para exponer dudas, temores y sentimientos. - Información a cerca del embarazo. - Asistencia al curso de preparación al parto. - Grado de satisfacción con la consulta recibida. - Citas o campos disponibles. - Orientación sobre medicamentos, dietas, salud, educación u otros.

<p>3. Identificar las causas de mortalidad infantil prevenibles en el embarazo.</p>	<p>Causas de Mortalidad Infantil prevenibles en el embarazo.</p>	<p>Causas de muerte que pudieron haber sido evitadas si se hubieran tomado las acciones correctas en el momento oportuno.</p>	<p>Tipo de diagnóstico post mortem.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No de muertes por anomalías congénitas (ejem. : Cardiopatías Congénitas, TORCHS, Hernia diafragmática, etc) 2. Número de muertes por afecciones perinatales (ejem. : prematuridad, hipoxia perinatal, hemorragia intracraneana, etc.) 3. Número de muertes por enfermedades respiratorias (ejem. : membrana hialina, bronconeumonía, neumonía, etc.) 4. Número de muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias (ejem. : septicemia, meningitis, diarreas etc.)
--	---	---	--	---

CAPÍTULO IV.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. CUMPLIMIENTO DE NORMAS EN EL CONTROL PRENATAL

El cumplimiento de las normas de atención prenatal que han sido establecidas, no sólo son un requisito técnico, su finalidad es regular la prestación de este servicio en particular y brindar a la mujer embarazada calidad de manera que se pueda garantizar el bienestar tanto de la madre como de su hijo.

En este apartado se procedió a analizar un total de doce (12) expedientes clínicos maternos, debido a que dos de las madres de los niños fallecidos nunca recibieron control prenatal. El propósito fue analizar el proceso de atención prenatal brindada por parte del personal de salud.

Los criterios evaluados se detallan a continuación:

1.1 Captación temprana de la gestante:

Respecto a este criterio se obtuvo la siguiente información.

Cuadro No.1

Madres captadas según trimestre de embarazo,
Area de Salud de Coto Brus. Costa Rica, 2001.

Trimestre del Embarazo	Número de Embarazadas
I Trimestre	7
II Trimestre	5
III Trimestre	0
No captadas	2
Total	14

Fuente: Ramos L, Salvador G; Revisión de Expedientes Clínicos. MASSS; UNED. 2001.

El control prenatal debe iniciarse lo más pronto posible, idealmente desde el primer trimestre de gestación; de las gestantes estudiadas, sólo 7 fueron captadas en ese periodo (50 %), de las restantes, 5 fueron captadas tardíamente (36%) y 2 nunca fueron captadas (14 %).

De las madres encuestadas, el 86% manifiesta haber recibido su primera consulta prenatal en el primer trimestre del embarazo, mientras que una de ellas (14%), la recibió en el segundo trimestre. Este dato nos indica que estas usuarias tuvieron acceso a la consulta prenatal y en su mayoría tempranamente. En el grupo de encuestadas, se cumple con uno de los requisitos básicos mencionados en las normas de atención, donde se busca y pretende abarcar a todas las gestantes.⁸ Pero hay que recordar que el grupo de madres encuestadas correspondió a madres que sí recibieron control y que probablemente tienen mayor estabilidad sociolaboral pues mantienen un domicilio fijo que permitió localizarlas.

1.2 Número de Controles Prenatales:

La norma de la C.C.S.S. y el M.S. establece que toda embarazada debe recibir como mínimo cinco controles prenatales.

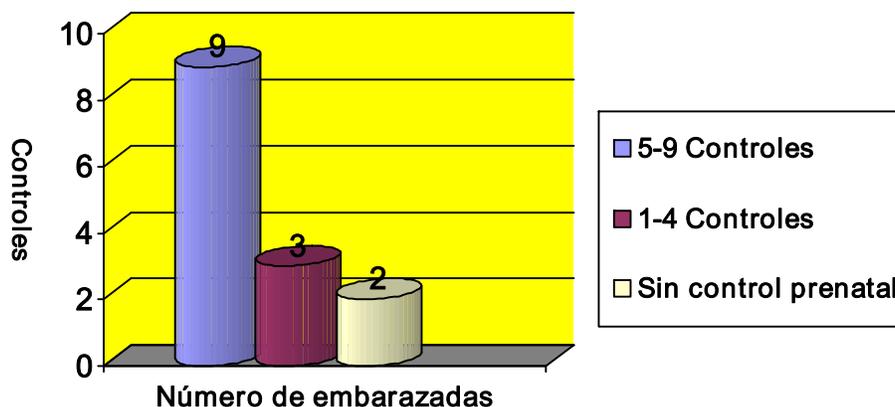
Cuadro No.2
Número de Controles Prenatales recibidos por las Madres de los niños menores de un año fallecidos en Coto Brus, 2000.

Número de Controles Prenatales	Número de Embarazadas
5-9 Controles	9
1-4 Controles	3
Sin control prenatal	2
Total	14

Fuente: Ramos L, Salvador G; Revisión de Expedientes Clínicos. MASSS, UNED. 2001

⁸ Schwarz, Ricardo, Obstetricia. 1986. Pág 131

Gráfico N° 1
Número de Controles Prenatales recibidos por
las madres de los niños menores de un año
fallecidos en Coto Brus, 2001



Fuente: Ramos L; Salvador G; Revisión de Expedientes Clínicos. MASSS, UNED. 2001

Se observa que nueve de las embarazadas cumplieron con esta normativa, teniendo como mínimo cinco controles prenatales, lo cual equivale a un 64 %, mientras que el restante 14 % no tuvo ni un control prenatal y el 22 % asistió a menos de 5 controles durante todo su embarazo.

En las encuestas realizadas a las embarazadas se les preguntó también acerca de sus controles con la finalidad de corroborar la información y los porcentajes fueron similares; ya que el 71% de las encuestadas manifestaron haber recibido más de cinco controles durante su gestación.

1.3 Frecuencia de Citas en el Control Prenatal

En este apartado se preguntó directamente a las madres que recibieron control prenatal sobre la frecuencia de las citas.



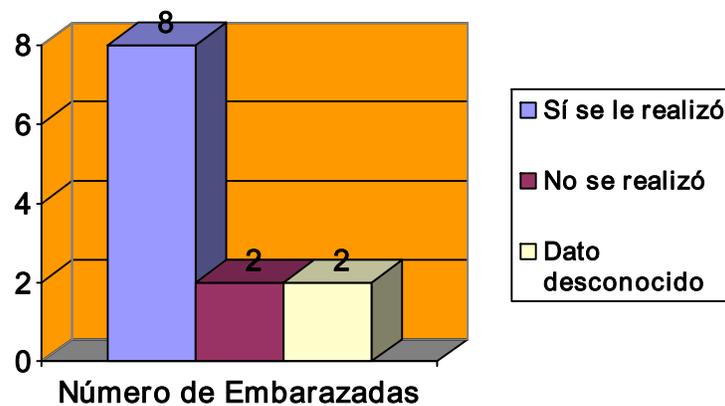
Fuente: Ramos L, Salvador G; Encuesta a Usuarias. MASS; UNED. 2001.

El 75% (6) de las encuestadas, recibió consulta cada mes, mientras que el 25% (2), recibieron consulta cada 15 días. En esta pregunta se obtuvo ocho respuestas por parte de las madres encuestadas, esto debido al hecho de que una de ellas refirió que fue atendida cada mes hasta el séptimo mes, después del cual las citas fueron cada quince días. Lo anterior nos indica que existió un número de campos o citas disponibles para las embarazadas y su atención, y que la frecuencia fue probablemente adecuada y según lo normado para un embarazo de bajo riesgo. Sin embargo, esto no concuerda con lo manifestado por las mismas madres en el apartado referente a la clasificación de riesgo y la frecuencia de consultas.

1.4 Clasificación de Riesgo de la Gestante:

Según datos obtenidos en el estudio, de acuerdo con los registros en el expediente clínico, sólo a 8 de las gestantes se le realizó clasificación de riesgo, en tanto que a 2 de las restantes no se les realizó y en las otras 2 se desconoce el dato.

Gráfico N° 3 Evaluación de riesgo en el embarazo de las madres de los niños menores de un año fallecidos en Coto Brus en el año 2000. 2001



Fuente: : Ramos L, Salvador G; Revisión de Expedientes Clínicos. MASSS; UNED. 2001

En las normas establecidas se dice que en la primera consulta el médico o la enfermera obstétrica deben aplicar el instrumento discriminador de riesgo (historia clínica prenatal simplificada) y determinar el riesgo de la embarazada. De acuerdo con la cronología de la consulta prenatal el riesgo debe ser evaluado en la primera consulta, antes de la 19 semana, entre la 20 y 29 semana, entre 30 y 35 semana y después de las 38 semanas.

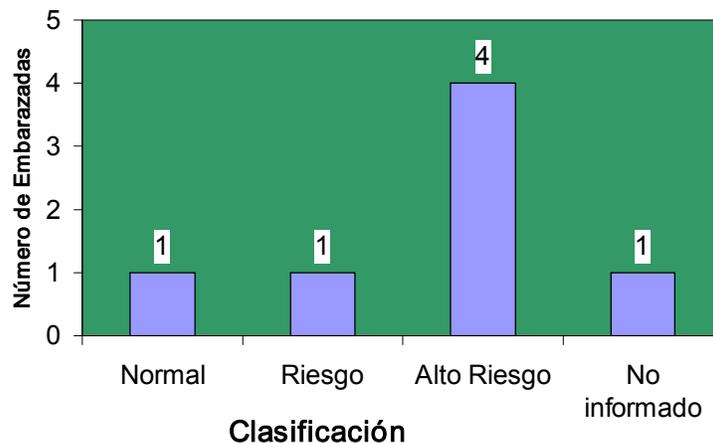
Es importante resaltar que la evaluación del riesgo permite determinar el riesgo materno fetal y definir el nivel de atención de la embarazada, una vez identificados los factores endógenos y exógenos de la gestante para su manejo. El bajo riesgo se resuelve en el primer nivel de

atención y el alto riesgo requiere de atención especializada en un 2do o 3er nivel para asegurar la salud del binomio madre-hijo.

En este estudio resultó que se clasificó el riesgo por lo menos en dos ocasiones en 8 de las gestantes (67%), mientras que en 2 no se le realizó (17%) y en una no se conoce el dato porque la gestante recibió control particular predominantemente.

Al encuestar a las madres sobre si conocían la clasificación de riesgo de su embarazo, el resultado arrojado fue el siguiente:

Gráfico N°4. Clasificación de los embarazos de las madres de los niños fallecidos en el 2000. Coto Brus, 2001



Fuente: Ramos L, Salvador G; Encuesta a Usuarias. MASSS; UNED. 2001.

El resultado obtenido fue que el 57% de las mujeres encuestadas refiere que su embarazo fue catalogado como de alto riesgo. De acuerdo con esta información se produce una contradicción entre lo que aparece consignado y la opinión de las encuestadas; y revela además, una discrepancia de acuerdo con el tratamiento que refieren haber recibido en lo concerniente a la

frecuencia de las citas, las cuales entonces no era el adecuado. Recordemos que los principios de atención prenatal (punto 5 pág.24), señalan que la atención debe ser superior según el riesgo. También se observa en el siguiente apartado, donde hay un deficiente número de casos que fueron referidos según riesgo.

1.5 Referencia según riesgo:

Esto va muy ligado al punto anterior. Así, de las 8 pacientes en las que se realizó clasificación de riesgo, generalmente alto riesgo, solo en dos de ellas se consignó referencia a otro nivel por parte del médico general, contrario a lo que expone la norma.

La justificación dada verbalmente por los médicos de EBAIS es que las referencias a Gineco-Obstetricia deben enviarse hasta el Hospital de Ciudad Nelly y las citas llegan en forma tardía o inoportuna. Lo anterior debido a que no se cuenta con un médico especialista Ginecólogo en el Hospital San Vito.

1.6 Ejecución de Actividades del Control Prenatal

A continuación, se presenta en el cuadro No.3 el cumplimiento en la ejecución de actividades de la consulta prenatal.

Cuadro N° 3

Total de Madres con niños fallecidos en el Cantón de Coto Brus durante el primer año de vida, a quienes se les realizaron las actividades del Control Prenatal en la Primera Consulta, Costa Rica, 2000.

ACTIVIDAD	Respuestas	
	SI	NO
Historia Clínica (2).	12	-
Examen Físico (2).	11	1
Examen Odontológico	7	5
Examen de Mamas	7	5
Examen Ginecológico	5	7
Examen Papanicolao	3	9
Peso Anterior	8	4

(2) datos incompletos en los registros.

Fuente: : Ramos L, Salvador G; Revisión de Expedientes Clínicos. MASSS; UNED. 2001.

Como se puede observar en el cuadro anterior, hay una serie de actividades que no fueron ejecutadas en el control prenatal de las gestantes, y durante la revisión se encontraron datos de información incompletos. Así tenemos que, respecto a la Historia Clínica si bien se realizó en todos los casos, había datos no consignados, igualmente que en el apartado correspondiente a Examen Físico. Respecto al Examen de Mamas se realizó únicamente en un 58%, y si se revisan las Normas, este examen permite valorar una serie de aspectos tales como: funcionalidad del pezón, diagnóstico de patologías mamarias y preparación para la lactancia. Situación similar se observa con el examen ginecológico (42%), la citología vaginal (25%) y el examen odontológico (58%). Si decimos que la calidad de la atención está dada por el cumplimiento de las Normas establecidas, la calidad ofrecida a estas madres no fue lo suficientemente eficiente.

Podemos analizar otras de las actividades del control prenatal que se deben realizar en cada consulta a las embarazadas y tenemos lo siguiente:

Cuadro N° 4

Total de Madres con niños fallecidos en el Cantón de Coto Brus durante el primer año de vida, a quienes se les realizaron los Controles Obstétricos durante su Control Prenatal, Costa Rica, 2000.

Actividad	No de Respuestas	Porcentaje
Altura Uterina	12	100
Movimientos Fetales (1)	12	100
Frec. Cardíaca Fetal (2)	12	100
Presentación fetal (3)	9	75
Roll Over Test (3)	0	0

(1) a partir de la semana 16.

(2) a partir de la semana 18.

(3) a partir de la semana 20.

Fuente: Ramos L, Salvador G; Revisión de Expedientes Clínicos. MASSS; UNED. 2001.

Con respecto a los controles obstétricos propiamente dichos y establecidos en todas las consultas prenatales de acuerdo a la edad gestacional normada, se obtuvo que las actividades correspondientes a la determinación del crecimiento y bienestar fetal se llevaron a cabo en un 100%, excepto en la determinación de la presentación fetal donde se obtuvo un 75%. El Roll Over Test (prueba de cambio de posición) no fue realizado en ninguno de los casos analizados.

Es importante recordar que en el modelo readecuado de salud se debe ofrecer la atención en forma integral, y con mayor razón en las mujeres en su periodo de gestación dada la necesidad de detectar oportunamente complicaciones que podrían poner en riesgo la salud y la vida de la madre y el feto. Por lo anterior es inadmisibles que las actividades anteriores no hayan sido realizadas cuidadosamente y en todos los casos, sin excepción.

Si continuamos analizando otras de las actividades que se deben ejecutar durante el control prenatal, se encuentra lo siguiente: respecto al total de gestantes se verificó el esquema de vacunación con D.T contra Difteria y Tétanos, y se encontró que sólo se les revisó a cinco de las embarazadas (42%). El incumplimiento de esta norma es muy delicado porque se sabe que si la mujer embarazada no está inmunizada, no se asegura la protección del tétano neonatal y puerperal, por lo que se expone a la madre y a su hijo a tal riesgo.

Respecto a los análisis clínicos de laboratorio, se les realizan a todas las embarazadas, una sola vez, y sólo en el 50% se repite como exige la normativa. Cabe resaltar que tampoco se realizan en el momento oportuno, debido a la captación tardía de muchas gestantes. La glicemia post-prandial sólo se consigna en el 25% de los casos, lo que mayormente se ordena es la glicemia corriente en ayunas.

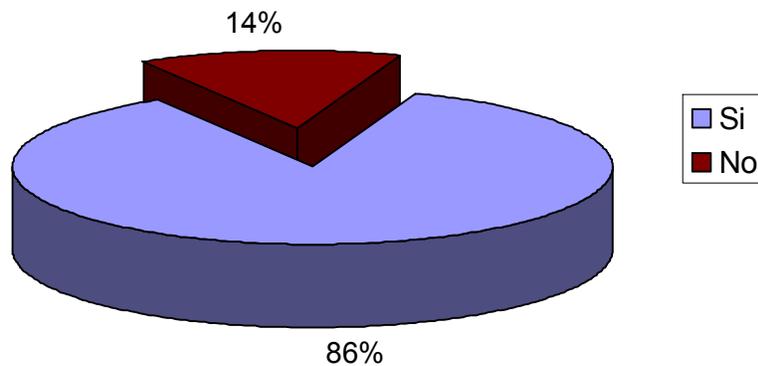
Se observó que una serie de actividades no se cumplieron en el 100% de las embarazadas, de acuerdo a como lo establecen las Normas de atención, por lo tanto no se dio el desempeño de un control prenatal eficiente, entre los cuales destacan la cobertura, no se dieron los controles con la periodicidad requerida, no se brindó suficiente educación a las gestantes de acuerdo a sus necesidades personales. Todo esto refleja un incumplimiento de la normativa establecida y en la calidad técnica de los equipos de salud.

2. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN PRENATAL RECIBIDA, SEGÚN LA USUARIA

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las encuestas realizadas directamente a las madres de los niños fallecidos. Es importante aclarar que únicamente se logró encuestar a siete de las doce madres, pues algunas de ellas cambiaron su domicilio dentro del cantón o ya no radican en el mismo. Por tal motivo, los porcentajes corresponden al total de madres que se logró encuestar.

2.1 Satisfacción de la Atención

Gráfico No. 5
Expresión de satisfacción por la atención recibida en la consulta prenatal. Coto Brus, 2001



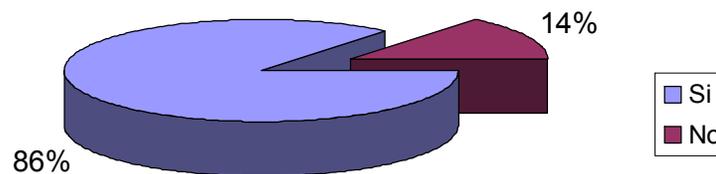
Fuente: Ramos L, Salvador G; Encuesta a Usuaris. MASSS; UNED. 2001.

El Gráfico No. 5 nos indica que el 86% (6) madres expresaron satisfacción por la atención recibida durante su control prenatal. Por el contrario, una madre (14%) no se sintió satisfecha con la atención, incluso considera que el personal médico, “no examina bien a las pacientes”. De lo expuesto, se deduce que el personal de salud cumplió con las expectativas de las pacientes, lo

cual se refleja en los comentarios expresados por ellas y que sirven de fundamento para la satisfacción de las usuarias: se les vio con atención, que se portó bien el personal, que fue bien atendida, que fueron atentos y preocupados o que la trataron bien. Además, esto nos demuestra que los criterios de calidad que fundamentan la reforma del sector salud se están cumpliendo, al satisfacer las expectativas de las usuarias en un 86%.⁴

2.2 Posibilidades de Expresión

Gráfico No. 6
Posibilidad de expresar sentimientos, dudas o temores de las encuestadas por parte del personal de salud. Coto Brus, 2001



Fuente: Ramos L, Salvador G; Encuesta a Usuarias. MASSS; UNED. 2001.

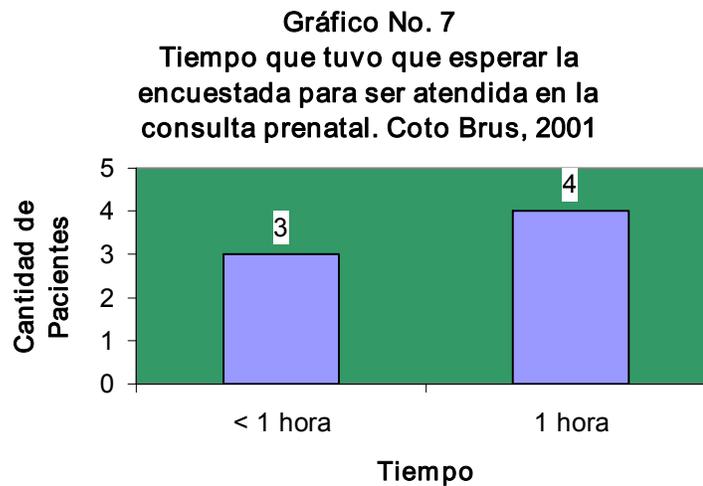
El Gráfico No. 6 demuestra que el personal de salud es más consciente y sensible a las necesidades de las embarazadas. Esto por cuanto el 86% (6) de las madres pudieron expresar sus dudas, temores y sentimientos en las consultas prenatales. Este aspecto, también contribuye al grado de satisfacción por parte de las madres. Sin embargo, una madre (14%) no lo consideró así, al igual que en el caso anterior, influyendo sobre la satisfacción en forma negativa. Es importante señalar, que al personal encargado del EBAIS al cual corresponde brindar atención a

⁴ C.C.S.S. El Proyecto de Reforma del Sector Salud, 1995. Pág 4.

esta madre y realizarle una visita, con el fin de determinar más profundamente, cuales son las causas de su negativa, y de esta manera corregir lo que se está haciendo mal.

Otro punto importante es el hecho de que el 100% de las madres encuestadas expresó que durante las consultas, el personal de salud respetó su privacidad, fue respetuoso, amable y que se les brindó confianza y un buen trato. Este aspecto nos indica que prestó una buena calidad en la atención de las embarazadas y se respetaron en todo momento los derechos de las usuarias, tal y como lo expresa el Proyecto de Reforma del Sector Salud. Además, nos demuestra el interés en mejorar y brindar aspectos humanos congruentes con la calidad requerida en la prestación de los servicios.

2.3 Tiempo de Espera



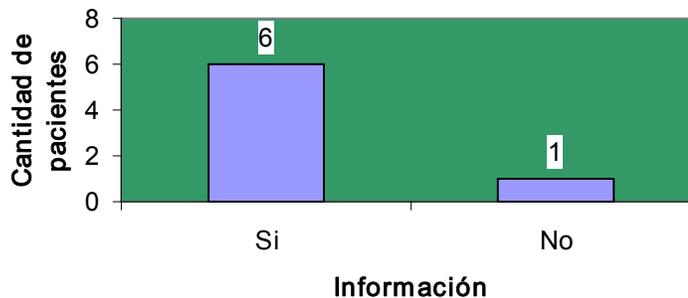
Fuente: Ramos L, Salvador G; Encuesta a Usuarias. MASSS; UNED. 2001.

Como se muestra en el Gráfico No. 7, el 57% (4) de las madres refiere haber esperado una hora para ser atendidas, mientras que el 43% (3) de ellas esperó menos de una hora. Se puede

decir que probablemente esperar una hora sea mucho tiempo, pero ninguna de las entrevistadas refiere descontento al respecto, por lo cual podemos considerar que el tiempo de espera (a falta de comentarios que lo contradigan) fue adecuado para ellas. Además, no encontramos ninguna referencia sobre la existencia de norma que regule este aspecto.

2.4 Información a la Usuaría

Gráfico No. 8
Número de encuestadas que recibieron información sobre su embarazo en la consulta prenatal. Coto Brus, 2001

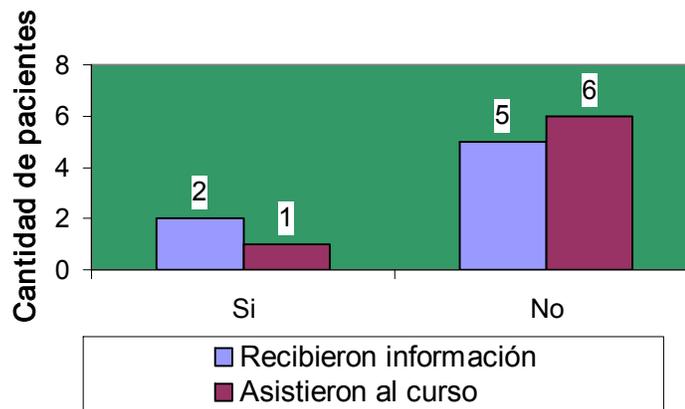


Fuente: Ramos L, Salvador G; Encuesta a Usuarías. MASSS; UNED. 2001.

El Gráfico No. 8 nos muestra que el 86% (6) de las encuestadas recibió información sobre su embarazo, únicamente el 14% (1) de las madres expresó no haberla recibido. Por lo tanto, si uno de los objetivos que persigue cumplir el control prenatal es el “conocer la información relevante para el embarazo”, es imperativo proveer a la embarazada de toda la información relacionada con su condición. Dentro de la información que dijeron haber recibido estaba la clasificación de riesgo de su embarazo, posición del producto, entrega de material educativo como folletos y revistas, consejería en nutrición, entre otros.

2.4 Curso de Preparación para el Parto

Gráfico No. 9
Número de encuestadas que recibieron información y asistieron al curso de preparación al parto. Coto Brus, 2001



Fuente: Ramos L, Salvador G; Encuesta a Usuarias. MASSS; UNED. 2001.

El Gráfico No. 9, nos muestra la relación entre el número de madres que recibieron información sobre el Curso de Preparación al Parto (2); las que no la recibieron (5); las que asistieron (1) y las que no asistieron (6) al mismo. Como se puede observar, el 86% de las madres encuestadas, no recibieron este curso considerado tan importante y en el cual se les ofrece una mayor información de su condición, así como también un espacio donde pueden expresarse más cómodamente y obtener preparación para el parto. A la vez, sirve para que las madres, y por supuesto el Sistema de Salud, cumpla más eficazmente con los objetivos del control prenatal.(ver página 8).

Cuando se les preguntó a las mujeres por qué no asistieron al curso psicoprofiláctico, las respuestas fueron:

“No le informaron la fecha y el lugar”.

“El EBAIS no lo ofrece y el Hospital está muy lejos”.

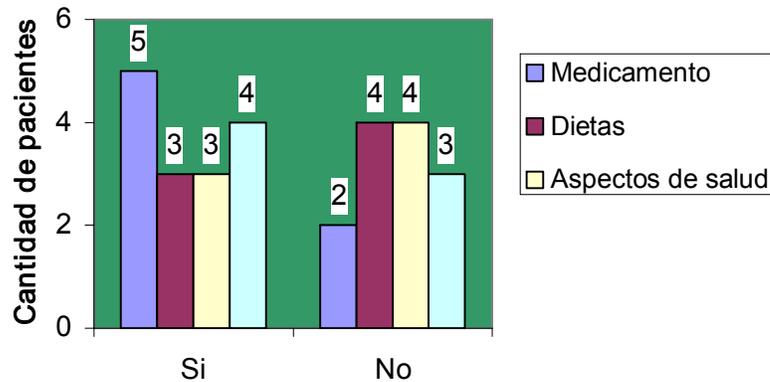
Como podemos analizar los aspectos de información, educación y asesoría que se les ofrece a las embarazadas requieren ser revisados y fortalecidos. No existe un programa educativo dirigido a las embarazadas y hay un único curso de preparación psicofísica para el parto impartido por la enfermera obstetra del hospital.

Es preocupante determinar que a los aspectos de educación de la salud, no se les está dando la importancia requerida, lo cual es imprescindible en el modelo readecuado de salud, componente prioritario en la atención integral de la salud de las personas.

Esto nos indica que aún queda mucho por hacer para garantizar el acceso a estos cursos, para todas las embarazadas, sin excepción.

2.6 Temas de Información Recibida

Gráfico No. 10
Aspectos sobre los cuales recibieron
orientación las encuestadas en el control
prenatal. Coto Brus, 2001



Fuente: Ramos L, Salvador G. Entrevista a Usuaris. MASSS, UNED. 2001

Finalmente, el Gráfico No. 10 indica si la madre recibió o no la información sobre distintos aspectos relacionados con su condición (medicamentos, dieta, cuidados, etc). De esta manera, el 71% (5) de ellas recibieron información sobre medicamentos, contra un 29% (2) que no la recibieron; el 43% (3) recibió información sobre dietas y el 57% (4) no; iguales porcentajes se presentaron entre las que recibieron orientación sobre aspectos de salud. Aquí los resultados entre ambos grupos, las que dicen que sí versus las que dicen que no son muy similares, pero la idea era corroborar si el tipo de educación fue variada y sobre qué aspectos de importancia se les habló con más énfasis (medicamentos por ejemplo). En vista de que en el punto previo, el 86% dijo que había recibido información y que varios aspectos fueron cubiertos en mayor o menor proporción, se considera que sí se logró cumplir con el objetivo y la orientación satisfizo a la embarazada.

De lo referente a la calidad percibida, se concluye que para la mayoría de las madres encuestadas la atención recibida fue de calidad. Sin embargo, en este sentido es importante resaltar el hecho de que ellas consideran atención de calidad todo aquello que se relacione con el trato brindado por parte del personal de salud y lo generalizan como una buena atención, puesto que son personas humildes, de campo con una baja escolaridad, que no les permite cuestionarse más allá, confían plenamente en el personal de salud y son poco críticas. Este sentimiento de calidad percibida comprende únicamente una parte de lo que la C.C.S.S. establece como aspectos relacionados con la calidad de la atención.

El Proyecto de Reforma del Sector Salud, incluye muy acertadamente, la calidad de atención como un objetivo a cumplir, y como un mecanismo para satisfacer las necesidades de los usuarios.

3. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL

Para determinar las principales causas de mortalidad infantil se obtuvo la información y se clasificó como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 5

Principales causas de Mortalidad Infantil en el Cantón de Coto Brus, según clasificación y prevenibilidad de la muerte.

Dx Clínico	Dx Patológico	Clasificación	Evitable	Prevenible con control prenatal adecuado
Broncoaspiración masiva. Sufrimiento Fetal	No se le realizó	Muerte por afección perinatal	Sí	Sí
Bronconeumonía	Bronconeumonía Hemorragia Pulmonar	Muerte por enfermedad respiratoria	Sí	No
Enfermedad Diarreica	Enfermedad diarreica por Shigella sonni	Muerte por enfermedad infecciosa	Sí	No
Muerte Súbita	Edema Pulmonar	Muerte por enfermedad respiratoria	Dudosa	No
Producto Prematuro	Producto pretérmino extraído por cesarea Displasia Broncopulmonar	Muerte por enfermedad respiratoria	Sí	No
Pretérmino Gemelar Sangrado Gastrointestinal Coagulopatía de consumo Insuficiencia Respiratoria Severa	No se realizó	Muerte por afección perinatal	Sí	Sí
Bronconeumonía	Bronconeumonía	Muerte por enfermedad respiratoria	Sí	No

Neumopatía Crónica Bronconeumonía	No se realizó	Muerte por enfermedad respiratoria	Sí	No
Muerte Neurológica Asfixia Perinatal	No se realizó	Muerte por afección perinatal	Sí	No
RN post término AEG SIR Síndrome de Aspiración de Meconio	Aspiración de Líquido Amniótico	Muerte por afección perinatal	Sí	Sí
Hipoxia Intraútero	Muerte neonatal Malformación Cardiaca y arterial Congénita	Anomalia Congénita	No	No
No se consignó	Esteatosis hepática Severa	Anomalia Congénita	No	No
Sepsis Neonatal Bronconeumonía Congénita Comunicación Interventricular	No se realizó	Anomalia Congénita	No	No
Cardiopatía Compleja Shock Séptico	No se consignó	Anomalia Congénita	No	No

Fuente: : Ramos L, Salvador G; Revisión de Instrumentos de COLAMI. MASSS; UNED. 2001.

De lo anterior se desprende que de las 14 muertes, 4 se debieron a Afecciones Perinatales (28.5%), 5 a Enfermedades Respiratorias (36%), 4 debido a Anomalías Congénitas (28.5%) y 1 por Enfermedad Infecciosa (7%).

En cuanto a la relación con la evitabilidad, se quiere destacar que 9 de las muertes fueron consideradas evitables per se, lo cual equivale a un 64 % de los casos analizados. Si se correlacionan las causas versus la prevenibilidad, pero únicamente desde el punto de vista de un control prenatal adecuado y basado en las normas de atención prenatal, tenemos que:

Clasificación del Diagnóstico	Prevenibilidad con Control Prenatal Adecuado
Afecciones Perinatales	3
Enfermedad Respiratoria	0
Enfermedad Infecciosa	0
Anomalía Congénita	0

El estudio demostró aquí que sólo las muertes debidas a afecciones perinatales, guardan relación con aspectos del control prenatal, ya que las únicas causas consideradas prevenibles desde este punto de vista se encuentran en ese rubro. Ahora bien, el 75 % de las mismas, que a la vez corresponden a un 28.5 % del total general pudieron prevenirse si la madre hubiera recibido un control prenatal adecuado y de calidad. La causa restante no se consideró prevenible en este sentido porque en el control prenatal de la madre se había cumplido adecuadamente con las normas establecidas y el problema se presentó por un incumplimiento de las normas pero en lo referente a la atención del parto.

Sin embargo, lo antes descrito se basa estrictamente en el contexto, puesto que si avanzamos más allá, podríamos deducir también que una madre a la que se dé la debida educación sobre su responsabilidad y se le promocionen aspectos como la importancia de la lactancia materna y sobre los cuidados del recién nacido estará también más capacitada para realizar prácticas saludables en el cuidado del menor que nos ayudarían a evitar, tal vez muertes post natales debidas a enfermedades respiratorias o infecciosas. Esto apoyado por el gran número de muertes evitables, seis en total, por las otras causas no correspondientes a afecciones perinatales, tal y como se puede observar en el cuadro No 5.

Capítulo V

CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos obtenidos del estudio respecto a los objetivos del mismo, se tiene lo siguiente:

A) El análisis del cumplimiento de normas de atención prenatal, demostró:

1. En la atención prenatal brindada a las madres de los niños fallecidos, no hubo cumplimiento total de las normas existentes.
2. Las pacientes no fueron captadas adecuadamente durante su embarazo, ya que un 36% se captó en forma tardía y un 14% ni siquiera se captó.
3. No se refirieron los casos que lo ameritaban al nivel correspondiente de complejidad.
4. No hay criterios unificadores que determinen la atención prenatal en los diferentes EBAIS, el sistema de control de citas y los programas educativos por ejemplo, dependen de la voluntad del personal a cargo. En ningún EBAIS se dio seguimiento a las pacientes que se ausentaron a las citas, ni se constató la existencia de un programa educativo formalmente dirigido a las embarazadas
5. La historia clínica y el examen físico materno son superficiales y no se realizan en su totalidad.
6. Muchos de los componentes de la atención prenatal no se ejecutan. Actividades como el test de Roll Over nunca se realizaron y otras como la revisión obligatoria del esquema de toxoide se consigna sólo en un 42%, lo cual refleja un desempeño deficiente en la competencia técnica de los equipos de salud.

7. El porcentaje de cumplimiento en las actividades no fue satisfactorio; por lo tanto, no se cumplieron los criterios de calidad técnica.

B) De la percepción de las usuarias sobre la atención prenatal recibida.

1. Las usuarias perciben la calidad del control prenatal únicamente desde el punto de vista humanitario y de la amabilidad con que se le trató.
2. El 86% de las madres expresó satisfacción por la atención recibida cumpliéndose con los criterios de calidad percibida.
3. El 86% de las gestantes recibió por lo menos algún tipo de información sobre su embarazo, pero sólo una madre (14.2%) participó en un curso prenatal formalmente establecido (Curso de Preparación para el Parto).

C) De las causas de Mortalidad Infantil prevenibles.

1. El 64% de las muertes del cantón se consideraron evitables por una u otra razón al ser analizados por la Comisión de Mortalidad Infantil y un 28.5% de dichas muertes se hubieran prevenido si la madre hubiera recibido un control prenatal adecuado.
 1. Las causas de muerte debido a afecciones perinatales fueron las que guardaron relación con aspectos de control prenatal.
 2. El impacto de la atención ofrecida se refleja en embarazadas con controles prenatales incompletos y sin valoración del riesgo en su mayoría lo que contribuye a la morbimortalidad perinatal.

4. La Comisión de Mortalidad Infantil Local analiza los casos, pero no se toma ninguna medida correctiva al respecto.

El programa de atención prenatal va más allá del control médico; en el modelo readecuado de salud, los programas de atención a los distintos grupos poblacionales, involucran una serie de componentes, tal es el caso de las mujeres en su período de gestación.

Además, la calidad de la atención, está determinada por el cumplimiento de los principios que sustentan el sistema de salud, así como de las normas de cada uno de los subprogramas, los cuales dictan la forma como se debe llevar a cabo las funciones y actividades que se ejecutan.

No es justificable que a nivel de los E.B.A.I.S., quienes tienen claramente establecidos los manuales de normas, que son guías para la ejecución de las actividades no las implementen adecuadamente, ofreciendo servicios de baja calidad, aún contando con los elementos de estructura necesarios para poder ofrecer un adecuado servicio, de impacto para la población.

Es importante destacar que la atención prenatal debe ser oportuna, temprana, accesible, con enfoque de riesgo y de calidad, que se debe ofrecer además en todos los escenarios donde se encuentra la gestante y su familia, que debe cumplir con una serie de componentes tales como lo son: La visita domiciliar, la consulta prenatal, el enfoque de riesgo, el curso de preparación para el parto y otros, con el fin de contribuir a mejorar la salud de la madre y de su hijo e hija.

RECOMENDACIONES

Se plantearon las siguientes recomendaciones:

NIVEL LOCAL

- El **Área de Salud de Coto Brus** debe iniciar la programación de Cursos Psicoprofilácticos en las distintas sedes de EBAIS, con el fin de que las embarazadas no tengan que desplazarse hasta el Hospital San Vito para recibirlo. Es importante que estos cursos puedan llegar a todas las comunidades, pues la distancia, la dificultad en el traslado y el transporte representan una limitación para que las gestantes puedan asistir hasta el hospital para recibirlo. La promoción de estos cursos debe hacerse del conocimiento de todas las embarazadas y no de un grupo determinado. El Hospital de San Vito cuenta con un recurso humano de 3 enfermeros obstétricos capacitados que podrían en su efecto movilizarse a las comunidades.
- **Las Direcciones, del Área de Salud de Coto Brus y del Hospital San Vito**, deben evaluar el cumplimiento, por parte del personal médico a su cargo, de las normas de atención prenatal establecidas; por cuanto muchos aspectos relacionados con estas normas no se cumplen. Así por ejemplo, obligar al personal a solicitar los análisis de laboratorio y en los tiempos o momentos establecidos, debido a que algunos médicos consideran que algunos de ellos no son importantes o no son necesarios, aún a pesar que a nivel internacional son muy recomendados y utilizados.

- Además, deben gestionar la contratación de un médico especialista en ginecología, dada la demanda existente o facilitar la accesibilidad de la población gestante de Coto Brus a dicho recurso. La dificultad que se presenta con las referencias y las citas oportunas deja en desventaja e inequidad a dichas mujeres. Esta disposición también debería ser tomada en cuenta como una estrategia para la reducción de la mortalidad infantil local.
- Dados los resultados obtenidos en esta investigación, referente al cumplimiento de las normas de atención prenatal, es importante proyectar una investigación similar, por los Directores de los centros o de los estudiantes de la Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles, hacia otras áreas donde igualmente se exija el cumplimiento de las normas establecidas, con el fin de determinar si sucede lo mismo que en el caso investigado, de esta manera verificar su cumplimiento y realizar las correcciones que se requieran.
- **A la Comisión Mejoramiento Continuo de la Calidad del Hospital San Vito:** Se debe establecer un Sistema de Control de Calidad de la Atención Prenatal, que permita cada cierto tiempo solicitar expedientes de mujeres que reciben esta atención, con el fin de evaluar el cumplimiento de las normas, monitorizando la calidad de la atención y si es necesario corregir las deficiencias que se estén suscitando.
- Además, coordinar capacitaciones que ayuden a mejorar y actualizar los conocimientos técnicos del personal de salud, a fin de mejorar la calidad en la atención prenatal.
- **A los Equipos Básicos de Atención Integral:** Las consultas prenatales deben ser programadas y con citas establecidas, según norma. Si una paciente falta a la cita, esto

debe consignarse en el expediente, averiguarse la causa y justificarse. Darles seguimiento.

- Cada EBAIS debe llevar una agenda de citas y una documentación del índice de citas y de la clasificación de gestantes según riesgos.
- Los aspectos de información, educación y asesoría que se les ofrece a las embarazadas requieren ser revisados y fortalecidos.
- En reuniones de equipo, el personal de cada EBAIS debe discutir los casos prioritarios, con el fin de determinar a cuales gestantes se les debe dar prioridad en la atención, para planear las visitas al hogar y definir los contenidos educativos a reforzar.
- Los Técnicos de Atención Primaria en Salud, quienes en su labor deben realizar visitas a las casas en las distintas comunidades, deben llevar un control estricto sobre las mujeres embarazadas que encuentren en sus visitas. Esta debe incluir un informe al EBAIS al cual corresponda, con el fin de captar a estas mujeres que en muchas ocasiones no son captadas por el sistema.
- **La Comisión de Mortalidad Infantil** debe discutir y analizar por lo menos trimestralmente los casos en sesiones clínicas con la participación del equipo de salud. Con la finalidad de que se pueda determinar las deficiencias y se puedan tomar medidas que permitan la corrección de las mismas.

NIVEL REGIONAL

- La Dirección Regional y la COREMI deben analizar más a fondo la problemática de esta área de salud en especial, gestionar los recursos, el apoyo institucional para que las propuestas no se queden en el papel, sino que se implementen y para que los equipos de

salud puedan construir la imagen objetivo de la atención en salud, y el plan de acción necesario para corregir las deficiencias encontradas.

NIVEL NACIONAL

- Las autoridades de la CCSS y del Ministerio de Salud deben desarrollar un plan operativo de supervisión para el mejoramiento continuo de la calidad técnica que se brinda en la atención prenatal, así como la revisión y actualización de las normas en acorde con las necesidades y prioridades de salud.
- Velar porque se mantenga la equidad y las mismas oportunidades en la atención y en los recursos disponibles para la atención de las embarazadas, aún tratándose de comunidades muy alejadas y a las cuales se tiende a marginar, faltándose con esto a la promulgada equidad que tanto se pretende.
- A las universidades, hacer conciencia en los jóvenes médicos de la importancia que representa un control prenatal de calidad para la vida del binomio madre – hijo y por consecuencia para la reducción de la morbimortalidad infantil y materna. No sólo prepararlos para tratar y/o diagnosticar patologías gineco-obstétricas complejas, sino garantizar que conozcan las normas básicas establecidas a fin de que puedan desempeñarse satisfactoriamente en las comunidades donde deban realizar su servicio social y en general durante toda su vida profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Behrman, Kliegman: Tratado de Pediatría de Nelson. 13.ed. McGraw-Hill/ Interamericana de España, 1991.
2. Canales, Francisca H de; y otros, Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª. Edición. México, Organización Panamericana de la Salud, 1986.
3. Caja Costarricense de Seguro Social. Normas de Atención Integral de Salud. Primer nivel de atención. Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro social, Ministerio de Salud. Consejo Técnico Asesor de Atención Integral, 1995, pags 21 a 28 y 356.
4. Caja Costarricense de Seguro Social. Proyecto de Reforma del Sector Salud. San José, Costa Rica. C.C.S.S (sed) 1995, pag 4.
5. Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Océano Uno. Colombia. Ediciones Océano S.A. 1990. (s.n.p)
6. Documento de Política Sectorial de Cooperación al Desarrollo. Planificación familiar y salud reproductiva en la cooperación al desarrollo. N°6. (sf), (sed).
7. Infante, Alberto; Reforma de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. En: Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000. Págs 13-19.
8. Izquierdo, Marianela; Modulo Reforma del Sector Salud. Ministerio de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social, C.E.N.D.E.I.S.S.S., San José, Costa Rica, 1995. Pag 7.
9. Ministerio de Salud, Dirección Sistemas de Información: Evolución de la Mortalidad Infantil en Costa Rica 1986-1996. San José, Costa Rica, 1998.

10. Morice, Ana: "Tendencias y determinantes de la Mortalidad Infantil en Costa Rica". San José, Costa Rica, 1999.
11. Organización Mundial de la Salud. Los Hospitales y la Salud para todos. O.M.S, 1987. (sed) (snp).
12. Organización Panamericana de la Salud. Fuentes de datos de definiciones utilizadas en salud maternoinfantil. Programa Salud Maternoinfantil y Población/HMP. 1994
13. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud, N°7. Washington D.C. 1986, pags 4 y 5.
14. Ortiz Arrieta E; y Shedden Ching V. Estudio Comparativo de la Calidad de atención prenatal del centro de salud de Guadalupe y el centro de salud de Paraíso de Cartago. Tesis de Licenciatura en Enfermería con Énfasis en Salud de la Mujer y Perinatología. Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica. (San José, 196, pags: 23, 32, 58.
15. Ross, Ana Gabriela; Cevallos José Luis e Infante Alberto. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. En: Revista Panamericana de Salud Pública 8 (1/2), 2000. Pags 93-97.
16. Sáen J, Lenín. Es reducible aún la Mortalidad Infantil en Costa Rica. En: Revista Costarricense de Salud Pública, 4(7):39-47. Jul 1995. Pág 39-47.
17. Schwarz, Ricardo. Obstetricia. 4ª Edición. Argentina. Editorial El Ateneo, 1986, pag.131.
18. Suarez Ojeda N.: Causas de Mortalidad y patologías prevalentes en la infancia en América Latina. Anales españoles de pediatría. XVIII Congreso Español de Pediatría y I Congreso Extraordinario de ALAPE. Junio 1992.
19. Urroz Torres, Orlando: Introducción a la Calidad en los Servicios de Salud Local.

20. Modulo No. 10. Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud. San José, Costa Rica, 1999.
21. Uvory, H. El control de la calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y Metodología, Masson. S.A, Barcelona, España, 1988. pag 15.
22. Valverde Campos, Melve. Estándares de Calidad de la Atención Prenatal en los EBAIS de Pavón y Medio Queso de los Chiles. Tesis de Licenciatura en Enfermería con Énfasis en Salud de la Mujer y Perinatología. Escuela de Enfermería, UCR, 1998.

ANEXO N°1

MAPA DEL CANTÓN DE COTO BRUS

ANEXO N°2

**BOLETA DE REGISTRO DE CASOS DE MORTALIDAD
INFANTIL**

**INSTRUMENTO N°2: ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD
INFANTIL**

ANEXO N°3

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE ATENCIÓN PRENATAL REALIZADAS

TABLA PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE ATENCIÓN PRENATAL REALIZADAS

ACTIVIDAD	1 Cons.		< 19 sem		20 a 24 sem		27 a 29 sem		30 a 35 sem		> 38 sem		Observación
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Historia Clín.													
Eval riesgo													
Val edad gest													
Peso anterior													
Ex físico													
Peso y talla													
Presión arterial													
Ex odontológico													
Ex mamas													
Ex ginecológico													
Papanicolao													
(1) Altura uterina													
(2) Mov fetales													
(3) F.C.F													
(3) Presentac fetal													
(3) Roll Over													
Deter Hb-Hto													
Grupo Rh													
V.D.R.L													
EGO													
Glic Post Carga													
Fe-Ácido Fólico													
Educación													
Vacuna DT													
	Sí	No											
Referenc s/ riesgo													
5 o más controles													
Captac < 12 sem													

(1) A partir de la semana 16

(3) A partir de la semana 20

(2) A partir de la semana 18

ANEXO N° 4

**INSTRUMENTO PARA CONOCER LA PERCEPCIÓN DE LA USUARIA CON
RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA**

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLES

CUESTIONARIO: CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL PERCIBIDA POR LAS
USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COTO BRUS, AÑO 2000.

Instrucciones:

1. Lea cuidadosamente el siguiente formulario.
2. Marque con una equis la respuesta seleccionada.
3. La información por usted suministrada será completamente confidencial.

I. ¿Cuántas veces asistió a la consulta prenatal?

- a. Nunca _____
- b. De 1 a 3 _____
- c. De 4 a 5 _____
- d. Más de 5 _____

II. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a la primera cita de control?

- a. Menos de 3 meses _____
- b. De 3 a 6 meses _____
- c. Más de 6 meses _____

III. ¿Con qué frecuencia la atendieron en la consulta prenatal?

- a. Cada 15 días _____
- b. Cada mes _____
- c. Más de un mes _____

IV. ¿Le satisfizo la atención recibida durante la consulta prenatal?

- a. Si ____ Porque _____
- b. No ____ Porque _____

V. ¿Le dieron oportunidad de expresar sus dudas, temores y sentimientos?

- a. Si ____
- b. No ____

VI. ¿Respetaron su privacidad al momento de atenderla?

a. Si Explique: _____

b. No Explique: _____

VII. ¿El tiempo de espera para ser atendida en la cita fue?

Menos de una hora _____

Una hora _____

Hora y media _____

Dos horas _____

VIII. ¿Cómo califica el trato que recibió del personal de salud ?

a. Bueno Porque: _____

b. Regular Porque: _____

c. Malo Porqué: _____

IX. ¿Le dieron información sobre su embarazo?

a. Si

b. No

Mencione algunos aspectos en los cuales recibió información.

X. ¿Recibió usted información sobre los cursos de preparación al parto?

a. Si

b. No

XI. ¿Asistió usted al curso de preparación al parto ?

a. Si _____

b. No _____

Porqué: _____

Indique el lugar: _____

XII. ¿Alguna vez acudió a consulta prenatal y no la atendieron?

a. Si _____

b. No _____

c. Explique _____

XIII. ¿Recibió usted algún tipo de orientación, por parte del personal de la Clínica, sobre los siguientes aspectos:

a. Medicamentos Si _____

No _____

b. Dietas Si _____

No _____

c. Aspectos de salud Si _____

No _____

d. Educación general Si _____

No _____

XIV. Su embarazo fue:

a. Normal _____

b. De riesgo _____

c. De alto riesgo _____

d. No le informaron _____

ANEXO N°5

**INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE
INFORMACIÓN SOBRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE
MORTALIDAD INFANTIL**

**TABLA PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN SOBRE LAS
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE LOS NIÑOS MENORES DE UN
AÑO**

Dx Clínico	Dx de Autopsia	Clasificación de la causa	Causa Prevenible		Evitable con CPN adecuado
			SI	NO	

ANEXO N° 6

NORMAS TÉCNICAS DE ATENCIÓN PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

ACTIVIDADES, OBJETIVOS Y RESPONSABILIDAD DEL CONTROL PRENATAL

Actividades Propuestas	Objetivos Específicos	Responsable
Registro de datos	Servir de base para planificar el control prenatal	Secretaria, auxiliar d enfermería, enfermera obstétrica, médico, ATAP.
Interrogatorio	Conocer información relevante para el embarazo	Médico o Enfermera Obstétrica
Examen Físico	Evaluar el estado clínico general de la gestante, su adaptación al embarazo y la presencia de patología en curso.	Médico o Enfermera Obstétrica
Examen Odontológico	Detectar procesos sépticos dentales para su ulterior tratamiento.	Médico o Enfermera Obstétrica
Examen de Mamas	1.Buscar signos de embarazo. 2.Verificar funcionalidad del pezón. 3.Detectar patología mamaria.	Médico o Enfermera Obstétrica
Examen Ginecológico	1.Buscar signos de certeza o probabilidad de embarazo. 2.Detectar precozmente patología gineco-obstétrica.	Médico o Enfermera Obstétrica
Toma de citología, según norma.	Detectar lesiones premalignas y malignas del cerviz	Médico o Enfermera Obstétrica
Determinación de Edad Gestacional y fecha probable de parto.	Fijar un cronograma que permita planificar las actividades de control y evaluación, modificaciones anatomo-funcionales de la embarazada y la salud fetal.	Médico o Enfermera Obstétrica.
Determinación de hemoglobina	Detectar la anemia materna	Laboratorio Clínico.
Determinación de Grupo-Rh. (Anexo 4.3)	Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-infantil	Laboratorio Clínico
Prevención, determinación y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.(Anexo 4.4)	Prevenir, detectar y tratar precozmente enfermedades de trasmisión sexual.	Laboratorio Clínico
Actividades Propuestas	Objetivos Específicos	Responsable

Determinación de glicemia post prandial	Identificar diabetes	Laboratorio Clínico
Examen General de Orina. (Anexo 4.5)	1.Detectar bacteriuria y leucocituria asintomática. 2.Descartar proteinuria, glucosuria y cuerpos cetónicos en la orina. 3.Identificar y tratar la infecciones urinarias.	Laboratorio Clínico
Medición de Peso y Talla maternas. (Anexo 4.6)	Evaluar el estado nutricional materno y el incremento de peso durante la gestación.	Médico, enfermera obstetra.
Determinación de la Presión Arterial.	Pesquisar: La hipertensión previa el embarazo. El síndrome de hipertensión arterial inducida por el embarazo. La hipotensión arterial	Médico, enfermera obstetra o enfermera auxiliar.
Evaluación del crecimiento fetal	Detectar oportunamente las alteraciones en el crecimiento fetal	Médico o enfermera obstetra.
Evaluación de la cantidad de Líquido Amniótico	Detectar patología fetal	Médico o enfermera obstetra.
Diagnóstico del número de Fetos	Detectar precozmente el embarazo múltiple, para prevenir complicaciones.	Médico o enfermera obstetra
Determinación de la frecuencia cardiaca fetal	Valorar el bienestar fetal.	Médico o enfermera obstetra
Determinación de Movimientos fetales	Valorar el bienestar fetal.	Médico, enfermera obstetra, paciente.
Prueba de cambio de posición o Roll Over Test (Anexo 4.4)	Detectar futuras hipertensiones durante el embarazo en primigestas.	Médico, enfermera obstetra, auxiliar de enfermería.
Diagnóstico de presentación fetal	Pesquisar presentaciones fetales anormales	Médico o enfermera obstetra
Vacunación con D.T (Anexo 4.8)	Prevenir el tétano neonatal y puerperal	Médico, enfermera obstetra, auxiliar de enfermería, ATAP.
Administración de Hierro y Ácido Fólico.	Prevenir anemia materna	Médico o enfermera obstetra
Evaluación de riesgo materno fetal	Definir el nivel de atención de la embarazada	Médico o enfermera obstetra
Educación para la salud	Mejorar la salud de la familia	Todo el equipo de salud
Actividades Propuestas	Objetivos Específicos	Responsable

Libreta obstétrica (referencia)	Procurar que la paciente lleve consigo una historia resumida de su embarazo en cada consulta y en el momento de ingresar al servicio de obstetricia.	Secretaria, auxiliar de enfermería, médico, enfermera obstétrica.
Sesiones clínicas	Discutir los casos d prenatal seleccionados para elaborar un plan de seguimiento.	Todo el equipo de salud
Visitas al hogar	Según las indicaciones del médico o enfermera o por acuerdo en la sesión clínica previa	Trabajadora Social. Auxiliar de enfermería, enfermera obstetra, médico, ATAP
Informes	Llevar un control estadístico de la consulta	Oficina de bioestadística
Análisis de la información local	Evaluar y programar actividades en el nivel local y como educación continua del equipo de salud.	Todo el Equipo de Salud