

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE PANDO

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA



TITULO:

**CALIDAD DE ATENCION A LA MUJER EMBARAZADA EN EL
CENTRO DE SALUD LOMA ALTA DEL MUNICIPIO DE VILLA
NUEVA EN EL PERIODO DE ENERO A MARZO DE 2023**

AUTOR:

RENATO COSTA OKAMURA

**VILLA NUEVA - PANDO – BOLIVIA
2023**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todas las mujeres embarazadas del Departamento de Pando, Bolivia, y a sus familias, quienes son el corazón de esta investigación. Su valentía, confianza y determinación para buscar una atención de calidad durante el embarazo han sido una fuente de inspiración.

Que este trabajo contribuya a mejorar la calidad de atención en el Centro de Salud Loma Alta y en todos los servicios de salud dedicados a la maternidad en nuestra región.

En especial a las Comunidades de Loma Alta, Santa Crucito, Palmira, Perseverancia, Bella Brisa, Enarewena, Santa Teresita, Las Malvinas, Santa Isabel, Canaán de Dios, Santa Fe, Santo Antonio, Triunfo, San Ignacio, Aguarenda, Bellen.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo:

A mis asesores y profesores, por su orientación, conocimientos y apoyo constante a lo largo de esta investigación. Sus sabias palabras y retroalimentación han sido invaluable en mi crecimiento académico y personal.

Al personal del Centro de Salud Loma Alta, por su disposición y colaboración al brindarme acceso a la información necesaria para llevar a cabo este estudio. Su dedicación y compromiso en la atención a las mujeres embarazadas son un ejemplo a seguir.

A todas las mujeres embarazadas que participaron en este estudio, por su tiempo, confianza y disposición para compartir sus experiencias. Sin su valiosa participación, este trabajo no hubiera sido posible.

A mi familia y seres queridos, por su amor, paciencia y apoyo incondicional en cada paso de este camino académico. Su aliento y motivación han sido fundamentales para alcanzar mis metas.

A todos aquellos que, de una forma u otra, contribuyeron a la realización de este proyecto, mi más sincero agradecimiento.

Que este trabajo sea una pequeña contribución hacia la mejora de la calidad de atención a la mujer embarazada en nuestra querida región de Pando, Bolivia

Renato Costa Okamura

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1 JUSTIFICACIÓN	3
1.1 Justificación teórica:	3
1.1 Justificación social:.....	4
1.2 Justificación Práctica:	5
2 PROBLEMA A INVESTIGAR.....	5
2.1 Descripción De La Situación Problemática	5
2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
2.2.1 Delimitación temática	7
2.2.2 Delimitación espacial	7
2.2.3 Delimitación temporal.....	7
2.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	7
3 OBJETIVOS	8
3.1 Objetivo General.....	8
3.2 Objetivos Específicos	8
4 MARCO TEÓRICO	9
4.1 Marco Conceptual.....	9
4.1.1 Calidad	9
4.1.2 Atención médica.....	10
4.1.3 Salud.....	10
4.1.4 Centro de salud.....	10
4.1.5 Atención prenatal	11
4.2 Control Prenatal.	14
4.2.1 Precoz.....	15
4.2.2 Periódico.....	15
4.2.3 Completo.....	15
4.2.4 Extenso.....	15
4.2.5 Embarazo De Alto Riesgo.....	16
4.3 Factores de riesgo previos al embarazo	16
4.4 Características de la madre	16

4.5	Problemas en un embarazo previo	17
4.6	Alteraciones estructurales	20
4.7	Historia familiar	20
4.8	Factores de riesgo durante el embarazo	20
4.8.1	Exposición a teratógenos.....	21
4.8.2	Problemas médicos.....	21
4.9	Educación Materna	22
4.10	Estrategias de Adecuación Cultural de la Maternidad.....	22
4.11	Mujer Y Embarazo.....	23
4.12	Signos de Peligro que Debe Conocer la Embarazada.....	23
4.13	Complicaciones comunes del embarazo que deben prevenirse mediante un buen cuidado prenatal	24
4.14	Tipo de educación que debe recibir la paciente embarazada.....	24
4.15	Preparto	25
4.16	Trabajo de Parto.....	25
4.17	Diagnóstico diferencial entre trabajo de parto verdadero y falso	25
4.18	Medidas asistenciales y apoyo durante el parto.....	26
4.19	Edad materna y paridad	27
4.19.1	Primiparidad precoz.....	27
4.19.2	Primiparidad tardía	27
4.20	Servicio de Salud culturalmente adecuado	29
4.21	Modelo de Salud SAFCI.....	30
5	METODOLOGÍA	32
5.1	Operacionalización de variables	32
5.2	Enfoque de Investigación.....	34
5.3	Tipo de Investigación o Nivel de investigación.....	34
5.4	Métodos de Investigación	34
5.5	Población y Muestra	35
5.5.1	Población.....	35
5.5.2	Muestra.....	35
5.5.3	Tipo de Muestreo	36

5.6	Técnica e Instrumento de recolección de datos	36
5.6.1	Técnicas de investigación.....	36
5.6.2	Instrumento de investigación	36
5.7	Aspectos Éticos.....	37
5.8	Técnicas E Instrumentos	37
5.9	Procedimientos para la Recolección de Datos	37
5.9.1	Criterios de inclusión.	38
5.9.2	Criterios de exclusión.....	38
6	RESULTADOS	39
7	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
7.1	Conclusiones	49
7.2	Recomendaciones	52
	BIBLIOGRAFIA	53
	ANEXOS	54

ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico 1 CONTROLES PRENATALES ENERO A MARZO DE 2023	39
Grafico 2 CONTROLES PRENATALES POR MES C.S. LOMA ALTA ENTRE ENERO Y MARZO DE 2023,27 cm	40
Grafico 3 CONTROLES PRENATALES SEGÚN LA EDAD C.S. LOMA ALTA ENTRE ENERO Y MARZO DE 2023	40
Grafico 4 ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES GESTANTES Y NO GESTANTES ENTREVISTADAS SOBRE CALIDAD DE ATENCION QUE DETERMINA SU ASISTENCIA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	41
Grafico 5 NUMERO DE HIJOS	41
Grafico 6 GRADO DE INSTRUCCION	42
Grafico 7 INGRESO ECONOMICO MENSUAL	42
Grafico 8 COMO SE ENCUENTRA LA CASA EN RELACION AL CENTRO DE SALUD. 43	43
Grafico 9 COMO ES LA ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD	43
Grafico 10 EN RELACION AL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCION	44
Grafico 11 ¿EN EL CENTRO DE SALUD LE DAN PREFERENCIA A LAS EMBARAZADAS PARA SU ATENCIÓN?	44
Grafico 12 COMO LE ATIENDE EL PERSONAL EN ADMISION	45
Grafico 13 COMO LE ATIENDE EL PERSONAL DE ENFERMERIA	45
Grafico 14 COMO LE ATIENDE EL PERSONAL MEDICO	46
Grafico 15 PARA QUE REALIZA SU CONTROL PRENATAL	46
Grafico 16 RECIBE EXPLICACIÓN DEL PERSONAL MEDICO SOBRE SU SITUACIÓN ACTUAL EN LOS CONTROLES PRENATALES	47
Grafico 17 ¿EN EL CONTROL PRENATAL LE EXAMINAN SU CUERPO?	47
Grafico 18 ¿EL PERSONAL DE SALUD LE DA CHARLAS SOBRE DIFERENTES TEMAS RELACIONADOS AL EMBARAZO, PARTO, ¿PUERPERIO?	48

RESUMEN

La calidad se define como un proceso de mejoramiento continuo y medible, en donde todas las áreas de la organización participan activamente en el desarrollo del servicio con la finalidad de satisfacer las necesidades del cliente, logrando con ello mayor productividad.

Por la importancia del tema y viendo las falencias que existen en el establecimiento de salud se ha planteado el objetivo de determinar la calidad de atención a la mujer gestante en el centro de salud Loma Alta del Municipio de Villa Nueva en el periodo de enero a marzo de 2023

El estudio que se realizó es de tipo descriptivo, de corte transversal en gestantes que acuden al control prenatal o que ya tuvieron sus hijos en el Centro de Salud Loma Alta del municipio de Villa Nueva en el periodo de enero a marzo de 2023, utilizándose como instrumento de recolección de datos las encuestas a fin de evidenciar la opinión de las usuarias del servicio, para lo cual se utilizó un estudio de tipo descriptivo, y transversal.

En conclusión: existe debilidades en la atención por el personal de salud en los servicios de salud de parte médica y enfermería, referente a la explicación sobre situación actual de la paciente en cada consulta, el examen físico de la gestante es en forma incompleta, las charlas educativas sobre temas concernientes a control prenatal, parto y puerperio también son deficientes. Finalmente, el conocimiento sobre importancia del control prenatal por la gestante es deficiente, porque ellas indican que realizan su control, para saber cómo está el bebe y no de ambos.

PALABRAS CLAVES: control prenatal-prevención, calidad de atención

ABSTRACT

Quality is defined as a process of continuous and measurable improvement, where all areas of the organization actively participate in the development of the service in order to satisfy the needs of the client, thus achieving greater productivity.

Due to the importance of the subject and seeing the shortcomings that exist in the health establishment, the objective of determining the quality of care for pregnant and non-pregnant women in the Loma Alta health center in the Municipality of Villa Nueva in the period of January to March 2023

The study that was carried out is descriptive, cross-sectional in pregnant women who attend prenatal care or who already had their children at the Loma Alta Health Center in the municipality of Villa Nueva in the period from January to March 2023, using it as a data collection instrument the surveys in order to demonstrate the opinion of the users of the service, for which a descriptive and cross-sectional study was used.

In conclusion: there are weaknesses in the care provided by health personnel in the medical and nursing health services, regarding the explanation of the current situation of the patient in each consultation, the physical examination of the pregnant woman is incomplete, the educational talks on topics related to prenatal control, childbirth and the puerperium are also deficient. Finally, the knowledge about the importance of prenatal control by the pregnant woman is deficient, because they indicate that they carry out their control, to know how the baby is and not both.

KEY WORDS: prenatal control-prevention, quality of care

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los países han tenido importantes transformaciones en la organización de su Sistema Nacional de Salud, que han involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud.

De ello se deduce que la calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo cual conlleva a la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad. (PERU, 2012).

Actualmente se puede definir la calidad como la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores." Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión" (Molina, 2004).

En España, el Sistema Nacional de Salud, considera la definición de la Doctora Palmer, la cual define la calidad como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario". (García, 2001)

El Sistema de Gestión de la calidad, del Ministerio de Salud del Perú identifica la calidad como un principio básico de la atención de salud, estableciendo que calidad de la atención es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los usuarios en la búsqueda constante de su satisfacción. El sistema considera entre sus componentes el de Información para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permiten contar con evidencias de la calidad de manera sistemática y continua. (PERU, 2012)

El control prenatal no es más que una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

Sin embargo, en el periodo del embarazo, muchas veces se producen complicaciones diversas, las que con un oportuno control prenatal pueden prevenirse o atenderse evitando riesgos, que muchas veces terminan en la muerte, ya sea de la madre o del feto o en el peor de los casos de ambos.

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo ya que desde 2008, el número de nacimientos por cesárea se incrementó en 71% en Bolivia. Expertos coinciden en que se trata de una “epidemia” que implica riesgos tanto para la madre como para el bebé y piden que se investiguen las causas. Autoridades del sector público aseguran que los partos quirúrgicos se practican sólo cuando son necesarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las tasas de partos por vía quirúrgica deben oscilar entre el 10 y el 15%. Sin embargo, sólo en el 2017 las cesáreas practicadas en el país llegaron al 41% de los nacimientos.

En Bolivia como en muchos otros países del mundo, la terminación del parto por cesárea es una opción para los embarazos que atraviesan alguna complicación.

La mortalidad materna es un indicador importante en la salud de la mujer. Bolivia mantiene uno de los más altos niveles de mortalidad materna infantil en la región. Estudios realizados por el Ministerio de Salud, Plan Estratégico Institucional (2016-2020) confirma este dato de 160 mujeres que mueren por cada 100.000 nacidos vivos, en el parto y/o post parto.

Los departamentos de La Paz, Potosí y Cochabamba presentan los índices más altos de Bolivia. Datos que no sufrieron modificación alguna desde el anterior ENDSA (2016).

Los departamentos que presentan mayores datos de muerte materna son: La Paz con 289, Potosí con 255 y Cochabamba con 188, estando por encima del promedio nacional (160 por cada 100.000), manifiestan además que las causas de muerte directa son ocasionadas por hemorragias 53%, infecciones 7%, aborto 13% e hipertensión 19%. (ENDSA 2016)

Aunque la mortalidad materna e infantil es un problema grave en Bolivia, hace una década la situación era considerablemente más crítica, algo que reflejaba la falta de atención y cuidados que pre y post parto que sufrían las madres. Todavía la pobreza en la que vive buena parte de la población boliviana, y especialmente las mujeres indígenas, tiene como consecuencia una alta morbimortalidad materno infantil. (Bartolomé, 2019)

1 JUSTIFICACIÓN

El análisis de la satisfacción de los usuarios es visto como un indicador de la dimensión de resultado. A partir de este indicador se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca aspectos que tienen repercusiones directas en la atención, como los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de esta misma atención, los cuales, en conjunto, se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones. (M. en C. Roberto Coronado-Zarco, 2013).

1.1 Justificación teórica:

Se considera importante poder Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario. Ya que muchas de las falencias que existen en cuanto a la atención, no son evidenciadas por el personal de salud, pero si pueden ser reflejadas desde la percepción de quien va en busca

del servicio, en este caso referido a la atención de la mujer gestante, ya que una de las prioridades del sistema de salud es la atención adecuada y oportuna al binomio madre niño.

A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, mediante los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos, y a los usuarios mismos, en sus necesidades y expectativas.

Desde la perspectiva del paciente, la tarea del médico se puede dividir en la técnica (ciencia) y la interacción interpersonal. A estas dos tareas habría que añadir las condiciones bajo las cuales se ofrece la atención, tales como el confort, aspectos relativos a la información o comunicación y la rapidez o amabilidad.

1.1 Justificación social:

La muerte materna y la muerte fetal se erigen como dos tragedias propias del subdesarrollo en las que alguna vez como médicos hemos sido testigos o protagonistas. Constituyendo dos situaciones extremadamente tristes y dolorosas, de graves repercusiones sociales y psicológicas sobre, el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia en el actuar médico.

Sin embargo, ha transcurrido más de una década de esfuerzos en salud materna en que el país ha logrado incrementar de manera importante las coberturas de atención prenatal, parto, puerperio, pero aún hay mujeres muriendo durante el embarazo, parto o puerperio, por complicaciones que amenazan la vida de las embarazadas.

Por ello es importante que la sociedad en su conjunto conozca y exija las condiciones de atención necesarias en los establecimientos de salud, más aún en la localidad de Loma Alta que al ser un municipio alejado del departamento, tiene muchas falencias en cuanto a la atención

debiendo los y las usuarias del servicio trasladarse a ciudades vecinas como Riberalta en busca de atención, lo cual genera un gasto económico mayor para la paciente y su familia.

1.2 Justificación Práctica:

Lo que se quiere pretender con este trabajo es determinar, cuáles son las causas que determinan la calidad de atención a la mujer embarazada y la asistencia a su control prenatal, ello permitirá al personal de salud conocer más acerca de la percepción de las usuarias del servicio y de esta forma podrán mejorar en cuanto al trato y la atención que merecen, ya que una de los problemas por lo cual no asisten de forma continua al servicio de salud a buscar atención médica, es por el trato que reciben de parte del personal de salud. Asimismo, se podrá mejorar las coberturas de atención de los controles prenatales y motivar a las mujeres a que acudan al establecimiento de salud.

Es importante además que según estos resultados puedan plantearse charlas educativas, ferias o talleres de capacitación para las madres y su entorno familiar, para que conozcan los riesgos y complicaciones del embarazo, parto y puerperio cuando las mismas no acuden de forma oportuna al establecimiento de salud o cuando el mismo no tiene las condiciones necesarias para la atención.

2 PROBLEMA A INVESTIGAR

2.1 Descripción De La Situación Problemática

En el Centro de Salud Loma Alta del municipio de Villa Nueva, durante el primer trimestre de 2023, algunas gestantes abandonaron el control prenatal, lo que generó como consecuencia la inasistencia al parto institucional con una tendencia a disminuir las cobertura de atención de parto institucional, por tanto se pretende identificar las causas de inasistencia a consulta prenatal en el centro de salud de primer nivel de atención el cual es uno de los problemas prioritarios, de esta premisa parte la necesidad de un estudio que identifique las causas de inasistencia al parto institucional.

Según el Sistema Nacional de información en salud (SNIS), la cobertura promedio de consultas prenatales representa el 100%, esta cifra es alta con relación a los partos institucionales que llega al 46%. Es decir, de cada 100 mujeres que realizan su control prenatal, sólo 46 mujeres retornan al parto en servicio de salud.

La mortalidad materna en el área rural y las zonas periurbanas, son indicadores que muestran y reflejan el acceso que tienen las mujeres al servicio de salud en los diferentes Centros de salud. Las tasas de morbimortalidad materno infantil aumentan por factores de riesgo como: hemorragias durante el parto y puerperio inmediato, así como complicaciones obstétricas de preeclampsia y eclampsia, ruptura prematura de membranas, infecciones urinarias y otros.

“En Bolivia, el riesgo de morir por una causa vinculada con el embarazo, parto o postparto es muy alto; de acuerdo a la Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna (EPMM, 2000), el riesgo alcanza a 11 por cada 1000 mujeres en edad fértil, extremos bastante marcados entre departamentos. Según esta misma encuesta la razón de mortalidad materna es de 230 por 1000 nv.”.

Por tanto, en áreas rurales o periurbanas, gran parte de los casos de morbimortalidad materno infantil son por la inasistencia al parto institucional, debido a la negligencia, desconocimiento, distancia o inconvenientes de acceso a un Centro de Salud. Por tanto, ha sido fundamental investigar la calidad de atención a la mujer embarazada.

El nuevo sistema nacional de salud, demanda que todos los servicios se articulen y confluyan en un gran sistema de salud, para la atención integral de la salud con un concepto intercultural al binomio madre y niño. La acción conjunta de la salud es una necesidad del nuevo Estado Plurinacional, donde la calidad y competitividad son las claves del éxito en un Centro de Salud de primer nivel de atención. Con la finalidad de responder a las necesidades de la sociedad, es necesario que los Centros de Salud de primer nivel de atención reorienten sus normas, protocolos de atención para la mejora continua de la atención a la gestante, que accede al servicio de salud y proyectar a partir de lo mencionado, los mejoramientos en la atención de

la mujer embarazada en servicio de salud. Debido a que toda mujer gestante debe recibir cuidados basados en una asistencia técnica competente y humanizada. Una paciente bien tratada, informada se sentirá con la predisposición de coadyuvar en el proceso del control prenatal y el parto en un centro de salud de primer nivel de atención.

2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1 Delimitación temática

Calidad de atención a la mujer embarazada.

2.2.2 Delimitación espacial

El presente trabajo tiene lugar en el centro de salud de Loma Alta del Municipio de Villa Nueva, del departamento de Pando.

2.2.3 Delimitación temporal

El periodo del trabajo está basado en los meses asignados del servicio rural, entre los meses de enero a marzo de 2023

2.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION

En base a las consideraciones mencionadas se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será la calidad de atención a la mujer embarazada en el centro de salud Loma Alta del Municipio de Villa Nueva en el periodo de enero a marzo de 2023?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Analizar la calidad de atención a la mujer embarazada en el centro de salud Loma Alta del Municipio de Villa Nueva en el periodo de enero a marzo de 2023.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar la cantidad de controles prenatales realizados en el establecimiento de salud, en el periodo de estudio.
- Determinar la accesibilidad de la mujer embarazada al centro de salud.
- Identificar el grado de conocimiento sobre la importancia de la atención a la mujer embarazada que acude a consulta en el periodo de estudio.
- Determinar si la mujer embarazada recibe explicación sobre su situación actual y del bebé en cada consulta por el personal de salud.
- Evaluar la atención a la mujer embarazada por el personal de salud en el centro de salud Loma Alta en el periodo de estudio, según la percepción de las usuarias.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Marco Conceptual

4.1.1 Calidad

Al respecto de la calidad, se han propuesto innumerables definiciones, unas más abarcadoras que otras. Sin embargo, para efecto de la presente investigación se describe las definiciones de calidad promulgadas por algunos de los gurús de la calidad.

Donabedian, se ha referido también a las múltiples facetas del concepto de calidad: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social y ha profundizado en las relaciones entre cantidad y calidad y entre beneficios y riesgos.

Considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el manejo de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como “el tratamiento es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”. (Donabedian, 1995)

La familia de Normas ISO lo define como: “grado en el que un conjunto de características inherentes (del producto, proceso y/o sistema) cumple con los requisitos. (Necesidad o expectativa). Grado en el que un conjunto de características inherentes (del producto, proceso y/o sistema) cumple con los requisitos”. (International Organization of Standardization (ISO) 9000, 2011)

Para el diccionario de la Real Academia Española, “la calidad es como una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD), la definición que maneja de calidad, trata de englobar la “condición de la organización sanitaria que, de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas

que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”. (Ministerio de Salud y Deportes, 2008)

4.1.2 Atención médica

Se conoce como asistencia sanitaria en España, y como atención médica, asistencia médica, atención sanitaria, o atención de salud en algunos países latinoamericanos, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud. (GARCIA, 1998)

4.1.3 Salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946)

4.1.4 Centro de salud

Un centro de salud es un edificio destinado a la atención sanitaria de la población. El tipo de actividad asistencial y la calificación del personal pueden variar según el centro y la región.

Lo habitual es que el centro de salud cuente con la labor de médicos clínicos, pediatras, enfermeros y personal administrativo. También es posible que actúen otro tipo de profesionales, como trabajadores sociales y psicólogos, lo que permite ampliar la cantidad de servicios.

Todo ello sin olvidar que en muchos centros de salud se cuenta también con la existencia de un servicio de urgencias para poder atender las emergencias que se produzcan. De esta manera, aquel, compuesto por médicos y enfermeras, no sólo ofrecerá asistencia y atención en el propio recinto sanitario sino también a nivel domiciliario e incluso en cualquier otro tipo de lugar donde sea necesario que él acuda. (Julián, 2011)

4.1.5 Atención prenatal

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

Se recomienda precocidad en la primera consulta para confirmar el diagnóstico de embarazo. evaluar el estado general de la gestante, descartar patologías del sistema reproductivo, y establecer en función de los antecedentes y de los hallazgos clínicos. (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, 2000)

En Estados Unidos, la atención prenatal organizada fue introducida en su mayor parte para reformadores sociales, y enfermeras. En 1901, la esposa de William Lowel Putnam, del Boston Social Service Department, comenzó un programa de visitas de enfermeras a mujeres incorporadas al servicio de partos domiciliarios del Boston Lying-in Hospital. En 1911 estableció una clínica prenatal para pacientes ambulatorias e instó a las mujeres para que, en lo posible, se inscribieran apenas iniciado el embarazo. La señora Putnam convenció entonces a los médicos del Hopkins Hospital John para que apoyaran la atención prenatal sistemática. (Mata & Macassi, 1997)

En 1914, en dicho hospital se realizó un estudio en el cual se afirmaba que los cuidados prenatales organizados podrían haber disminuido 40%p la mortalidad fetal.

El panorama de la salud en Bolivia, muestra grandes necesidades de la mayoría de la población que carecen de accesibilidad económica y sociocultural, a los que ni la Seguridad Social ni el Estado han podido responder; pese a los esfuerzos; de aumentar las coberturas.

En las últimas décadas hace más difícil el incremento de la seguridad social porque el aumento del sector informal (por cuenta propia) es mucho mayor que el sector formal (con patrones), sector que aporta con los Servicios es por estas dos razones principales que el Gobierno Nacional decidió colocar como una de sus prioridades la implementación de los primeros Seguros Universales en Bolivia, muy vinculados a las transformaciones profundas como la Participación Popular y la Descentralización Administrativa. Para ello se eligió a todas las madres, niños, y a los bolivianos de la tercera edad. (Bartolomé, 2019)

Así pues, el gobierno promueve el Financiamiento Solidario de la Salud con recursos antes desperdiciados y hoy recuperadas para los más necesitados, como el que proviene de los frutos de las reformas económicas del Gobierno.

Así nace el primer Seguro Universal de la historia de Bolivia: el Seguro de Maternidad y Niñez, con el objetivo de fomentar el acceso a los servicios y la reducción de la mortalidad materno-infantil. que se financia con fondos de la coparticipación tributaria emergente de la Ley de Participación Popular, que es el 3% del 85% que cubre los costos de atención de maternidad y las principales patologías relacionadas a la mortalidad de la niñez de este modo estos, seguros hoy se constituyen una alternativa y solución para dar un acceso universal a las poblaciones prioritarias además que significa un uso adecuado de recursos económicos destinados antes a otras rubros menos productivos y prioritarios. (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, 2010)

Así, dentro del marco de la reestructuración del poder Ejecutivo de la Ley 1493 y el Decreto Supremo 23660 se establece la necesidad de asignar dentro del ministerio de desarrollo humano, a la subsecretaria de seguros médicos la responsabilidad de promover la incorporación progresiva de toda la población a dichos sistemas y ejercer tuición sobre los diversos sistemas de seguros médicos públicos y privados con el objetivo de cumplir con el postulado de emplear

el campo de aplicación de la seguridad social, se buscan alternativas que permitan que el mayor número de población se incorporen a dicho régimen y considerando, la existencia de grupos altamente vulnerables, en las cuales son dramáticamente elevadas, se proyecta y se pone en ejecución en primera instancia el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

En el marco del cumplimiento de dichas funciones, las acciones desplegadas por la sub Secretaria de Seguros Médicos, busca integrar a las diferentes instituciones de Seguridad Social a corto plazo como son las diferentes Cajas de Salud, en la Ejecución de los planes y proyectos que se definen a nivel de la Secretaria Nacional de Salud.

Entre 1993 - 1996 las coberturas de atención prenatal han subido del 61% al 81% de las mujeres embarazadas, lo que significa un crecimiento del 20%.

Paulatinamente ha aumentado el número de mujeres que recurre a los servicios para obtener al menos una consulta prenatal, probablemente con la intención de contar con una información adicional que reafirme su capacidad de dar a luz sin riesgos. Cuando casi todas las mujeres embarazadas realicen al menos una consulta prenatal en los servicios públicos, más de la mitad realizarán, por lo menos cuatro consultas prenatales en los mismos servicios y el número de partos será correspondiente a esa proporción, además otras prestaciones : emergencias obstétricas tales como partos prematuros, las hemorragias del tercer trimestre asociadas al embarazo, preeclampsia, complicaciones del parto y post parto como hemorragias e infecciones y otras emergencias obstétricas.

También es importante mencionar actualmente **Ley N.º 1152**, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la citada **Ley**, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social de corto plazo, que ahora abarca a un mayor número de beneficiarios especialmente a la mujer embarazada y las mujeres en edad fértil con la finalidad de fortalecer y mejorar la calidad de atención y reducir el riesgo de fallecer por embarazo, parto o puerperio.

Actualmente en Bolivia se ha iniciado la construcción de un nuevo sistema de Salud dentro de un proceso de reforma gradual orientada a enfrentar los requerimientos generales y específico de cada región y de diferentes grupos humanos. Este nuevo sistema tiene por objetivo consolidar a la salud como un derecho universal, de tal manera que se puedan medir los resultados y los impactos a partir de la implementación del Seguro Universal Materno Infantil.

4.2 Control Prenatal.

Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas.
- La prevención, diagnóstico temprano y. tratamiento de las complicaciones maternas.
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica para el nacimiento.
- La administración de contenidos educativos para la salud de la familia y la crianza del niño.

El control prenatal es eficiente cuando cumple con cuatro requisitos básico: debe ser: precoz o temprano, periódico o continuo, completo o integral y extenso o de amplia cobertura. (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, 2010)

4.2.1 Precoz.

El control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, toma factible la identificación precoz de embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstetricia que debe recibir y el lugar en el que ésta ha de realizarse. (Bartolomé, 2019)

4.2.2 Periódico.

La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que exhibe la embarazada.

Las de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varía según el tipo de problema presente. Las de menor riesgo requieren un número menor, que difiere en distintos lugares. (Bartolomé, 2019)

Algunas normas fijan un mínimo de 5 consultas (una, durante la primera mitad del embarazo. Uno entre las semanas 23 y 27 y una cada cuatro semanas a partir de la semana 27). Otras normas plantean un mayor número de controles (uno cada cuatro semanas hasta la semana 27, uno cada tres semanas entre las semanas 27 y 36 y luego uno cada dos semanas desde la 36 hasta el término).

4.2.3 Completo.

Los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomentó, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

4.2.4 Extenso.

Sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbilidad materna y peri natal.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorio sofisticado; pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo de criterios de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado. (Grasso, 2006)

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

4.2.5 Embarazo De Alto Riesgo.

Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que el riesgo de enfermedad o muerte antes o después del parto es mayor de lo habitual, tanto para la madre como para el bebé.

Para identificar un embarazo de alto riesgo, se evalúa a la mujer embarazada para determinar si presenta condiciones o características que la expongan a ella o al feto a la posibilidad de enfermar o morir durante el embarazo. (Bartolomé, 2019)

4.3 Factores de riesgo previos al embarazo

Antes de que se produzca la concepción, es posible que la madre tenga características o condiciones que incrementen el riesgo durante el embarazo. Además, cuando se ha tenido un problema en un embarazo, el riesgo de tener el mismo problema en embarazos subsiguientes es mayor. (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, 2010)

4.4 Características de la madre

La edad de la mujer se relaciona estrechamente con el riesgo durante el embarazo. Las niñas de 15 años y menos tienen más probabilidades de desarrollar pre eclampsia (una enfermedad caracterizada por una presión arterial elevada, proteínas en la orina y retención

de líquidos durante el embarazo) y eclampsia (convulsiones producidas por la pre eclampsia); también tienen más probabilidades de tener hijos de bajo peso al nacer o desnutridos. En cambio, las mujeres de 35 años o más tienen más probabilidades de desarrollar presión arterial elevada, diabetes o fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, así como de tener problemas durante el parto. (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, 2010)

El riesgo de tener un bebé con alguna anomalía cromosómica como el síndrome de Down aumenta con rapidez a partir de los 35 años. Si una mujer embarazada de este grupo de edad está preocupada por la posibilidad de que su feto desarrolle anomalías, puede someterse a un análisis de las vellosidades coriónicas o a una amniocentesis para determinar el contenido cromosómico del feto.

Una mujer que pesa menos de 45 kilogramos cuando no está embarazada tiene más probabilidades de tener un bebé de menor tamaño de lo esperado en relación con el número de semanas de embarazo (pequeño para su edad gestacional). Si su peso aumenta menos de 5 kilogramos durante el embarazo, el riesgo de tener un bebé con esas características aumenta en casi un 30 por ciento. Por el contrario, una mujer obesa tiene más probabilidades de tener un bebé muy grande; la obesidad también incrementa el riesgo de desarrollar diabetes y presión arterial elevada durante el embarazo.

Una mujer de menos de 1,60 m. de altura tiene más probabilidades de tener una pelvis pequeña; de ahí que el riesgo de tener un parto prematuro y un bebé anormalmente pequeño por retraso del crecimiento intrauterino también sea más alto de lo habitual.

4.5 Problemas en un embarazo previo

Una mujer que ha tenido tres abortos consecutivos siempre en los primeros 3 meses de embarazo tiene alrededor del 35 por ciento de probabilidades de sufrir otro. El aborto también es más probable cuando la mujer tuvo un feto muerto entre el cuarto y el octavo mes de embarazo o cuando tuvo un parto prematuro en un embarazo anterior. Antes de intentar quedar embarazada de nuevo, es recomendable que la mujer que ha tenido un aborto se

someta a una prueba de detección de anomalías cromosómicas u hormonales, defectos estructurales en el útero o en el cuello uterino, enfermedades del tejido conectivo como el lupus o una reacción inmune frente al feto, por lo general, por incompatibilidad de Rh. Si se descubre la causa del aborto, es posible que ésta pueda ser tratada de forma adecuada. (MOLINA, 2016)

El hecho de que un feto nazca muerto o de que un bebé recién nacido muera se asocia a anomalías cromosómicas en el feto, diabetes, alguna enfermedad renal (crónica) o de los vasos sanguíneos, hipertensión arterial, drogadicción o una enfermedad del tejido conectivo, como el lupus en la madre.

Por otro lado, cuanto mayor sea el número de partos prematuros, mayor es el riesgo de repetirlos en los embarazos siguientes. Una mujer que haya tenido un recién nacido con un peso menor de 1,5 kilogramos, tiene un 50 por ciento de probabilidades de que su próximo hijo nazca antes de término. Si un recién nacido sufrió retraso del crecimiento intrauterino, es probable que se repita en el siguiente. En estos casos, se investiga en busca de la presencia de enfermedades que puedan retrasar el crecimiento fetal, como la hipertensión arterial, afecciones renales, aumento de peso inadecuado, infección, tabaquismo y abuso de alcohol.

Un recién nacido que pese más de 4,5 Kg. al nacer sugiere que la madre pueda sufrir diabetes. El riesgo de aborto o muerte de la mujer o del recién nacido aumenta si la mujer padece de diabetes durante el embarazo. Por tanto, se debe controlar la presencia de esta enfermedad en las mujeres embarazadas midiendo sus niveles de azúcar en sangre (glucosa) entre las semanas 20 y 28 de embarazo. (MOLINA, 2016)

La mujer que ha tenido seis o más embarazos, tiene mayores probabilidades de tener contracciones leves durante el parto y hemorragias después del mismo, debido al debilitamiento de sus músculos uterinos. También puede tener un parto rápido, que aumenta el riesgo de padecer una hemorragia vaginal copiosa. Además, tiene muchas más probabilidades de tener placenta previa (una placenta anormalmente localizada en la parte inferior del útero). Este trastorno puede causar hemorragia y, como la placenta puede

bloquear el cuello uterino, por lo general, se debe practicar una cesárea. Si una mujer ya ha tenido un hijo con una enfermedad hemolítica, el siguiente puede correr el riesgo de nacer también con esta enfermedad, y su gravedad en el recién nacido anterior predice la que tendrá en el siguiente. Esta enfermedad se desarrolla cuando una madre cuya sangre es Rh-negativo tiene un feto con sangre Rh-positivo (incompatibilidad de Rh) y la madre produce anticuerpos contra la sangre del feto (sensibilización a Rh) que destruyen sus glóbulos rojos. En esos casos, se analiza la sangre de ambos progenitores. Si el padre tiene dos genes para sangre Rh-positivo, todos los hijos serán Rh-positivos; si tiene sólo un gen de estas características, el recién nacido tiene alrededor del 50 por ciento de probabilidades de ser Rh-negativo. Esta información es útil para tomar las precauciones necesarias con la madre y el feto en embarazos subsiguientes. Por lo general, en el primer embarazo con un hijo con sangre Rh-positivo no suele haber problemas, pero el contacto entre la sangre de la madre y la del recién nacido durante el parto hace que la madre produzca anticuerpos anti-Rh y, por tanto, los siguientes recién nacidos pueden sufrir complicaciones. Sin embargo, después de que una madre con Rh-negativo alumbró un recién nacido Rh-positivo, se suele administrar a aquella globulina inmune Rh0 (D) para destruir los anticuerpos anti-Rh. El resultado es que la hemólisis (destrucción de hematíes) en los recién nacidos es muy poco frecuente.

Una mujer que ha tenido una pre eclampsia o eclampsia tiene probabilidades de volver a tenerla, en particular, si padece hipertensión cuando no está embarazada.

Si una mujer ha tenido un bebé con trastornos genéticos o malformaciones, habitualmente se realizan análisis genéticos de éste (aunque haya nacido muerto) y de ambos padres antes de otro embarazo. En caso de que la mujer quede de nuevo embarazada, se realizan pruebas como ecografías, toma de muestras de vellosidades coriónicas y amniocentesis para ayudar a determinar las probabilidades de que las anomalías se repitan. (Fuentes Aguirre, 2017)

4.6 Alteraciones estructurales

Las anomalías en los órganos reproductores femeninos, como el útero bicorne o un cuello uterino débil que no puede sostener al feto en desarrollo (cuello incompetente), aumentan el riesgo de aborto. En consecuencia, puede ser necesario practicar intervenciones quirúrgicas, ecografías o radiografías para detectar estas alteraciones; si una mujer ha tenido varios abortos, estas pruebas se realizan antes de que vuelva a quedar embarazada.

Los fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, que son más frecuentes en mujeres mayores, pueden aumentar el riesgo de un parto prematuro, la incidencia de problemas durante el parto, una presentación anormal del feto, una localización anormal de la placenta (placenta previa) y abortos repetidos. (MINISTERIO DE SALUD DE BOLIVIA, 2012)

4.7 Historia familiar

Una historia de retraso mental u otros trastornos hereditarios en la familia de la madre o del padre aumenta la probabilidad de que el recién nacido vaya a tener esa enfermedad. La tendencia a tener gemelos también se da en el seno de una misma familia (MINISTERIO DE SALUD DE BOLIVIA, 2012)

4.8 Factores de riesgo durante el embarazo

Una mujer embarazada sin riesgos especiales puede sufrir un cambio que aumente el riesgo, por ejemplo, la exposición a teratógenos (agentes que pueden producir defectos congénitos) como la radiación, productos químicos, fármacos e infecciones, o bien puede desarrollar una complicación médica o en relación al embarazo. (MINISTERIO DE SALUD DE BOLIVIA, 2012)

4.8.1 Exposición a teratógenos

Los fármacos reconocidos como causantes de defectos congénitos cuando se toman durante el embarazo incluyen el alcohol, la fenitoína, los fármacos que contrarrestan las acciones del ácido fólico (como el triamtereno o el trimetoprim), el litio, la estreptomicina, las tetraciclinas y la Warfarina. Las infecciones que pueden provocar defectos congénitos incluyen el herpes simple, la hepatitis vírica, la gripe, la parotiditis, la rubéola, la varicela, la sífilis, la listeriosis, la toxoplasmosis e infecciones por virus Coxsackie o por citomegalovirus.

Al comienzo del embarazo, a la mujer se le pregunta si ha tomado algunos de estos fármacos o ha padecido alguna de estas infecciones desde que quedó embarazada. Es particularmente preocupante la forma en que el tabaquismo, el consumo de alcohol y el abuso de fármacos durante el embarazo afectan a la salud y al desarrollo del feto.

4.8.2 Problemas médicos

Si se diagnostica hipertensión por primera vez cuando una mujer está embarazada, el médico puede tener ciertas dificultades en determinar si la causa es el embarazo o algún otro problema. El tratamiento de la hipertensión durante el embarazo es problemático; los beneficios que pueda obtener la madre tienen que ser sopesados con los potenciales riesgos para el feto. Sin embargo, cuando el embarazo se halla en estado muy avanzado, este trastorno puede indicar una grave amenaza para la madre y el feto y se debe instaurar un tratamiento de inmediato. (Fuentes Aguirre, 2017)

Si la mujer gestante ha tenido anteriormente una infección de orina, se evalúa una muestra de su orina al inicio del embarazo. Si se detectan bacterias, se administran antibióticos para prevenir una infección renal, ya que ésta se asocia al parto antes de término y a la rotura prematura de las membranas.

Las infecciones bacterianas de la vagina durante el embarazo también pueden derivar en un parto antes de término o en una rotura prematura de las membranas. El tratamiento de la infección con antibióticos reduce la probabilidad de tener estos problemas.

Una enfermedad que provoque fiebre alta (temperatura superior a los 39,5 °C) en el primer trimestre del embarazo aumenta la probabilidad de sufrir un aborto y de anomalías en el sistema nervioso del recién nacido. La fiebre al final del embarazo aumenta la posibilidad de un parto pre término.

Las intervenciones quirúrgicas de urgencia durante el embarazo aumentan el riesgo de un parto pre término. Muchas enfermedades, como la apendicitis, un ataque de vesícula biliar y la obstrucción intestinal son difíciles de diagnosticar debido a los cambios normales que se producen en el abdomen durante el embarazo. En consecuencia, cuando se diagnostica una de esas enfermedades, es probable que se encuentre en un estado avanzado, lo que incrementa la morbilidad y la mortalidad. (MINISTERIO DE SALUD DE BOLIVIA, 2012)

4.9 Educación Materna

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, 2010)

4.10 Estrategias de Adecuación Cultural de la Maternidad

La adecuación cultural de los servicios de salud representa una estrategia fundamental para superar las barreras culturales que dificultan el acceso de la mujer a los servicios de salud.

Es prioritario ofrecer una atención de calidad a mujeres y niños, reflejando sus expectativas, necesidades, tradiciones, respetando la diversidad de creencias y prácticas culturales con

relación al embarazo, parto y el puerperio. El mejoramiento de las condiciones de vida será posible a través de la puesta en marcha de una estrategia de humanización de la atención y adecuación cultural de los servicios de salud. (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, 2010)

4.11 Mujer Y Embarazo

La presencia de la mujer es decisiva en el desarrollo social y económico del país. La salud y el bienestar de las mujeres son de suma importancia por ser el núcleo fundamental de la familia y la comunidad, por sobre todo por ser el sostén para las generaciones futuras. El nacimiento de un niño o niña, es un acontecimiento que representa la culminación exitosa del proceso de gestación y reproducción humana. Según las políticas del gobierno nacional, toda mujer tiene derecho al cuidado materno básico durante el embarazo y el parto a través del Seguro Universal Materno Infantil. Estos comprenden la atención prenatal de calidad y un parto limpio y seguro en los diferentes Centros de Salud. Muchos estudios demuestran que la atención prenatal temprana y regular es importante tanto para la salud de las madres como para sus bebés.

En Bolivia, según las normas de atención prenatal y asistencia del parto en servicio de salud, se define como una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas con las embarazadas con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2008, la cobertura del control prenatal en general es alta por que el 77% de mujeres asisten a sus controles prenatales, mientras que en el área rural este porcentaje desciende a 58%, según la misma fuente la atención del parto por médico se ha incrementado a 66% a nivel nacional, los porcentajes en el área rural son más bajos 42%. (MOLINA, 2016)

4.12 Signos de Peligro que Debe Conocer la Embarazada

- Dolor o cólico abdominal o pélvico.
- Contracciones uterinas frecuentes o sensación indolora.
- Hemorragia vaginal.

- Eliminación de exudado acuoso.
- Disminución importante de los movimientos fetales.
- Cefalea intensa o visión borrosa.
- Vómitos persistentes, escalofríos o fiebre.

4.13 Complicaciones comunes del embarazo que deben prevenirse mediante un buen cuidado prenatal

- Anemia por deficiencia de hierro o ácido fólico.
- Infecciones de vías urinarias y pielonefritis.
- Hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia).
- Trabajo de parto y parto prematuro.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Enfermedades de transmisión sexual y su efecto en el recién nacido.
- Macrosomía fetal.
- Isoinmunización Rh.
- Presentación pélvica al término.
- Hipoxia o muerte fetal por parto prolongado o nacimiento de postérmino.

4.14 Tipo de educación que debe recibir la paciente embarazada

Asesoría sobre el embarazo, el trabajo de parto y el parto, el cuidado del niño y la maternidad, así como las complicaciones comunes de la gestación y la mejoría general de la salud que es parte integral del cuidado prenatal. Esta información puede presentarla la enfermera o el médico a través de breves sesiones de grupo mediante videos o carteles (mientras la gestante aguarda en la sala de espera) proveerlas de libros y folletos para que pueda leer e informarse. Es vital que el contenido del material de lectura se redacte en forma apropiada para las gestantes, caso contrario el beneficio será nulo. (MOLINA, 2016)

4.15 Preparto

Es el periodo de actividad uterina creciente que corresponde a las últimas semanas de la gravidez. Después de las treinta semanas de gestación se produce un aumento gradual de la intensidad y la frecuencia de las contracciones de braxtonHicks, las que invaden áreas progresivamente mayores del útero a la vez que adquieren un ritmo más regular. Entre ellas se registran las pequeñas contracciones del tipo a, cuyo número disminuye a medida que el parto progresa, las contracciones del útero constituyen uno de los factores que causan la maduración progresiva del cuello uterino que ocurre durante el parto. (Fuentes Aguirre, 2017)

4.16 Trabajo de Parto

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tiene por objeto, la salida del feto por las vías genitales maternos. El trabajo de parto se divide en tres periodos:

- El primer periodo corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino.
- El segundo periodo corresponde a la expulsión del feto.
- El tercer periodo consiste en la salida de los anexos fetales (Placenta y membranas); se lo denomina periodo placentario o de alumbramiento.

Se denomina “fenómenos activos” del trabajo de parto a las contracciones uterinas y a los pujos, y “fenómenos pasivos” a los efectos que aquéllos tienen sobre el canal del parto y el feto.

4.17 Diagnóstico diferencial entre trabajo de parto verdadero y falso

Antes de que comience el trabajo de parto verdadero, las mujeres pueden mostrar un “trabajo de parto falso” la enfermera debe diferenciar entre esta entidad y las contracciones

uterinas eficaces, porque las contracciones del parto verdadero producirán un grado demostrable de dilatación del cuello en el curso de unas horas, en tanto, que las contracciones del parto falso no modificarán tal estructura. En esta situación el punto más importante para diferenciar entre el parto falso y verdadero es saber si las contracciones uterinas tienen como consecuencia el borramiento y la dilatación cervical, las contracciones falsas pueden comenzar incluso tres o cuatro semanas antes de la terminación del embarazo las mismas que pueden estar acompañadas de molestias

Parto Función del organismo femenino por medio de la cual se expulsa el producto de la concepción desde el útero por el canal del parto hacia el exterior. Cuando el parto se inicia sin que hayan intervenido agentes externos, se denomina espontáneo, en caso contrario se considera provocado o inducido. Si evoluciona sin que haya ninguna desviación fisiológica, se denomina normal o eutócico; si durante el parto ocurriera alguna alteración se lo considera distócico. Si termina bajo la sola influencia de las fuerzas naturales, se llama espontáneo o natural; si hubo alguna intervención manual o instrumental, se trata de un parto artificial. Si durante el parto de iniciación espontánea se practicó la amniotomía en forma precoz, o se administraron a la madre oxitócicos, analgésicos, anestésicos o tranquilizantes, se habla de parto médico, dirigido o corregido. (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, 2010)

4.18 Medidas asistenciales y apoyo durante el parto

Es importante que la enfermera tenga una actitud de apoyo y empatía hacia la mujer, para interpretar los datos de la evolución del parto y hacer con toda pericia algunas técnicas.

Hay que señalar que la “atención de apoyo” no solamente incluye aspectos emocionales, sino también, asistencia física en el conjunto global de la asistencia, y que contribuya al bienestar y la comodidad de la madre y a su equilibrio emocional. La comodidad de la mujer mejora si se le aplica un baño de esponja, se la limpia la boca, si se masajea la espalda y se da una explicación antes de cualquier técnica, para hacerla sentir que es una persona digna de toda atención (MOLINA, 2016)

4.19 Edad materna y paridad

Se considera a las embarazadas de 20 a 30 años como el grupo etario de menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal y neonatal aumenta tanto en las madres adolescentes como en las que tienen más de 35 años.

4.19.1 Primiparidad precoz

Se considera así cuando el primer parto ocurre antes de los 17 años de edad puede existir maduración y estallido folicular y por lo tanto fecundación, pero el embarazo sorprende a la joven con un aparato genital insuficientemente desarrollado infantil. Puede haber abortos o partos prematuros por mala adaptación del útero a su contenido. En el parto pueden sobrevenir distocias por falta de desarrollo pelviano. (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, 2010)

4.19.2 Primiparidad tardía

Cuando la mujer tiene su primer parto después de los 30 años de edad se la rótula de primípara añosa. El útero, que durante tantos años ha estado recibiendo periódica y cíclicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica. Las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales: elasticidad y contractibilidad al sufrir degeneración fibrosa. La falta de extensibilidad del músculo uterino puede ser causa de interrupción de la gestación. En el parto y alumbramiento, el útero se contrae con escasa energía (hemorragias consecutivas. (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, 2010)

Factores de Riesgo en la Gestación

<p>1. –Características Individuales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad menor de 16 años o mayor de 35 años - Ocupación, esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos y biológicos, estrés - Desocupación personal o familiar - Baja escolaridad - Malnutrición (índice de masa corporal ≥ 30 o ≤ 18) - Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general - Violencia doméstica - Múltiples compañeros sexuales - Vivencia y condiciones sanitarias deficientes - Valoración de las condiciones psicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado y programado 	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones Perinatales: muerte fetal, neonatal o infantil, recién nacido con peso al nacer menor de 2500 grs o mayor de 4000 grs retardo de crecimiento intrauterino, eritoblatocis fetal, niño mal formado cromosómicamente anormal, resnimación u otro tratamiento neonatal. - Antecedentes de infertilidad - Cirugía ginecológica previa <p>3- Desviaciones obstétricas en el embarazo actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o de volumen de líquido amniótico - Ganancia de peso inadecuado - Hemorragia vaginal - Amenaza de parto de pretermino o prestación prolongada - Ruptura prematura de membranas - Infección urinaria recurrente - Complicaciones Obstétricas y perinatales descritas en el numeral 2 aplicables al embarazo actual
<p>2. Historia reproductiva anterior</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nuliparidad o multiparidad (más de 4 partos) - Intervalo intergenesico menor de 2 años o mayor o igual a 5 años - Complicaciones obstétricas previas aborto habitual, aborto inducido y cualquier complicación asociada, preeclampsia o edamsia trombosis- embolia, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterina, embarazo múltiple , ciabetes gestacional, desprendimiento placentario, placenta previa, presentación pedalica o transversa, obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia, desgarros perinatales de tercer cuarto grado, parto instrumentado, cesárea, hemorragia posparto, sepsis puerperal, embarazo éctopico o molar. 	<p>4.- Enfermedades clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatías, neuropatías, nefropatías, endocrinopatías, (diabetes mialitas, hipotiroidismo,) hemopatías hipertensión arterial crónica, epilepsia, enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual, infección urinaria recurrente) enfermedades autoinmunes, trastornos psiquiátricos, ginecopatías (anomalías uterinas) anemia severa (hemoglobina ≤ 9 g/d) y otras. - Uso actual de medicamentos

Fuente: guía de atención a la mujer gestante y no gestante

SIGNOS Y SINTOMAS DE PELIGRO EN EL EMBARAZO

1er. Trimestre	2do. Trimestre	3er. Trimestre
<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia vaginal - Presencia de flujo vaginal (fétido, de color amarillo, verde o blanco, espeso) - Molestias urinarias - Fiebre - Dolor tipo cólico en región pélvica 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia vaginal - Dolor de cabeza frecuente - Flujo vaginal - Molestias urinarias - Presión arterial mayor o igual a 140/90 mm/Hg. o elevación de más de 15 mm/Hg. en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior - Sensación de múltiples partes fetales - Salida de líquido por la vagina - Disminución o ausencia de movimientos fetales - Fiebre 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia vaginal - Dolores tipo parto - Edema de cara y manos - Salida de líquido por la vagina - Presión arterial alta mayor o igual de 140/90 mmHg o elevación de más de 15 mm/Hg. en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior - Dolores de cabeza - Trastornos visuales (se le nubla la vista, ve puntos negros o puntos de luz) - Disminución o ausencia de movimientos fetales - Fiebre

Fuente: guía de atención a la mujer gestante y no gestante

4.20 Servicio de Salud culturalmente adecuado

En las últimas décadas, casi todos los países de Latinoamérica han realizado procesos de cambio en los servicios de Salud. Esta nueva perspectiva de cambio centrada en el concepto de protección de la salud como un derecho ciudadano universal, independiente del empleo, la capacidad de pago o el aporte del trabajo no remunerado de las personas principalmente las mujeres. (Mamani, 2020)

“La interculturalidad en salud busca generar la interrelación entre culturas sanitarias distintas, de aquella que se da entre los proveedores de salud que tienen en sus orígenes, en su preparación, concepciones y prácticas distintas como también aquellas que tienen credibilidad y preferencia por parte de las/los usuarios”. Lo intercultural en el proceso de atención en salud es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural, y social del ser humano como un factor imp

ortante en todo proceso de salud y enfermedad. Con la oferta de servicio en la atención de parto culturalmente adecuado se espera mejorar los indicadores y la confianza de las usuarias en los servicios de salud.

La adecuación del parto humanizado según la UNICEF (2010) se inicia su aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud. Las formas culturales más importantes del parto consisten en: a) la posición vertical, asistencia de la partera tradicional, acompañamiento de otra familiar mujer, ambiente cálido, alimentación, uso de hierbas, entierro de la placenta, corte del cordón.

4.21 Modelo de Salud SAFCI

En la nueva constitución de Bolivia se incorporó el modelo de salud familiar, comunitario e intercultural SAFCI cuyo objetivo es eliminar la exclusión social sanitaria, reconociendo el papel del Estado como garante del derecho a la salud y reivindicando el respeto, la valoración y articulación de las visiones biomédica y tradicional del proceso vital. Este modelo está estructurado en los siguientes principios:

- Participación comunitaria
- Intersectorialidad
- Interculturalidad
- Integralidad

“La promoción de la salud es la estrategia de implementación del modelo SAFCI como un proceso político de movilización social continua, por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el VIVIR BIEN en relación directa con el estado de bienestar general”. (Mamani, 2020)

El modelo SAFCI de atención tiene las siguientes características:

- La atención en salud independientemente de su nivel de complejidad, está organizada en Redes de Servicios de Salud para garantizar continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas.
- El establecimiento en su primer nivel de complejidad (atención primaria en salud) es la puerta de ingreso al sistema de salud, y el modelo de atención SAFCI es la respuesta a las necesidades y problemas de salud.
- El trabajo del equipo de salud incluye acciones en el establecimiento y en la comunidad. Estas acciones son de promoción, Información Educación y Comunicación en Salud, prevención, tratamiento y rehabilitación con enfoque integral e intercultural.
- Articula en un solo sistema de atención la medicina biomédica y la tradicional, como un elemento fundamental de calidad de atención.
- Los mecanismos de referencia y contra referencia entre la atención biomédica y tradicional en la red de servicios son el principal vínculo para asegurar la integralidad y la continuidad del servicio.
- La continuidad en la atención se realiza a través de flujos de información, procesos de referencia contra referencia, entendimiento de la importancia de los vínculos entre las personas y los establecimientos, generando confianza entre los (as) prestadores (as) y usuarios (as) de los servicios.

5 METODOLOGÍA

5.1 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Ítem
Controles prenatales	Se entiende por control prenatal lo serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de lo grávida con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza	Cantidad de controles prenatales	Gráfico 1
		Controles prenatales por mes	Gráfico 2
		Controles prenatales según edad	Gráfico 3
Accesibilidad	La accesibilidad o accesibilidad universal es el grado de pendiente el cual permite que cualquier objeto sea utilizado por todo el público, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas	Ingreso económico mensual	Gráfico 7
		Distancia del hogar al centro de salud	Gráfico 8
Importancia del control prenatal	El objetivo principal es prevenir, orientar y disminuir los factores de riesgo, detectar problemas de salud y tratar a tiempo	¿El centro de salud da preferencia en la atención a la embarazada?	Gráfico 11
		Para que se realiza el control prenatal	Gráfico 15

	afecciones de cualquier índole	El personal de salud da charlas sobre el embarazo, parto y puerperio	Gráfico 18
Evaluación de la atención	La evaluación de la Atención Médica puede definirse como la aplicación de instrumentos objetivos de valoración al trabajo efectuado por el equipo médico, reflejado en el Expediente Clínico. Se trata de un conjunto de procedimientos que deben estar orientados a valorar la calidad de la atención médica con fines estrictamente de mejorar prospectivamente el trabajo integral del equipo médico- que es multidisciplinario- y que necesariamente debe efectuarse en cualquier servicio médico organizado, para obtener una calificación nacional o internacional.	Tempo de espera	Gráfico 10
		Como le atiende el personal de admisión	Gráfico 12
		Como le atiende el personal de enfermería	Gráfico 13
		Como le atiende el personal medico	Gráfico 14
		Recibe explicación del personal médico sobre su situación actual en los controles prenatales	Gráfico 16
		En el control prenatal le examinan su cuerpo	Gráfico 17

5.2 Enfoque de Investigación

El enfoque cuantitativo se utiliza para la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. (Tamayo, 2007).

La investigación es de enfoque cuantitativo, en el trabajo de campo, para realizar la recolección de datos sobre la calidad de atención a la mujer embarazada en el centro de salud Loma Alta del Municipio de Villa Nueva en el periodo de enero a marzo de 2023.

5.3 Tipo de Investigación o Nivel de investigación

La investigación es de tipo Exploratorio, descriptivo y de corte transversal:

Exploratorio: fue útil en el trabajo de investigación, de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, donde se pudo evidenciar de las fuentes secundarias y terciarias para la elaboración de la Monografía.

Descriptivo: Se pudo describir y estudiar sobre la calidad de atención a la mujer embarazada en el centro de salud Loma Alta del Municipio de Villa Nueva en el periodo de enero a marzo de 2023.

La investigación está basada en un diseño de corte transversal, que se realizó sobre la calidad de atención a la mujer embarazada en el centro de salud Loma Alta del Municipio de Villa Nueva en el periodo de enero a marzo de 2023.

5.4 Métodos de Investigación

Que se utiliza durante toda la investigación, a la hora de analizar, definir conceptos, variables y realizar interpretaciones de los términos utilizados durante la investigación, identificando así la esencia del problema (Osinaga, 2008).

En la investigación se realiza una exploración teórica de las fuentes secundarias, terciarias para verificar la calidad de atención a la mujer embarazada en el centro de salud Loma Alta del Municipio de Villa Nueva en el periodo de enero a marzo de 2023, asimismo se utilizan las fuentes primarias de información para obtener datos estadísticos de la cantidad de controles prenatales que fueron realizados en el periodo de estudio.

5.5 Población y Muestra

5.5.1 Población

Es el conjunto de personas u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación. "El universo o población puede estar constituido por personas, animales, registros médicos, los nacimientos, las muestras de laboratorio, los accidentes viales entre otros" (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994)

La población está constituida por 371 mujeres en edad fértil según los datos rescatados del SNIS del establecimiento de salud para la gestión 2022, ya que para la fecha de elaboración del trabajo no se cuenta con datos de la gestión 2023.

5.5.2 Muestra

Es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación. Hay procedimientos para obtener la cantidad de los componentes de la muestra como fórmulas, lógica y otros que se verá más adelante. La muestra es una parte representativa de la población (Tamayo, 2007).

La muestra está constituida por 50 mujeres que ya tuvieron sus hijos o que se encontraban embarazadas en el momento del estudio, seleccionadas al azar para que puedan participar de la investigación, de estas 23 mujeres embarazadas que realizan control prenatal en el establecimiento de salud según la revisión de las historias clínicas perinatales y los cuadernos de control prenatal.

5.5.3 Tipo de Muestreo

Muestreo Es el método utilizado para seleccionar a los componentes de la muestra del total de la población. "Consiste en un conjunto de reglas, procedimientos y criterios mediante los cuales se selecciona un conjunto de elementos de una población que representan lo que sucede en toda esa población" (Mata & Macassi, 1997)

El muestreo no probabilístico: es una técnica de muestreo donde las muestras se recogen por medio de un proceso que no les brinda a todos los individuos de la población las mismas oportunidades de ser seleccionados (Mata & Macassi, 1997)

La investigación está basada en muestreo no probabilístico, es por conveniencia, donde la información de estudio está conformada por las mujeres gestantes y no gestantes de la localidad de Loma Alta del Municipio de Villa Nueva.

5.6 Técnica e Instrumento de recolección de datos

5.6.1 Técnicas de investigación

Las técnicas que se aplicó en la recolección de datos son la encuesta:

Encuesta: La encuesta es un procedimiento que permite explorar cuestiones que hacen a la subjetividad y al mismo tiempo obtener esa información de un número considerable de personas. (Grasso, 2006)

La técnica de encuesta se utilizó para obtener, información sobre la calidad de atención a la mujer embarazada en el centro de salud Loma Alta del Municipio de Villa Nueva en el periodo de enero a marzo de 2023

5.6.2 Instrumento de investigación

Cuestionario: El instrumento que se utilizó en la recolección de datos es un cuestionario con preguntas de selección múltiple, información sobre la calidad de atención a la mujer

embarazada en el centro de salud Loma Alta del Municipio de Villa Nueva en el periodo de enero a marzo de 2023.

5.7 Aspectos Éticos

Para la inclusión de las puérperas en el estudio se aplicó el consentimiento informado, expresado por escrito por el encuestador.

Previamente el investigador ofreció una explicación sobre el estudio, su importancia y beneficios, del estudio, bajo siguiente orden: parte general, factores socioeconómicos, y lo concerniente a medir la calidad de atención a la mujer embarazada, factores que inciden en el control prenatal, factores relacionados con asistencia sanitaria, factores relacionados con el conocimiento de la madre sobre embarazo, parto y puerperio.

5.8 Técnicas E Instrumentos

Observacional participativo de fuente primaria en la madre gestante y puérpera, el instrumento de recolección del dato es elaborado con preguntas cerradas de acuerdo a los objetivos planteados, en la investigación.

Antes de realizar la toma de datos, se realizó la validación del instrumento (cuestionario), con la finalidad de adquirir destrezas en la toma de datos y de esa manera obtener un orden establecido en las actividades de identificación, registro de datos y encuesta.

5.9 Procedimientos para la Recolección de Datos

Se solicitó el permiso a través de una nota a la Dirección del centro de salud, resaltando la importancia del estudio, los objetivos y para realizar las encuestas, según el horario disponible turno mañana, tarde a cargo del encuestador y gestantes que participarán de dicha investigación.

Para realizar la encuesta primero se identificó a las gestantes que reunían criterios de inclusión, mediante la revisión de los expedientes clínicos y las mujeres de la comunidad que ya tuvieron hijos en el establecimiento de salud. La recolección de la información se realizó durante el periodo de estudio.

5.9.1 Criterios de inclusión.

- Todas las mujeres que hayan sido atendidas en el establecimiento de salud cuando estuvieron embarazada o que se encuentran embarazadas en el momento del estudio
- Que vivan en la comunidad de loma Alta.

5.9.2 Criterios de exclusión

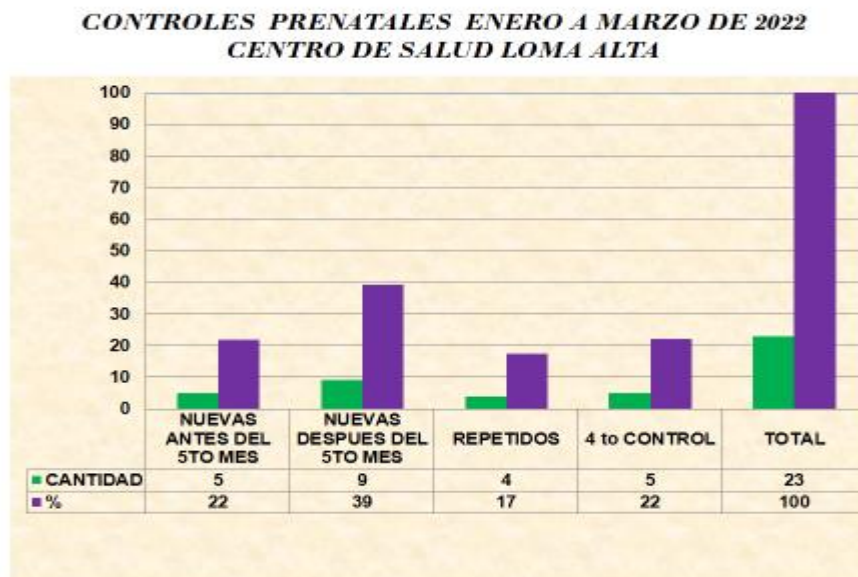
- Mujeres que no tengan hijos
- Mujeres que no pertenezcan a la comunidad de Loma Alta.

6 RESULTADOS

Los resultados que se muestran a continuación, reflejan en primera instancia el acceso de las mujeres gestantes a los controles prenatales.

Asimismo, en la parte de las encuestas se muestra los resultados de las mismas que fue realizadas a mujeres gestantes y no gestantes en el periodo de estudio asignado.

Grafico 1 CONTROLES PRENATALES ENERO A MARZO DE 2023

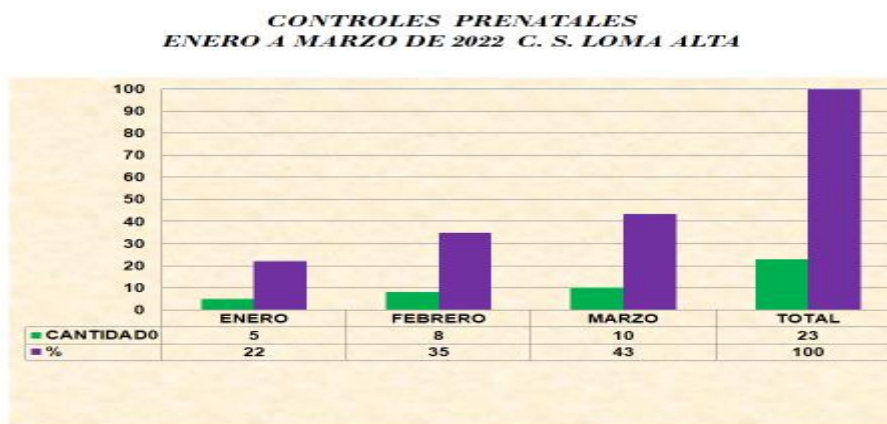


Fuente: SNIS/C.S. Loma Alta

INTERPRETACIÓN: según el presente gráfico, de los 23 controles prenatales entre nuevos y repetidos, el 17% fueron controles prenatales repetidos, 22% fueron controles prenatales nuevos antes del 5to mes de embarazo, solo 22% son 4tos controles, y 39% con controles prenatales nuevos después del 5to mes de embarazo, de acuerdo a reportes del SNIS para el periodo de estudio.

Es importante establecer la asistencia de la mujer a los controles prenatales ya que de acuerdo a la calidad de atención que oferte el establecimiento de salud las mismas optan por ir o no al centro de salud, y lo que se exige actualmente es mejorar la captación de mujeres gestantes en los establecimientos de salud para evitar las complicaciones por embarazo parto y puerperio que no sean monitorizados adecuadamente por la falta de calidad de atención.

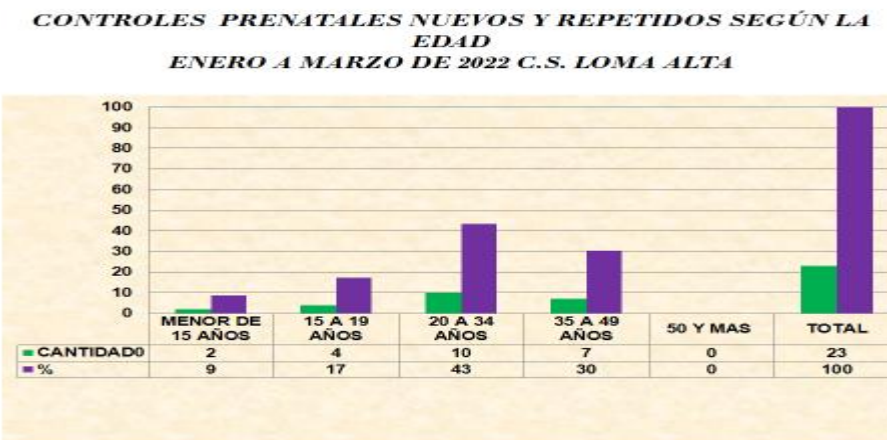
Grafico 2 CONTROLES PRENATALES POR MES C.S. LOMA ALTA ENTRE ENERO Y MARZO DE 2023



Fuente: SNIS/C.S. Loma Alta

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos recogidos, el 43% de controles prenatales fueron realizados en el mes de marzo, 35% en el mes de febrero y 22% en el mes de enero.

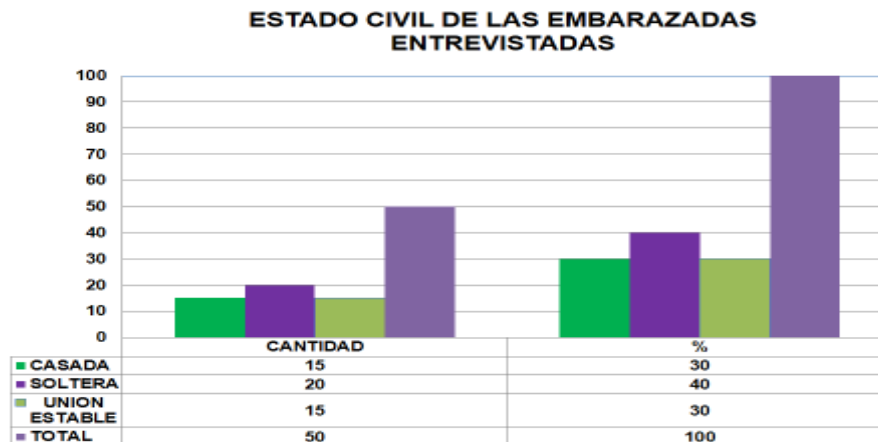
Grafico 3 CONTROLES PRENATALES SEGÚN LA EDAD C.S. LOMA ALTA ENTRE ENERO Y MARZO DE 2023



Fuente: SNIS/C.S. Loma Alta

INTERPRETACIÓN: 43% de los controles prenatales fueron realizados a mujeres entre los 20 y 34 años de edad, 30% en mujeres de 35 a 49 años, y sumando dos variables, tenemos que 26% de los controles prenatales fueron realizadas en adolescentes entre los menores de 15 años y de 15 ya 19 años de edad.

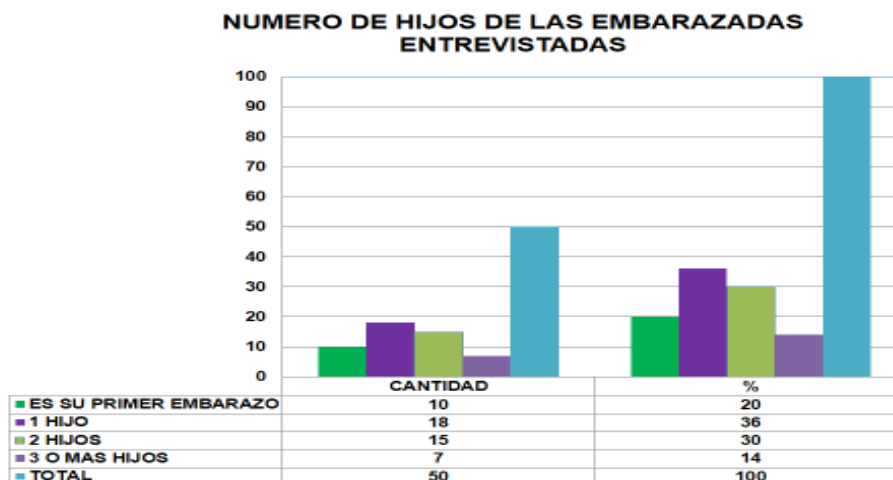
Grafico 4 ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES GESTANTES Y NO GESTANTES ENTREVISTADAS SOBRE CALIDAD DE ATENCION QUE DETERMINA SU ASISTENCIA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.



Elaboración propia

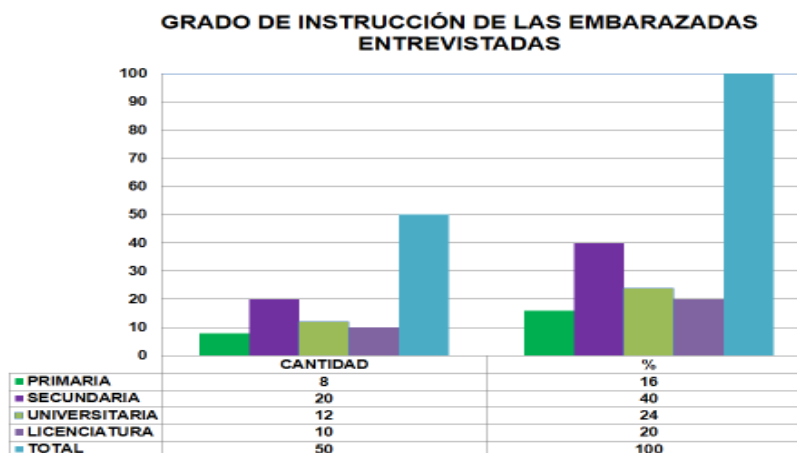
INTERPRETACIÓN: Según los datos registrados, tenemos que el 40% son mujeres solteras, 30% son casadas, otro 30% viven en unión estable.

Grafico 5 NUMERO DE HIJOS



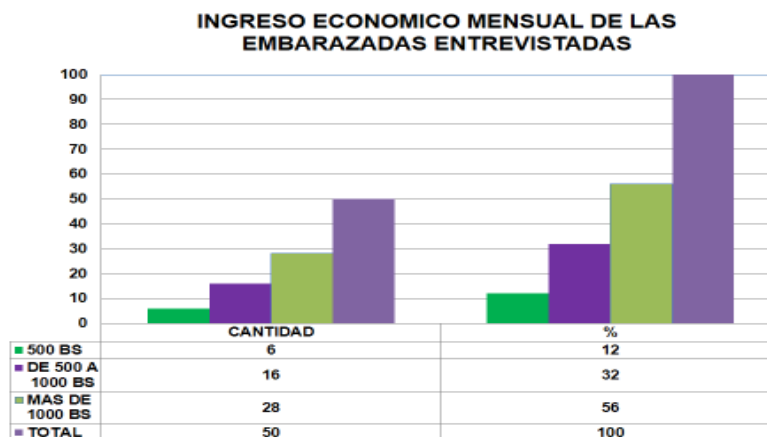
Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: un 36 % indica tener ya un hijo, 30% tiene 2 hijos, 14% dice tener más de tres hijos, y un 20% indica que este es su primer embarazo.

Grafico 6 GRADO DE INSTRUCCION

Elaboración propia

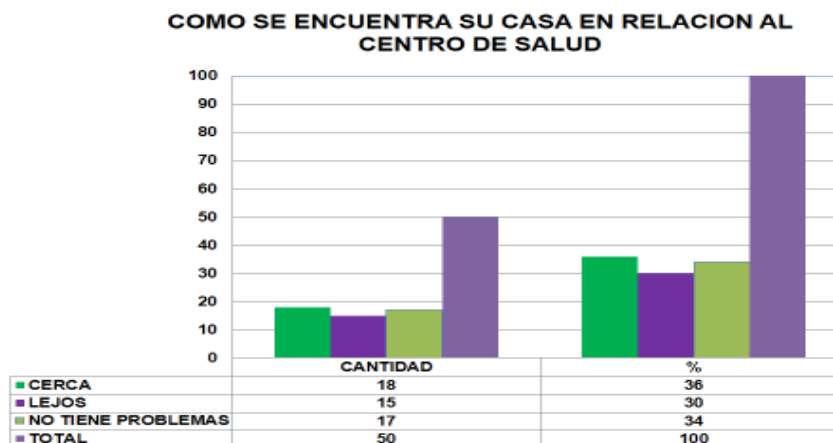
INTERPRETACIÓN: según los datos obtenidos, el 40% curso la secundaria, 24% tiene estudios universitarios o se encuentra en la universidad, 20% ya tiene título a nivel licenciatura, y 16% estudio solo la primaria.

Grafico 7 INGRESO ECONOMICO MENSUAL

Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: Según estos datos, el 56% tiene ingresos de más de mil bolivianos mensuales, 32% tiene ingresos entre los 500 y 1000 bs, y 12% su ingreso económico es de 500 Bs. Este es determinante ya que en muchas ocasiones las mujeres deben trasladarse grandes distancias para llegar al establecimiento de salud y los recursos no son suficientes ya que el traslado en embarcación es demasiado costoso.

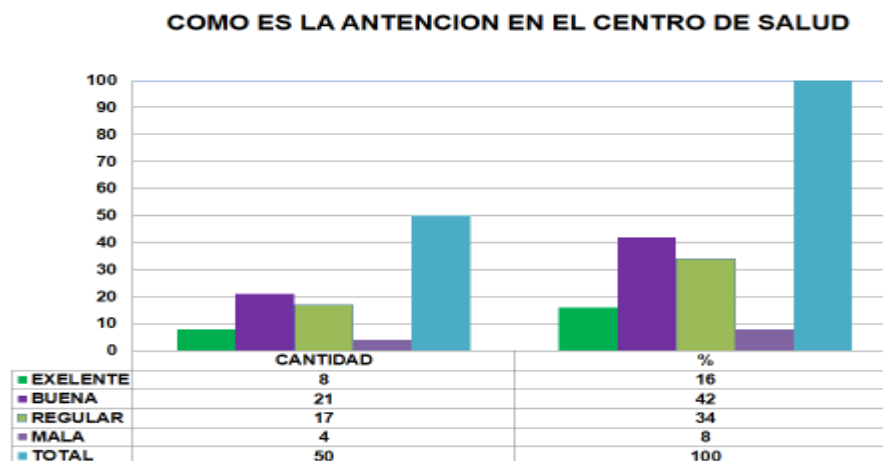
Grafico 8 COMO SE ENCUENTRA LA CASA EN RELACION AL CENTRO DE SALUD.



Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En este gráfico, el 36% dice que vive cerca al centro de salud, 34% dice que no tiene problemas y un 30% dice que vive lejos del centro de salud.

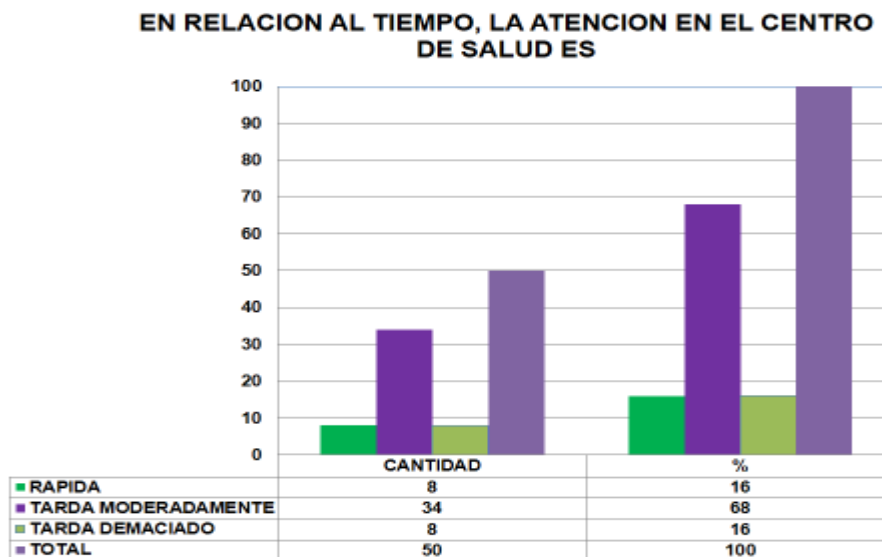
Grafico 9 COMO ES LA ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD



Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: en este gráfico vemos que el 42% de las entrevistadas dice que la atención es buena, 34% dice que es regular, 16% dice que la atención es excelente, 8% dice que la atención es mala.

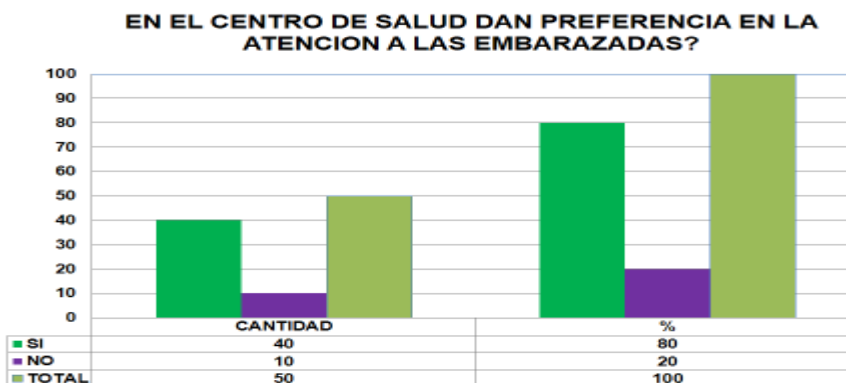
Grafico 10 EN RELACION AL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCION



Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: El 68% dice que la atención tarda moderadamente, un 16% dice que tarda demasiado, otro 16% dice que es rápida.

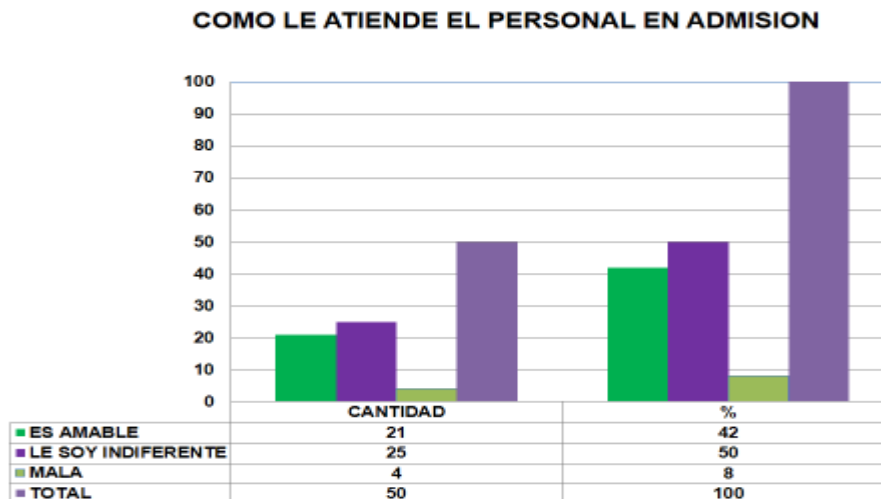
Grafico 11 ¿EN EL CENTRO DE SALUD LE DAN PREFERENCIA A LAS EMBARAZADAS PARA SU ATENCIÓN?



Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: según las entrevistadas, el 80% dice que en el centro de salud si dan preferencia a las embarazadas, y un 20% dicen que no.

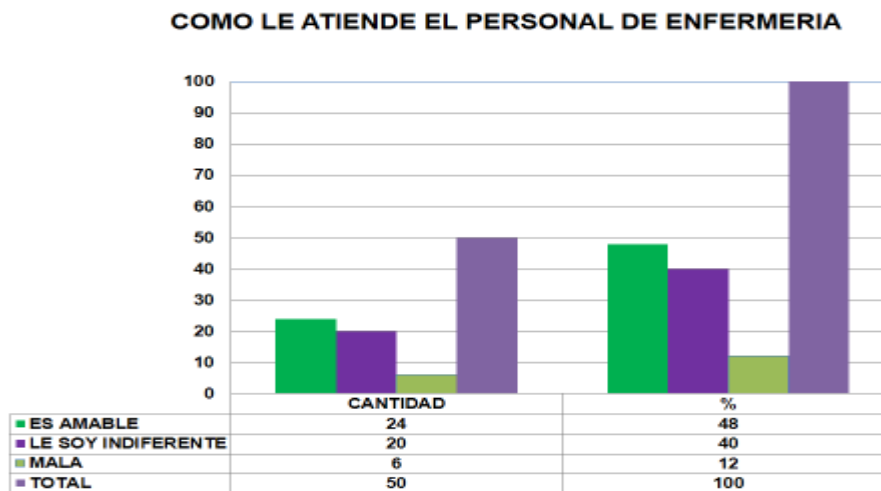
Grafico 12 COMO LE ATIENDE EL PERSONAL EN ADMISION



Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: según la percepción de las embarazadas, el 50% dice que en admisión son indiferentes al momento de la atención, 42% dice que son amables, y 8% dicen que es mala.

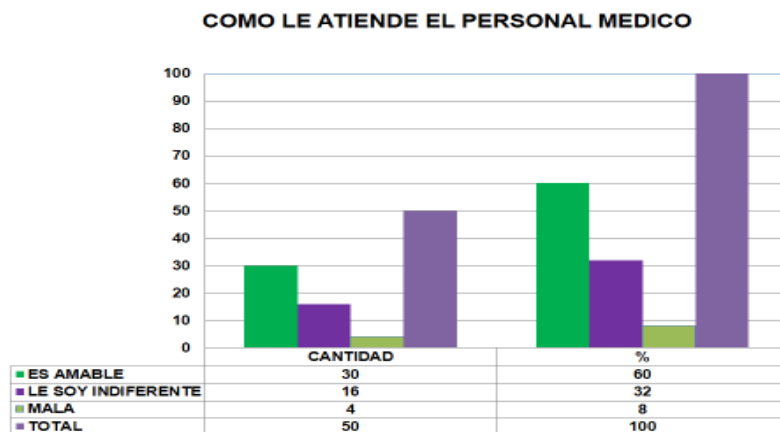
Grafico 13 COMO LE ATIENDE EL PERSONAL DE ENFERMERIA



Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En cuanto a este gráfico, el 48% dice que el personal de enfermería es amable en la atención, un 40% dice que le son indiferentes, 12% dicen que es mala.

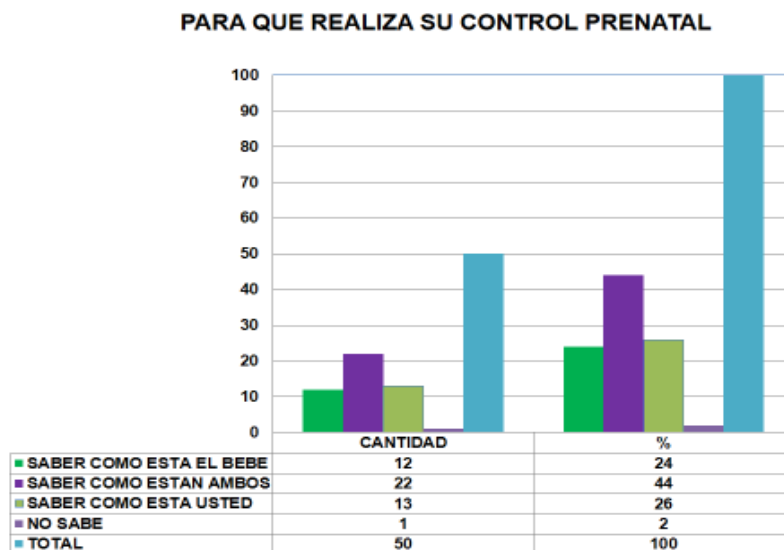
Grafico 14 COMO LE ATIENDE EL PERSONAL MEDICO



Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: Según 60% de las embarazadas, los médicos son amables en la atención, 32% indican que les tratan con indiferencia, y 8% dicen que es mala.

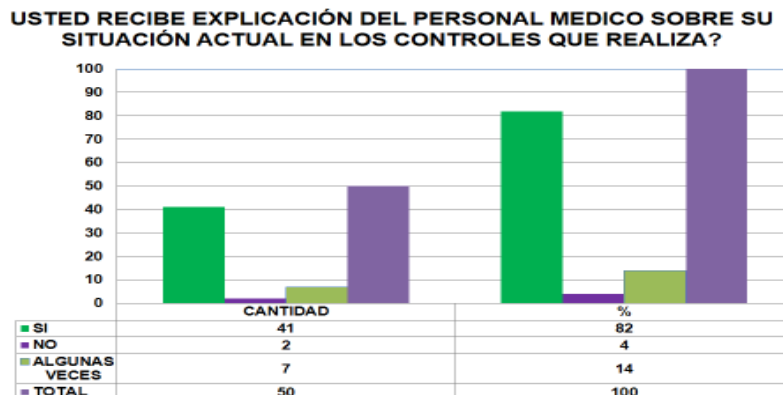
Grafico 15 PARA QUE REALIZA SU CONTROL PRENATAL



Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En este gráfico vemos que el 44% indica que asiste al control prenatal a saber cómo están ambos, ósea la madre y él bebe, un 26% dice que asiste a saber cómo está la madre, un 24% dice que asiste para saber cómo esta su bebe y 2% no sabe.

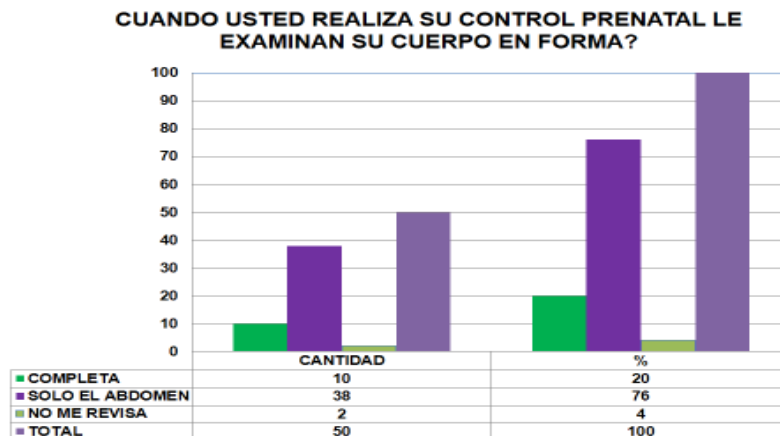
Grafico 16 RECIBE EXPLICACIÓN DEL PERSONAL MEDICO SOBRE SU SITUACIÓN ACTUAL EN LOS CONTROLES PRENATALES



Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: en este gráfico, vemos que el 82% de las embarazadas indica que, si reciben explicación sobre su condición actual en sus controles prenatales, 14% dice que algunas veces les explican, y 4% dicen que no les dan explicación.

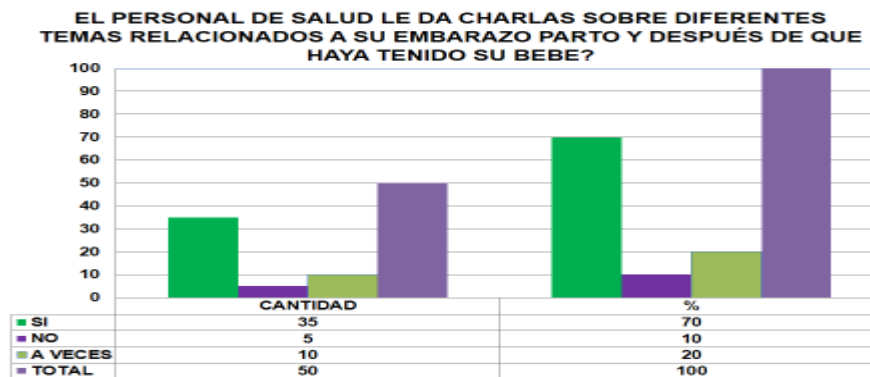
Grafico 17 ¿EN EL CONTROL PRENATAL LE EXAMINAN SU CUERPO?



Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: según este gráfico, el 76% dice que en el control prenatal solo le revisan el abdomen, 20% dice que, si le revisan en forma completa, y 4% dicen que no las revisan.

Grafico 18 ¿EL PERSONAL DE SALUD LE DA CHARLAS SOBRE DIFERENTES TEMAS RELACIONADOS AL EMBARAZO, PARTO, ¿PUERPERIO?



Elaboración propia

INTERPRETACIÓN: En esta pregunta, el 70% de las madres dicen que, si les dan orientación sobre el embarazo, parto y posparto, un 20% dice que solo a veces, y 10% dicen que no les dan orientación.

7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

De acuerdo a la investigación realizada sobre la calidad de atención a la mujer embarazada se llega a las siguientes conclusiones:

De acuerdo al objetivo específico 1, tenemos que, se pudo evidenciar en los datos recogidos de los controles prenatales, solo 11% de las embarazadas, llegaron a su cuarto control en el periodo de estudio, tomando en cuenta que existe una gran afluencia de mujeres a el primer control prenatal y va disminuyendo de forma gradual en los controles sucesivos, probablemente porque muchas de las madres optan por trasladarse a la ciudad de Riberalta para controles posteriores.

Además, vemos también que el mes de mayor cobertura en controles prenatales fue el 43% de controles prenatales fueron realizados en el mes de marzo, 35% en el mes de febrero y 22% en el mes de enero. Entendiendo que cada mes la mujer embarazada debe acudir a sus controles, los números deberían ser iguales al anterior mes, más los controles nuevos, algo que como vemos no ocurre.

Asimismo, también podemos evidenciar que de todos los grupos etarios que acudieron a control prenatal, 43% de los controles prenatales fueron realizados a mujeres entre los 20 y 34 años de edad, 30% en mujeres de 35 a 49 años, y sumando dos variables, tenemos que 26% de los controles prenatales fueron realizadas en adolescentes entre los menores de 15 años y de 15 a 19 años de edad.

El mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas son de estado civil casada y unión estable, que en su mayoría son amas de casa y que en un mínimo porcentaje trabajan en forma independiente, lo que significa que no son factores que influyen en inasistencia continua al establecimiento de salud.

En cuanto al objetivo específico número 2 podemos mencionar que los factores que determinan la accesibilidad de la mujer a los controles prenatales son:

El 56% tiene ingresos de más de mil bolivianos mensuales, 32% tiene ingresos entre los 500 y 1000 Bs, y 12% su ingreso económico es de 500 Bs. Este es determinante ya que en muchas ocasiones las mujeres deben trasladarse grandes distancias para llegar al establecimiento de salud y los recursos no son suficientes ya que el traslado en embarcación es demasiado costoso.

El 36% dice que vive cerca al centro de salud, 34% dice que no tiene problemas y un 30% dice que vive lejos del centro de salud, ambos factores son determinantes ya que las distancias que deben recorrer por carretera o por río en muchos casos son bastante extensas y eso eroga gastos económicos que muchas veces no pueden cubrir y eso hace que no acudan de forma regular al control prenatal.

El conocimiento de la mujer gestante y no gestante sobre la importancia del control es deficiente puesto que, si sumamos las variables, el 50% indica que el control prenatal es para saber cómo está el bebé o solo la madre y no así de ambos, la cual es considerada como un factor de mucha importancia.

El objetivo específico número 3 relacionado a la importancia del control prenatal, vemos que, tardan mucho en la atención a la paciente desde el momento del ingreso hasta que el médico la atiende, por el número elevado de pacientes en ocasiones, por lo que se considera uno de los factores importantes. Ya que sumando que tardan moderadamente y tardan mucho ambos suman 84% de la apreciación de las usuarias.

El 44% indica que asiste al control prenatal a saber cómo están ambos, ósea la madre y el bebé, un 26% dice que asiste a saber cómo está la madre, un 24% dice que asiste para saber cómo está su bebé y 2% no sabe.

El 70% de las madres dicen que, si les dan orientación sobre el embarazo, parto y posparto, un 20% dice que solo a veces, y 10% dicen que no les dan orientación.

Del último objetivo relacionado a la evaluación de la atención podemos indicar que:

El 68% dice que la atención tarda moderadamente, un 16% dice que tarda demasiado, otro 16% dice que es rápida.

El 50% dice que en admisión son indiferentes al momento de la atención, 42% dice que son amables, y 8% dicen que es mala.

El 48% dice que el personal de enfermería es amable en la atención, un 40% dice que le son indiferentes, 12% dicen que es mala.

Según 60% de las embarazadas, los médicos son amables en la atención, 32% indican que les tratan con indiferencia, y 8% dicen que es mala.

El 82% de las embarazadas indica que, si reciben explicación sobre su condición actual en sus controles prenatales, 14% dice que algunas veces les explican, y 4% dicen que no les dan explicación.

Por tanto, en relación a la evaluación de la atención podemos indicar que en general es buena de parte del personal de salud, aunque es evidente que un buen porcentaje no está satisfecho con la atención que recibe por lo que se debe mejorar y motivar al personal de salud para que mejore el trato a las usuarias.

7.2 Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo verificar que existen deficiencias en cuanto a la atención a la mujer embarazada en el establecimiento de salud por lo que es importante poder establecer estrategias de mejora continua de la calidad de atención no solo a las usuarias del servicio sino a la población en general.

Por lo que es importante lo siguiente:

- Primeramente, socializar este trabajo a todo el personal para que tengan en conocimiento sobre lo que está sucediendo en el Centro de Salud Loma Alta respecto a este problema.
- Cambio de algunas actitudes negativas del personal de salud que repercute en la atención del paciente.
- Realizar cursos de capacitación referente a relaciones humanas a todo el personal de salud.
- Realizar cursos de capacitación sobre calidad de atención a la mujer embarazada y especialmente durante el control prenatal a todo el personal de salud.
- Reducir el tiempo de espera en consulta.
- Realizar charlas educativas sobre el embarazo, parto y puerperio.
- Explicar sobre importancia del control prenatal e informar sobre su situación actual y del producto en cada consulta a la paciente.
- Concientizar al personal médico para la realización del examen físico completo de la paciente.

BIBLIOGRAFIA

- Bartolomé, D. E. (2019). Atención del parto centrada en la paciente. *SYMPOSIUM QUALITY OF OBSTETRICAL CARE*.
- DEPORTES, M. D. (2010). *ANTENCION A LA MUJER GESTANTE Y NO GESTANTE*. LA PAZ: MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES.
- Fuentes Aguirre, c. (2017). *afrontamiento y proceso de adaptación sobre el riesgo del embarazo precoz*. la paz.
- García, R. E. (2001). El concepto de calidad y su aplicación. *Rev. méd. Chile v.129 n.7*.
Obtenido de SCIELO.
- Grasso, L. (2006). *Encuesta elementos para su diseño y análisis* (Primera ed.). Argentina: Camara Argentina de Libros.
- M. en C. Roberto Coronado-Zarco, *. M.-M. (2013). *El contexto actual de la calidad*. México D.F.: Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación.
- Mata, M. C., & Macassi, S. (1997). *Cómo elaborar muestras para los sondeos de audiencias*. Quito- Ecuador.
- MINISTERIO DE SALUD DE BOLIVIA. (2012). *Manual para la implementación de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención en servicios de segundo y tercer nivel de atención*. LA PAZ BOLIVIA: DOCUMENTO TECNICO NORMATIVO.
- MOLINA, L. (2016). *ADOLESCENCIA, SEXUALIDAD Y EMBARAZO*. BARCELONA, ESPAÑA.
- Osinaga, R. A. (2008). *Metodología de la Investigación*. Cochabamba: Educación y Cultura.
- Pérez, J. (2012). *definición de embarazo*. Lima, Perú.
- Pineda, B., Alvarado, E. L., & Canales, F. (1994). *Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de persona al de salud, Segunda edición*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- QUIROGA, L. E., MARLENE ANTEZANA, S. G., & Viedma, j. d. (2005). La calidad de atención y la información son derechos del paciente. *GACETA MÉDICA BOLIVIANA*.
V28, N1 Versión On-line ISSN 1012-2966.
- Tamayo, M. (2007). *Proceso de la Investigación Científica*. México: Editorial Limusa.

ANEXOS

ENCUESTA

Calidad de atención a la mujer gestante y no gestante para determinar la calidad de atención de parto en el centro de salud de Loma Alta

Solicitamos cordialmente que pueda responder con mayor sinceridad posible ya que la información que se obtenga se utilizara para fines de mejorar la atención en este programa.

I IDENTIFICACION Edad..... Estado civil..... Ocupación.....

II PREGUNTAS

1.-Hasta que curso usted ha cursado?

Ninguna Primario Secundario Nivel superior

2.- ¿Cuánto es el ingreso económico de su familiar, mensualmente?

< de 250 Bs de 251-500Bs de 501-1000 Bs > de 1000Bs

3.- Cuantos hijos tiene usted?

Ninguno 1 hijo 2 hijos 3 hijos 4 hijos

+ de 5 hijos

4.-Como se encuentra su casa en relación al Centro de salud?

Cerca Lejos No tiene Problemas

5.-Usted trabaja en una institución?

Gubernamental Privada Mixta Independiente no trabaja

6.-Como es la atención en el hospital?

Excelente Buena Regular Mala

7.-En relación al tiempo, la atención en el Hospital es:

Rápida tardan moderadamente tardan mucho

8.-Usted ha observado preferencias en la atención al paciente en el hospital?

SI NO

Amablemente Algunas veces amablemente de mal humor algunas veces de mal humor con indiferencia algunas veces con indiferencia

10.-Como le atiende el personal de enfermería?

Amablemente algunas veces amablemente de mal humor algunas veces de mal humor con indiferencia algunas veces con indiferencia

11.-Como le atiende el personal médico?

Amablemente algunas veces con amabilidad de mal humor algunas veces de mal humor con indiferencia algunas veces con indiferencia

12.- Usted realiza su control prenatal para saber?

Como está él bebe Como está usted Como están ambos
O no sabe

9.-Como le atiende el personal de admisión?**13.-Usted recibe explicación del personal médico sobre su situación actual en los controles que realiza?**

SI Algunas veces NO

14.-cuando usted realiza su control prenatal le examinan su cuerpo en forma?

Completa Incompleta No lo realiza

