

5
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Sistema de Universidad Abierta

Proyecto de Investigación
Eficacia de la Atención en Enfermería
Materno-Infantil en el I.M.S.S. de Irapuato, Gto.

TESIS GRUPAL

Que para obtener el Título de:

**Licenciada en Enfermería
y Obstetricia**

Presentan:

María Leticia Arévalo Rosales
Soledad de Jesús Hernández Martínez

México, D.F.

Mayo de 1993

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES
DE TITULACION

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I. — Introducción	1
II. — Marco Teórico	
Antecedentes	2
Las Causas de Mortalidad Materna en América Latina	3
La Atención Materno-Infantil en México a Partir de la Revolución Mexicana	5
Antecedentes	6
Morbilidad y Mortalidad Materno-Infantil en México	7
Organización del Programa de Enfermería Materno Infantil	10
Situación Actual del Estado de Guanajuato y Municipio de Irapuato	13
Calidad y Modelos de Evaluación de Programas	17
Modelo Evaluativo de Elementos Organizacionales de Kaufman Roger	27
Modelo de Evaluación Iluminativa de Parlett Malcom y Dearden	29
Participación Social en los Programas de Salud	31
Calidad de Atención	32
III. — Definición del Problema de Investigación	40
Hipótesis	41
1. — Definición Operativa de Variables e Indicadores Utilizados	41
2. — Objetivos de Investigación	45
3. — Organización Para la Investigación	46
4. — Tipo de Diseño	47

Definición Operativa y Aplicabilidad de los Indicadores de	
Eficacia en Forma Cuantitativa	51
Proceso de Datos	53
Organización Para el Estudio	56
Aspectos Éticos	59
Análisis de la Prueba Piloto del Cuestionario Dirigido al	
Paciente Para Evaluar Atención de Calidad, Satisfacción y	
Trato Humanitario	60
IV.-Resultados de Investigación	61
Características de las Pacientes Entrevistadas en el	
HG2CMF N° 2 del IMSS en Irapuato	81
Resultado de la Aplicación de Evaluación en	
Cuanto a la Variable de "Impacto"	99
Resumen e Interpretación de Resultados	131
Comprobación de la Hipótesis	136
Conclusiones y Recomendaciones	138
Resultado del Examen de Conocimiento	
Aplicado al Personal de EMI	141
Bibliografía	143
Anexo I	
Cuadro de Recolección de Datos del Indicador	
Disponibilidad	146

Anexo 2

Gufa de Entrevista a Jefatura de Enfermería 148

Anexo 3

**Cuestionario de Atención de Calidad, Satisfacción y
Trato Humanitario 151**

Ficha de Identificación 153

Cuestionario 154

Anexo 4

Cuestionario Para el Personal de Enfermería 167

I. Introducción

Es de fundamental interés para el personal de enfermería conocer el impacto de su trabajo, sobre todo si es manifestado por el usuario del servicio (derechohabiente) en términos de la relación personal, que se refleja en el trato, la oportunidad con que se brindó el servicio, y la efectividad como resultado del grado de satisfacción de la atención recibida.

El presente trabajo es un intento de evaluación del servicio de Enfermería Materno-infantil del I.M.S.S (Irapuato, Gto.) que refleja la atención brindada a la paciente embarazada, la manera como es percibida esta atención por el paciente del personal de enfermería.

No es una crítica a la práctica de enfermería o que un grupo de enfermeras estudie a otras enfermeras — como decía **Virginia Henderson**: *“Por qué será que las enfermeras estudian a las enfermeras y no a la enfermería”⁽¹⁾* —, sino que a partir de la experiencia práctica de enfermería en EMI (Enfermería Materno-Infantil) estudiar la manera en que la enfermera efectúa cambios en las respuestas de los pacientes y su habilidad al tomar las medidas necesarias para mejorar la salud, analizar la efectividad de la atención para tratar de mejorar cada día más. Para lo cual se aplicarán cuestionarios de grado de satisfacción a las pacientes.

En estos cuestionarios se analizarán los resultados obtenidos y se someterán a tratamiento estadístico para la comprobación de las hipótesis.

(1) Florence S.Wald, Robert E. Leonard. *Hacia el Desarrollo de la Teoría de la Práctica de Enfermería*, 1984, Vol.13.No.4. (fotocopia) p. 148.

II. Marco Teórico

Antecedentes

A lo largo de la historia, la preservación y mantenimiento de la salud han sido una de las preocupaciones más del hombre.

En *El Panorama General de la Mortalidad Materna en América Latina*⁽²⁾ se cita: "Las tasas de mortalidad, aunque han disminuido en varios países de las Américas en las dos últimas décadas, éstas siguen siendo elevadas en comparación con los países desarrollados como son Estados Unidos y Canadá".

"Varios factores pueden explicar estas diferencias, algunos de ellos están relacionados con la calidad y accesibilidad, grado de cobertura de los servicios prenatales y atención del parto".⁽³⁾

Es de suma importancia observar que en algunos países de la región como Panamá, Argentina y Uruguay, con un alto porcentaje de partos atendidos de manera institucional, tienen tasas elevadas de mortalidad materna. Esto sugiere la posibilidad de que tengan serias deficiencias en la calidad de los servicios de salud. Queda clara la necesidad de una evaluación sistemática de estos servicios,

(2) OPS/OMS. *Mortalidad Materna Latina*. Washington, D.C. Folleto de Salud Materno-Infantil, OPS/OMS, 1988 P.3

(3) Idem. p. 4

para determinar cuáles son los factores más importantes para aumentar su eficiencia y accesibilidad. Vista desde esta perspectiva, la mortalidad materna es un indicador importante de la accesibilidad y cobertura, así como de la calidad de atención de estos servicios.

Las Causas de Mortalidad Materna en América Latina⁽⁴⁾

Las causas de mortalidad materna, son múltiples, éstas pueden estar divididas en dos categorías principales: *Muertes obstétricas directas y muertes obstétricas indirectas*. Entre las causas obstétricas directas, resultantes de complicaciones del embarazo y del parto, muestra que en los países en desarrollo las causas más frecuentes son: *Hemorragia, infección, toxemia, distocias de partes blandas y óseas, y aborto inducido*. Entre las causas obstétricas indirectas están todas aquellas enfermedades como: *hepatitis, malaria, tuberculosis, anemias, agregándose a estas causas condiciones creadas o agravadas por situaciones de extrema pobreza, la nutrición inadecuada, parasitosis intestinales, trabajo físico excesivo, embarazos repetidos con períodos intergenésicos cortos*, se convierten en causas de otros nuevos problemas sobre la salud y el bienestar de las madres y sus niños.

En cuanto a medidas aplicadas a nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud, preocupada por la creciente demanda en la atención materno-infantil en países en desarrollo con un crecimiento acelerado de la po-

(4) OPS/OMS, op. cit. p.6

blación, servicios de salud, entre muchos, no planificado, y en países como el nuestro con dispersión de recursos, ha propuesto alternativas de solución publicadas en la *Revista OPS/OMS Papel de la Enfermera Obstétrica en la Atención Materno-infantil*. Nos dice lo siguiente: "Los factores que afectan la atención de salud materno-infantil en América Latina son: a) El aumento de demanda de atención por parte de una población en crecimiento acelerado; b) Una progresiva complejidad en la atención prestada como resultado de los avances tecnológicos; c) Un auge en las aspiraciones con la comunidad deseosa de gozar de mejor calidad de vida, y d) El costo ascendente de prestación de servicios de salud".⁽⁵⁾ Si consideramos que la población materno-infantil comprende más de la mitad de la población de América Latina, y en forma similar de nuestro país.

Por lo que el sistema de salud debe responder a las necesidades según el grado de riesgo y complejidad asistencial, ubicando a la madre y al hijo como ejes de esta atención.

Esto hace imprescindible la utilización de los recursos existentes, como son los servicios profesionales de enfermería en el país.

Las determinaciones de funciones de enfermería desglosan claramente las funciones que competen al médico, enfermera, especialista, enfermera general, auxiliar de salud. Sólo mencionaremos algunos aspectos relevantes como son: funciones que competen a esta categoría, aumentar su rendimiento y accesibilidad, promover programas de educación continua, liberar al profesional de tareas no relacionadas con la atención directa al paciente, y, por último, delegar a otro personal del tipo administrativo o auxiliar que implique menos costo.

(5) OPS/OMS, *Papel de la Enfermera Obstétrica en la Atención Materno-infantil*. Washington, D.C. (Informe de un grupo de Trabajo), 1977 OPS/OMS, 1977, p.8

En estudios actuales de S. B. OIDS — ML Lond Ladwig, en la valoración de enfermería en el control prenatal nos menciona que: *“la valoración de los datos patológicos, sociales, culturales y físicos, constituye la efectividad de la atención específica de enfermería”*.⁽⁶⁾

La enfermera debe tener conocimientos sobre los cambios físicos normales del embarazo, de modo que pueda reconocer y tratar de la manera más apropiada las desviaciones que ocurran.

La Atención Materno Infantil en México a Partir de la Revolución Mexicana⁽⁷⁾

Es curioso observar cómo ahora a la enfermera se le cuestiona y asigna el papel de responsable de todo un sistema; ¿será porque ella, y sólo ella, representa al sector salud? Desde luego la respuesta es **no**, sin embargo, su papel es fundamental.

Algunos datos históricos nos explican el desarrollo de Enfermería y el rol que le ha tocado asumir.

(6) Ludwig, Lond. S. B. Oids, M.L. *Enfermería Materno Infantil. Un concepto integral familiar*, México, 2a. edición, Edil. Interamericann, 1987, p. 238.

(7) Ma. Matilde Martínez Benítez, et al, op. cit. p. 78.

Antecedentes

Hay muchos indicios en los documentos de nuestras culturas autóctonas acerca de las funciones que desarrollaba la mujer en la atención de salud, particularmente en la atención de los partos que explican la evolución posterior en algunas regiones, y en otras no, ya que continúan con la práctica tradicional. Dado que no es el caso en el presente estudio analizar todas y cada una de las etapas, sólo mencionaremos los rasgos generales de 1920, a partir de la Revolución Mexicana.

En la tradición prehispánica y colonial del Siglo XIX⁽⁸⁾ hasta antes de 1920, el control del embarazo, atención del parto y puerperio era atendido por una partera, mujer del pueblo de singular relevancia, respetada, admirada, querida por su actitud, desempeño y dedicación.

En el período de 1929 — 1960 se observa un proceso de relegación creciente hasta su extinción, diferente del caso de la empírica, en la que se pretende controlar su ejercicio y mejorar su práctica.⁽⁹⁾

En este mismo período también se construyen varias maternidades, en las que la partera mantiene su sitio, aunque sus funciones son normadas y restringidas por los médicos directores. Esta disposición no fue general, ya que algunos hospitales como el Centro Materno-Infantil Avila Camacho y en algunas clínicas del IMSS, la partera no sólo atendía el parto, sino que se encargaba del control del embarazo y de la atención del recién nacido.

(8) *Idem*, p. 82.

(9) Ma. Matilde Martínez Benítez, et al, op. cit. p. 78.

En años posteriores, el IMSS y el ISSSTE fueron los primeros en desplazar a la partera profesional de su ejercicio liberal,⁽¹⁰⁾ quitándole el sentido humanista y el reconocimiento de su personalidad, y relegándola del status profesional le dejaron sólo realizar aquellas funciones que el médico consideraba indignos de su profesión, quedando en su lugar sólo el postgrado de Enfermería – Obstetricia, pero sin las facultades que tenía la enfermera partera, hasta que poco a poco fue extinguiéndose. Ahora, en la última década, vuelve la enfermera a controlar el embarazo en el Departamento de EMI del IMSS a nivel nacional, como estrategia para extensión de la cobertura.

Morbilidad y Mortalidad Materno-infantil en México⁽¹¹⁾

La problemática de salud en México comparte características con otros países en vías de desarrollo. En el campo materno reflejan la deficiente atención de la salud de la población materna; para el Censo de Población 1990 cuenta con 81'000,000 de habitantes y cada año mueren alrededor de 2,500 mujeres por causa obstétrica, en la que las hemorragias, las toxemias del embarazo y sepsis son las principales causas, con un coeficiente de 1.1 defunciones por 1,000 nacidos vivos registrados, pese al esfuerzo del gobierno de la República que en este rubro ha adoptado políticas, leyes y estrategias para alcanzar una cobertura del 100% en atención a la población para el año 2,000.

(10) *Idem*, p. 82.

(11) *I.e.* en *Enfermería Severino Rubio, Federico Sacristán. (Compilación) Antología de Textos de la Materia de Ginecoobstetricia II*, UNAM, SUA 2a. edición, 1991, p. 4.

Para el cumplimiento o logro de dichas políticas, Enfermería tiene una participación importante en la atención directa del paciente: al sano para conservar la salud y prevenir la enfermedad, y al enfermo para reincorporarlo a la sociedad y hacer de él un miembro productivo.

Conscientes de la importancia y necesidad de brindar atención de calidad, nuestros legisladores han enfatizado dicho aspecto en diversos artículos de la Ley General de Salud, entre los cuales consideramos importante enunciar los siguientes:

Artículo 51: *Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas, y a recibir atención de profesional, éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.*⁽¹²⁾

Artículo 61: *La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:*

I.— La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio;

II.— La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la vacunación oportuna.

III.— La promoción de la integración y del bienestar familiar.

(12) Diario Oficial. *La Ley General de Salud*. México, Diario Oficial, 1984, Art. 51. p. 32, Arts. 61-63, p. 33.

Artículo 62: *En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efectos de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.*

Por lo anteriormente expuesto es necesario evaluar la calidad de los servicios.

“La enorme demanda de los servicios de salud trae como consecuencia que éstos, en ocasiones, no satisfagan los requisitos cuantitativos y cualitativos a los que la población aspira en su categoría individual”.

Una de las principales actividades básicas es la prestación de los servicios de salud, con amplias metas de cobertura y objetivos tendientes a mejorar la salud materno-infantil en el país. Por otra parte, como los recursos para proporcionar estos servicios no son siempre suficientes o no están disponibles, se procura el máximo rendimiento con los recursos disponibles.

Para incrementar esta eficiencia en la calidad de los servicios es imprescindible recurrir al principio de la organización del trabajo, combinar adecuadamente los recursos humanos, tecnológicos y sociales, con las facilidades y materiales necesarios para la aplicación eficiente, sistemática, positiva y coordinada del esfuerzo disponible, evitando así duplicidad de acciones, procurando el abatimiento de costos y el incremento de la cobertura demandante.

"Como última etapa de evaluación, el sistema de control deberá estar enfocado a normar la calidad y productividad de la atención, para medir el comportamiento en el trabajo y para conservar en equilibrio los planes y programas de la institución, debiendo contemplar tres elementos fundamentales: el establecimiento de normas de operación, la comparación de resultados reales con los establecidos y las acciones correctivas".

Organización del Programa de Enfermería Materno Infantil⁽¹³⁾

Anteriormente, el sistema que utilizaba la Medicina Familiar para el Control Prenatal de la paciente grávida se efectuaba por medio de consultas mensuales, ante la sospecha de embarazo, confirmación del mismo y hasta el octavo mes de gestación, momento en el cual era extendido su pase a Tococirugía con fecha probable de parto.

Las consultas espaciadas o con cita abierta, propiciaban que la embarazada descuidara su control, prestándose a Urgencias Ginecológicas con grandes complicaciones que ameritaban tomar decisiones apresuradas.

Ante esta situación, se dejaba al descubierto una etapa muy importante en la atención de la paciente que encierra una incertidumbre sobre su evolución.

⁽¹³⁾ IMSS, *Instructivo para el equipo multidisciplinario en la atención*. México, D.F., IMSS, 1987. p. 1-5.

En estudios recientes, se ha observado que son tres las complicaciones más frecuentes del embarazo: Toxemia gravídica, hemorragias y sepsis puerperal a consecuencia de la ruptura prematura de membranas.

El crecimiento alarmante de la población da como consecuencia un gran aumento de derechohabientes y lógicamente las demandas de servicio en la Consulta Externa se incrementan y, por ende, resulta casi imposible brindar la atención en forma adecuada.

Frecuentemente, para las derechohabientes resulta muy molesto esperar varias horas para su atención, y esto podría ser un factor por el cual las pacientes embarazadas no asistan al control prenatal, repercutiendo esto en la evolución normal del embarazo.

Ante tal problemática institucional, surge la necesidad de derivar funciones de fácil manejo y control al personal de enfermería especializado en la atención materno-infantil, y así el médico pueda dedicarse a las necesidades más apremiantes de las derechohabientes comprendidas dentro de este rango.

En el Estado de Guanajuato nace un nuevo servicio dentro del IMSS con la finalidad de seguir ofreciendo una atención de calidad, como ha sido la política del Instituto, llamado "*Control Prenatal de Primer Nivel de Atención*", el cual se encarga de llevar control de las pacientes embarazadas con una edad gestacional de menos de 35 semanas, así como también de la detección oportuna de las complicaciones, para derivarlas al servicio correspondiente para su tratamiento y manejo oportuno.

FLUXOGRAMA DE ATENCION MATERNO—INFANTIL

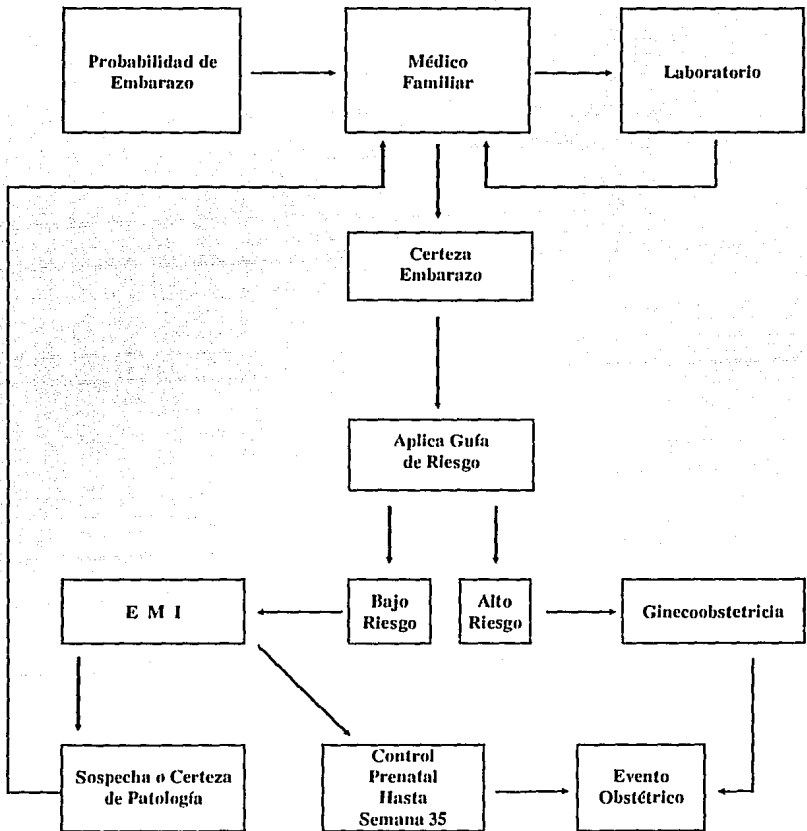


Figura N° 1

Con base en la propuesta general del programa Enfermería Materno Infantil EMI

Fuente: María Leticia Arévalo Rosales

Soledad de Jesús Hernández Martínez.

Situación Actual del Estado de Guanajuato y Municipio de Irapuato

En cuanto al Estado de Guanajuato y el Municipio de Irapuato sólo mencionaremos los datos demográficos de interés para el presente estudio, ya que la situación de salud y mortalidad no difiere mucho de la situación pasada y presente.

La población del Estado de Guanajuato⁽¹⁴⁾ cuenta para 1990 con 3'593,100 habitantes, de los cuales 915,959 son mujeres en edad fértil, con una tasa global de fecundidad de 3.0%.

La población del municipio de Irapuato⁽¹⁵⁾ es de 362,915 habitantes, de los cuales 176,324 son hombres y 187,591 mujeres; de éstas, el grupo etáreo de mujeres de 15 a 44 años es de 79,331 y la tasa global de fecundidad es igual que en el Estado en general.

El Instituto Mexicano del Seguro Social en Irapuato presta dos niveles de atención. En el primer nivel realiza actividades de promoción, detección y protección específica.

En el segundo nivel corresponde a la enfermera participar en la limitación del daño, diagnóstico y tratamiento oportuno al paciente.

(14) INEGI. *Censo de Población y Vivienda del estado de Guanajuato*, INEGI, 1990.

(15) *Idem.* p. 396.

La población adscrita al IMSS en 1991⁽¹⁶⁾ era de 134,217 de los cuales hay una cobertura real de 112,857.

Demanda Potencial

GRUPO	TOTAL	%
Menores de 1 año	Femenino	3,090
	Masculino	3,101
	Total:	6,191
De 1 a 4 años	Masculino	6,252
	Femenino	5,837
	Total:	12,089
Materno-Infantil	61,438	45.78
Mujeres en edad fértil	17,863	13.31
Población económica-mente activa	28,373	21.14
Población	8,263	6.16
Total:	134,217	100.00

Fuente: *Archivo Clínico e Información Estadística.*

(16) IMSS. *Estadística de Población Adscrita al IMSS de Irapuato, Gto. IMSS, 1991. Fuente directa en Archivo Clínico-Estadístico.*

En relación a los grupos prioritarios de la población⁽¹⁷⁾, el número de consultas para el presente año estimados (porque se pudo observar que hay subregistros estadísticos por no contar con la información completa), mes de mayo de 1992,⁽¹⁸⁾ del control del embarazo en Medicina Familiar 1,053 y en el servicio de EMI (Enfermería Materno-Infantil), estadísticamente registrada: 303 para el mes de mayo, se encontraron fuera de registro por hoja de 3 a 6 pacientes por no tener los datos completos.

Entre las primeras causas que generan consulta⁽¹⁹⁾ se encuentran:

Embarazo: 215,300

Las cesáreas ocupan el 3er. lugar: 43,000

Los abortos ocupan la 5a. causa con 28.8

El parto prematuro y amenaza de parto prematuro.

181 del N° total de egresos en año: 10,286

Tasa por 1,000 egresos.

En cuanto al sistema de evaluación del programa de enfermería del IMSS se evalúa en forma parcial la calidad, el impacto y la suficiencia y productividad que da como resultado la efectividad. Aquí solo presentaremos la guía de supervisión, el documento completo descrito como anexo 1 de la institución.

(17) IMSS *Estadística de población adscrita al IMSS de Irapuato, Gto.* IMSS, 1992. Fuente directa en Archivo Clínico-Estadístico. IMSS *Instructivo de Supervisión de los Procedimientos de Enfermería en Materno-Infantil*, IMSS, 1985.

(18) *Idem.* 1992.

(19) *Idem.* 1992.

Se utiliza la observación directa como instrumento y la indirecta a través del expediente clínico. Teniendo el siguiente puntaje: ⁽²⁰⁾

1.— Si, identifica al paciente.	10	No lo identifica	0
2.— Si, identifica signos y síntomas de alarma.	20	No los identifica	0
3.— Si, educación específica congruente.	20	No	0
4.— Si, deriva a Medicina Preventiva.	10	No	0
5.— Si, deriva a Odontología.	10	No	0
6.— Si, envía oportuno a Medicina Familiar.	20	No	0
7.— Si, registros y cita.	10	No	0

Por lo que podemos observar, la evaluación de eficiencia de enfermería es subjetiva y parcial.

(20) IMSS Instituto de Supervisión de los Procedimientos de Enfermería en Materno—Infantil, IMSS, México, 1985.

Calidad y Modelos de Evaluación de Programas

Ante la enorme gama de modelos existentes es necesario realizar una selección adecuada al propósito que perseguimos, siguiendo la clasificación de Pedro Ahumada Acevedo,⁽²¹⁾ quien hace una agrupación de los modelos en 8 subconjuntos, los cuales permiten una visión clara de juicio o de criterio de evaluación. El primero de los criterios a considerar en el presente análisis es **La Metodología**, enfocados a:

Análisis de Sistemas: El modelo responde a eficiencia, en términos absolutos y comparativos.

Consecución de Metas: Se orienta a productividad y responsabilidad, busca preguntas en cuanto a la concordancia de metas y objetivos establecidos en el programa.

Facilitador de Decisiones: Persigue la efectividad y control de calidad, interroga sobre efectividad global y específica.

Libre de Metas: Busca la utilidad social y el reciclaje de las metas mismas, pregunta sobre efectos y consecuencias del programa.

(21) Pedro Ahumada Acevedo, Taxonomía de los modelos evaluativos más relevantes. En prensa, 1989, Valparaíso, Santiago de Chile, (fotocopia de documento preliminar), p. 10.

Acreditación: Persigue la legitimación y aceptación profesional, se centra en preguntas respecto al procedimiento para lograr la acreditación.

Crítica Artística: Busca los estándares cualitativos de lo evaluado y del evaluador.

Adversario: Están considerados como seudolegales, como su nombre lo indica, da dictamen y nos señala ventajas y desventajas.

Transacción: Pretenden diversidad y comprensión, se interroga sobre las opiniones del programa.

Intento de Clasificación de Modelos Evaluativos

UTILITARIOS —————> INSTITUCIONISTAS
 OBJETIVISTAS —————> SUBJETIVISTAS
 CUANTITATIVOS —————> CUALITATIVOS

Modelos	Análisis de Sistemas	Consecución de Metas	Facilitador de Decisiones	Libres de Metas	Acreditación	Crítica Artísticas	Adversario	Transacción
Exponentes	Rimin Rossi Freeman Winght Kaufman	Tyler Frovis Hammond Mettassel Michael Lafourcada	Stufflebeam Alkin	Scriven	Asociación Central del Norte	Egher	Owens Levine	Stake Guba Mc Donald Parlett Hamilton
Destinatarios	Administradores	Administradores	Administradores	Usuarios	Profesionales	Profesionales	Usuarios	Usuarios
Metodología/s Predominante/s	—Análisis de discrepancias —Análisis costo eficiencia y costo beneficio —Programación final	—Aplicación de instrumentos congruentes con los objetivos a evaluar. —Operacionalización de metas	—Informes —Entrevistas —Cuestionarios —Observación Sistemática	—Análisis Lógico —Modus Operandi	•Autoevaluación (informes) •Paneles •Visita Expertos	Análisis crítico	Procedimientos pseudo-legales	—Estudios de casos —Entrevistas —Observación participativa
Utilidad Evaluativa	Evaluación de Organizaciones y Programas diseñados como sistema	Determinación del grado de alcance de los objetivos	Obtención de información útil para la toma de decisiones	Enjuiciamiento a base de criterios intrínsecos	Enjuiciamiento a base de criterios intrínsecos	Proporcionar juicios profesionales según experiencia	Destacar virtudes y limitaciones de un programa	Comprensión de la diversidad de respuestas de los usuarios de un programa
Resultados Esperados	Efectividad organizacional	Productividad intencionada y responsable	Efectividad y control de calidad	Utilidad social	Enjuiciamiento del programa a base de criterios de proceso	Mejoramiento de estándares	Resolución o dictamen final	Conocimiento transaccional
Pregunta Orientadora	¿Constituyen los resultados de la organización o el programa un impacto significativo?	¿Se han logrado los objetivos establecidos en el programa?	¿Qué tipo de información es necesaria para este tipo de decisión educativa?	¿Cuáles son los efectos y consecuencias del programa?	¿Cumple el programa con los criterios exigidos para su funcionamiento?	¿Resiste el programa un análisis crítico?	¿Cuáles son los pro y contra de este programa en cuestión?	¿Qué opinión le merece el programa a las personas afectadas por éste?

El Modelo de Stufflebeam⁽²²⁾

La base fundamental de su modelo fue la de conceptualizar la evaluación, proponiendo entender la evaluación como: *El proceso de delinear, obtener y proporcionar información útil que permita enjuiciar las alternativas de decisión.*

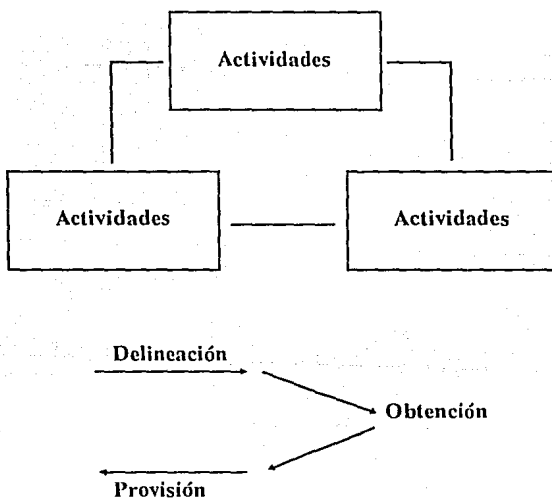


Fig. 1.— *Relación de la evaluación con la toma de decisiones (según Stufflebeam)*

(22) Daniela Stufflebeam, et al, *La Evaluación de Programas*. Bogotá, 5/año, Biblioteca Internacional Interpretado por Alameda Pedro.

Entendiendo como **proceso** a una continua actividad que supone métodos, pasos y operaciones.

Información son los datos descriptivos acerca de lo tangible e intangible y sus relaciones en término de algún propósito.

Delinear es la identificación de la información evaluativa requerida.

Obtención, es lograr la disponibilidad de la información que implica recolección, organización y análisis, mediante medios formales como la mensuración, procesamiento de datos y análisis estadístico.

Provisión es colocar la información en los sistemas y subsistemas que mejor sirvan a la evaluación y toma de decisiones.

Enjuiciar es el acto de escoger entre las distintas alternativas de decisión.

El modelo decisional reconoce cuatro etapas en este proceso.

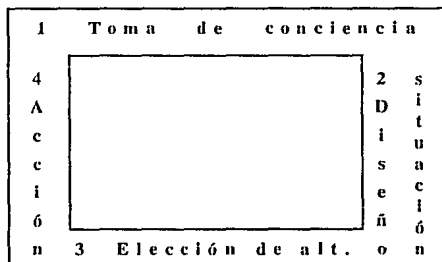


Fig. 2.— *El Proceso de Toma de Decisiones (según Stufflebeam).*

Este modelo genera una metodología evaluativa en que no sólo se incluye lo programado sino que hace notar la importancia de responder a necesidades insatisfechas y oportunidades emergentes.

La conceptualización de una situación de decisión fue esquematizada en eje de coordenadas, en el que la ordenada precisa la cantidad de información necesaria para una adecuada toma de decisiones, y la abcisa nos muestra la dimensión del cambio. Las decisiones que implican mantener el equilibrio normal de un sistema se describen como **homeostáticas**.

Las que implican actividades de desarrollo con el fin de mejorar un programa se denominan **incrementalistas**; las que implican un gran esfuerzo de innovación a fin de resolver problemáticas importantes, reciben el nombre de **neomovilistas**, y las que intentan cambios totales se denominan **metamórficas**.

I N F O R M A C I O N	Alta	HOMEOSTATICA	Actividad Restauración	Actividad Utopía
			Propósito Mantenimiento	Propósito Cambio complejo
			Base Normas técnicas y control de Calidad	Base T. de cambio
		INCREMENTALISTA	Actividad Desarrollo	Actividad Innovación
			Propósito Mejoramiento continuo	Propósito Invención
			Base Opinión de Expertos e Investigación Estructurada.	Base Testificación difusión de soluciones a problemas significativos conceptualización, investigación heurística, investigación estructurada.
Baja				
		PEQUEÑO	GRADO DEL CAMBIO	GRANDE

Fig. 3 — Situaciones para la toma de decisiones (según Stufflebeam)

Diferencia también cuatro tipos de decisiones asociadas a momentos diferentes del desarrollo de un programa o proyecto.

	INTENCIONES	REALIDADES	
FINES	DECISIONES DE PLANEAMIENTO	DECISIONES DE RECICLAJE	FINES
MEDIOS	DECISIONES ESTRUCTURACION	DECISIONES DE MODIFICACION	MEDIOS
	INTENCIONES	REALIDADES	

Fig. 4. — *Tipos de Decisiones (según Stufflebeam)*

La base conceptual de esta tipología es la siguiente: las decisiones deben de ser clasificadas como funciones que pretenden fines y medios y se manifiestan como intenciones o realidades.

Las decisiones de planteamiento derivan de la detección de necesidades y mediante ellas se formulan los objetivos de un programa o problemas.

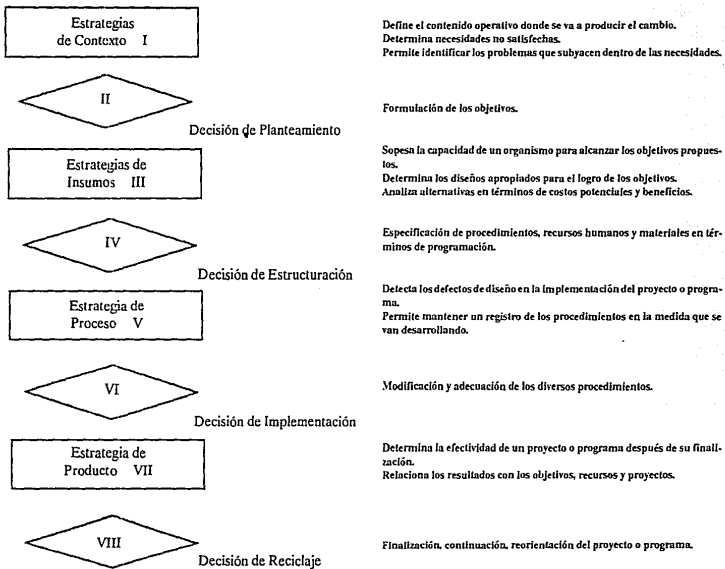
Las decisiones de estructuración se originan de las alternativas o planes de acción factibles de ser utilizados para el cumplimiento de objetivos del programa o proyecto, mediante estos se deciden los procedimientos, actividades, recursos humanos y materiales que deben de ser utilizados como medios para alcanzar los objetivos.

Las decisiones de implementación se originan a partir de la información proporcionada por la revisión del plan y a través de ellas se modifica el plan en aquellos puntos en donde se detectan insuficiencias o deficiencias de recursos.

Las decisiones de reciclaje se van a originar a partir del análisis de los resultados obtenidos por el programa o proyecto, y a través de éste se decide si se continúa o se reorienta.

La Evaluación se encuentra presente en todas y cada una de las etapas como se observa en el esquema completo.

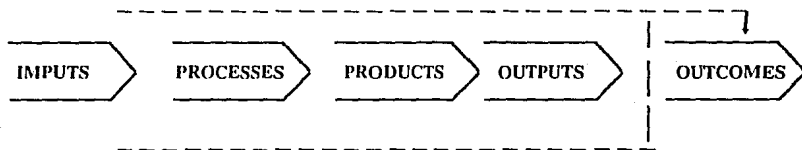
Esquematación Completa del Modelo Clipp



Modelo Evaluativo de Elementos Organizacionales de Kaufman Roger⁽²³⁾

El modelo tiene preferentemente un carácter propio de proceso de determinación de necesidades, constituyendo el marco de referencia de un trabajo de investigación de carácter retrospectivo, como lo es la evaluación con un referente externo, los cuales tienen un impacto significativo en la sociedad y sus miembros y sirven de base para la determinación de los resultados externos esperados y de criterio para evaluar la efectividad de tal organización.

Representación del Modelo



Descripción del Modelo

Inputs: Los elementos de partida para desarrollar las acciones específicas.

(23) Roger Kaufman. *Modelo Evaluativo de Elementos Organizacionales*, en el 2º Encuentro Nacional de Especialistas en Evaluación Educativa por el Instituto de Educación de la Universidad Católica de Valparaíso. 1984, p. 73.

Processes: Son los medios para lograr los fines o resultados propuestos.

Products: Los resultados parciales o de procesos al interior de una organización.

Outputs: Constituyen los resultados que una organización entrega a la sociedad, como consecuencia de una sucesión de resultados parciales.

Outcomes: Son los resultados de una organización que tienen impacto significativo en la sociedad y sus miembros.

En el desarrollo de su modelo propone una aplicación que nos señala un análisis secuencial comenzando con la determinación de la situación actual de cada uno de los cinco elementos sobre la base de lo que es, y usar la información obtenida para determinar lo que debe ser, partiendo entonces de *outcomes* y terminando con el análisis de *inputs*, sirviendo de base para un proceso continuo sistemático de la determinación de necesidades, planteamiento y evaluación.

Se considera útil que el modelo enfatice el uso de información evaluativa para establecer si los resultados de un programa están provocando un impacto positivo y significativo en la sociedad.

Modelo de Evaluación Iluminativa de Parlett Malcom y Dearden⁽²⁴⁾

Resume la evaluación iluminativa en los siguientes conceptos: holística, hermenéutica, interpretativa, iluminativa, sensible.

Es una evaluación *holística* cuando se evalúa en forma global.

Hermenéutica, cuando tiene interés por el lenguaje como la expresión de los significados que tienen los programas para los involucrados y los procesos que allí se desencadenan.

Es *interpretativa*, cuando se apoya en metodología y técnicas que privilegian lo cualitativo y lo etnográfico para describir los significados que tiene la experiencia evaluada para los que en ella están involucrados.

La evaluación *iluminativa* busca iluminar zonas oscuras de un programa para comprenderlo mejor viéndolo mejor.

Es *sensible* porque tiene especial preocupación de responder a las interrogantes que tienen tanto los clientes como los participantes frente al programa que se evalúa.

(24) Malcom Parlett y Dearden, en *Introduction to Illuminative Evaluation*. Studies in Higher Education, Cardiff by the Sea, California Pacific, Soundings, Press, Press 1977. Reproducido 1988 por Abundina Pedro (fotocopia) traducida al español sin traductor.

El siguiente cuadro intenta resumir las posibilidades y limitaciones del Modelo Iluminativo de Evaluación.

Posibilidades y Limitaciones de la Evaluación Iluminativa Según Aspectos a Considerar

	Fortalezas	Debilidades
Tamaño de programas	micro	macro
Actores involucrados	beneficiarios	ámbito toma de decisiones financieras.
Téc. recolección de Información	cualitativas	estadísticas
Tipo de Información	Opiniones, puntos de vista, conflictos, contradicciones, ejemplos de situaciones, citas textuales, operación de procesos.	económicas, resultados de test, cuadros estadísticos.
Tipo de Programas	Educación formal de carácter participativa. Educación no formal.	Educación formal en contextos inst. rígidamente controlados. Programas de educación tradicional.
Intencionalidad de programas	Promover el cambio global en los participantes. Enfasis en lo cultural.	Promover cambios específicos. Enfasis en lo profesional, instruccional.

Conclusión: Podemos considerar que el modelo es útil, sobre todo para evaluar los aspectos cualitativos y al impacto producido a quien está dirigido.

Participación Social en los Programas de Salud

En la Conferencia de Alma—Ata sobre atención primaria de salud, ⁽²⁵⁾ se destacó la importancia de promover la participación comunitaria con el propósito de extender y hacer efectivo el derecho a la salud de los sectores menos favorecidos de los países subdesarrollados, y también como una manera de modificar el énfasis tradicional en la curación, orientándolo a la educación y la prevención, aumentar el sentimiento de responsabilidad y eficacia comunitaria, y disminuir los costos crecientes de la atención derivados del enfoque tradicional.

Se definió la participación como el proceso por el cual los individuos y las familias asuman la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de su comunidad. "Con los antecedentes previos, los sistemas de salud deben de ser vistos por lo tanto, como una estrategia fundamental para reorganizar y reorientar al sector salud", ⁽²⁶⁾ con el objetivo de lograr la equidad, la eficacia y eficiencia en base a la estrategia de atención primaria.

Significa el ordenamiento y la integración de programas y actividades tanto para la atención al individuo, la familia y la comunidad, de una manera coherente, armónica y lógica en relación a las verdaderas necesidades de la población, debiendo tener a su vez la característica de flexibilidad y adecuación permanente para ser capaz de adaptarse a las necesidades cambiantes epidemiológico-sociales y a los resultados de la evaluación de los servicios de salud, en cuanto a equidad, calidad, eficacia y eficiencia.

(25) World Health Organization. *Declaration of Alma—Ata*. Boletín of The Pan American Health Organization. 1978, pp. 354-362.

(26) Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería OIP/S/OMS. *Serie Desarrollo de Servicios de Salud No 81*, Caracas, Venezuela, Mayo 1990, pp. 17-28.

La *equidad* es una preocupación de todos los servicios de salud, sean privados o gubernamentales, preventivos, curativos o de rehabilitación, ligada íntimamente al desarrollo de la ética social o ética comunitaria, es decir, a la propia responsabilidad, ineludible, de toda acción de salud en un ambiente democrático, consciente de la distribución con equidad de un bien social, debiendo ser compartida por todos los niveles y todos los sectores sociales.

Calidad de Atención

Los servicios de salud estarán siempre bajo la exigencia de lograr el mejor resultado posible aplicando la tecnología y el conocimiento más adecuados.

Un indicador de calidad global de la atención puede ser la utilización inadecuada y en exceso de los servicios de salud, por lo tanto el desafío de dar atención de calidad está ligado al desarrollo de una adecuada estructura de salud, al desarrollo de procesos de atención acordes con la necesidad de cada individuo o familia, y a la obtención del mejor resultado posible en cada caso.

La calidad deberá ser medida no sólo por la planificación de tecnología más adecuada y la obtención del mejor resultado, sino será también medida en la forma que se entrega, teniendo en cuenta la relación humano-participativo-educacional, entre el que recibe los servicios de salud y el que los brinda, por lo que los servicios de salud deben hacer el mejor uso posible de los recursos. *Eficiencia* significa así, maximizar la relación entre el esfuerzo realizado o el

recurso invertido y el resultado obtenido considerando la mala utilización de los recursos como un indicador de baja calidad y de ineficiencia.

Es un desafío para los servicios de salud prestar servicios de salud eficientes, ya que existen otros tipos de factores que deben ser tomados en cuenta, como son: integridad de las acciones, atención individual, familiar y comunitaria, trabajo en equipo, integrarse en red de servicios en forma coordinada de su actividad con otros equipos y recursos de atención, flexibilidad en la organización de los recursos debido a la existencia de perfiles epidemiológicos variables y participación.

Los servicios de salud como parte de una sociedad en evolución con exigencias del contexto de democratización, deberán encontrar formas de participación en todos los niveles, desde el sector nacional, estatal, hasta el desarrollo de los sistemas locales de salud y los distintos servicios y recursos que lo componen, así como la participación activa de los usuarios de los servicios en forma coordinada, consciente y responsable mediante la educación que se le brinda y el autocuidado para lograr niveles más altos de salud.

La educación para la salud⁽²⁷⁾, constituye uno de los aspectos con mayores dificultades en su definición, ya que como fenómeno social debe integrarse al proceso educativo.

El hecho real es que la población valora su salud en función de enfermedades, descuidando aspectos elementales de conducta cotidiana para fomentarla, protegerla y conservarla, siendo esto último el objetivo fundamental

(27) García M. Héctor, *Educación Médica y Salud* Boletín de O.P.S. (4), 346-349 1989.

de la educación. Este proceso educativo persigue aplicar principios para promover cambios de conducta en el individuo, familia y comunidad, como una herramienta de apoyo para hacer más activos los sistemas de salud.

La educación para la salud implica que quienes participan se apropien del conocimiento y a la vez la reproduzcan de la reflexión individual acerca de las causas de los problemas de salud y de la acción organizada para resolver los problemas y modificar sus causas, y la valoración de los agentes sociales y económicos, evaluación de las necesidades, análisis estadístico, entrevistas individuales no directivas y el análisis documental.

Los resultados obtenidos del análisis del sentir de la población usuaria de los servicios son base importante para el desarrollo y organización de las prácticas de los servicios y funciones del personal. Esta dimensión es de real importancia para mejorar los servicios de salud.

En el Valle del Cauca, Colombia, se formuló una propuesta de evaluación de la eficiencia de las instituciones de salud⁽²⁸⁾, existen otros como el propuesto por Avedis Donabedian. Estos se basan en 4 etapas fundamentales que son: suficiencia, productividad, calidad, impacto; las cuales agrupan un conjunto de elementos que son sus constituyentes o sujetos de evaluación susceptibles de sufrir modificaciones por medio de la relación con otros. Estos conjuntos pueden relacionarse con otros de menor complejidad, según el interés analítico, clasificándose las unidades de análisis así: Variables de estudio, unidad de análisis general, unidad de análisis específico.

Nos menciona algunas características de la evaluación como proceso y son:

(28) Grupo Interdisciplinario de Medicina del Valle del Cauca. Propuesta de modelo de evaluación de los Servicios de Salud. (fotocopia), 1982-1983, p.2

1. — Componentes del proceso de planeación.
2. — Es continua.
3. — Permite evaluar la eficiencia y eficacia de un servicio.
4. — Implica autoevaluación.
5. — Es el elemento retroalimentador del sistema.
6. — Brinda una información general del universo evaluado.
7. — Utiliza los registros sistemáticos para su ejecución.
8. — Minimiza el desfase entre la identificación de problemas y decisiones.
9. — No representa costos adicionales.

Este modelo, podemos considerar que es completo, susceptible de ser aplicado en cualquier tipo de investigación de servicios de salud, por lo que decidimos aplicarlo en la presente investigación.

Modelo de Evaluación para los Servicios de Salud del Valle del Cauca, Colombia

AREA	SUB VARIABLE	ELEMENTOS DEL SISTEMA	VARIABLES	INDICADORES	RESULTADOS	
O F E R R V I C I O S	I N F R E S T R U C T U R A	Estructura	1.- Suficiencia	1.1. Disponibilidad Adecuada - De volumen - De Distribución - De operación	E	E
		Proceso	2.- Productividad	2.1 Utilización 2.2 Cobertura 2.3 Concentración 2.4 Rendimiento 2.5 Costo	F I C I E N T A	F E C I D A
D E M A N D A	P O B L A C I O N	Producto	3.- Calidad	3.1 Accesibilidad Interna 3.2 Continuidad 3.3 Precisión 3.4 Oportunidad	A	A
			4.- Impacto	4.1 Recuperación Satisfacción Disminución de los riesgos de enfermar y/o morir (Incidencia, Prevalencia y Mortalidad).	E F I C A C I A	D

Figura Nº 6

"Considera a los productos como sujetos de evaluación en el área de atención a las personas",⁽²⁹⁾ ejemplificándolo en el siguiente esquema:

Los Productos como Sujetos de Evaluación en el Área de Atención a las Personas

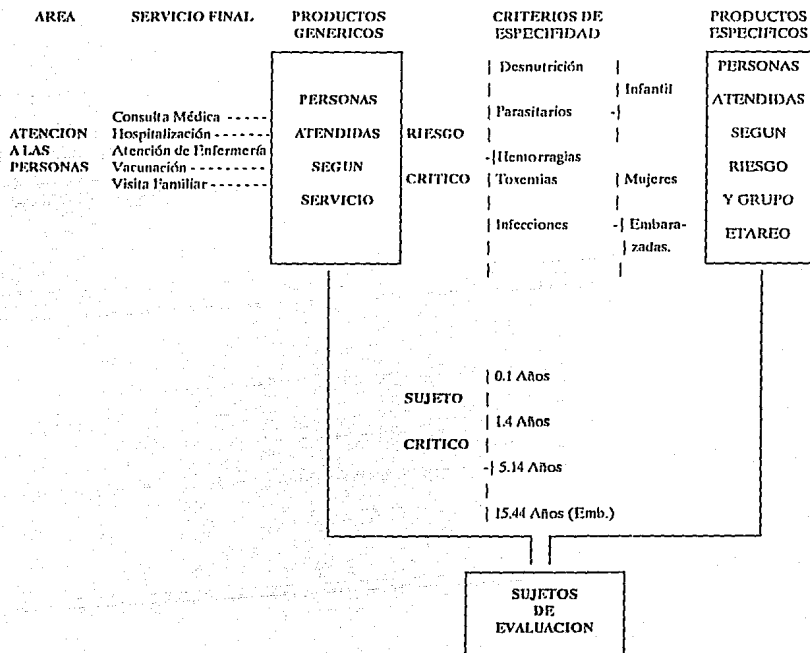


Fig. N° 7. — Este esquema ejemplifica el concepto de los productos como sujetos de evaluación en el área de atención a las personas.

(29) Grupo Interdisciplinario de Medicina del Cauca.

El siguiente cuadro nos muestra la definición operativa y aplicabilidad de los indicadores de eficiencia en forma cuantitativa.⁽³⁰⁾

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION OPERATIVA		
E S T R U C T U R A	S U B R E C U R S O S	DISPONIBILIDAD	Cantidad de recursos existentes según tipo	Cantidad de sujetos a atender.
		ADECUACION DE VOLUMEN	Cantidad de recursos existentes según tipo	Cantidad de recursos necesarios según tipo.
		ADECUACION DE DISTRIBUCION	El mismo anterior, pero distribuido el recurso por tipo de actividad o especialidad.	
		ADECUACION DE OPERACION	Cantidad de recursos según tipo Cantidad de recursos que no están funcionando	Cantidad de recursos necesarios
P R O D U C T I V I D A D	C A L I D A D	UTILIZACION	Cantidad de recursos utilizados	Cantidad de recursos existentes
		COBERTURA	Sujetos atendidos por primera vez	Sujetos a atender
		CONCENTRAC.	Total de veces que se presta un servicio	Total de servicios de primera vez.
		RENDIMIENTO	Total de actividades	Total de recursos existentes
		COSTO	Gasto total por servicio	Total de actividades o recursos
E S O	C A L I D A D	OPORTUNIDAD	Tiempo de atención -Tiempo de solicitud	Tiempo normalizado
		CONTINUIDAD	Casos atendidos terminados en el tiempo N	Casos que iniciaron (c) en el tiempo N-L
		PRECISION TECNICA	Total de casos con tratamiento completo	Total de casos atendidos
		ACCESIBILIDAD	Personas atendidas remitidas	Personas remitidas

Figura N° 8

(30) Grupo Interdisciplinario de Medicina del Valle del Cauca. Ob. cit. p. 12

El siguiente cuadro nos muestra la definición operativa y aplicabilidad de los indicadores de eficacia en forma cuantitativa.⁽³¹⁾

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION OPERATIVA	
I M P A C T O	SATISFACCION	Total de personas atendidas Total de personas atendidas insatisfechas	Total de personas atendidas
	RECUPERAC. DE PUNTO	Total de casos recuperados por un problema trazado agudo	Total de casos aten- didos de 1a. vez por el problema trazado
	RECUPERAC. DE CONORTE	Total de casos que iniciaron por un problema trazador — Casos no recuperados	Casos que inicia- ron por el problema trazado.
	RECUPERAC HOSPITALA	Total de egresos por un problema trazador — Egresos no recuperados	Total de egresados por el problema
	INDICE DE SALUBRIDAD ESPECIFICA I. S. E.	Total de medios existentes por tipo de servicio Total de medios afectados por un problema sanitario modificable por el servicio final	Total de medios existentes por el tipo de servicio.
	INCIDENCIA	Casos nuevos	Población en riesgo
	PREVALENCIA	Total de casos	Población en riesgo o mitad del período.
	MORTALIDAD GENERAL	Total de defunciones	Población total
	MORTALIDAD INFANTIL	Total de defunciones en menos de 1 año	Total de nacidos vivos.

Figura N° 9

(31) Grupo Interdisciplinario de Medicina del Valle del Cauca, Op. cit. p. 13

III. Definición del Problema de Investigación

Por lo general, las instituciones prestadoras de servicios de salud se preocupan por diseñar diversos métodos y técnicas con el fin de evaluar la efectividad de los servicios que ofrecen. En nuestra opinión, la mayoría de los "evaluadores" analiza el aspecto de producción cuantitativa de servicios y la erogación en términos del costo de atención brindada.

En estos tiempos, cuando se vuelve hablar de la humanización de los servicios de salud,⁽³²⁾ existe la inquietud para evaluar la calidad de la atención de servicios de enfermería materno infantil (EMI), según la percepción global de las usuarias. *"Dicho programa es una estrategia para proteger a la gestante y al producto, creando para esto el servicio de enfermería materno infantil",*⁽³³⁾ el cual a través de una vigilancia estrecha puede prevenir y/o detectar oportunamente los padecimientos, los cuales pasaban desapercibidos por la irregularidad de las consultas, falta de tiempo del médico familiar para educar, y poca confianza entre médico-paciente.

Con base en lo anterior, surge la inquietud de evaluar la efectividad de la atención otorgada por este servicio. Para tal fin se plantea el siguiente problema

(32) Diario Oficial. *Ley General de salud*. Diario Oficial 1984, Art. 51

(33) IMSS, *Instructivo para el Equipo Multidisciplinario en la Atención Materno-Infantil*, México, D. F. IMSS 1987, p. 5.

de investigación: ¿Cuál ha sido la eficiencia, productividad e impacto del programa de Enfermería Materno Infantil en Irapuato, Gto,?

Hipótesis:

1. — El nivel de conocimiento de la enfermera materno infantil influye en la efectividad de la atención prestada.
2. — El impacto del programa de EMI en el segundo nivel de atención está determinado por el tipo de relación enfermera-paciente, por el momento en que es captada la paciente.
3. — La estructura y la organización determina en forma directa la calidad de atención brindada en EMI.
4. — La satisfacción de la usuaria tiene relación directa con el trato humanitario y la calidad de atención que recibe.
5. — La educación que imparta la enfermera se asocia proporcionalmente con las complicaciones presentes que se observan en las usuarias atendidas en EMI.

1. — Definición Operativa de Variables e Indicadores Utilizados

Disponibilidad: Se considerará aceptable si el recurso humano es por lo menos de un 80% de acuerdo al volumen de trabajo.

Adecuación de Volumen: Se considerará adecuado el volumen del recurso material si entre el recurso necesario y el recurso existente no hay diferencia de más del 20%.

Adecuación de Distribución: Aceptable si se cuenta con el 90% de los recursos técnicos.

Adecuación de Operación: Si la deficiencia de recursos no rebasa un 20% entre lo existente y lo necesario.

Utilización: Si deriva por lo menos al 80% de los pacientes a servicios de apoyo de acuerdo a las normas establecidas.

Cobertura: Si controla por lo menos el 80% de las embarazadas de bajo riesgo.

Concentración: Si existe una relación proporcional entre consulta de primera vez y subsecuentes de acuerdo a normas.

Rendimiento: Si el número de consultas otorgadas no son menos de 2 en una hora.

Costo: Redituable si los recursos empleados permitieran proporcionar una atención adecuada.

Accesibilidad: Adecuada si por lo menos el 90% de las pacientes derivadas por el médico familiar son captados en EMI.

Continuidad: Aceptable si por lo menos el 80% de las embarazadas mantiene en forma regular su control prenatal con la EMI.

Precisión: Si las pacientes son atendidas por lo menos en un 80% de acuerdo a las normas establecidas.

Oportunidad: Adecuada si la cita no rebasa de 7 días de diferimiento.

Calidad de Atención: Se considera de buena calidad si la paciente contesta un mínimo de 24 preguntas de las 30 formuladas (80% de aciertos).

Si la paciente no tuvo problemas de salud durante su embarazo o estos fueron detectados a tiempo.

Si la paciente presentó problemas de salud pero pudo recuperarse antes de su evento obstétrico.

Si el resultado de su embarazo fue un parto eutócico.

Si en caso de parto distócico, éste no fue atribuible a la EMI.

Si el puerperio cursó sin ninguna complicación a la EMI.

Cuando el resultado de su evento obstétrico sea un recién nacido sano con un peso entre 2.500 y 3.990 kgs.

Se considerará adecuada la capacidad técnica y profesional de la EMI si fue capaz de transmitir en forma eficiente y eficaz sus conocimientos a las pacientes para su autocuidado.

Satisfacción: Si no existe motivo de queja por parte de la paciente.

Si la derechohabiente desea continuar su control prenatal con la EMI.

Si la paciente siente que fue orientado adecuadamente.

Cuando la usuaria considera que el tiempo dedicado a su consulta fue el necesario.

Si existe confianza en la relación enfermera-paciente.

Trato Humanitario: Cuando hay comprensión entre enfermera y paciente.

Cuando la enfermera respeta la individualidad de las usuarias.

Cuando la EMI trata a la embarazada con interés individual (paciente único).

Cuando no se trató con indiferencia a las derechohabientes.

Cuando la paciente refirió ser tratada de buen humor y con cortesía por parte de la enfermera.

2.— Objetivos de Investigación:

Objetivo General:

Conocer la calidad de atención de enfermería en pacientes embarazadas que acuden a Control Prenatal.

Objetivos Específicos:

Valorar la calidad de atención de enfermería en términos de suficiencia, productividad, calidad e impacto.

Dar a conocer al personal de enfermería del área operativa y administrativa el impacto de las actividades realizadas.

3. — Organización Para la Investigación

Universo de Trabajo: Pacientes con embarazo de bajo riesgo, atendidas por la enfermera de EMI.

Pacientes de puerperio inmediato hospitalizadas en el servicio de puerperio de bajo riesgo y ginecoobstetricia.

Y mujeres que tuvieron su evento obstétrico hace un mes y menos de 6 meses que fue controlado su embarazo en EMI y que actualmente acuden a control del niño sano.

Muestra: Se tomará una muestra representativa. Total real atendida en EMI.

Calculada bajo la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p (1 - p)}{d^2}$$

Nivel de confianza 90% = 1.64

Precisión deseada = .50

$$n = \frac{(1.64)^2 .50 (1 - .50)}{.05} = 0.6724 = 67.24^*$$

4. – Tipo de Diseño

La presente investigación es de tipo retrospectivo, prospectivo, analítico y documental. (se aplicaron por separado los instrumentos utilizados por etapa de la investigación).

Se utilizó el modelo adoptado para la evaluación de los servicios de salud del Valle del Cauca, Colombia⁽³⁴⁾. En cuanto a estructura, se utilizó la variable de **suficiencia** con los siguientes indicadores: disponibilidad, adecuación de volumen, de distribución y de operación captando en forma directa los siguientes aspectos: ubicación y accesibilidad, amplitud, iluminación, ventilación y temperatura.

Sistemas de localización e intercomunicación.

* Se incrementará la muestra hasta tener un mínimo de 100.

(34) Grupo Interdisciplinario de Medicina del Valle de Cauca. ob. cit. p. 13

Distribución y áreas de circulación.

Delimitación del área física.

Orden y aseo del área física.

Disponibilidad de áreas para guarda de medicamentos

En el elemento del Sistema de Proceso, las variables son **productividad y calidad**.

Productividad indicadores: Utilización

Cobertura

Concentración

Rendimiento

Costo

Para recabar los datos antes mencionados se apoyó en la sábana del sistema 32 del D.I.I. (Departamento Integral de la Información) y los datos obtenidos en fuente directa a través de la Jefatura de Enfermería.

Para cotejar los indicadores de productividad se investigó lo siguiente:

Recursos Humanos: Rol de distribución.

Plantilla teórica.

Plantilla nominal.

Balance de plazas

Cobertura de plazas.

Capacidad profesional y técnica del personal.

Aprovechamiento de la jornada de trabajo.

Programas de capacitación
y desarrollo profesional.

Educación continua.

Inducción al puesto.

Adiestramiento en servicio.

Recursos Materiales: Dotación fija de ropa.

Dotación fija de material de consumo.

Dotación fija de medicamentos.

Dotación fija de papelería e impresos.

Instrumental.

Mobiliario.

Organización: Diagnóstico situacional actualizado.

Manual de organización.

Cumplimiento de programas institucionales.

Participación de los comités.

Determinación y ejecución de medidas correctivas.

En cuanto a los indicadores de cobertura, concentración, rendimiento y costo, se realizó un procesamiento de análisis de la información para obtener costo/beneficio por consulta.

Variable de **calidad** con los indicadores de:

Accesibilidad interna

Precisión

Continuidad

Oportunidad

Para medir la eficacia del producto se evaluó la variable de **impacto** a través de los siguientes indicadores:

Calidad de Atención → Educación → Autocuidado → Recuperación.

Satisfacción

Trato Humanitario.

**Definición Operativa y Aplicabilidad de los
Indicadores de Eficacia en Forma Cuantitativa**

La recuperación es volver a la normalidad física y psíquica. En el caso de la embarazada obtendrá esta recuperación en la medida en que sea capaz de poner en práctica el autocuidado que requiere, teniendo como elementos base las indicaciones y educación que haya adquirido en sus consultas de control prenatal en EMI, así mismo disminuirá los riesgos de enfermar y/o morir.

Satisfacción de recibir u obtener el tipo de servicio que espera que se le brinde tanto en lo biológico, psicológico y social.

Nota: Adaptación propuesta del modelo original para ser aplicado en la presente investigación.

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION OPERATIVA	
I M P A C T O	C	Total de personas atendidas con calidad. — Total de personas atendidas sin calidad.	E
	A A R	Total de personas atendidas.	F
	T E	Total de casos que iniciaron con problemas de salud en el 1º, 2º, 3er. trimestre.	
	L E C	Total de personas atendidas.	I
	N U	Total de casos con problemas de salud.	
	I C P	— Los que se recuperaron antes de su evento obstétrico.	C
	I E	Total de personas atendidas.	
	D O R	Total de personas que prevalecieron con problemas de salud hasta su evento obstétrico.	A
	N A	Total de personas atendidas.	
	A C	Total de defunciones maternas por causas obstétricas atribuidas al programa.	C
	D Y O	Total de personas atendidas.	I
	N	Total de defunciones neonatales. Total de nacidos vivos.	A
		SATIS- FACCION	Total de personas satisfechas. — Las no satisfechas. Total de personas atendidas.
	HUMANI- TARIO	Total de personas que se les otorga trato humanitario. — Las que no se les otorga. Total de personas atendidas.	

Fig. N° 10. — Elaborada por Ma. Leticia Arévalo Rosales
y Soledad de Jesús Hernández Martínez

Proceso de Datos

a) Recolección

La recopilación de datos se hizo a través de la aplicación de un cuestionario, (anexo 3) de una muestra representativa de pacientes embarazadas, atendidas por el Servicio de Control Prenatal en el período comprendido de julio a agosto de 1992.

El cuestionario utilizado pasó una prueba piloto consistente en la aplicación del cuestionario durante 15 días hábiles a toda paciente embarazada que acudió a control prenatal para validar los resultados esperados.

Codificación del cuestionario:

A = Calidad de atención

S = Satisfacción

H = Trato Humanitario

Clasificación de Datos:

Recuento: Mediante el método de paloteo y tarjetas simples

Presentación: Mediante cuadros y gráficas según tipo de variable

Análisis: Se hace mediante la Estadística Descriptiva (%).

Para la aplicación de los cuestionarios se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Criterio de Inclusión.— Pacientes con embarazo normal de bajo riesgo, pacientes de puerperio inmediato hospitalizadas en el servicio de puerperio de bajo riesgo y ginecoobstetricia, y mujeres que tuvieron su evento final hace 1 mes y menos de 6 meses que fueron controladas por EMI.

Criterio de Exclusión.— Pacientes con embarazo complicado o con patologías agregadas.

Tratamiento Estadístico.— La recolección de datos se llevó a cabo en varias fases:

—Preparación de una guía para la obtención de variables de suficiencia, productividad y calidad. (Anexo 1)

—Solicitud del campo clínico a través de petición oficial.

—Visita a la unidad para captar datos a través de la observación.

—Entrevista directa con responsable de Enfermería y Codificador. (Anexo 2)

— Captación de datos a través de registros, informes, manuales de organización, expediente clínico.

— Elaboración de cuestionario a derechohabientes. (Anexo 3)

— Aplicación de prueba piloto.

— Aplicación de cuestionario a muestra representativa.

Se aplicó un cuestionario para valorar el nivel de conocimiento del Personal de Enfermería Materno-Infantil. (Anexo 4)

La tabulación y el análisis de los datos fue manual y realizada por los investigadores.

La presentación de la información obtenida se hizo a través de cuadros y gráficas representativas según se ameritó.

Se hizo un análisis de la información para corroborar las hipótesis propuestas.

El procesamiento y análisis de la información de las variables de suficiencia, productividad, calidad e impacto se analizó a través de sus indicadores, comprobándose la hipótesis mediante la estadística descriptiva.

Organización para el Estudio

La planeación, ejecución, evaluación, análisis y presentación de resultados por el personal que diseñó el proyecto:

María Leticia Arévalo Rosales

Soledad de Jesús Hernández Martínez

Colaboradora:

Jefa de Enfermeras del I.M.S.S. Irapuato Gto.

Adm. María Mendiola Martínez

Jefatura de Enfermería

Departamento de Estadística

Fuentes de Información:

Departamento de Archivo Clínico

Consultorio de Enfermería Ma-
terno-Infantil

Administración: almacén, far-
macia.

Presupuesto

Recursos para recuperar la información:

Papelería

Hojas Millar	40,000.00
Mimeógrafo o fotocopiadora	20,000.00
Lápices	10,000.00
Plumas	10,000.00
Borrador	5,000.00
	85,000.00

Viáticos

Pasajes y/o gasolina	1'000.000.00
Alimentos	

Tiempo para recuperar información

Tiempo secretaria	1'000,000.00
Tiempo análisis de resultados en forma manual	500,000.00
Consolidación de la Investigación	1'500.000.00
Otros	135,000.00

\$ 4'220,000.00

N\$ 4,220.00

Aspectos Éticos

En el presente proyecto de investigación nos comprometimos a conducirnos con profesionalismo al obtener la información que la Institución nos proporcionó.

Actuamos con respeto tanto a nivel organizativo como individual con el personal, y nos apegamos a la verdad en forma estricta en base a los resultados obtenidos sin sesgar la información.

Al aplicar la encuesta al derechohabiente:

Se le explicó a la paciente, antes de aplicar el cuestionario, que su participación era voluntaria y que el objetivo de recabar información era con el fin de conocer la actuación de la Enfermera Materno-Infantil, conocer las desviaciones que se están presentando y tratar de proponer medidas correctivas que eleven la calidad de atención que se le otorga.

Se respetó su individualidad y manera de pensar, sin tratar de inducirlas a contestar como quisiéramos que lo hiciesen, y se les mencionó que no habría represalias ni menoscabo en su atención por lo que expresaran.

Análisis de la Prueba Piloto del Cuestionario Dirigido al Paciente Para Evaluar Atención de Calidad, Satisfacción y Trato Humanitario

La Evaluación de los elementos del sistema, estructura y proceso, se planearon para dos subsecuentes etapas.

En cuanto a los resultados preliminares del sistema de impacto, se aplicó la prueba piloto, primero de manera informal a algunas embarazadas, dándonos de inmediato cuenta que éste no respondía en forma total a las variables con sus indicadores, por lo que se procedió a realizar el rediseño del mismo.

Se aplica el cuestionario dirigido a las pacientes usuarias del programa de EMI, inicialmente a pacientes de puerperio inmediato en el servicio de Gineco-obstetricia. Ante la escasa población por encuestar nos propusimos alternativas de solución para obtener la prueba piloto, encuestar a embarazadas que pasaron de EMI I a EMI II y a madres de niños que ocurren a Consulta de Control del Niño Sano, que su evento obstétrico fue entre 1 a 6 meses y que su embarazo fue controlado por este departamento; de esta manera se lograron encuestar a 50 pacientes, 22 de las cuales eran embarazadas.

IV.
Resultados
de
Investigación

Cuadro N° 1

Disponibilidad

Recursos Humanos	Registro Oficial N°	Registro Real N°
Recursos Humanos en EMI 1	2	2
\bar{x} de sujetos a atender en los 2 turnos	31	18
\bar{x} de tiempo utilizado en cada consulta	24	20
\bar{x} de sujetos a atender en un mes	680	378
\bar{x} de sujetos a atender anual	4375	4536

*Fuente: Datos procesados por María Leticia Arévalo Rosales
y Soledad de Jesús Hernández Martínez*

Nota:

$$\text{Disponibilidad} = \frac{\text{Cantidad de sujetos a atender}}{\text{Cantidad de recursos humanos existentes}}$$

$$\text{Disponibilidad} = \frac{31}{2} = 15.5 \text{ sujetos a atender por turno}$$

$$\text{Disponibilidad} = \frac{680}{2} = 340 \text{ sujetos a atender por mes}$$

$$\text{Disponibilidad} = \frac{4375}{2} = 2187 \text{ sujetos a atender por año}$$

Análisis:

Se tomaron en cuenta el número global de consultas: control del niño sano y control prenatal, por existir un sólo recurso de EMI I por turno para ambos subprogramas. Existen diferentes cifras de registro entre Codificación, Jefatura de Enfermería y el servicio de EMI, motivo por el cual se tuvieron que utilizar ambos; el registro real pertenece sólo a embarazadas en control; se obtuvo este dato por medio de la observación directa, con un mínimo de 6 consultas y un máximo de 12 consultas de embarazadas, con un promedio de 9 consultas por turno.

A nuestro juicio, el recurso disponible es insuficiente para proporcionar una atención de calidad por las razones que más adelante describimos y proponemos.

Cuadro N° 2 Adecuación de Volumen

Recursos Materiales	Recursos Existentes N°	Recursos Necesarios N°
Dotación fija de ropa	4 sábanas clínicas	8 sábanas clínicas 2 toallas 4 batas
Dotación fija de material de consumo	4 bat elenguas, tornudas, jabón líquido, Cry.	lo anterior más: jabón de manos, toallas desechables, gasas, vaselina, tiras reactivas para orina y sangre, guantes desechables.
Dotación fija de medicamentos	sales rehidratantes, sulfato ferroso	agregar: psillium, plantago, gel de hidróxido de aluminio y leche entera y modificada.
Instrumental	1 pinza de crille curva, 9 termómetros, 1 charola de acero inoxidable.	lo anterior más: folletos sobre signos y síntomas de trabajo de parto, signos y síntomas de alarma en el puerperio. Cuidados del recién nacido.
Equipo	1 baumanómetro, 1 báscula de pie, 1 báscula pesa bebé, 1 cubeta de acero inoxidable, 1 portacubetas, 1 estetoscopio auricular, 1 estetoscopio de Pinar, 1 perforadora, 1 portapapel, 1 regla, 2 cintas métricas.	agregar 1 feto cardiógrafo.
Mobiliario	1 escritorio, 1 mesa de exploración, 1 mesa Pasteur, 1 sillón giratorio, 2 sillas y	agregar: 1 negatoscopio.

Técnicos	2 calendarios obstétricos, 1 instructivo de atención médico familiar, 1 manual de imágenes didácticas.	lo anterior más: manual de educación para la salud, manual de atención de Enfermería, descripción de actividades de EMI.
Estructura Física	Superficie de 5 mts. ² , área de circulación de 80 cm. ² , iluminación y ventilación deficientes.	área de 8.20, baño, lavado, mejorar la iluminación, ventilación.
<hr/>		
T O T A L	47	89
<hr/>		

Fuente: *et al, op. cit p. 62*

Nota:

$$\begin{aligned} \text{Adecuación} &= \frac{\text{cantidad de recursos existentes según tipo}}{\text{cantidad de recursos necesarios según tipo}} \\ \text{de volumen} & \\ \text{Adecuación} &= \frac{47}{89} = 52 \text{ de insuficiencia} \\ \text{de volumen} & \end{aligned}$$

Análisis:

Como podemos observar, los recursos materiales con que cuenta el servicio de EMI es lo mínimo, pero no necesariamente lo indispensable, existiendo una deficiencia de un 25% de los mismos.

Cuadro N° 3

Adecuación de Distribución

Recursos Existentes por actividad específica	Recursos Existentes	Recursos Necesarios
Administración; delimitación de funciones en profesiograma	No existe	Falta uno
Manual de Organización	No existe en el servicio, se menciona en el Manual de Organización de la Jefatura de Enfermería.	Falta uno.
Programa de trabajo	La Jefatura de Enfermería lo incluye dentro del suyo.	Falta uno con la participación del personal del área operativa.
Manual de Procedimientos	Instructivo del Programa de Atención Materno-Infantil.	Falta uno, específico para actividades de enfermería.
Cumplimiento de Programas Institucionales.	Participa en el Programa de Riesgo Reproductivo y Planificación Familiar, Programa de Atención Materno-Infantil y Programa de Fomento a la Salud.	En forma específica por cada uno de los programas e implementar el de auto-cuidado en el embarazo, parto y puerperio.
Determinación y Ejecución de medidas correctivas.	La supervisión es directa, se da enseñanza incidental, para corregir las desviaciones detectadas, la EMI no participa activamente porque no se le retroinforma.	Es necesario que la EMI tenga la oportunidad de evaluar la calidad de su trabajo para que ella misma proponga alternativas de solución.

Participación en los comités.	No participa	Es necesario que participe en la evaluación de su programa.
Actividades específicas para la vigilancia y control del embarazo.	En forma parcial, ya que tienen, aproximadamente 2.5 consultas por horas.	Es necesario por lo menos 40 minutos para ANAMESIS y examen físico, actividades administrativas, educación para la salud, demostración de algunos procedimientos y disipación de dudas.
T O T A L		37

Fuente: *et al, op: cit p. 62*

Nota:

$$\begin{aligned}
 &\text{Adecuación} && \text{cantidad de recursos existentes} \\
 &&& \text{por actividad específica} \\
 &= && \text{-----} \\
 &\text{de Distribución} && \text{cantidad de recursos necesarios} \\
 &&& \text{por actividad específica} \\
 &\text{Adecuación} & 17 & \\
 &= && = 45 \text{ de deficiencia} \\
 &\text{de volumen} & 37 &
 \end{aligned}$$

Análisis:

El recurso específico dentro de la organización revela algunas deficiencias como son: no están descritas las delimitaciones de funciones técnicas y administrativas de acuerdo a su profesiograma, por lo que se sugiere se tomen en cuenta algunas alternativas de solución como las que se proponen en *recursos necesarios mínimos indispensables*, ya que la deficiencia de este rubro es significativa de un 45%.

Cuadro N° 4

Adecuación de Operación

Recursos	Existentes N°	Que no están funcionando o no existen	Necesarios N°
Humanos	2	4	6
Materiales	47	42	89
T O T A L	49	46	95

Fuente: *el al, op. cit. p. 62*

Nota:

Adecuación de operación = $\frac{\text{Cantidad de recursos humanos y materiales existentes menos cantidad de recursos humanos y materiales que no están funcionando o no existen}}{\text{cantidad de recursos humanos y materiales necesarios}}$

$$\begin{array}{l} \text{Adecuación de operación} \\ \text{de recursos humanos} \end{array} = \frac{2-4}{6} \times 100 \frac{-2}{100} = 33$$

$$\begin{array}{l} \text{Adecuación de operación} \\ \text{de recursos materiales} \end{array} = \frac{47-42}{89} \times 100 \frac{5}{89} = \times 100 = 56$$

$$\begin{array}{l} \text{Adecuación de operación} \\ \text{de recursos} \end{array} = \frac{49-46}{95} \times 100 \frac{3}{95} = \times 100 = 31.50$$

Análisis:

En cuanto a este rubro, es significativo el sólo contar con un 31.50% de recursos, siendo relevante la capacidad de adecuación a tal carencia por parte de la EMI, lo que no necesariamente indica la Eficacia de la Atención de Enfermería, que más adelante trataremos de comprobar, una vez analizados todos los resultados.

Cuadro N° 5

Utilización

Consulta proporcionada en:	Mensual	Anual
Control prenatal EMI I	378	4536
Odontología preventiva	139	834
Laboratorio	86	516
Trabajo Médico Social	137	822
Medicina Preventiva	96	576
Total	839	7284

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Nota:

$$\text{Utilización} = \frac{\text{Cantidad de recursos utilizados (servicios)}}{\text{Cantidad de recursos existentes (servicios)}}$$

$$\begin{aligned} \text{Utilización} & \quad 839 \\ \text{mensual} & = \frac{\quad}{5} = 168 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \quad 7284 \\ \text{Utilización anual} & = \frac{\quad}{5} = 1456 \end{aligned}$$

Análisis:

Para la atención integral de la embarazada se cuenta con varios servicios de apoyo, los cuales no son utilizados en forma óptima ya que, como podemos observar, aunque todos los pacientes son canalizados de acuerdo a sus factores de riesgo, no todos acuden, ya sea por falta de motivación o por falta de sentido de responsabilidad; el porcentaje de utilización en Odontología Preventiva es de 18.33%, laboratorio 11.37%, Trabajo Médico Social 18.12%, y Medicina Preventiva 12.69%.

Cuadro N° 6 Cobertura

Control prenatal otorgado por:	Mensual	Anual
EMI I	378	4536
Médico Familiar	1280	15360
Total	1658	19896

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

NOTA:

$$\begin{aligned}
 & \text{Utilización} = \frac{\text{Número de embarazadas en control prenatal atendidas en EMI}}{\text{Número de embarazadas en control prenatal}} \\
 \\
 & \text{Cobertura mensual} = \frac{378}{1658} \times 100 = 22.7 \\
 \\
 & \text{Cobertura anual} = \frac{4536}{19896} \times 100 = 22.7
 \end{aligned}$$

Análisis:

Del total de pacientes en control prenatal, EMI sólo atiende al 22.7%, siendo atendidas las demás embarazadas por el médico familiar. Falta concientización por parte del médico para la derivación adecuada de estas pacientes.

Cuadro N° 7 Concentración

Consultas originadas en EMI	Número
Subsecuentes	255
De primera vez	123
Total	378

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Nota:

$$\text{Concentración} = \frac{\text{Total de veces que se presta un servicio}}{\text{Total de servicios de primera vez}}$$

$$\text{Concentración} = \frac{378}{123} = 3.073$$

Análisis:

Las consultas otorgadas por EMI son 378 al mes, cifra que posiblemente pudiera ser superior si las pacientes no faltaran y acudieran en forma regular a su control.

Cuadro N° 8

Rendimiento

Rendimiento	Mensual
Consultas otorgadas por la EMI I en los subprogramas de control prenatal y control niño sano	680
Jornadas ejercidas en el mismo periodo por las dos EMIs I	252

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Nota:

$$\text{Rendimiento} = \frac{\text{Número de consultas otorgadas promedio de consulta}}{\text{Número de jornadas ejercidas por hora-enfermera}}$$

$$\text{Rendimiento} = \frac{680}{252} = 2.6$$

Análisis:

De acuerdo a los parámetros establecidos por el IMSS de otorgar de 2.3 a 3.0 consultas por hora-enfermera, vemos que el rendimiento de la EMI es el adecuado.

Cuadro N° 9

Costo

Identificación	Cantidad Aproximada
Sueldo mensual enfermera	899,000.00
Sueldo mensual asistente de consultorio	604,000.00
Sueldo mensual personal de apoyo	800,880.00
Dotación mensual de ropa	140,000.00
Dotación mensual de material de consumo	54,440.00
Dotación mensual de medicamentos	504,500.00
Dotación mensual de papelería e impresos	27,450.00
Otros gastos indirectos	151,513.00
Total	\$ 3'181,783.00

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Nota:

$$\begin{aligned} \text{Costo} &= \frac{\text{Gasto utilizado por servicio}}{\text{N}^{\circ} \text{ de consultas otorgadas}} = \text{costo por consulta} \\ \text{Costo} &= \frac{3'181,783}{378} = \$8,417.12 \end{aligned}$$

N\$ 8.42

Análisis:

Como se puede apreciar, el costo por consulta es bajo a comparación de un médico especialista el cual oscila entre 103,019.00; sin embargo, las actividades que se desarrollan en una paciente embarazada son de la misma calidad técnica y profesional.

Cuadro N° 10 Accesibilidad Interna

Identificación	Mensual
Pacientes remitidos por el médico familiar a EMI	123
Pacientes a quienes se les otorga cita en EMI de 1a. vez.	123
Pacientes a quienes se les otorga consulta en EMI de 1a. vez.	123

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Nota:

$$\text{Accesibilidad} = \frac{\text{citas otorgadas a la paciente remitida 1a. vez}}{\text{interna consultas a la paciente remitida 1a. vez}} \times 100$$

$$\text{Accesibilidad} = \frac{123}{123} \times 100 = 100$$

interna

Análisis:

Como podemos observar, son pocas las pacientes enviadas por el médico familiar si tomamos en cuenta que son 21 consultorios médicos, lo cual nos dice la poca aceptación y convicción de que sea la EMI la que controle a la embarazada de bajo riesgo.

Cuadro N° 11 Continuidad

Identificación	Mensual
Pacientes a quienes se les otorga cita subsecuente	123
Número de pacientes remisas	25
Número de pacientes reconquistadas	21
Pacientes a quienes se les otorga consulta subsecuente	255

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Nota:

$$\text{Continuidad} = \frac{\text{Citas subsecuentes otorgadas}}{\text{Consultas subsecuentes otorgadas}} \times 100$$

$$\text{Continuidad} = \frac{259}{255} \times 100 = 1.5 \text{ de inasistencia}$$

Análisis:

Es poca la inasistencia si tomamos en cuenta que la mayoría de las pacientes que no acuden son porque han sido dadas de baja, y que al ser aseguradas nuevamente ellas mismas se incorporan al programa de control prenatal por convicción propia.

Cuadro N° 12 Precisión

Identificación	Calificación
Precisión Administrativa	80%
Precisión Técnica	90%
Promedio	85%

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Nota:

Precisión Administrativa: *porcentaje de cumplimiento de normas establecidas 80% (*)*

Precisión Técnica: *porcentaje de cumplimiento de las técnicas y procedimientos de Enfermería en el diagnóstico y control prenatal de acuerdo a los lineamientos marcados 90% (**)*

Análisis:

En cuanto a precisión podemos observar que el 85% de las normas y lineamientos son realizados de acuerdo a lo establecido.

(*) (**) Datos proporcionados por la Jefatura de Enfermería.

Cuadro N° 13 Oportunidad

Identificación	Otorgamiento de la Cita
Embarazada antes de la semana 31	1 consulta cada 30 días
Embarazada de la semana 31 a la semana 35	1 consulta cada 15 días
Embarazada de más de 36 semanas	1 consulta cada 7 días

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Nota:

$$\text{Oportunidad} = \frac{\text{Fecha de solicitud}}{\text{Fecha de citas otorgadas}} = \text{días de diferimiento}$$

$$\text{Oportunidad} = \text{Cero días de diferimiento}^{(*)}$$

Análisis:

No existe diferimiento para el otorgamiento de citas, además de respetarse los lineamientos establecidos.

(*) Dato proporcionado por la Jefatura de Enfermería.

**Características de las Pacientes
Entrevistadas en el HG2CMF N° 2
del IMSS en Irapuato**

Cuadro N° 14

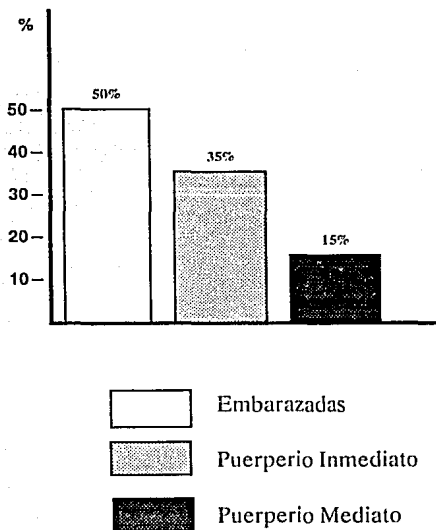
**Distribución de la Población Según Diagnóstico
en el Momento en que Fueron Entrevistadas
Respecto a la Atención de EMI**

Identificación	Nº	%
Embarazadas	50	50
Puerperio inmediato	35	35
Puerperio mediato	15	15
T o t a l	100	100

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Gráfica N° 1

Distribución de la Población Según Diagnóstico en el Momento en que Fueron Entrevistadas Respecto a la Atención de EMI



Fuente: Cuadro N° 14

Cuadro N° 15

Antecedentes Gineco-obstétricos de Acuerdo a la Edad de las Pacientes Controladas por EMI

1993

Antecedentes Gineco-obstétricos	Gestas Número			Partos Número			Abortos Número			Cesáreas Número			Nº pa- cientes		
Edad de las pacientes	I	II	IV	VI	1	3	5	1	3	1	3				
		III	V	+	0	2	4	+	0	2	+	0	2	+	
- De 19 años	7	2	0	0	7	2	0	0	8	1	0	9	0	0	9
De 20 a 35 años	12	54	21	2	17	41	23	8	79	10	0	83	6	0	89
+ de 36 años	0	1	1	0	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0	2
Subtotal	19	57	22	2	24	43	24	9	87	13	0	93	7	0	100
T o t a l	100				100				100				100		

Fuente: *et al, op.cit. p. 62*

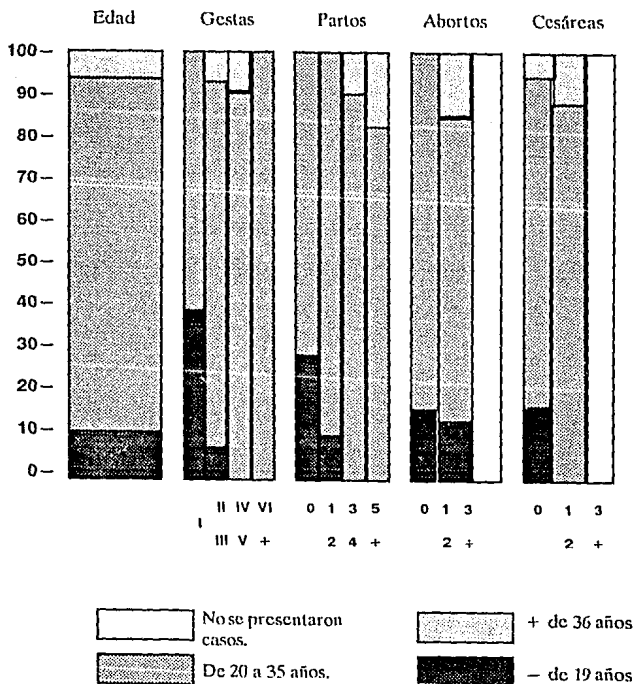
Análisis:

Podemos observar que la EMI controla pacientes que por su edad deberían estar con el médico familiar; en cuanto a antecedentes, vemos que predominan las embarazadas con más de dos gestas, siendo en este grupo la mayor incidencia de abortos y cesáreas.

Gráfica N° 2

Antecedentes Gineco-obstétricos de Acuerdo a la Edad de las Pacientes Controladas por EMI

1993



Fuente: Cuadro N° 15

Cuadro N° 16

Grado de Escolaridad en Relación a la Zona de Residencia de las Pacientes Controladas por EMI

1993

Escolaridad	Analfabeta		3º de Primaria		Primaria Terminada		Secundaria Terminada		Bachillerato y +		Nº de Pacientes
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Urbana	0	0	3	15	32	63	21	95	4	80	60
Sub-urbana	0	0	9	45	12	23	1	5	1	20	23
Rural	2	100	8	40	7	14	0	0	0	0	17
Total	2	100	20	100	51	100	22	100	5	100	100

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

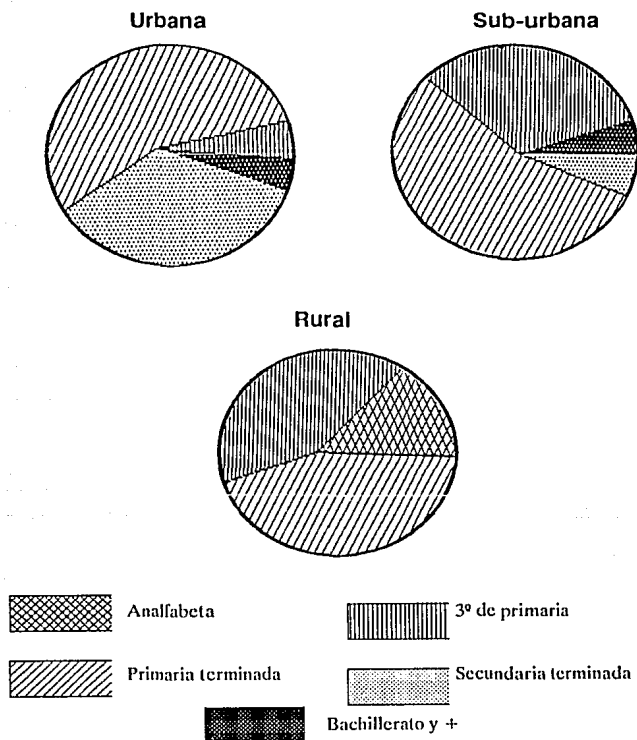
Análisis:

Es palpable que la zona de residencia no influye predominantemente en el grado de escolaridad, porque a pesar de que en la zona rural se detectaron casos de analfabetismo, la relación de personas que saben leer y escribir así como los de primaria terminada son similares entre las zonas sub-urbana y rural. Es en la zona urbana donde se registró un grado de escolaridad.

Gráfica N° 3

Grado de Escolaridad en Relación a la Zona de Residencia de las Pacientes Controladas por EMI

1993



Fuente: Cuadro N° 16

Cuadro N° 17

Condiciones del Recién Nacido Según Tipo de Parto de las Pacientes Controladas por EMI

1993

Tipo de Parto =====	Eutócico		Distócico	
	Nº	%	Nº	%
Condición del Recién Nacido				
Sano	30	60	11	22
Con problemas de salud	3	6	5	10
Mortinato	1	2	0	0
Total	34	68	16	32

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

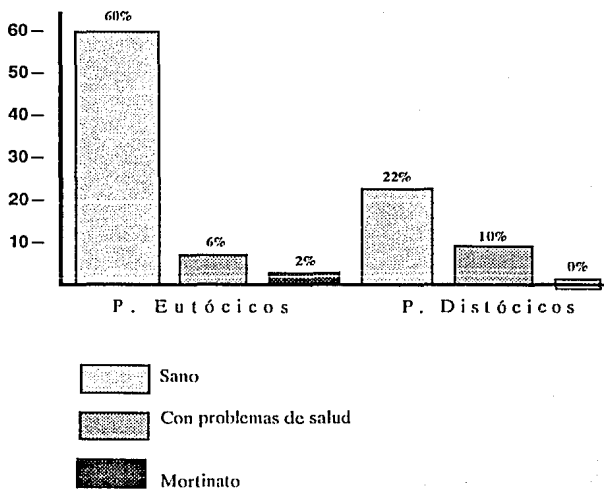
Análisis:

De las condiciones del recién nacido, según tipo de parto eutócico, podemos observar que un 6% fueron catalogados como patológicos, siendo relevante que en este mismo rubro ocurrió un mortinato; en cuanto a parto distócico, la incidencia del recién nacido patológico es de un 10% existiendo una estrecha relación entre las condiciones de la madre en el momento del parto y el nivel de educación recibida por parte de la EMI.

Gráfica N° 4

Condiciones de los Recién Nacidos Según Tipo de Parto de las Embarazadas Controladas por EMI

1993



Fuente: Cuadro N° 17.

Cuadro N° 18**Pacientes Controlados por EMI que
Presentaron Problemas de Salud****1993**

Etapa	Nº	%
Embarazo	16	16
Parto	17	17
Puerperio Inmediato	4	4
Puerperio Mediato	6	6
Sin problemas de salud	57	57
T o t a l	100	100

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

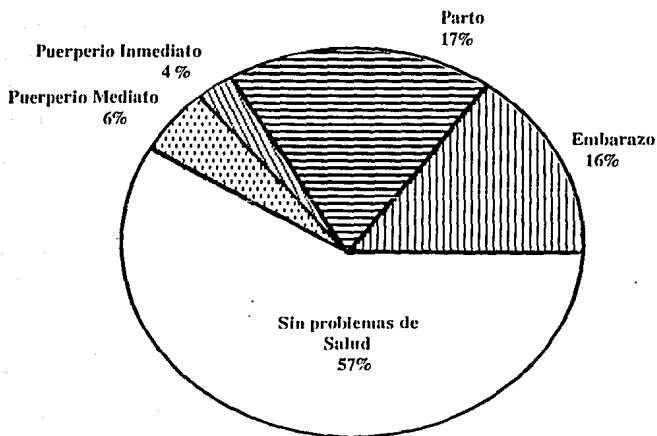
Análisis:

La frecuencia de problemas de salud se observa mayormente en las pacientes que ya tuvieron su evento obstétrico, aún cuando son atribuibles a diversas causas y no a la EMI.

Gráfica N° 5

Pacientes Controladas por EMI que Presentaron Problemas de Salud

1993



Fuente: Cuadro N° 18

Cuadro N° 19
Padecimientos Presentados por
las Embarazadas Controladas por EMI
1993

Identificación	N°	%
Hipertensión Arterial	4	4
Anemia	2	2
Várices grados III y IV	2	2
Infección de vías urinarias	6	6
Con problemas anteriores al embarazo	2	2
Sin problemas de salud durante el embarazo	84	84
T o t a l	100	100

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

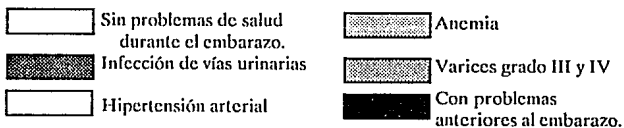
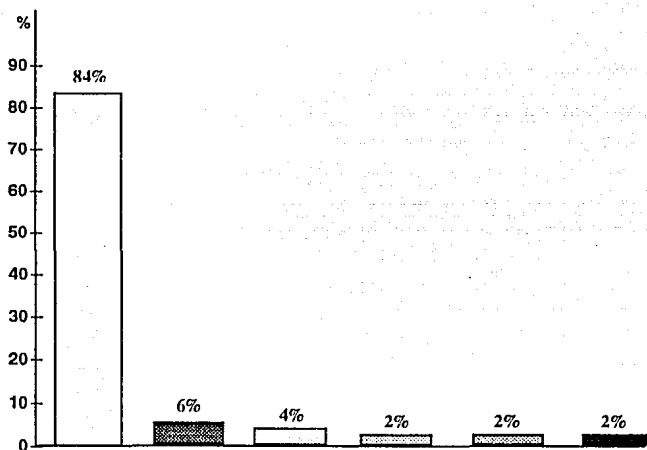
Análisis:

En este cuadro podemos observar que por lo menos en un 8% del total de embarazadas controladas en EMI no debían de ser controladas en este servicio, ya que, según normas establecidas, sólo tienen que ser embarazadas de bajo riesgo.

Gráfica N° 6

Padecimientos Presentados por las Embarazadas Controladas por EMI

1993



Fuente: Cuadro N° 19

Cuadro N° 20**Problemas Presentados Durante el Parto
en las Pacientes Controladas por EMI****1993**

Identificación	Nº	%
Desproporción cefalo-pélvica	3	6
Variedad de posición	5	10
Ruptura de membrana de más de 12 horas de evolución ^(*)	2	4
Desprendimiento prematuro de placenta	1	2
Hipertensión no controlada en el último trimestre que persistió hasta el parto	2	4
Trabajo de parto prolongado	4	8
Sin problemas	33	66
T o t a l	50	100

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

(*) Uno de los cuales con nacimiento obtenido por vía vaginal.

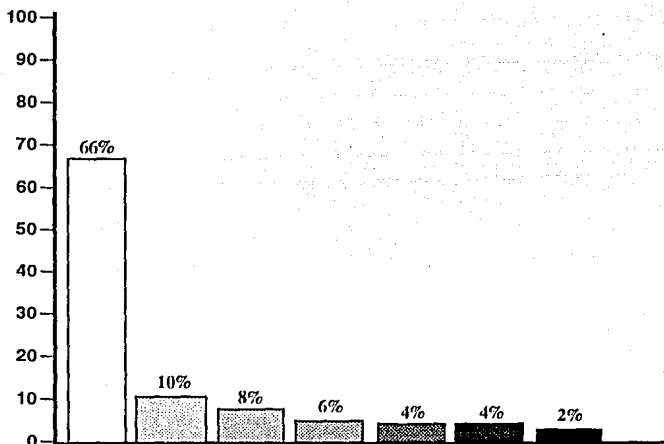
Análisis:


La frecuencia observada de problemas presentados durante el parto es de un 24% que quizá pudieran ser atribuidos al servicio de EMI, sin embargo, el poco apoyo que recibe por parte del médico y el poco tiempo destinado a la consulta puede influir en un momento dado.


Gráfica N° 7


Problemas Presentados Durante el Parto en las Pacientes Controladas por EMI


1993





 Sin problemas.


 Variedad de posición.

 Trabajo de parto prolongado.

 Desproporción cefalo-pélvica.

 Rotura de membranas de más de 12 horas de evolución.

 Hipertensión no controlada en el último trimestre que persistió hasta el parto.

 Desprendimiento prematuro de placenta

Fuente: Cuadro N° 20

Cuadro N° 21

**Problemas Presentados durante el Puerperio
Inmediato y Mediato en Pacientes Controladas
por el Servicio de EMI**

1993

Identificación	Nº	%
Anemia importante por desprendimiento prematuro de placenta	1	2
Hipertensión arterial	2	4
Infección por Ruptura prematura de membranas	1	2
Dchiscencia de epiziorrafia	2	4
Infección de vías urinarias	2	4
Postlegado por retención de restos placentarios	1	2
Salpinguitis	1	2
Sin problemas de salud	40	80
Total	50	100

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Análisis:

La mayor frecuencia se concentra en el puerperio mediato; si lo relacionamos con el nivel de educación que recibieron las pacientes durante su control, podemos observar que es precisamente en este rubro que tenemos una deficiencia de un 67%.

Resultado de la Aplicación de Evaluación en Cuanto a la Variable de “Impacto”

Adaptado del modelo original por:
María Leticia Arévalo Rosales y Soledad de Jesús Hernández Martínez.

Cuadro N° 22

Distribución de Respuestas Sobre la Relación Interpersonal Entre Enfermera y Paciente

1993

Identificación	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Hubo identificación con la enfermera que llevó su control prenatal	56	56	44	44
Pacientes que recibieron preparación psicológica	58	58	42	42
Promedio	57		43	

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Cuadro N° 23

**Distribución de Respuestas Sobre
Educación Para la Salud**

1993

Educación para la Salud sobre:	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Autocuidado en el embarazo	73	73	27	27
Colaboración en el parto	36	36	64	64
Cuidados en el puerperio	33	33	67	67
Cuidados del recién nacido	50	50	50	50
T o t a l	48	48	52	52

Fuente: et al, op. cit. p. 62

Análisis:

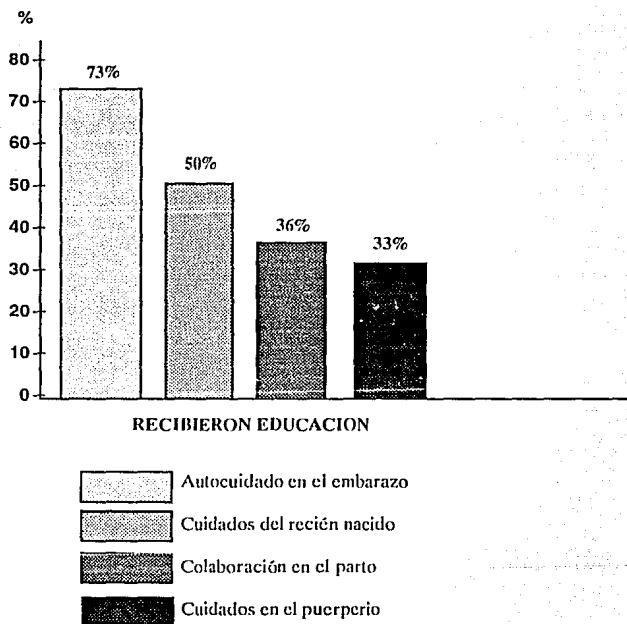
De las actividades prioritarias que deben realizarse en una consulta de EMI, un 80% corresponde a las actividades enfocadas a la Educación para la Salud, y como podemos observar, un alto porcentaje no recibió la información necesaria para su autocuidado sobre todo en los tres últimos rubros, siendo éstos donde la Educación para la Salud que es una nota primordial del servicio de EMI, cubrir un 80%, meta establecida en las normas del programa como podemos observar

en el más alto porcentaje a educación y autocuidado durante el embarazo, pero en lo que concierne a colaborar en parto, educación en el puerperio y cuidados del recién nacido, denota una clara deficiencia global de los 4 rubros de un 52%.

Gráfica N° 8

Distribución de Respuestas Sobre Educación Para la Salud

1993



Fuente: Cuadro N° 23

Cuadro N° 24

**Distribución de Respuestas de Atención Brindada
y Alternativas de Solución Encaminadas
a la Vigilancia y Control del Embarazo**

1993

Identificación	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Toma su peso	100	100	0	0
Midió altura uterino	99	99	1	1
Fetocardio	97	97	3	3
Revisó edema	79	79	21	21
Envío a laboratorio	97	97	3	3
Envío a dental	100	100	0	0
Envío a aplicación de toxoide tetánico	100	100	0	0
Envío a médico familiar	16	16	84	84
Promedio	86	86	14	14

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

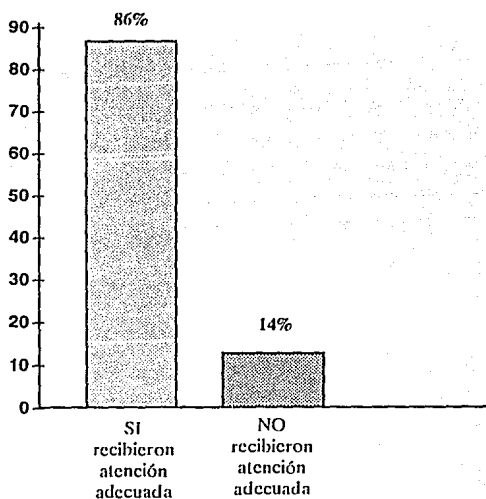
Análisis:

La deficiencia más palpable es la referente a la falta de revisión de edema, sin embargo, es importante recordar el poco tiempo con que cuenta la EMI.

Gráfica 9

Distribución de Respuestas de Atención Brindada y Alternativas de Solución Encaminadas a la Vigilancia y Control del Embarazo

1993



Fuente: Cuadro N° 24

Cuadro N° 25

Grado de Satisfacción de las Pacientes Atendidas

1993

Criterio	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Existe motivo de queja	0	0	100	100
Falta de interés en su control	2	2	98	98
Le solucionó sus problemas	97	97	3	3
Le trata con despotismo	0	0	100	100
La trata con amabilidad	100	100	0	0
Promedio		99%		1%

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Análisis:

La percepción de las usuarias en cuanto a la satisfacción de la atención recibida es aceptable, ya que una minoría manifiesta que la enfermera no mostraba interés en su control y que sus problemas de salud no le fueron solucionados.

Cuadro N° 26

Percepción de las Pacientes Atendidas en el Servicio de EMI en Cuanto a Trato Profesional que Recibe en Comparación con Otros Miembros del Equipo de Salud.

1993

Personal	Excelente		Bueno		Regular		Pésimo		Se abstuvieron	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermera	1	1	89	89	10	10	0	0	0	0
Médico	0	0	85	85	13	13	2	2	0	0
Trabajadora Social	0	0	20	20	0	0	0	0	80	80
Promedio	1	1	194	65	23	8	2	2	80	24

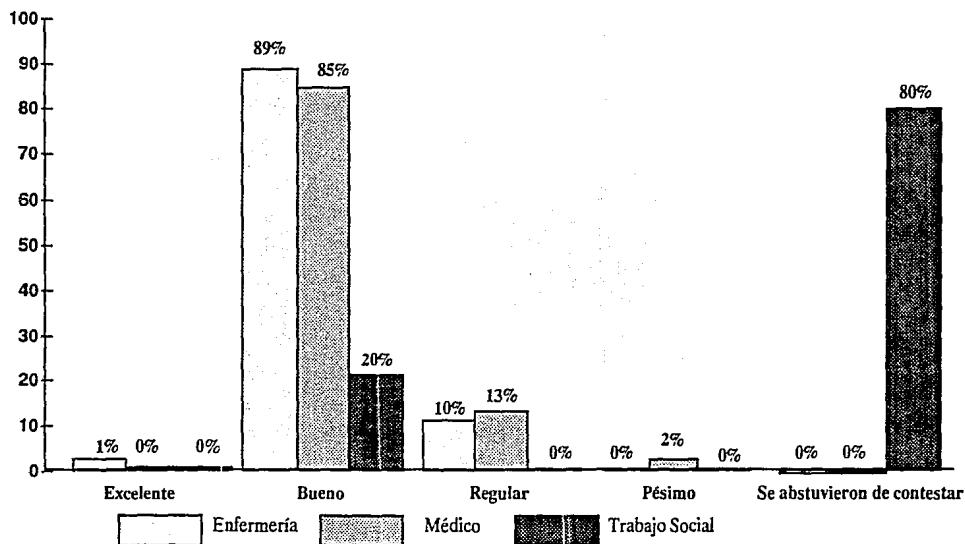
Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Análisis:

En cuanto al trato profesional que recibe la paciente, ésta manifiesta que es bueno tanto por parte del médico como por parte de la enfermera siendo un poco más elevado en esta última; en cuanto a la Trabajadora Social, no todas las pacientes acuden a las pláticas de Educación, por lo tanto se abstuvieron de hacer comentarios.

Gráfica N° 10

Percepción de las Pacientes Atendidas en el Servicio de EMI en Cuanto a Trato Profesional que Recibe en Comparación con Otros Miembros del Equipo de Salud



Fuente: Cuadro N° 26

Cuadro N° 27

**Percepción de las Pacientes Controladas en EMI
de las causas por las cuales presentaron alguna
complicación durante su embarazo.**

1993

Causas	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
La EMI la orientó adecuadamente	12	75	4	25
Pudo llevar a cabo las indicaciones	9	56	7	44
Acudió a EMI cuando su embarazo estaba por terminar	12	75	4	25
La EMI le hizo caso de los síntomas que usted manifestó	9	56	7	44
Porque no entendió las indicaciones	12	75	4	25
Porque al ser remitida por la EMI el médico no la atendió	10	63	6	37
El tiempo que se dedicó a su consulta es suficiente	13	81	3	19
Usted le tenía confianza a la EMI	16	100	0	0
Promedio	12	75	4	25

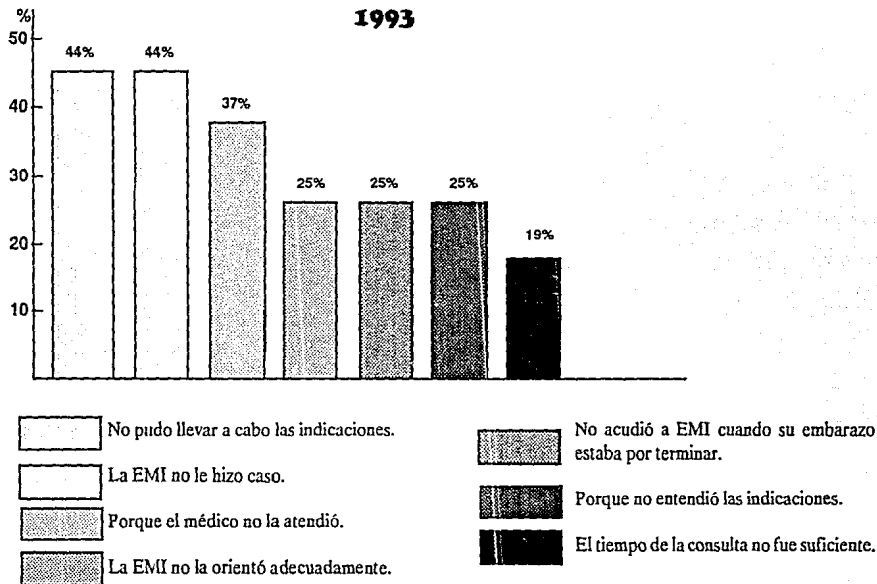
Fuente: et al, op. cit. p. 62

Análisis:

Es importante hacer notar que de las 17 pacientes que presentaron problemas durante el parto, una salió del programa por tener sólo dos asistencias a control prenatal y que un 25% acudió en forma tardía, recibiendo sólo de 3 a 4 consultas, aún así algunas pacientes responsabilizaron en forma directa a la enfermera.

Gráfica N° 11

**Percepción de las Pacientes Controladas en EMI de las Causas por las Cuales
Presentaron Alguna Complicación Durante su Embarazo**



Fuente: Cuadro N° 27

Cuadro N° 28

Grado de satisfacción en relación al tiempo de espera de las pacientes atendidas

1993

Tiempo de espera	Nº	%
Menos de 30'	72	72
De 30 a 60'	25	25
De 61 a 120'	0	0
Se retiró por no recibir la consulta a tiempo	3	3
T o t a l	100	100

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

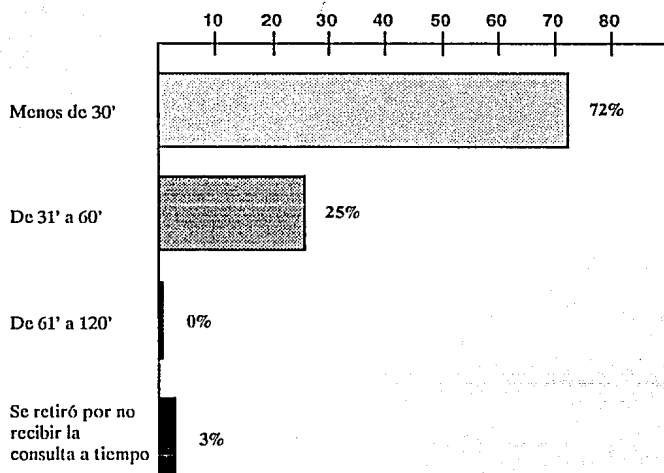
Análisis:

En términos generales si se respetó el tiempo de espera, aún cuando un 3% manifestó haberse retirado por tener prisa y no poder esperar.

Gráfica N° 12

Grado de satisfacción en relación al tiempo de espera de las pacientes atendidas

1993



Fuente: Cuadro N° 28

Cuadro N° 29**Grado de satisfacción de las pacientes atendidas
en relación a continuar su control****1993**

Prefiere continuar con:	N°	%
Enfermera	88	88
Médico	8	8
Con cualquiera de los dos	2	2
Con el especialista	2	2
T o t a l	100	100

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

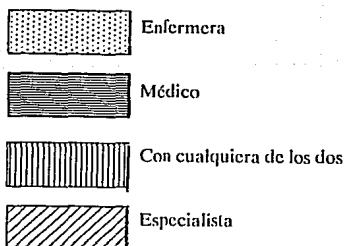
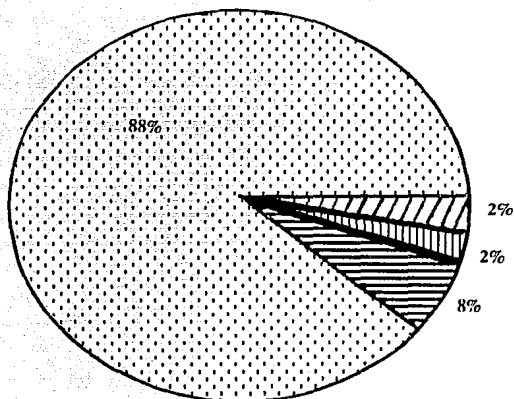
Análisis:

Un alto porcentaje de las derecho-habientes manifestaron querer continuar su control (o uno próximo en el futuro) con la enfermera, puesto que al ser una mujer quien las atiende, se sienten con mayor confianza para aclarar ciertas dudas.

Gráfica N° 13

Grado de Satisfacción de las Pacientes Atendidas en Relación a Continuación su Control

1993



Fuente: Cuadro N° 29

Cuadro N° 30

**Pacientes con Problemas de Salud que NO
Debieron ser Controladas por la EMI
1993**

Identificación	Nº	%	
D U R M A B N R T E A Z E O L	Pacientes que iniciaron con problemas de salud en el 1er. trimestre	5	31.25
	Pacientes que iniciaron con problemas de salud en el 2º trimestre	3	18.75
	Pacientes que iniciaron con problemas de salud en el 3er. trimestre	6	37.50
	Pacientes que tenían problemas de salud anterior al embarazo	2	12.50
Total		16	100.00
A T E M N P E D O D I R I D A C O	Pacientes referidas y atendidas por el médico familiar	8	50.0
	Pacientes referidas y no atendidas por el médico familiar	8	50.0
Total		16	100.00
D P N E E I R V A E R C L E I C O U N	Pacientes que se recuperaron antes de su evento obstétrico	10	62.50
	Pacientes que no se recuperaron antes de su evento obstétrico	6	37.50
Total		16	100.00

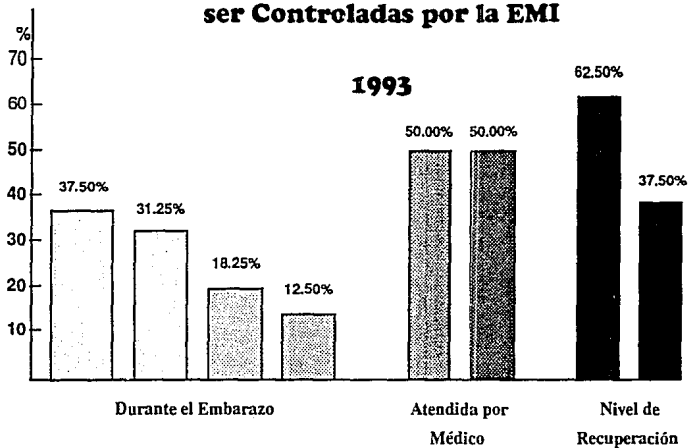
Fuente: *et al, op. cit. p. 62*





Análisis:





Podemos observar que un 16% de las embarazadas no debieron controlar su embarazo en EMI, ya que era embarazo de alto riesgo, y que aunque afortunadamente la mayoría logró recuperarse, un 6% persistió con problemas en el parto y puerperio. Esto de manera indirecta nos señala la deficiente organización, puesto que no se vigila y controla la derivación oportuna, además del poco apoyo por parte del médico.

Gráfica N° 14

Pacientes con Problemas de Salud que no Debieron ser Controladas por la EMI



-  En el 3er. trimestre.
-  En el 1er. trimestre.
-  En el 2º trimestre.
-  Anterior al embarazo.

-  Referidas y Atendidas.
-  Referidas y no atendidas.
-  Se recuperaron antes de su evento obstétrico.
-  No se recuperaron antes de su evento obstétrico.

Fuente: Cuadro N° 30

Cuadro N° 31

**Distribución de Respuestas Según Percepción,
a Quien se le Atribuye la Causa de Problemas
Ocurridos en el Trabajo de Parto**

1993

Causa	Nº	%
Desconocía como colaborar en el parto	14	28
Inadecuada atención médica	3	6
Inadecuada atención de enfermería de toco-cirugía	0	0
No presentaron problemas de salud	33	66
T o t a l	50	100

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Análisis:

Es palpable la falta de orientación por parte de la EMI sobre aspectos tan importantes, situación que ya se había manifestado cuando se mencionó la educación proporcionada a las embarazadas.

Cuadro N° 32

Distribución de Respuestas Sobre el Trato Humanitario Otorgado por la EMI

1993

Identificación	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Le habló por su nombre	31	31	15	15	54	54
Mostró desagrado hacia su persona por su vestuario	0	0	0	0	100	100
Le molestaba su presencia	0	0	0	0	100	100
La paciente reclamó alguna actitud de EMI	0	0	0	0	100	100
La EMI se enojó por no seguir usted las indicaciones dadas	0	0	11	11	89	89
Se interesó en el motivo por el cual no pudo llevar a cabo alguna indicación	95	95	3	3	2	2
La invitó cortesmente a que las realizara	98	98	2	2	0	0
Le propuso alternativas de solución	88	88	2	2	10	10
La regañó	0	0	12	12	88	88
Mostró interés en comprobar si había entendido lo que le explicaba	99	99	0	0	1	1
Total		41.1%		4.5%		54.4%

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Análisis:

El impacto percibido en cuanto a trato humanitario es alto aún cuando se observan deficiencias tales como a que a un 54% de las pacientes nunca se les habló por su nombre y que un 11% percibió molesta a la EMI cuando ésta detectaba que no habían seguidos las indicaciones dadas, pero las pacientes justificaban su actitud ya que se daban cuenta del cúmulo de trabajo.

Cuadro N° 33

Distribución de Respuestas Sobre la Actitud de la EMI Durante la Consulta

1993

Identificación	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Amable	100	100	0	0
Respetuosa	100	100	0	0
Agresiva	0	0	100	100
Falta de atención por atender problemas personales	0	0	100	100
Atendía otras cosas diferentes a su consulta	2	2	98	98
Total		40.4%		59.6%

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Análisis:

La actitud mostrada por la EMI es buena según refieren las pacientes, aún cuando un 2% manifestó que la enfermera atendía otras cosas ajenas al servicio.

Cuadro N° 34

Distribución de Respuestas Sobre las Medidas Específicas Para Mantener la Individualidad de las Embarazadas Durante la consulta de la EMI

Identificación	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Descubre partes innecesarias de su cuerpo	0	0	100	100
Permite la estancia de otras personas ajenas a usted o al servicio	2	2	98	98
Cierra la puerta cuando la ausculta	100	100	0	0
Permite la estancia de su esposo o familiar	3	3	97	97
T o t a l	26.25%		73.75%	

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

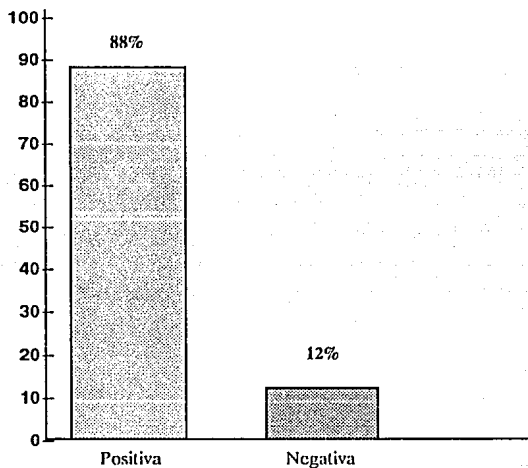
Análisis:

Las medidas específicas para mantener la individualidad aún cuando no es muy significativa si podría ser susceptible de corregirse.

Gráfica N° 15

Porcentaje de Actitudes Positivas y Negativas Sobre el Trato Humanitario Otorgado por la EMI

1993



Fuente: Cuadro N° 34

Indicador de Calidad:

$$\frac{\text{Total de personas atendidas con calidad menos} \\ \text{total de personas atendidas sin calidad}}{\text{Total de personas atendidas}} \times 100$$

$$\frac{73-27}{100} \times 100 = \frac{46}{100} \times 100 = 46\% \text{ de calidad otorgada}$$

Total de casos que iniciaron con problemas de salud
en el primero, segundo y trimestre del embarazo

Total de personas atendidas

$$\frac{16}{100} \times 100 = 16\%$$

Total de casos con problemas de salud menos los que
se recuperaron antes de su evento obstétrico

$$\frac{\text{Total de casos con problemas de salud menos los que} \\ \text{se recuperaron antes de su evento obstétrico}}{\text{Total de personas atendidas}} \times 100$$

$$\frac{\text{Total de personas que prevalecieron con problemas de salud hasta su evento obstétrico}}{\text{Total de personas atendidas}} \times 100$$

$$\frac{6}{100} \times 100 = 6\%$$

No hubo mortalidad materna durante este período

$$\frac{\text{Total de defunciones neonatales}}{\text{Total de nacidos vivos}} \times 100$$

$$\frac{1}{49} \times 100 = 2.04\%$$

Indicador de Satisfacción:

Total de personas satisfechas menos las no satisfechas

Total de personas atendidas

$$\frac{77-23}{100} \times 100 = \frac{54}{100} \times 100 = 54\%$$

Indicador de Trato Humanitario:

Total de personas que se les otorgó trato humanitario
menos las que no se les otorgó trato humanitario

Total de personas atendidas

$$\frac{95-5}{100} \times 100 = \frac{90}{100} \times 100 = 90\%$$

**Concentrado Final Variables de
Impacto del Programa EMI**

"Atención de Calidad"

Identificación	Nº	%
SI recibió calidad	73	73
NO recibió calidad	27	27
Total	100	100

"Satisfacción"

Identificación	Nº	%
Satisfecha	77	77
NO satisfecha	23	23
Total	100	100

"Trato Humanitario"

Identificación	Nº	%
Trato Humanitario	95	95
NO recibió trato humanitario	5	5
Total	100	100

Cuadro N° 35**Presentación Porcentual Sobre Atención de Calidad,
Satisfacción y Trato Humanitario Manifestada por
las Pacientes Controladas en el Servicio de EMI****1993**

Indicador	%
Buena Calidad	73
Satisfacción	77
Trato Humanitario	95
Promedio	82%

Fuente: *et al, op. cit. p. 62*

Análisis:

Indicador de Calidad de Atención: Se tomaron en cuenta los datos estadísticos de morbilidad, incidencia y prevalencia así como mortalidad materna e infantil, dando como resultado el que sólo el 46% de las pacientes obtuvieran Atención de Calidad; sin embargo, el porcentaje de acuerdo a la percepción de las usuarias fue el de 73%.

Indicador de Satisfacción: Nos muestra el mismo fenómeno que el anterior;

observando que el grado de satisfacción de las usuarias difiere de los resultados estadísticos obtenidos, la diferencia va de un 77% por parte de las usuarias a un 54% a través del indicador.

Indicador del Trato Humanitario: En cuanto al trato percibido por las usuarias se reporta un 95% y aplicando el indicador se reduce a un 90%.

Resumen e Interpretación de Resultados

Conocer la calidad con que se otorga la Atención de Enfermería como primer paso para mejorar su prestación es una necesidad; la evaluación de la calidad de la atención siempre se ha centrado en la evaluación objetiva y subjetiva de jefes, subjefes o médicos por lo que se hace evidente la necesidad de tomar en cuenta otros aspectos tales como la suficiencia y la calidad de los recursos físicos, la disponibilidad y la capacidad profesional o técnica de los recursos humanos congruentes con el nivel de atención que se otorga, el suministro de material de consumo, la organización del servicio, la realización de los procedimientos conforme a las normas vigentes, la satisfacción de las expectativas del usuario, etc.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentran planeadas, organizadas y estructuradas bajo un modelo preestablecido en base a oferta-demanda y política, sin tomar en cuenta si ésta responde a las necesidades reales de una población a servir, lo que hace necesario evaluar si se cumple en forma efectiva la atención que se brinda así como el impacto que produce en la población.

El resultado de la investigación con la aplicación del modelo propuesto, resume en forma cuantitativa y cualitativa todos los elementos del sistema; es interesante saber como estos se interrelacionan e influyen entre sí para evaluar la Eficacia de la Atención de Enfermería en el servicio de EMI del IMSS en Irapuato, Gto., por lo que a continuación presentamos un resumen e interpretación de resultados.

En cuanto a *Disponibilidad* existen dos enfermeras para otorgar 680 consultas mensuales de control del Niño Sano y control Prenatal, otorgándose en esta última 378 consultas, con un promedio de 20 minutos por consulta; si esto lo relacionamos con el último elemento de adecuación de Distribución en cuanto a actividades específicas para la vigilancia y control del embarazo, podemos observar que la EMI efectúa sus actividades en forma parcial ya que con un promedio de 2.6 consultas por hora, la educación que imparte es pobre, en cuanto a la aplicación del modelo el resultado fue de 15.5 consultas por turno.

El indicador de adecuación de Volumen nos permitió relacionar las acciones desarrolladas por el personal y la necesidad de disponer de los recursos materiales ideales, los cuales deben ser facilitados para poder otorgar una atención de calidad. A la aplicación del modelo observamos que existe una insuficiencia de un 52% de recursos. Ante esta situación, podemos concluir que la EMI trata de brindar una atención lo mejor posible con los escasos recursos con que cuenta, optimizando en algunos casos su uso.

A través del Indicador de Adecuación de Distribución nos percatamos que no existen a nivel organizacional los elementos necesarios para el desempeño de las actividades específicas como son: delimitación de funciones en profesiograma, Manual de Organización, Programa de Trabajo, Manual de Procedimientos, falta de participación en los comités y falta de participación en la evaluación de su propio trabajo para que sean ellas mismas quienes propongan alternativas de solución a las desviaciones captadas. En cuanto a la aplicación del modelo encontramos una Adecuación de Distribución con un 45% de deficiencia.

Adecuación de Operación: En este sentido la relación que hay entre los recursos humanos, materiales y técnicos existentes y los recursos necesarios fue de un 31.5% de insuficiencia. Con este indicador y los anteriores podemos concluir que la variable de Suficiencia en donde entran elementos del sistema tan importantes como son la Estructura, nos permitió conocer la situación real de la organización, descubrir problemas o áreas deficientes que deben ser objeto de corrección, no como un fin en sí mismo, sino como el primer paso para proveer de los recursos necesarios y así poder brindar una atención de calidad libre de riesgos.

A la aplicación del indicador de Utilización, observamos que no todas las pacientes requieren ser canalizadas a los servicio de apoyo cada vez que se presentan a control; encontramos que 168 de 378 pacientes mensuales utilizan los servicios de apoyo, lo que correspondería a un 100% de los pacientes que acuden por primera vez y a un 1.9% de las pacientes subsecuentes, situación totalmente ilógica, aún cuando a la entrevista sólo un 3% de las derechohabientes manifestaron que no fueron enviadas a laboratorio, el resto afirmó que si fueron enviadas a los diferentes servicios de apoyo. Sin embargo no existe una forma de registro real que nos permita evaluar la derivación adecuada y oportuna y si las pacientes acudieron o no para solucionar sus problemas detectados.

Cobertura: Los recursos humanos existentes para el control de la embarazada son el médico y la enfermera; la cobertura que abarca la EMI es de un 22.7% cifra relativamente baja si tomamos en cuenta que el servicio de EMI se implementó como una estrategia para que las embarazadas de bajo riesgo tuvieran la oportunidad de recibir una atención más frecuente basada en la capacitación para el autocuidado y que según resultados obtenidos a través de la aplicación del modelo, un 46% recibe Atención de Calidad y según percepción de las usuarias fue de 73%.

Las personas que iniciaron con problemas de salud en el embarazo fue de un 16%, recuperándose gracias a la buena disposición de las enfermeras el 12%, aún cuando el 6% prevaleció con problemas hasta su evento obstétrico. No se registró mortalidad materna atribuible a la EMI; desgraciadamente se presentó un mortinato atribuido a la deficiente educación recibida en el control prenatal.

En cuanto al Grado de Satisfacción de la Atención recibida el impacto que produjo en las pacientes fue de un 77% positivo y del Trato Humanitario un 95%, teniendo un promedio global de Eficacia en la Atención de Enfermería, según percepción de los derechohabientes, de un 82%. La instrumentación de las diferentes áreas que conforman nuestra investigación, podrían ser resumidas en este rubro, ya que es de la actuación de la enfermera de quien estamos hablando y de los indicadores que nos han permitido emitir juicios para evaluar las deficiencias de la infraestructura institucional, la insuficiencia de recursos materiales y técnicos y la falta de capacitación del personal. La conclusión sería que si al personal de área operativa se le brindara la oportunidad de tener otro nivel curricular como el que ofrece la licenciatura de Enfermería y Obstetricia, su capacidad cognocitiva sería más adecuada para desarrollar sus potencialidades psico-analíticas en la realización de sus actividades técnico-administrativas.

El indicador de concentración permite a nivel organizativo programar en forma oportuna los recursos necesarios para que, respetando los lineamientos, se otorguen una consulta de primera vez por tres subsecuentes. El resultado obtenido fue de 2.07% consultas de primera vez por tres subsecuentes.

El rendimiento reportado por la investigación nos habla de un 2.6 consultas por hora en el servicio de EMI, lo cual está dentro de los límites establecidos que marcan de 2.3 a 3 consultas por hora.

En cuanto a Costo vemos que es un precio accesible en comparación por el erogado por el médico especialista o del médico familiar ya que representa sólo el 8% en relación al primero y el 15% en cuanto al segundo.

La variable de Calidad nos permitió observar que las pacientes derivadas por el médico familiar si fueron captadas por el servicio de EMI, donde continuaron su control hasta el final de su evento obstétrico. Lo que debemos resaltar es el hecho de que algunas pacientes fueron mal derivadas, ya que eran embarazadas de alto riesgo. En cuanto a precisión, se pudo constatar que el cumplimiento de actividades administrativas fue del 90%, y de actividades técnicas del 80%, pudiendo decir que la oportunidad es excelente ya que no existen días de diferimiento.

Variable de Impacto: En este tiempo cuando hablamos de la Calidad de Atención de Enfermería, debemos tener presente que la Efectividad de nuestras acciones sólo puede lograrse, cuando la estructura permite desarrollar un proceso que puede evaluarse no sólo desde el punto de vista institucional, sino también del usuario y del mismo prestador del servicio, esto es de la propia EMI.

La perspectiva que podemos tener para evaluar un resultado depende en muchos casos del lado en que estemos ubicados; si somos directivos de la Institución, evaluamos si se dio una atención de acuerdo a lo normado y si se optimizaron los recursos; si somos usuarios, tomamos en cuenta no las normas, sino si nuestras necesidades fueron satisfechas dentro de un marco de respeto y confianza; y si somos enfermeras esperamos el reconocimiento por haber cumplido con responsabilidad las actividades inherentes a nuestra categoría sin importar si contábamos o no con los insumos suficientes y adecuados.

El impacto en nuestra población sólo lo podremos observar cuando hayamos sido capaces de dar una Atención de Calidad, cuando recordemos que el derechohabiente es una persona con individualidad propia y que la Educación que se le imparte debe estar acorde a sus factores de riesgo y características personales que nos permiten identificar sus capacidades y de esta manera pueda llevar a cabo su participación efectiva y eficaz en su autocuidado pre-trans y postnatal.

Comprobación de la Hipótesis

En cuanto a la primera, podemos concluir que el nivel de conocimientos de la EMI según resultados del instrumento que se les aplicó que se reduce a un curso monográfico de dos semanas, posiblemente sí influya en la efectividad de la atención brindada, la cual sería diferente si la enfermera tuviera los elementos cognoscitivos indispensables sobre cambios fisiológicos y cuidados necesarios en el embarazo, parto y puerperio así como cuidados y desarrollo psico-motriz del menor de cinco años.

El impacto del programa de la EMI en el segundo nivel de atención pudiese estar determinada por el tipo de relación enfermera-paciente, ya que no es lo mismo que la enfermera tenga no sólo el tiempo necesario para influir positivamente en el autocuidado de la embarazada, sino que la misma usuaria se sienta motivada a modificar sus malos hábitos por la identificación lograda a través del trato continuo y efectivo con la enfermera.

La valoración de la estructura y la organización nos refuerza que posiblemente determina en forma directa la calidad de la atención que se brinda en EMI,

ya que para poder realizar los diferentes procedimientos de Enfermería es necesario contar con los insumos suficientes y adecuados que permiten llevar a cabo las acciones de manera lógica y ordenada.

El impacto que es percibido por la usuaria del servicio no necesariamente nos revela calidad de la atención recibida, lo que refuerza nuestra cuarta hipótesis, aún cuando la embarazada desee una atención con cortesía y oportunidad dentro de un ambiente agradable.

La Educación que imparte la enfermera no necesariamente puede asociarse con las complicaciones que presentan las usuarias, ya que las patologías detectadas no todas son derivadas de la falta o deficiente educación, puesto que algunas patologías existen aún antes de que las pacientes se embarazaran o de que éstas acudieran a su control prenatal con la EMI.

Conclusiones y Recomendaciones

1.— No se respetan los lineamientos establecidos para la derivación correcta del médico familiar a la EMI de que sólo sean embarazadas de bajo riesgo.

Que el o los coordinadores médicos vigilen el envío correcto de las embarazadas.

2.— No existe unificación de criterios para el control prenatal, ya que las indicaciones que se proporcionan por parte del médico, trabajadora social y enfermería difieren entre sí. Realizar reuniones interdepartamentales donde se establezcan los criterios adecuados para el control prenatal y al mismo tiempo retroinformar los avances del programa.

3.— El área física es bastante reducida, lo cual limita la atención adecuada durante la consulta, además no cuenta con lavabo, lo que pone en duda la leyenda de *"proporcionar una atención de Calidad libre de riesgos"*.

Que el personal directivo adecue el área física o, en su defecto, que el servicio sea ubicado en otra zona.

4. — No existe un manual de procedimientos, específico para el personal de enfermería.

Que el personal de área operativa del servicio, así como del nivel directivo, elaboren un Manual de Procedimientos que permita realizar las actividades de una manera adecuada y secuencial.

5. — Cuando el personal de base asignado al servicio está ausente por vacaciones, incapacidad o licencia, se cubre con personal suplente, el cual no siempre recibe inducción al puesto, lo que repercute en una disminución de calidad.

Tratar de no cambiar tan frecuentemente al personal suplente que ya ha sido asignado con anterioridad al servicio, ya que no sólo se ve afectada la calidad de la atención proporcionada, sino que las pacientes pierden la oportunidad de adquirir confianza al no lograr identificación con una sola persona.

6. — Debido a que en la Unidad existe un control para verificar la vigencia de derechos, en muchas ocasiones los expedientes al ser dados de baja se depuran, provocando que al presentarse la embarazada a control, no existan datos que permitan llevar una secuencia de las consultas recibidas.

Implementar un sistema de control que permita que los expedientes de las embarazadas no se depuren.

7. — Existe una diferencia de datos estadísticos emitidos por los servicios de Codificación y EMI.

Asignar a una persona que verifique que los datos estadísticos emitidos por los diferentes servicios sean iguales.

8. — Es importante resaltar que la EMI, al no participar en el Comité de morbi-mortalidad, desconoce las repercusiones derivadas de su quehacer, por lo cual se ve imposibilitada para proponer alternativas de solución a los problemas presentados.

Incluir en el Comité de morbi-mortalidad a la EMI, como pieza clave para la otorgación de consulta a la embarazada en control prenatal.

9. — La atención que se proporciona en el servicio de materno-infantil, solo contempla aspectos de tipo biológico, lo cual desvincula los aspectos psicológicos, sociales, culturales, económicos y religiosos, tan importantes en la vida de todo ser humano.

A través de la capacitación en servicio, propiciar que el personal de Enfermería sea capaz de brindar una Atención de Calidad libre de riesgos o sea que la derechohabiente no sólo quede satisfecha por el trato humanitario con que es atendida, sino que la enfermera le proponga alternativas de solución a sus necesidades incluidas las psico-sociales.

Resultado del Examen de Conocimientos Aplicado al Personal de EMI

El examen fue aplicado al personal sin previo aviso y en presencia de una de las investigadoras, por lo que podemos considerar que es fidedigno; constó de 19 preguntas en base al nivel de las actividades que realiza en forma rutinaria y a los programas que maneja como son: control del niño sano y control prenatal.

Sin contar con otros elementos fuera de lo preestablecido en la Institución, el resultado global fue de 8.6 por lo que podemos considerar que es aceptable en las preguntas que fallaron: coinciden en cuáles son los cambios fisiológicos que se presentan en el aparato urinario durante el embarazo y cuáles son los cuidados del recién nacido, y una de ellas no supo cuáles son los Programas Prioritarios de Atención Primarios.

Si tomamos en cuenta que los conocimientos fueron adquiridos hace tres años, durante un curso de adiestramiento de quince días, podemos decir que el nivel de aplicación es aceptable; el personal manifiesta que continua actualizándose por su cuenta y por interés propio.

Nuestro cuestionario sería: ¿qué sucedería si aplicásemos otro tipo de examen, con otros elementos que pudieran garantizar un tipo de atención que se acercara un poco más al ideal? Quizá sería objeto de otra investigación más específica para poder responder.

De la misma manera sería subjetivo de nuestra parte considerar que la educación que imparte es deficiente por el nivel de conocimientos que posee, ya que existen otros factores que intervienen, como son: el poco tiempo destinado a la consulta, el nivel de escolaridad de las usuarias y el hecho de que sean las Trabajadoras Sociales las responsables de impartir en una plática grupal de treinta a cuarenta y cinco minutos los cuidados prenatales y cuidados del recién nacido.

Es importante resaltar que durante la plática grupal, no se tome en cuenta la escolaridad de las embarazadas, ni se le pregunta si comprendió lo que se le dijo, y aunque tienen la oportunidad de aclarar sus dudas durante la consulta con la EMI y reforzar la información recibida no lo hace, hecho que se reflejó en la encuesta donde un 73% pudo retroinformar, un 36% aprendió cómo colaborar en el momento del parto, el 33% aprendió los cuidados en el puerperio, y el 50% supo cuales eran los cuidados en el recién nacido.

BIBLIOGRAFIA

Aguirre Gas G. Hector, Métodos de Avances en la Evaluación de la Calidad de la Atención. México, D. F., CIESS, 1988, pp. 232, 239.

Ahumada A. Pedro, *Taxonomía de los Modelos Evaluativos más Relevantes*. En Prensa Valparaíso, Santiago de Chile, (fotocopia) en Documento Preliminar, 1989 pp. 10, 20.

Diario Oficial, Ley General de Salud. México, Diario Oficial, 1984, pp. 81, 83.

Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería OPS/OMS. Serie Desarrollo de Servicios de Salud No. 81, Caracas, Venezuela, Mayo 1990, pp. 17, 28.

Florence S. Wald Robert E. Leonard. Hacia el Desarrollo de la Teoría de la Práctica de Enfermería, 1984 Vol. 13 No. 4 (fotocopia) p. 148.

Grupo Interdisciplinario de Medicina del Valle del Cauca, Propuesta de Modelo de Evaluación de los Servicios de Salud. Para ser Adoptado por el Ministerio de Salud en Colombia, Cauca S/E, (fotocopia) 1982, 1983. pp. 1, 13.

Kaufman Roger, Modelo Evaluativo de Elementos Organizacionales. En el 2º Encuentro Nacional de Especialidades en Evaluación Educacional, por el Instituto de Educación de la Universidad Católica de Valparaíso, S/E, (fotocopia), 1984, pp. 73, 78.

I. M. S. S.; Instructivo Para el Equipo Multidisciplinario en la Atención Materno—infantil. México, D. F. I. M. S. S. 1987, pp. 1, 5, 6, 7, 35, 36.

Idem. Estadística de Población Adscrita al I. M. S. S. de Irapuato Gto. I. M. S. S., 1991 Fuente Directa en Archivo Clínico—Estadístico.

Idem. Instructivo de Supervisión de Procedimientos de Enfermería Materno Infantil. México, I. M. S. S. 1988, p. 5.

I. N. E. G. I., Censo de Población y Vivienda del Estado de Guanajuato. INEGI, México, 1990. Tomo I pp. 386, 392, 412.

Ladwing, Lond. S. B. Olds, M. L. Enfermería Materno—Infantil Un concepto Integral Familiar, México, 2º Edición, Edit. Interamericana, 1987, p. 238.

Martínez, Benito. et. al. Sociología de una Profesión (El Caso de Enfermería) México, Ed. Nuevo Mar, S. A. de C. V. 1985, pp. 77—80.

OPS/OMS, Papel de la Enfermera—Obstétrica en la Atención Materno—Infantil. Washington, D. C. Informe de un Grupo de Trabajo 1977, OPS/OMS, 1977. pp. 18—23.

Idem. Mortalidad Materna en América Latina. Washington, D. C. Folleto de Salud Materno Infantil, OPS/OMS, 1988. pp. 4—6—10.

Idem. Manual Sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno—Infantil. Washington, D. C. Serie Paltex No. 7 Edit. OPS/OMS. 1986, pp. 27—111.

World Health Organization. “Declaration of Alma—Ata” Boletín of the Pan American Health Organization. 1978, pp. 354—362.

ANEXO I

Cuadro de Recolección de Datos del Indicador

Disponibilidad

Ubicación

Accesibilidad

Amplitud

Iluminación

Ventilación

Temperatura

Sistema de Localización e Intercomunicación

Distribución y área de circulación

Delimitación del área física

Orden de aseo del área física

Disponibilidad de área para guarda de medicamentos.

Claves para la recolección de información.

* Narrativa

** Croquis

^ Suficiente

0 Insuficiente

= No necesario

No se cuenta

Anexo 2

Guía de Entrevista a Jefatura de Enfermería para Obtener la Siguiete Información:

Recursos Humanos:

Observaciones:

Rol de Distribución

Plantilla Teórica

Plantilla Nominal

Balance de Plazas

Cobertura de Plazas

Capacidad Profesional
técnica del personal

Aprovechamiento de la
jornada de Trabajo

Programa de capacitación
y desarrollo profesional

Observaciones:

Educación continua _____

Inducción al puesto _____

Adiestramiento en servicio _____

Recursos Materiales:

Dotación Fija de ropa _____

Dotación fija de material de consumo _____

Dotación fija de medicamentos _____

Dotación fija de papelería e impresos _____

Instrumental _____

Equipo _____

Mobiliario _____

Organización:

Diagnóstico situacional actualizado _____

Manual de Organización _____

Observaciones:

Programa de Trabajo

Manual de Procedimientos

Cumplimiento de Programas
Institucionales

Participación de los Comités

Determinación y ejecución
de medidas correctivas

Anexo 3

Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

(SUA)

Cuestionario de Atención de Calidad, Satisfacción y Trato Humanitario

El cuestionario será aplicado directamente por los investigadores por el Método de Entrevistas aclarando las dudas que surjan.

Objetivos: Conocer la eficacia de la atención de enfermería otorgada en el Servicio de EMI, IMSS, Irapuato, Gto.

El presente cuestionario será anónimo.

INSTRUCTIVO: Se contestará el cuestionario al mismo tiempo que se realiza la entrevista. Marcando sólo una cruz por reactivo. Si se presentan situaciones diferentes de las propuestas se remitirán a observaciones.

Se contestará con veracidad pero sin presiones.

Se tratará de favorecer la libre expresión de las entrevistadas.

Se agradece al personal directivo y área operativa de la HGZMF N° 2 del IMSS en Irapuato, Gto., su apoyo y facilidades brindadas para la realización del presente trabajo. Así como a las personas entrevistadas por su colaboración.

Atentamente

A.R.M.L.

H.M.S.J

Ficha de Identificación

Edad _____ Escolaridad _____

Domicilio _____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Gesta _____ Para _____ Aborto _____ Cesárea _____

F.U.M _____ F.P.P. _____ Semana de Gestación _____

Fecha de parto _____ Tipo de parto _____

Producto _____ Peso al nacer _____

Condiciones al nacer _____

Problemas de salud presentados durante su embarazo: _____

Problemas Presentados Durante el Parto _____

Problemas Presentados durante el puerperio inmediato _____

_____ Mediato _____

Tardío _____

Anexo 3

Cuestionario

1-A Relación Interpersonal

Sabe usted cómo se llama la enfermera

SI () NO ()

2-A Preparación psicológica

Le explicó claramente a usted cada vez que le iba a realizar un procedimiento lo que le realizaba,

SI () NO ()

3-A Educación para la Salud

Le enseñó a usted como se estaba formando su bebé.

SI () NO ()

Qué alimentación debería tener para favorecer este crecimiento y desarrollo.

SI () NO ()

Si presentó náuseas o vómito cómo mitigarlas.

SI () NO ()

Qué ganancia de peso debe de tener mensual.

SI () NO ()

Qué higiene personal debe realizar.

SI () NO ()

Qué tipo de vestido y calzado debe de usar.

SI () NO ()

En cuanto a relaciones sexuales le indicó cuál es la conveniencia de espaciarlas.

SI () NO ()

Le indicó qué tipo de ejercicio debe de realizar diario

SI () NO ()

En base a su actividad física sabe usted cuánto tiempo debe de descansar y dormir

SI () NO ()

Le enseñó como reconocer cuando va a iniciar un trabajo de parto

salida de tapón mucoso SI () NO ()

Contracciones verdaderas SI () NO ()

Ruptura de membrana SI () NO ()

Le habló sobre cómo reconocer los signos y síntomas de alarma por los cuales debe de acudir en forma inmediata al servicio de salud.

Sangrado SI () NO ()

Cefalea SI () NO ()

Fosfenos (ve lucecitas) SI () NO ()

Edema SI () NO ()

Movimientos fetales SI () NO ()

Ruptura de membrana antes del término del embarazo

SI () NO ()

Le enseñó cómo colaborar en el momento del parto.

Relajarse SI () NO ()

Pujar SI () NO ()

Respirar SI () NO ()

Le enseñó cuáles son los cuidados en el puerperio tales como:

Cuidado de la epizorrafia SI () NO ()

Higiene SI () NO ()

Vigilancia loquios SI () NO ()

Ejercicio SI () NO ()

Reposo SI () NO ()

Cuidado de mamas SI () NO ()

Le habló sobre los cuidados del recién nacido.

Higiene y cuidado del cordón umbilical.

SI () NO ()

Alimentación al seno SI () NO ()

Inmunizaciones SI () NO ()

4-A Atención brindada y alternativas de solución encaminadas a la vigilancia y control del embarazo.

En cada consulta que usted acudió:

Le tomó la presión arterial SI () NO ()

La pesó SI () NO ()

Le midió la altura del fondo uterino SI () NO ()

Le escucho foco fetal SI () NO ()

Revisó edema con miembros

Inferiores SI () NO ()

Le envió al laboratorio SI () NO ()

Le envió a dental SI () NO ()

La envió a aplicarse su toxoide tetánico SI () NO ()

Cuando encontró algún problema de salud cuál fue la alternativa de solución.

Simplemente la escuchó y no hizo nada SI () NO ()

La envió con su médico familiar SI () NO ()

La orientó y fue suficiente con la orientación para resolver su problema SI () NO ()

1-5 Grado de satisfacción del servicio

Existe algún motivo de queja de la enfermera para con usted

SI () NO ()

Falta de interés en su control del embarazo SI () NO ()

No le soluciona ningún problema SI () NO ()

La trata con despotismo SI () NO ()

La trata con amabilidad SI () NO ()

2.5 Percepción del usuario del servicio en cuanto a trato profesional que recibe por parte de la enfermera.

Considera usted que el trato profesional que le brinda la enfermera es:

Excelente ()

Bueno ()

Regular ()

Pésimo ()

o es mejor el que nos brinda:

	Excelente	Bueno	Regular	Pésimo
El médico	()	()	()	()
Trabajo Social	()	()	()	()

Otros _____

Si presentó alguna complicación durante el embarazo cree usted que fue por que:

La enfermera no la orientó adecuadamente SI () NO ()

Pudo llevar a cabo las indicaciones que ella le dio SI () NO ()

Acudió a la EMI cuando su embarazo estaba por terminar
SI () NO ()

La enfermera le hizo caso de los síntomas que usted manifestaba
SI () NO ()

Porque usted no entendió las indicaciones que ella le dio

SI () NO ()

Porque al ser remitida por la enfermera al médico, este no la atendió

SI () NO ()

Otros _____

Si usted contestó que sí tuvo problemas de salud, conteste la siguiente pregunta. Si no, pase a la siguiente.

Se recuperó antes de su evento obstétrico con la atención que le brindó la enfermera de EMI SI () NO ()

El tiempo que tuvo que esperar para que la atendieran en su cita fue de:

30 minutos ()

De 31 a 60 minutos ()

De 61 a 120 minutos ()

Se retiró del servicio por no recibir la consulta a tiempo ()

Le gustaría continuar su control prenatal con la enfermera de EMI ()

con el médico ()

con cualquiera de los dos ()

Otros _____

Por qué el tiempo que le dedicó a la consulta es suficiente
SI () NO ()

La enfermera propició un clima de confianza para que usted le dijera
los problemas de salud que tenía SI () NO ()

3.5 Cómo cursa su embarazo o curso.

Con problemas de salud. ()

Sin problemas de salud. ()

4.5 El término del evento obstétrico fue satisfactorio, gracias a la atención otorgada por la enfermera materno infantil. SI () NO ()

Usted inició con problemas de salud.

1er. Trimestre ()

2o. Trimestre ()

3er. Trimestre ()

Usted ya tenía problemas de salud cuando llegó a control de su
embarazo en EMI ()

Según percepción de la paciente.

Si presentó problemas en el trabajo de parto

Considera usted que tuvo problemas porque la EMI no la orientó

SI () NO ()

En que terminó su evento obstétrico

Parto eutócico ()

Parto distócico ()

Si tuvo problemas a quién atribuye usted la causa

Porque desconocía como colaborar en el parto SI () NO ()

Inadecuada atención médica SI () NO ()

Deficiente atención de enfermería SI () NO ()

1-H Trato Humanitario

La enfermera siempre le habló por su nombre.

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

Usted notó que la enfermera mostró signo de desagrado hacia su persona por su vestido:

Siempre () Algunas Veces () Nunca ()

Porque usted le reclamó alguna actitud de ella hacia usted.

Siempre () Algunas Veces () Nunca ()

Le regañó porque no siguió las indicaciones dadas:

Siempre () Algunas Veces () Nunca ()

Se interesó por el motivo que usted no pudo llevar a cabo alguna indicación:

Siempre () Algunas Veces () Nunca ()

Cuál fue su actitud.

La invitó cortésmente a que las realizara.

Siempre () Algunas Veces () Nunca ()

Le propuso alternativas de solución para que usted las pudiera llevar a cabo.

Siempre () Algunas Veces () Nunca ()

Mostró interés en corroborar si usted había entendido lo que le explicaba.

Siempre () Algunas Veces() Nunca ()

Durante la consulta:

La enfermera la trata con:

Amabilidad ()

Respetuosa ()

Agresiva ()

Con falta de atención por:

Problemas personales SI () NO ()

Atender otras cosas diferentes de su consulta SI () NO ()

Cuando la está auscultando descubre partes innecesarias de su cuerpo

SI () NO ()

Permite la estancia de otras personas ajenas a usted y al servicio.

SI () NO ()

Cierra la puerta cuando la ausculta. SI () NO ()

Permite la estancia de su esposo o familiar. SI () NO ()

¿Qué le gustaría a usted en forma personal que se mejorará del Servicio?

Si usted quiere agregar algún comentario u observación.

Anexo N° 4

Cuestionario para el Personal de Enfermería

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas que se le presentan a continuación y marca con una X la respuesta correcta.

1. – Los programas que tiene como prioridad la Jefatura de Atención Primaria de la Salud son:

- a) Diabetes, Tuberculosis, médico preventivos, cáncer mamario.
- b) Cáncer cervico vaginal, Diabetes, Tuberculosis, tercera edad, materno infantil.
- c) Tercera edad, hipertensión arterial, control del niño sano, venéreos.

2. – El sub programa de atención prenatal tiene como objetivos mediatos:

- a) Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad materna
- b) Contribuir a disminuir la mortalidad neonatal y perinatal
- c) Todas las anteriores.

d) Ninguna de las anteriores

3. — Los órganos internos del aparato reproductor de la mujer son:

a) Ovario, trompas de falopio, útero, vagina.

b) Ovulo, vagina, labios menores, clítoris, labios mayores

c) Ninguno de los anteriores.

4. — Los cambios que se presentan en el aparato urinario durante la gestación son:

a) un incremento en la función renal

b) Compresión de la vejiga por el útero.

c) Alargamiento de la uretra

d) Todas las anteriores.

5. — Son características de infección urinaria en el primer trimestre del embarazo.

a) Aumento de temperatura corporal, orinas turbias o muy amarillentas.

b) Orina con olor fétido, aumento de la frecuencia miccional asociado a sensación de dolor, ardor o impedimento al orinar.

c) Todas las anteriores

d) Solo b.

6. — Son características de una preclampsia:

a) Ganancia de peso exagerado, edema de cara y manos y/o abdomen y/o miembros inferiores, dolor de cabeza, asociado a visión de fosfenos.

b) Presencia de dolor abdominal tipo contracción, salida de líquido, secreción mucosa o sangre por vagina.

c) Ninguno de los anteriores

7. — La salida de líquido por la vagina, en cantidad moderada abundante, blanquecino o grumoso, antes del inicio del trabajo de parto se denomina:

a) Amenaza de parto prematuro.

b) Hemorragia vaginal.

c) Ruptura prematura de membranas.

d) Todas las anteriores.

8. — Algunos signos y síntomas de alarma durante el puerperio que podrían sugerir la presencia de diversas patologías son:

a) Aumento de la temperatura corporal, sostenido, asociado o escalofríos, malestar general, dolor de cabeza, decaimiento, falta de apetito, mareo fácil.

b) Presencia de secreciones vaginales fétidas, presencia de secreciones purulentas o achocolatadas por la vagina.

c) Dolor intenso a la palpitación del abdomen, falta de regresión del tamaño uterino.

d) Toda las anteriores.

9. — La relación sexual se contraindica cuando:

a) Existe amenaza de aborto, amenaza o trabajo de parto prematuro

b) Ruptura de membranas, antecedentes de aborto o de parto

c) Ninguna de las anteriores

d) Todas las anteriores.

10. — El trabajo de parto consta de tres períodos definidos:

- a) Período de dilatación, período expulsivo y período de alumbramiento.
- b) Período placentario, período prepatogénico y período patogénico.
- c) Ninguno de los anteriores.

11. — Los cuidados del recién nacido incluyen:

- a) Hábitos, vestido, higiene corporal, del cordón umbilical, higiene alimentaria.
- b) Signos vitales, peso, estatura, vacunaciones.
- c) Todas las anteriores
- d) Sólo a

12. — En los 3 primeros meses de vida el infante deberá:

- a) Levanta la cabeza y gira, vocaliza "GGG", se sostiene sobre los antebrazos.
- b) Mira directamente a una persona y sonrío, mueve una sonaja, dice "AGU" y sonrío simultáneamente.

c) Se mantiene sentado, trata de sentarse por sí solo.

d) Sólo a y b.

13. — La deficiencia de proteínas en el niño se denomina como enfermedad de:

a) Kwashiorkor

b) Marasmo

c) Ninguno de los anteriores.

14. — Para la alimentación pre-escolar los aspectos que deben vigilarse en su alimentación son:

a) Aporte adecuado de nutrientes fundamentales, formación de hábitos higiénicos.

b) Formación de hábitos alimentarios correctos.

c) Aseo de la boca después de comer o al menos antes de acostarse.

d) Sólo a y b.

15.— Alguno de los factores causales más comunes de las infecciones gastrointestinales se encuentran:

a) En lactantes alimentados con biberón, la fórmula de la leche y los mismos biberones, la forma de preparar los alimentos.

b) La costumbre del lactante de llevarse la manos y los objetos a la boca, la calidad del agua.

c) A y b son correctas.

d) Ninguna de las anteriores.

16.— Al término de la gestación el producto tiene las siguientes medidas corporales.

a) Peso 2.500 a 3.000 kg. talla 50 cms., perímetro cefálico 35 cms., perímetro abdominal 34 cms., perímetro torácico 32 cms.

b) Peso 2.500 a 3.000 kg. talla 55 cms., perímetro cefálico 40 cms., perímetro abdominal 33 cms., perímetro torácico 35 cms.

c) Peso 3.000 a 4.000 kg. talla 50 cms., perímetro cefálico 36 cms., perímetro abdominal 32 cms., perímetro torácico 30 cms.

d) Ninguno de los anteriores.

17. — La utilidad clínica de la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo en la prevención de la mortalidad materno-infantil radica en que:

a) Permite seleccionar a ciertos grupos de población con mayor probabilidad de sufrir este tipo de mortalidad.

b) Permite dirigir selectivamente los recursos médico asistenciales a la población que más lo necesite.

c) Permite prevenir la ocurrencia de embarazos en la población con factores de riesgo presentes

d) La respuesta a y b son correctas.

18. — Dentro de las principales acciones tendientes a disminuir la mortalidad materna ¿cuál considera que tendría el mayor impacto?

a) El control del embarazo de alto riesgo.

b) Atención hospitalaria del parto

c) Capacitación del personal prestador de los servicios.

d) Prevención de la ocurrencia del embarazo de alto riesgo en mujeres con factores de riesgo reproductivo.

19.— Las actividades básicas de las enfermeras materno infantil en el programa de salud reproductiva y planificación familiar son:

- a) Selección de pacientes para aplicación de DIU
- b) Derivación de mujeres al sistema médico familiar para otorgamientos de métodos.
- c) Control y seguimiento de subsecuente, promoción y derivación de nuevas aceptantes y registros oportunos y veraces de acción.
- d) A y b son correctas.