

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

---

**TEMA:** “FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL PROCESO CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE LASSO.”

---

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

**Autora:** Md. Rita Paulina Guanochanga Collaguazo

**Director:** Dr. Otoniel Fajardo Rodríguez, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud. El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por el Doctor José Marcelo Ocho Egas, Magíster, e integrado por los señores la Doctora Josefa Margarita Miranda Vásquez, Especialista, Doctor Fernando Abel Salazar Faz, Especialista y el Doctor Orlando Jesús Castro Hayes, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL PROCESO CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE LASSO”, elaborado y presentado por la Señora Médico Rita Paulina Guanochanga Collaguazo, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

-----  
*Dr. José Marcelo Ocho Egas, Mg.*  
Presidente del Tribunal

-----  
*Dra. Josefa Margarita Miranda Vásquez, Esp.*  
Miembro del Tribunal

-----  
*Dr. Orlando Jesús Castro Hayes, Esp.*  
Miembro del Tribunal

-----  
*Dra. Yajaira Monserrath Belalcazar Sánchez, Esp.*  
Miembro del Tribunal

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL PROCESO CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE LASSO”, le corresponde exclusivamente al: Médico Rita Paulina Guanochanga Collaguazo, Autora bajo la Dirección de Doctor Otoniel Fajardo Rodríguez, Especialista, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

-----  
*Md. Rita Paulina Guanochanga Collaguazo*  
*c.c. 1716242902*

**AUTORA**

-----  
*Dr. Otoniel Fajardo Rodríguez, Esp.*  
*Pasaporte: E098766*

**DIRECTOR**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

-----  
Md. Rita Paulina Guanochanga Collaguazo  
c.c. 1716242902

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

	<b>Pag.</b>
Portada.....	i
A la unidad académica de titulación.....	ii
Autoría del trabajo de investigación .....	iii
Derechos de autor.....	iv
Índice general de contenidos.....	v
Índice de cuadros y gráficos.....	viii
Agradecimiento.....	xii
Dedicatoria.....	xiii
Resumen Ejecutivo.....	xiv
Executive Summary.....	xvi
Introducción.....	1
<b>CAPITULO 1. EL PROBLEMA</b>	
1.1 Tema.....	3
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.2 Análisis crítico.....	9
1.2.3 Prognosis.....	9
1.2.4 Formulación del problema.....	10
1.2.5 Interrogantes.....	10
1.2.6 Delimitación del Objeto de investigación.....	10
1.3 Justificación.....	11

1.4 Objetivos.....	12
1.4.1 General.....	12
1.4.2 Específicos.....	12

## CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos.....	14
2.2 Fundamentación filosófica.....	33
2.3 Fundamentación legal.....	33
2.4 Categorías fundamentales.....	35
2.5 Hipótesis.....	35
2.6 Señalamiento de variables.....	35

## CAPITULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Modalidad básica de la investigación.....	36
3.2 Nivel o tipo de investigación.....	37
3.3 Población y muestra.....	37
3.4 Operalización de variables.....	39
3.5 Plan de recolección de información.....	55
3.6 Plan de procesamiento de la información.....	58

## CAPITULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de los resultados.....	59
4.2 Interpretación de los resultados.....	60
4.3 Verificación de hipótesis.....	85

## CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 87

## CAPITULO 6. PROPUESTA

6.1 Datos informativos.....	89
6.2 Antecedentes de la propuesta.....	90

6.3 Justificación.....	91
6.4 Objetivos.....	92
6.5 Análisis de factibilidad.....	92
6.6 Fundamentación.....	93
6.7 Metodología, Modelo operativo.....	95
6.8 Administración.....	96
6.9 Previsión de la evaluación.....	97

## MATERIALES DE REFERENCIA

1. Materiales de Referencia.....	98
2. Anexos.....	104

## ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

### INDICE DE CUADROS

Tabla 1. Operalización variable: Dimensión Sociodemográfica.....	39
Tabla 2. Dimensión: Atención médica y percepción del proceso de la atención prenatal .....	41
Tabla 3. Dimensión Conocimientos e importancia del manejo de la norma de atención prenatal por los profesionales de la salud.....	43
Tabla 4. Dimensión: Registro de datos de los estándares de calidad en las historias clínicas.....	49
Tabla 5. Técnicas e instrumentos.....	55
Tabla 6. Grupo de edad de las pacientes gestantes del Centro de Salud de tipo C de Lasso, enero-marzo 2016.....	60
Tabla 7. Nivel de instrucción de las pacientes gestantes del Centro de Salud de tipo C de Lasso, enero-marzo 2016.....	61
Tabla 8. Ocupación de las pacientes gestantes del Centro de Salud de tipo C de Lasso, enero-marzo 2016.....	62
Tabla 9. Percepción del trato médico de la paciente gestante en relación a la edad en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	64
Tabla 10. Percepción del trato médico de las pacientes gestantes en relación al nivel de instrucción en el Centro de	



Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	65
Tabla 11. Percepción del trato médico de la paciente gestante en relación la ocupación en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	66
Tabla 12. Percepción sobre la comunicación médico-paciente con relación a edad de las pacientes gestantes en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	68
Tabla 13. Percepción sobre la comunicación médico-paciente con relación a la escolaridad de las pacientes gestantes en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	69
Tabla 14. Percepción sobre la comunicación médico-paciente con relación a la ocupación de las pacientes gestantes en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	71
Tabla 15. Percepción de las pacientes gestantes sobre el examen físico que realizan los profesionales de la salud en relación a la edad en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	73
Tabla 16. Percepción de las pacientes gestante sobre el examen físico que realizan los médicos en relación al nivel de instrucción en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	75
Tabla 17. Percepción sobre el examen físico que le realiza el médico a la paciente gestante en relación a su situación laboral en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	76

Tabla 18. Importancia que le otorgan los profesionales de la salud al registro de los estándares del control prenatal en las historias clínicas en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	77
Tabla 19. Registro de datos en las historias clínicas relacionados con los estándares de calidad del proceso control prenatal del Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	80
Tabla 20. Opinión del personal de salud en relación al tiempo de consulta del proceso atención prenatal en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	82
Tabla 21. Conocimiento del personal de salud en relación a la existencia del Manual de Estándares de indicadores e instrumentos en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.....	83

INDICE DE GRAFICOS

Pag.

Grafico 1. Categorías fundamentales.....	37
Gráfico 2. Percepción del trato médico por la paciente gestante del Centro de Salud de tipo C de Lasso, enero-marzo 2016.....	63
Gráfico 3. Percepción de las pacientes gestantes sobre la comunicación médico-paciente.....	67
Gráfico 4. Percepción de las pacientes gestantes sobre el examen físico que realizan los profesionales de la salud.....	72

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecer a Dios en primer lugar por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque ha hecho realidad este y muchos sueños anhelados.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO por darme la oportunidad de continuar mis estudios y obtener mi especialidad, en especial a la Dra. Aidita Aguilar, coordinadora de este posgrado.

A mi director de tesis, Dr. Otoniel Fajardo Rodríguez, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia y su paciencia ha logrado en mí que pueda terminar mi trabajo de tesis de la manera más satisfactoria.

También me gustaría agradecer a mis profesores porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

A mi familia, mis padres por haberme dado la educación académica, y enseñarme a superarme profesionalmente, a mi esposo Diego por ser el pilar fundamental de mi familia y por apoyarme en cada decisión que tomo, y por estar a mi lado en cada momento hoy, mañana y siempre, a mis hijas Heather y Sophie mis inspiraciones y luz para seguir adelante.

## DEDICATORIA

A Dios, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar con este logro.

A mi esposo, Diego Cadena, quien me brindó su estímulo y su apoyo constante. Su cariño, comprensión y su paciente espera para que pudiera superarme profesionalmente son evidencia de su gran amor. ¡Gracias!

A mi hija Heathercita quien me prestó el tiempo que le pertenecía para culminar con este sueño, gracias princesa por cada palabra de apoyo, por cada momento en familia sacrificado para ser invertido en el desarrollo de esta especialidad, gracias por entender que el éxito demanda algunos sacrificios.

A mi hija Sophie quien llegó en medio de este camino para darle mayor alegría en mi vida, a ti que te esperé con ansias, gracias por hacerme más fuerte y alcanzar esta meta. Mi triunfo es el de ustedes, esta es la forma de decirles ¡cuánto los amo!.

A mis padres y suegros quienes cuidaron de mis hijas mientras realizaba mis estudios, sin ustedes no hubiese podido hacer realidad este sueño.

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo: mi hermana Priscila, mi cuñado Rafael y mis compañeros y amigos: Anita, William, Carmina, Paty y Silvia.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS  
ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL PROCESO CONTROL PRENATAL EN  
EL CENTRO DE SALUD DE LASSO.”

**AUTORA:** Medico Rita Paulina Guanochanga Collaguazo

**DIRECTOR:** Doctor Otoniel Fajardo Rodríguez, Especialista.

**FECHA:** 8 de agosto del 2016

**RESUMEN EJECUTIVO**

Con el objetivo de determinar los factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal en el Centro de Salud tipo C de Lasso en el periodo enero-marzo 2016, se procedió a realizar un estudio cualitativo-cuantitativo, de campo, observacional, documental, descriptivo-correlacional. El universo estuvo constituido por la totalidad de médicos y obstetras y el total de gestantes con 5 controles prenatales o más, se aplicó encuestas a profesionales y gestantes, y se realizó revisión documental de las historias clínicas, los datos fueron ingresados en una base de datos de Excel y procesados en el programa SPSS, aplicándose el estadístico Chi cuadrado con un nivel de significación de  $p < 0.05$ . El 26% de las embarazadas son adolescentes, el 42,9% tienen bachiller cumplido y el analfabetismo no superó el 2,4% y la mitad de ellas son amas de casa. El 30% percibieron un trato regular y malo, encontrándose significación estadística entre el trato con el nivel de

instrucción. El 50% de los profesionales no consideraron importante el registro de los estándares, y el mismo porcentaje no los registró completamente en las historias clínicas. El 86,6% consideraron insuficiente el tiempo de consulta y el 66,7% desconocen la existencia del Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal. Se llegó a la conclusión que hay una alta incidencia de embarazo en adolescentes, el nivel de escolaridad es alto, un tercio de las pacientes refieren un trato entre malo y regular, la mitad de los profesionales consideran no importante y por ello no registran los estándares del proceso control prenatal. Tres cuartas partes de los profesionales consideran insuficiente el tiempo de consulta y desconocen la existencia del manual de estándares.

Descriptores: control prenatal, estándares del control prenatal, trato médico.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**THEME:**

“THE FACTORS THAT INFLUENCE THE COMPLIANCE WITH THE  
QUALITY STANDARDS OF THE PROCESS PRENATAL CARE AT THE  
HEALTH CENTER TYPE C OF LASSO IN THE PERIOD JANUARY-  
MARCH 2016”

**AUTHOR:** Medico Rita Paulina Guanochanga Collaguazo

**DIRECTED BY:** Doctor Otoniel Fajardo Rodríguez, Especialista

**DATE:** 8 de agosto del 2016

**Executive Summary**

With the objective of determining the factors that influence the compliance with the quality standards of the process prenatal care at the Health Center Type C of Lasso in the period January-March 2016, proceeded to perform a qualitative-quantitative study, field, observational, documentary, descriptive-correlational study. The universe was constituted by the whole of doctors and midwives and the total number of pregnant women with 5 or more prenatal controls, were surveyed to professionals and pregnant women, and was conducted documentary review of the clinical histories, the data were entered into an Excel database and processed in the program SPSS statistical, applying the Chi square test with a significance level of  $p < 0.05$ . The 26 per cent of pregnant women are adolescents, 42.9% have bachelor fulfilled and illiteracy did not exceed 2.4 per cent and half of them are housewives. The 30% perceived an regular and bad treatment, while statistical significance between the treatment with the level of instruction.



The 50 per cent of the professionals are not considered important to the registration of the standards, and the same percentage not the recorded completely in the medical histories. The 86.6% considered insufficient time for consultation and 66.7% are unaware of the existence of the Manual of Standards indicators and instruments for measuring the quality of Maternal and Neonatal. It was concluded that there is a high incidence of teenage pregnancy, the level of schooling is high, one third of the patients reported a treatment between bad and regulate, half of the professionals consider not important and therefore do not record the prenatal control process standards. Three quarters of the professionals consider insufficient time for consultation and are unaware of the existence of the manual of standards.

Keywords: prenatal control, standards of prenatal care, medical treatment

## INTRODUCCIÓN

El control prenatal se define como el proceso que está conformado por un conjunto de actividades y procedimientos que los profesionales de la salud ofrece a la paciente en estado de gestación con el objetivo de identificar factores de riesgo en la embarazada y enfermedades que pueden dar complicaciones tanto en el embarazo como a la salud del recién nacido.

Los componentes que abarcan el control prenatal son: prevención, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

La historia clínica prenatal que oficialmente se utiliza en el Ministerio de Salud Pública (MSP) es el modelo propuesto por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) que detalla los aspectos que debemos registrar del interrogatorio, el examen físico y la conducta en cada control prenatal.

El MSP diseñó el Manual de Estándares e Indicaciones para medir la Calidad de la atención Materno-Neonatal. Este instrumento les permite a los administrativos auditar las historias clínicas para evaluar el accionar médico en relación a la atención que se le brinda a las embarazadas.

A pesar del monitoreo en las unidades de salud para saber el funcionamiento del accionar médico, existen evidencias de la falta de cumplimiento de los estándares en el proceso control prenatal.

El control prenatal es uno de los elementos más importantes para contribuir a la reducción de mortalidad materna. Así se hace necesario abordar un buen concepto de control prenatal y de esta forma hacer una prioridad

dentro de los servicios y ofrecer un buen servicio a las pacientes gestantes en los centro de salud.

En este marco, nos proponemos diseñar una evaluación de la calidad del llenado de hojas del Control Prenatal mediante análisis minuciosos, ya que esta hoja nos ayuda a la detección de enfermedades maternas subclínicas, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento de las complicaciones maternas, y la vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.

## **CAPITULO 1. EL PROBLEMA**

### **1.5 Tema**

Factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal en el Centro de Salud de Lasso.

### **1.6 Planteamiento del problema**

#### **1.6.1 Contextualización**

De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial hay alrededor de 650.000 muertes maternas lo que representa que cada minuto se presente una defunción materna, dándose en mayor porcentaje en los países subdesarrollados [1,2].

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es un plan acordado por todos los países del mundo, que fue propuesto por las Naciones Unidas en el año 2000. Dicho plan abarcaba 8 temas referentes a pobreza, educación, igualdad entre sexos, mortalidad infantil, mortalidad materna, propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA), sostenibilidad ambiental y alianza para el desarrollo. De manera específica, en ODM el objetivo número 5 busca “Mejorar la Salud Materna”, dentro de éste se presentan dos metas: la primera; la reducción de la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes en el período comprendido entre 1990 y 2015, mientras que la segunda, plantea alcanzar el acceso universal a la salud reproductiva[1].

Según la OPS, la morbi-mortalidad materna muestra la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Se ejemplifica en dicho informe correspondiente a mayo del 2014, que en los países en desarrollo, la razón de mortalidad materna es de 230 por 100.000 nacidos vivos, cifra que al contrastarla con la de 16 por cada 100.000 de los países desarrollados es sumamente [3].

De la misma manera, la OMS refiere que la implicación de que la media de embarazos por mujer sea mayor en países pobres o en vías de desarrollado por tanto; existe mayor riesgo de muerte por asuntos relacionados al embarazo. Entre las causas de morbilidad y mortalidad materna se señala a las hemorragias graves, las infecciones y trastornos hipertensivos.

En América Latina, la OMS refiere que la mortalidad materna se redujo en promedio un 40% entre 1990 y 2013. En mayo de 2014 la OMS formaliza un nuevo informe de las Naciones Unidas donde muestra que once países de América Latina y el Caribe han logrado avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990. Sin embargo, ningún país de la región está en condiciones de alcanzar los ODM de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015 [3,4].

Los once países de la región que más avanzaron son Perú (-64%), Bolivia (-61%), Honduras (-61%), República Dominicana (-57%), Barbados (-56%), Guatemala (-49%), Ecuador (-44%), Brasil (-43%), Haití (-43%), El Salvador (-39%) y Nicaragua (-38%). Varios de estos países presentaban las razones de mortalidad más altas de la región en 1990 [5].

A pesar de este progreso, en 2013 alrededor de 9.300 mujeres perdieron su vida en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo (7.700 menos que las 17.000 de 1990).

El informe titulado Estimaciones de las tendencias de la mortalidad materna, 1990 a 2013, presenta estimaciones de cambios en la mortalidad materna en el mundo, a nivel regional y por país. En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna se redujo un 40% entre 1990 y 2013, poco menos que el promedio mundial (45%) y por debajo de la meta del 75% fijada por los ODM. Sin embargo, la razón de mortalidad materna en la región fue de 85 muertes por cada 100.000 nacidos vivos lo que se considera baja entre las regiones en desarrollo.

Cinco países de las Américas pasaron a la categoría de “baja” mortalidad materna (menos de 100 muertes por 100.000) entre 1990 y 2013: Perú (250 a 89), Ecuador (de 160 a 87), Brasil (de 120 a 69), Barbados (de 120 a 52) y El Salvador (110 a 69) [5,6,7].

El Ecuador está comprometido en cumplir ODM, para lo cual ha implementado varias estrategias dentro de la Constitución de la República, el Plan Nacional del Buen Vivir y el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, cuya principal meta se basa en mejorar la calidad de atención materna y por tanto disminuir los índices de morbi-mortalidad materna, mediante la aplicación de normas y protocolos.

Se han creado diversas estrategias en los últimos años, sin embargo la mortalidad materna es aún alta y por tanto un problema para el sector salud, a pesar de las diversas acciones emprendidas en estos últimos años, la morbi-mortalidad materna sigue siendo alta y por ende un problema para el sector de la salud y la comunidad. El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) refiere que el 2007 ocurrieron 176 defunciones maternas, y sus principales causas son hemorragias uterinas, sepsis, abortos y trastornos hipertensivos [6].

En el 2011, la razón de mortalidad materna era de 140 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos donde las primeras causas presentadas fueron hemorragias luego del parto y trastornos hipertensivos durante el periodo de gestación [6].

En el período de análisis 2008-2014 se toma a partir de dos hechos: en primer lugar, desde el 2008 se concibe a la salud como un derecho en la Constitución de la República del Ecuador. En el artículo 32 tipifica a la salud de tal forma por considerarla fundamental para sustentar el Buen Vivir. Por tanto, este derecho debe ser garantizado por el Estado como cualquier otro derecho tal como lo estipula el artículo mencionado añadiendo que esto debe darse con enfoque de género y generacional. De igual forma, en el artículo 35 de la Constitución en el 2008, las mujeres embarazadas son parte del grupo de personas de atención prioritaria recibiendo atención primordial y especializada [8].

Además, en el artículo 43 de ésta, se menciona al Estado como la entidad que garantice los derechos de las mujeres en período de gestación y lactancia, dentro de lo que se recalca temas como la protección priorizada a las gestantes, la gratuidad de los servicios de salud y la atención prenatal integral durante el embarazo, el parto y el posparto [6].

En segundo lugar, en septiembre de 2008, el MSP implementó el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal.

Uno de estos modelos (proyecto Construyendo una Maternidad Saludable) fue ejecutado desde julio 2010 a julio 2011, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud Pública (MSP) y asesoría técnica de las Direcciones Provinciales de Salud con la finalidad de contribuir al Plan Nacional de Respuesta Acelerada de Mortalidad Materna y Neonatal el mismo mostró la necesidad

de fortalecer la capacidad institucional y comunitaria en la calidad de la atención [6].

El MSP, tomando en cuenta los Objetivos del Desarrollo del Milenio, el Plan Nacional del Buen Vivir del Ecuador (PNBV) y su Plan Estratégico, implementa desde el año 2010 el Programa de Salud Materna y Neonatal, modelos innovadores, sostenibles y validados que contribuye a la disminución de la mortalidad materna y neonatal mediante el fortalecimiento de los servicios de salud con enfoque intercultural y el empoderamiento ciudadano, comunitario y social con equidad de género [6,8].

En el marco del PNBV 2009-2013, se planteó para el año 2013 disminuir en un 35% la morbilidad y mortalidad materna, reducir en 25% el embarazo en adolescentes y aumentar a un 70% la cobertura de parto institucional público, mediante la implementación del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, y del Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes [6].

Adicionalmente, el PNBV 2013-2017 establece como una de sus metas reducir para el 2017, la razón de mortalidad materna 50 por cada 100.000 nacidos vivos. Por otro lado, estipula dentro del objetivo 3 mejorar la calidad de vida de la población, y dentro de la sección de políticas y lineamientos 3.1 busca *“promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social”*. El literal G plantea *“Desarrollar e implementar programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal con enfoque integrado e intercultural.”* [6,9].

En el 2014, los resultados de los Objetivos del Milenio el Ecuador no logró alcanzar las metas concernientes a la reducción de la tasa de la mortalidad



materna por tanto constituye un reto a la mejora de tal indicador. De hecho, según el PNBV 2013-2017 publicado por la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) en el año 2013, se señala que no se ha logrado impactar en el indicador de la tasa de mortalidad materna. El indicador se ha presentado con 69.7 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el período comprendido entre 2001 y 2010 [6].

Por tanto, ambos hechos muestran la necesidad de crear lineamientos de políticas públicas que generen mejores resultados.

Según el MSP en Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, la muerte materna tiene grandes consecuencias, dentro de las que se consideran la reducción de la supervivencia de los recién nacidos, la disminución del desempeño escolar de los niños huérfanos y la pérdida de ingresos y productividad económica familiar.

Para lograr estas metas, se plantean como estrategias el funcionamiento de una red de cuidados obstétricos y neonatales, el mejoramiento continuo de la calidad y la participación activa de la comunidad.

En la provincia de Cotopaxi la razón de mortalidad materna se superpone a la tasa nacional (139.7 x 100 mil nacidos vivos) esto puede deberse a las variaciones económicas y sociales, falta de recursos en salud y deficiencia en la calidad de atención de salud [6].

EL Centro de Salud Tipo C de Lasso es un establecimiento donde se realiza de atención ambulatoria mediante acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general y de especialidades básicas (obstetricia y pediatría), odontología, psicología, enfermería, maternidad de corta estancia y emergencia; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en

laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría, farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social.

En el Centro de Salud de Lasso se realiza la evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal, pero no se ha realizado su respectivo análisis para conocer los factores que influyen en el cumplimiento de los mismos, factores que pueden ser corregidos y evitarlos, para disminuir las complicaciones maternas futuras.

Todo esto nos lleva a una reflexión sobre la salud materna y sus necesidades. Con todo lo anterior expuesto es pertinente elaborar una propuesta de gestión en base a la educación a los profesionales de la salud sobre la importancia de la atención prenatal, su evaluación y el análisis de las mismas, para encontrar las falencias y poderla cambiar.

### **1.6.2 Análisis crítico**

A pesar de existir la evaluación del proceso atención prenatal, no se ha realizado la difusión ni análisis del mismo en los Centros de Salud, mismos que no conocen sus carencias, hecho que hace persistir el mal llenado de las historias clínicas de las pacientes gestantes. En su mayor parte el desconocimiento de la norma, factores sociodemográficos y/o el poco tiempo de consulta son factores que pueden estar influyendo en el cumplimiento de los estándares de calidad en el proceso control prenatal.

### **1.6.3 Prognosis**

El hecho de determinar los factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal en el Centro de Salud de Lasso, nos permitirá conocer las falencias en el comportamiento de los

mismos, y crear una propuesta dentro de la unidad de salud de gestión en base a una capacitación continua, con responsabilidad de los profesionales de la salud y la colaboración de la comunidad.

#### **1.6.4 Formulación del problema**

¿Qué factores influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad de acuerdo al proceso del control prenatal en el Centro de Salud tipo C de Lasso?

#### **1.6.5 Interrogantes**

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que influyen en la calidad del proceso control prenatal?
- ¿Qué percepción tienen las pacientes gestantes del proceso del control prenatal realizado por el personal de salud?
- ¿Qué importancia le confiere el personal de salud al adecuado registro de datos en las historias en el proceso de atención prenatal?
- ¿Cuáles estándares de calidad según el proceso control prenatal no se registran en las historias clínicas?
- ¿Qué diferencias existen entre el personal de salud, en relación al registro de los estándares de calidad del proceso control prenatal?
- ¿Es suficiente el tiempo que concede el MSP para la atención prenatal?

#### **1.6.6 Delimitación del Objeto de investigación**

Esta investigación se efectuó en el Centro de salud tipo C de Lasso, perteneciente a la provincia de Cotopaxi, Cantón Latacunga, Parroquia Tanicuchí, Sector Lasso.

Campo: Administración y gestión en salud

Área: Salud materna

Aspecto: Calidad de la atención materna

Delimitación temporo - espacial: Centro de salud tipo C de Lasso, enero-marzo 2016.

Línea de investigación:

- Epidemiología y Salud Pública.
- Salud materna e infantil

### **1.7 Justificación**

Los factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad de acuerdo al proceso del control prenatal en el Centro de Salud tipo C de Lasso radican en que éste es un tema de interés tanto Constitucional como de salud pública puesto que la salud materna es un derecho de las mujeres como garantista del mismo.

Este estudio se presenta partiendo de que si bien se realizan evaluaciones de que el Ecuador no logró alcanzar para el 2015, lo propuesto en el Objetivo de Desarrollo del Milenio concerniente a mejorar la calidad de atención materna. Así también es importante dentro de esta unidad de salud conocer cuáles son los factores, ya que los resultados obtenidos podrán servir para hacer correcciones en la atención prenatal.

Se debe considerar que la morbilidad y mortalidad materna es una problemática en la cual influyen varios factores, entre uno de ellos tenemos

deficiencias dentro del control prenatal, mostrando ahí su valor, especialmente en la atención materna a nivel primario de salud, la OMS indica que la morbi-mortalidad materna se reducen en relación directa a la precocidad de la primera visita, a un número suficiente de controles durante el embarazo y al hecho de recibir durante el control prenatal una atención adecuada, procesos que corresponden íntegramente a la Atención primaria en Salud.

Con esta investigación se beneficiarán tanto las autoridades de salud, como las mujeres en edad fértil que son atendidas en el Centro de salud tipo C Lasso.

Los resultados de esta investigación serán la base para la creación de propuestas concretas que permitan elevar la calidad de la atención a embarazadas.

## **1.8 Objetivos**

### **1.8.1 General**

Determinar los factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal en el Centro de Salud tipo C de Lasso en el periodo enero-marzo 2016.

### **1.8.2 Específicos**

1. Conocer los factores sociodemográficos que influyen en la calidad del proceso control prenatal.
2. Identificar la percepción que tienen las pacientes gestantes con el proceso control prenatal realizado por el personal de salud.

3. Determinar la importancia que le confiere el personal de salud al adecuado registro de datos en el proceso atención prenatal por los profesionales de la salud.
4. Identificar el cumplimiento del adecuado registro de datos en las historias clínicas relacionados con los estándares de calidad del proceso control prenatal.
5. Determinar las diferencias que existen entre el personal de salud, en relación al registro de los estándares de calidad del proceso control prenatal.
6. Determinar la opinión del personal de salud en relación al tiempo de consulta de atención prenatal.

## **CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes investigativos**

#### **Antecedentes investigativos**

En las últimas décadas las naciones han tenido importantes transformaciones en la ejecución de sus sistemas de salud, incluyendo a la atención materna, como prioritaria en la calidad de atención y prestación de los servicios de salud, garantizando seguridad a las usuarias gestantes y minimizando sus riesgos. La calidad como un sistema de mejoramiento continuo y medible en varias áreas de organización, participan activamente con el objetivo de satisfacer las necesidades del usuario, obteniendo mayor productividad. Para llevar a cabo el proceso de atención, se debe incluir tres componentes: atención técnica, relación interpersonal y medio ambiente [15].

La calidad de atención es el grado mediante el cual los servicios de salud incrementan la probabilidad de obtener los objetivos deseados y este es sustentado con el conocimiento profesional actual. Es poco probable que un solo concepto de calidad se pueda aplicar en la salud, ya que éste no es aplicable en todas las situaciones, ya que siempre lleva implícito dos puntos importantes: el primero se refiere a la excelencia técnica, esto quiere decir la toma de decisiones adecuadas y oportunas, mediante la habilidad en la destreza de realizar el manejo de algunas técnicas y el segundo punto se refiere a las adecuadas interacciones entre las personas involucradas en dar y obtener salud que se caracteriza por la comunicación médico paciente, empatía y confianza [18].

El MSP cataloga a la atención materno infantil como prioridad dentro de la atenciones de salud, por lo que dirige sus programas de promoción y prevención de salud a los mismos, mediante su estrategia llamado Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, cuyo fin es garantizar la salud de la mujer en edad fértil, la mujer gestante y el recién nacido, iniciando con los controles prenatales tempranos y oportunos para de esta manera disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, valorando el riesgo obstétrico en las gestantes, detectando y tratando patologías que pueden complicar la gestación, y previniendo patologías obstétricas.

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) propone que como una medida que proporciona la supervisión del cumplimiento de las normas y su evaluación se debe utilizar la Historia Clínica Perinatal y el Carné Perinatal, y cumplir todos los pasos que son indispensables para el correcto cumplimiento del proceso normativo, a pesar de tener este aplicativo, se necesita una clara aplicación e interpretación de estas para la toma de decisiones [6].

La Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud (PAIS) y la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (UEMGYAI), en el 2001, con apoyo del CLAP, realizaron una investigación (intervención y control) en 8 hospitales de 4 provincias, para mostrar que la aplicación del “Modelo de Gestión para la Calidad” en dichos hospitales mejora la calidad mediante estándares clínicos, resolviendo problemas para alcanzar su cumplimiento. El resultado de esta investigación sirvió para capacitar a facilitadores que lleven la institucionalización del mejoramiento de la calidad en las provincias respectivas, mismo que se extiende a otras zonas del país en el periodo 2003. En el periodo 2004, el MSP decide realizar la institucionalización del Mejoramiento Continuo de la



Calidad en todos los servicios de atención de la salud materna y a la niñez en todo el país [8].

Para realizar un evaluación, análisis y capacitación, en el periodo 2005, se conforma el equipo conductor del mejoramiento de la calidad y de los cuidados obstétricos en el MSP, mismo que se integró por el personal de Normatización del Sistema Nacional de Salud de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, en más de 13 provincias, realizando la medición de calidad y aplicando técnicas dentro del mejoramiento continuo.

Por el 2006 se realiza una investigación operativa para medir el efecto de la adecuación cultural sobre la atención obstétrica en ocho hospitales cantonales del país (Alausí, Chillones, Saquisilí, Pangua, San Miguel, Chunchi, Cañar y Pujilí) de 4 provincias (Cotopaxi, Bolívar, Chimborazo y Cañar), que tienen alta población indígena y en donde la mortalidad materna y el parto domiciliario son significativos [6].

Por el 2007 el MSP realiza el Proyecto colaborativo para el mejoramiento del manejo de la complicación obstétrica en cinco hospitales provinciales (Esmeraldas, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y El Oro) y la maternidad de Santa Rosa en El Oro. En dichos hospitales se formaron equipos de mejora continua que trabajaron en el cumplimiento de la norma del MSP. Esta ejecución del programa logró una disminución importante del número de casos de muerte materna intrahospitalario de causas obstétricas [15].

## **Marco Teórico**

### **Calidad**

Definimos calidad, tomando el concepto de Sámano, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados [10].

Este mejor conocimiento sanitario existente en cada momento debe plasmarse en normas, que luego deberán ser adaptadas a las realidades y circunstancias locales.

También se puede conceptual como el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales. [11,12].

Este concepto de calidad exige la definición previa de las características del modelo de atención o servicio prestado (normas), en función de poder determinar el grado de aproximación al ideal u óptimo que, a su vez, definirá el grado de calidad alcanzado [13].

Definimos las normas como pautas de actuación, reglas a las que se deben ajustar las acciones.

Sámano, con agudeza, remarca el sentido real de la formulación y adopción de normas a través de la suma de consensos, ya que la tesitura de pretender establecerlas suele ser considerada algo presuntuosa y torna difícilmente aceptables sus prescripciones [12].

Esta tarea de normatizar la atención médica consiste sencillamente en llegar a un acuerdo acerca de la conducta y eficacia que se espera encontrar en el cuerpo médico institucional.

Las normas que se elaboran deben ser:

- Posibles.
- Claras.
- Formuladas por escrito, en forma breve y sencilla.
- Accesibles.
- Difundidas al cuerpo profesional.
- Elaboradas a nivel local, pautando las situaciones comunes.
- Consensuadas.
- Flexibles, sujetas a un dinámico proceso de revisión que permita su actualización.

Duarte propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" [14].

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo

se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite" [15].

### **Componentes de la calidad asistencial**

Según Secklen, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales marcan la relación con los individuos en general, estas normas están reformadas en gran parte por códigos éticos de los profesionales de la salud y las aspiraciones individuales

Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más comfortable[13].

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye:

- Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- Eficiencia: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- Accesibilidad: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.

Uno de los debates más interesantes en este ámbito es la discusión sobre si los costes deben formar parte de la definición de calidad.

### **Calidad de la atención materna**

La calidad de atención de la salud es el resultado de una definición adecuada de los contenidos de atención, es decir normas y estándares actualizados y basados en evidencia científica y de la ejecución adecuada de los procesos de la atención de los usuarios según estas normas.

La definición de la calidad se puede medir mediante el establecimiento de estándares de calidad, que pueden ser estándares a diferentes niveles ya sean clínicos, administrativos y de satisfacción [11].

### **Niveles de atención**

El MSP como autoridad y con el fin de articular la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria, equipara el tipo del servicio de salud por niveles de atención, que rige para todo el sistema nacional de salud, permitiendo organizar la oferta de servicios y poder garantizar la capacidad resolutoria y la continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades de los problemas de salud requeridos [15].

El nivel de atención es el conjunto de normas legales y jurídicas, que establece niveles de complejidad para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades de salud, la organización se realiza de acuerdo a los tipos de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud [15].

### **I Nivel de Atención**

El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema nacional de salud, este nivel debe resolver el 80% de los problemas de salud de la población. En este nivel se realizará el proceso del sistema de referencia y contrarreferencia que garantiza el acceso a los siguientes niveles de atención [15].

Es centro de salud más cercano de la población, este facilita y coordina la atención de los pacientes dentro del sistema de salud. Este nivel es ambulatorio y soluciona problemas de salud de corta estancia y es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. Este nivel tiene contacto directo con la comunidad y debe resguardar a toda la población, debe resolver las necesidades básicas y frecuentes de la comunidad. Se proporcionará la atención integral de la familia, individuo y comunidad,

siendo su plus en la promoción y prevención. Se realizará actividades intramural y extramurales [8].

## **II Nivel de Atención**

Este nivel comprende acciones y atención ambulatoria especializada, además atenciones que necesiten de hospitalización. El II nivel de atención da continuidad a la atención de salud que se inició en el primer nivel, de casos no resueltos y atención especializada mediante tecnología sanitaria de mayor complejidad. El ingreso al II nivel se hace mediante la referencia enviada del primer nivel, a excepción de caso de emergencias médicas. Tanto en el I y el II nivel de atención se realizan actividades de prevención, curación y rehabilitación, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, [15].

## **III Nivel de Atención**

Son los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad, son los centros hospitalarios de referencia, y resuelve problemas de salud de alta complejidad, con tecnología de punta, cirugías, trasplantes, cuidados intensivos y cuenta con subespecialidad [15,16].

## **IV Nivel de Atención**

El IV nivel de atención es el nivel donde se encuentra la experimentación clínica, registro o de procedimientos, cuya evidencia aún no es suficiente para poder probarlos en una población, pero que han expuestos buenos resultados por estudios de menor complejidad [15].

## **Atención primaria de salud**

La Atención Primaria de Salud (APS), según la definición dada en la 'Declaración de Alma-Ata', aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud 1978, convocada por la Organización Mundial de la Salud es la siguiente *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”* [8].

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. La Atención Primaria, a la luz de la Carta de Alma Ata (1978) y de las más recientes declaraciones para el desarrollo de la APS, incorpora la Promoción de la Salud como un eje central en su quehacer y como una invitación al trabajo intersectorial.

La reorientación de los servicios de salud se torna cada vez más necesaria, asegurando el promover estilos de vida y ambientes saludables mediante los cuales se potencie una mejor salud y el bienestar (elemento ya señalado en la Carta de Ottawa, en 1986). Su objetivo Central es Mejorar la salud de la comunidad, centrándose en la salud de las personas en el contexto de otros determinantes.

La Atención Primaria en Salud, hace énfasis en la Promoción de la Salud, la prevención de la enfermedad, considera imprescindible la atención integral del individuo, el contexto donde se desenvuelve y la participación activa de la comunidad.



## **Atención integral de salud**

El modelo de atención de salud es la forma y los contenidos de la atención en salud que una sociedad dada utiliza para la entrega de la atención, incluyendo valores, políticas, el uso, la interacción, respuesta a las necesidades, expectativas y demandas de salud de las personas. Determina el marco técnico conceptual de la reforma, para transformar la realidad de la salud pública para el país.

Reconocer necesidades de salud, priorizar problemas específicos, universalidad al acceso, mayor cobertura en promoción, prevención, atención; accesibilidad, mayor disponibilidad y suficiencia de recursos, considera los diversos determinantes del proceso salud – enfermedad, en los ámbitos biológico, económico, ecológico, psicosocial, desde lo individual, familiar y colectivo. Toma en cuenta el ciclo de vida, es una atención continua, incluye actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación [17].

## **Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal en el Ecuador**

Según Chang Campos, Ministra de Salud Pública del Ecuador en el año 2008, el Plan Nacional de Desarrollo, asume la responsabilidad de cambiar y mejorar la calidad y esperanza de vida de la población, reducir la muerte materna en un 30% y la mortalidad neonatal en un 35%, con varios acuerdos y metas regionales [15].

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en las últimas décadas ha ido adquiriendo conocimientos de los determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal con personal sanitario que se ha enfocado en la aplicación de estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las

emergencias maternas y neonatales. En la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se ha asignado nuevos mecanismos y gestión local de recursos financieros, importantes procesos de participación y control ciudadano que permiten asegurar que existe el conocimiento estratégico y la veracidad política para cambiar tajantemente esta inequidad e injusticia social. [8].

Las Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal donde además está incluida la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado y Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal en el Ecuador, elaborados dentro del marco del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, son producto del trabajo participativo dentro y fuera de las instituciones y de decenas de profesionales de la salud que han aportado con mucha experiencia, sensibilidad, profesionalismo, entusiasmo y profunda ética [16].

### **Definición operativa de la calidad de la atención materno infantil**

La definición de calidad de atención se norma por estándares de calidad, que pueden ser clínicos, administrativos y de satisfacción. [18].

El MSP define la calidad de la atención de la salud materno-neonatal, mediante varios estándares básicos, que tomó como guía al documento “Norma Materno Neonatal” del MSP del 2008.

### **Subsistema de monitoreo y el reporte de los indicadores de calidad en la atención materno neonatal**

El análisis cuantitativo de la calidad se mide con el cumplimiento de los estándares. El monitoreo del cumplimiento es una parte muy importante, ya

que garantiza la calidad de atención y funcione eficientemente, para lo cual se debe tomar en cuenta lo siguiente:

Definir estándares e indicadores de calidad.

- Recolección periódica de información necesaria para construir indicadores por parte de los equipos de mejora continua en las unidades de salud.
- Análisis, flujo y reporte de la información que se obtiene a partir de los indicadores, ésta debe asegurar la presentación, el análisis, la retroalimentación de los resultados en las instancias adecuadas desde y hacia los centros de salud, hospitales, dirección provincial, nivel central y la difusión para formar estrategias [15].

### **Equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC)**

Conformación de los equipos:

Los coordinadores del área de salud deberán conformar equipos de mejoramiento de la calidad, de acuerdo a cada centro de salud y a sus necesidades de servicios y procesos de atención, según las deficiencias encontradas. Para la formación de los equipos de mejoramiento continuo (EMCC), hay que considerar que se lo haga con profesionales multidisciplinario y que tengan relación con el trabajo del proceso o servicio deficiente. El equipo técnico conductor del área, debe asignar una persona por cada EMCC que se haya creado, los miembros del Equipo técnico conductor son también miembros de los EMCC [15].

Funciones y Responsabilidades:

- Recolectar los datos necesarios para la construcción de indicadores de calidad (autoevaluación de historias clínicas, listas de chequeo insumos y equipos), realizar encuestas de satisfacción a usuarias donde se recomienda que se coordine con profesionales ajeno a la institución.
- Realizar reuniones semanales y/o mensuales, para analizar la información, identificar deficiencias en los procesos de atención y ejecutar actividades de mejora llamadas ciclos rápidos.
- Despachar la información del área de salud; realizar el reporte mensual de indicadores.
- Analizar la metodología de mejoramiento aplicada, proponer al nivel provincial los ajustes metodológicos oportunos.
- Socializar al personal dentro del área sobre la calidad de la atención y de las actividades de mejoramiento [15].

### **Atención prenatal**

Los controles prenatales generalmente son consultas médicas que explican a la madre todos los cambios fisiológicos que van a sufrir durante su embarazo. Además de instruir las sobre la importancia de llevar un adecuado régimen de alimentación. Estas citas deben incluir talleres de entrenamiento que sirvan como preparación para el parto, así como apoyo psicológico, es allí donde hay falencias, porque debe haber un acompañamiento a la madre y más si es primípara, se siente vulnerable, es un estado nuevo y diferente, su cuerpo cambia. Las madres que no asisten a estos controles, por ende, están dejando de realizarse importantes exámenes que podrían dejar ver cómo está creciendo el bebé, qué complicaciones podría tener más adelante o si la gestante sufre de alguna enfermedad que podría poner en riesgo su vida y la del feto [15].

Aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan cada año en el Ecuador, pero no todas reciben una consulta prenatal integral como le corresponde según los derechos de la mujer. En los años 1999 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma de realizarse al menos cinco controles prenatales. Un control prenatal adecuado e integral y en forma temprana, disminuye el riesgo de muerte materna y perinatal, además propicia una adecuada atención del parto, y garantiza condiciones favorables de salud para la mama y su hijo posterior al parto.

El control prenatal óptimo según las normas, incluye un mínimo de cinco chequeos prenatales por un profesional de salud calificado ya sea médico u obstetrix, esto durante el embarazo de bajo riesgo. El primer control debe ser entre de las veinte semanas y los otros subsecuentes repartidos de la siguiente manera: entre las 22 y 27 semanas; 28 y 33 semanas; 34 y 37 semanas y entre las 38 y 40 semanas. Pero no el cumplimiento de una sola norma garantiza la calidad de atención ya que además se requiere que en cada visita el profesional de salud ofrece a la gestante varias actividades y procedimientos de salud con el fin de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso del embarazo y/o del recién nacido [15].

Según el Manual de Estándares de Calidad para que los controles prenatales cumplan con estos objetivos, en todas las gestantes se aplicara y se registrará en su historia clínica las actividades siguientes: antecedentes personales y obstétricos; talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; peso; tensión arterial; altura uterina; auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema de miembros inferiores; sangrado genital; actitud fetal que corresponde a la presentación, posición y situación fetal, aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica;

registro prescripción de hierro; registro prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado [15].

## **Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal**

### **Estándares básicos e indicadores de entrada para la atención materna**

Estándar: la Unidad Operativa contará con el 100 % de medicamentos, insumos y equipos esenciales para la atención materna

Indicador: El porcentaje de medicamentos esenciales, insumos, equipos, personal y financiamiento, en la Unidad Operativa para la atención materna y del/a recién nacido/a [15].

### **Estándar e indicador de proceso: control prenatal**

Estándar: en el control prenatal (en cualquier semana de gestación) se aplicará y registrará en la historia clínica lo siguiente:

- Antecedentes personales y obstétricos
- Semanas de amenorrea
- Determinación de la tensión arterial
- Auscultación de latidos cardiacos fetales (FCF) en embarazos > 20 semanas
- Sangrado genital (si aplica)
- Actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación.
- Evaluación del estado nutricional.

- Verificación, Indicación o registro de vacunación antitetánica según norma del MSP
- Prescripción de Hierro (tabletas Sulfato ferroso 50 mg)
- Prescripción de ácido fólico tabletas 1 mg (hasta las 12 semanas de gestación)
- Solicitud o resultados de exámenes prenatales: Grupo, facto Rh, VDRL, Hb- Hto, glucosa, VIH, EMO.
- Proteinuria en tirilla en embarazos > 20 semanas.

Indicador: Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal recibieron atención según la norma [15].

### **Historia clínica perinatal**

La Historia Clínica perinatal es una fuente de datos muy importantes y valiosos para los profesionales de salud que permite valorar y evaluar los resultados de la atención materna, y poder así identificar los problemas principales. El CLAP ha perfeccionado el SIP (Sistema informático perinatal), que incluye la historia perinatal, el carnet de salud perinatal y un componente informático que contiene programas de procesamiento de la información y su respectivo almacenamiento, en bases de datos para su análisis y procesamiento posterior [15].

En el Ecuador se realizan capacitación y motivación como punto clave para el llenado de la historias perinatales; se informa de manera clara y concisa la características de la población a la cual están asistiendo y formar de esta manera una base de datos confiables, información que es muy relevante para una toma de decisiones tempranas y oportunas, ayudando de esta forma al bienestar materno y perinatal. El llenado correcto de la historia

clínica perinatal HCP facilita que los datos sean analizados sistemáticamente en el momento oportuno [15].

## **Gestión**

Según la real academia española de la lengua gestión significa “hacer diligencias conducentes para el logro de un negocio o de un deseo cualquiera.”, así la palabra gestión se resume en varios procesos dentro de éstos tenemos: planificación, organización, disposición de recursos tanto humanos como materiales y ejecución. De esta manera gestión pasa a ser un sistema ya que incluyen elementos como actividades coordinadas, que incluyen política institucional, objetivos, organización, tratamiento del factor humano, satisfacción del usuario. El sistema de gestión de la calidad abarca todos los aspectos debido a que la calidad se presenta en los departamentos, procesos, organización y resultados [11,15].

Para realizar la gestión de la calidad se necesita desarrollar un sistema eficaz que permita el desarrollo constante de la organización. Todo sistema de gestión de la calidad consta básicamente de dos partes:

- La definición de los procesos, la responsabilidad y funciones del personal.
- Los recursos necesarios para la correcta realización de dichos procesos:
  - Físicos: estructuras, instalaciones, insumos, equipos, materiales, etc.
  - Humanos: personal de capacitación y motivación del personal.



Por tanto, la Gestión de la Calidad es un sistema que a través de la mejora de los procesos y el involucramiento de los empleados, busca la satisfacción de las necesidades [11].

Estrategia: La estrategia da respuesta a tres puntos básicos: qué, cómo y cuándo. Entonces hay que responder el punto qué: qué se pretende conseguir o la meta a alcanzar. En segundo lugar, dar respuesta al cómo: describiendo cuáles serán los medios y/o acciones que permitirán alcanzar la meta. Finalmente, el punto cuándo: en qué momento se llevarán a cabo las acciones y el período que se realizará lo antes planteado [18].

Planificación en salud: consiste en la evaluación razonada de varias circunstancias ya sean éstas geográficas, demográficas, económicas, jurídicas, políticas y epidemiológicas, con el objetivo de concretar las acciones sobre cantidad, calidad y tipo de recursos según la demanda de recursos y de la población o comunidad para la resolución de los problemas de salud en un periodo determinado.

Pasos de la planificación:

- a. Análisis situacional (diagnóstico del ámbito).
- b. Priorización y análisis de problemas.
- c. Objetivos viables.
- d. Programación de actividades.
- e. Estimación de recursos.
- f. Estrategias.
- g. Evaluación y reajuste [11].

## **2.2 Fundamentación filosófica**

Esta investigación permitirá conocer los factores asociados a la atención materna, facilitando la elaboración de una estrategia de seguimiento, para elevar el nivel de satisfacción y eficiencia en la atención prenatal.

## **2.3 Fundamentación legal**

La Constitución de la República del Ecuador declara en su artículo N° 42: 'El estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable, y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia [9].

El artículo 43 de la Carta Magna "Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención, lo serán para las personas que los necesite. Por ningún motivo se negará las atenciones de emergencias en los establecimientos tanto públicas o privadas. El estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social" [8].

La Ley de Maternidad Gratuita (reformada) en su artículo N° 1 dice: "Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores

de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado” [8].

El Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia menciona definir criterios técnicos, estándares e indicadores de calidad de los servicios de salud cubiertos por el Programa, en coordinación con el MSP, vigilar el cumplimiento de gratuidad y calidad. En consecuencia el MSP del Ecuador desde el año 1996 realiza actividades para mejorar la calidad, creando el Programa Nacional de Mejoramiento de Calidad, el mismo que conformó y capacitó a equipos de mejoramiento continuo de calidad. En 1998, implementó un modelo de gestión para la calidad en 17 hospitales cantonales, y coordinó un proyecto piloto en Cotopaxi, como parte de la Iniciativa Latinoamericana de Reducción de Mortalidad Materna.

En el año 2006, mediante Acuerdo Ministerial N° 028 4, se aprobó y autorizó la publicación del “manual de Estándares, Indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno infantil” que ha venido siendo utilizado por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en muchas provincias [15].

Posteriormente, luego del trabajo constante y de la retroalimentación de los EMCC (Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad) de las unidades operativas del MSP los estándares e indicadores fueron revisados durante el primer trimestre del 2008, este documento tiene el conjunto de estándares, instrumentos e instructivos diseñados para la recolección de información en las unidades operativas que permitan evaluar el cumplimiento de cada estándar de calidad y por tanto el cumplimiento de la Norma, junto con cada estándar viene el instructivo guía para la obtención de datos, llenado del formulario y su procesamiento [15].

## 2.4 Categorías fundamentales

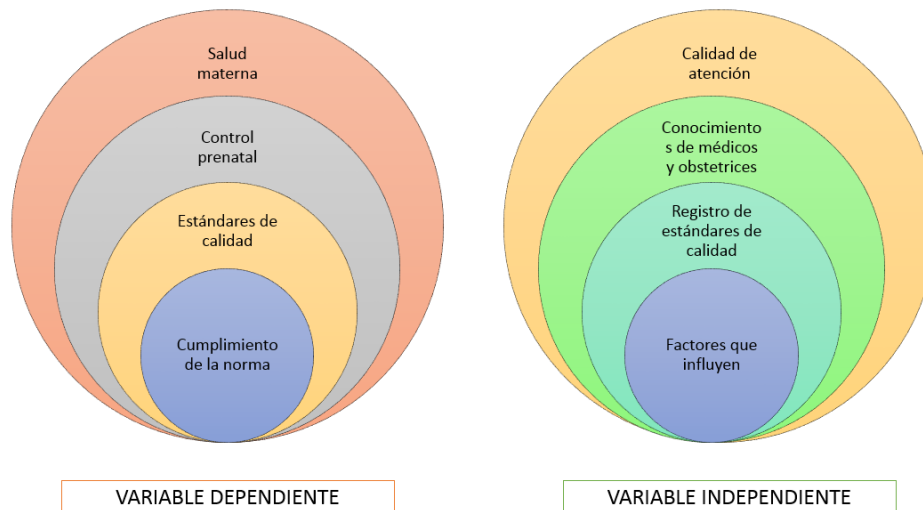


Grafico 1. Categorías fundamentales

Elaborado por: Rita Guanochanga

## 2.5 Hipótesis

La calidad del proceso de control prenatal en el Centro de Salud tipo C de Laso se ha visto afectada por el incumplimiento de los profesionales de la salud de los estándares de calidad que plantea las normas y por algunas variables sociodemográficas como edad, escolaridad y ocupación.

## 2.6 Señalamiento de variables

- Variable Dependiente:
  - Proceso control prenatal
- Variables Independientes:
  - Sociodemográficas
  - Conocimiento de médicos y obstetras
  - Registro de los estándares de calidad

## **CAPITULO 3. METODOLOGÍA**

### **3.1 Modalidad básica de la investigación**

#### Enfoque investigativo

- Cualitativo, no destinado al individuo como tal, sino a la subjetividad de éste frente a determinada circunstancia; este análisis pretende establecer cuáles son los factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad de atención prenatal.
- Cuantitativo porque se manifiesta en el análisis estadístico de los datos extraídos de las historias clínicas y encuestas

#### Modalidad de la investigación

- Estudio de campo: Esta investigación está relacionada con el estudio sistemático de los hechos en el mismo lugar que se produjeron, los investigadores toman contacto con la realidad que los rodea para obtener la información de una forma directa y de acuerdo con los objetivos del proyecto.

#### Tipo de Diseño

- Observacional: porque no se controla la asignación del paciente a un determinado tratamiento o intervención, sino que ésta se efectúa de acuerdo a la práctica clínica habitual, siendo por lo tanto el investigador un observador de lo que ocurre o ha ocurrido.
- Documental: La investigación documental tiene el propósito de conocer, comparar, ampliar profundizar y deducir las diferentes

enfoques, teorías, conceptualizaciones de los diferentes autores sobre el tema, sirve para construir el marco teórico, este presenta interrelación con diferentes dimensiones del contexto Histórico, Social, Ideológico, Político, Económico Científico, Técnico y Cultural, no solo del entorno del Centro de salud de Lasso, sino también de las diferentes áreas referentes a los pacientes, como son los cantones de la provincia de Cotopaxi, e incluso otras provincias.

### **3.2 Nivel o tipo de investigación**

- Nivel Descriptivo: Sirve para realizar la descripción de varios procesos que estudia y de varios acontecimientos que se vayan presentando al momento de realizar el presente trabajo.
- Nivel Correlacional: Evalúa la relación que existe entre dos o más variables.

### **3.3 Población y muestra**

- Área de Estudio:
  - Centro Salud tipo C de Lasso.
- Universo de Estudio:
  - El universo estuvo constituido por todas las mujeres que se encuentran en estado de gestación y sus respectivas historias clínicas que tengan por lo menos cinco controles prenatales atendidos en el Centro Salud tipo C de Lasso en el período enero a marzo 2016.
    - Total de mujeres gestantes período enero-marzo 2016: 103
    - Total de mujeres gestantes período enero-marzo 2016 que tienen 5 o más controles prenatales: 41

- El universo de médicos y obstetrices estuvo constituido por todos los médicos rurales y obstetrices en un total de 15
  - Médicos: 11
  - Obstetrices: 4

### **Criterios de inclusión y exclusión**

- Inclusión
  - Mujeres en estado de gestación que tengan por lo menos cinco controles prenatales atendidos en el Centro Salud tipo C de Lasso. Enero-Marzo 2016.
  - Médicos y obstetrices que estuvieron laborando en el Centro Salud tipo C de Lasso que se encontraban laborando en el momento de la investigación
- Exclusión
  - Mujeres embarazadas que no tengan la capacidad de responder a la encuesta realizada o no firmen el consentimiento informado.
  - Médico u obstetrix que se niegue a realizar la encuesta.

### 3.4. Operacionalización de las variables

**Tabla 1.** Dimensión Sociodemográfica

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN			TECNICA/ INSTRUMENT O
		ESCALA	MEDICIÓN	INDICADORES	
Edad	Cuantitativa continua	Grupo de edades	Edad cumplida	Número y porcentaje en cada categoría  Edad media	Encuesta/ Cuestionario
Escolaridad	Cualitativa nominal dicotómica	Analfabeto  Básico 1ro - 10mo  Bachiller 4to - 6to  Técnico / tecnólogo  Superior	Según escala ministerio de Educación	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario



Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Empleada u obrera del estado	Personas que trabajan para el estado	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario
		Empleada u obrera privado	Personas que trabajan para empresas privadas		
		Jornalero/a o peón	Personas que trabajan para empresas privadas por corto tiempo		
		Cuenta propia	Personas que tienen negocio propio		
		Trabajadora no remunerada /Amas de casa	Personas que realizan quehaceres domésticos		

Elaborado por: Md. Rita Guanochanga

Tabla 2. Dimensión: Atención médica y percepción del proceso de la atención prenatal

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN			TECNICA/ INSTRUMENTO
		ESCALA	MEDICIÓN	INDICADORES	
Trato	Cualitativa ordinal politémica	Excelente Muy Bueno Bueno Regular Malo	Cordial Amable Empatía	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario
Comunicación	Cualitativa ordinal politémica	Excelente Muy Bueno Bueno Regular Malo	Lenguaje – entendimiento de la persona	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario

Examen físico	Cualitativa ordinal politómica	Excelente Muy Bueno Bueno Regular Malo	Examen físico exhaustivo Básico	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario
---------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------	--	---------------------------

Elaborado por: Md. Rita Guanochanga

Tabla 3. Dimensión Conocimientos e importancia del manejo de la norma de atención prenatal por los profesionales de la salud.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN			TECNICA/ INSTRUMENT O
		ESCALA	MEDICIÓN	INDICADORES	
Edad	Cuantitativa continua	Grupo de edades	Edad cumplida	Número y porcentaje en cada categoría  Edad media	Encuesta/ Cuestionario
Profesión	Cualitativa nominal dicotómica	Título de tercer nivel	Médico obstetriz	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario
Antecedentes personales y obstétricos	Cualitativa nominal politómica	Nada importante  Poco importante	Importancia sobre el registro de antecedentes	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario

		Muy importante	patológicos personales y obstétricos en el proceso control prenatal		
Semanas de amenorrea	Cualitativa nominal politómica	Nada importante Poco importante Muy importante	Importancia sobre el registro de semanas de amenorrea en el proceso control prenatal	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario
Tensión arterial	Cualitativa nominal politómica	Nada importante Poco importante Muy importante	Importancia de la toma de tensión arterial en el proceso control prenatal	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario
	Cualitativa nominal politómica	Nada importante Poco importante Muy importante	Importancia de la toma de frecuencia cardiaca		Encuesta/ Cuestionario

Auscultación de los latidos cardiaco fetales			fetal en el proceso control prenatal		
Sangrado genital	Cualitativa nominal politómica	Nada importante Poco importante Muy importante	Importancia del registro de sangrado genital en el proceso control prenatal	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario
Actitud fetal (presentación, posición y situación desde las 32 semanas)	Cualitativa nominal politómica	Nada importante Poco importante Muy importante	Importancia sobre el registro de la presentación, situación y posición fetal en el proceso control prenatal	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario
Estado nutricional	Cualitativa nominal politómica	Nada importante Poco importante Muy importante	Importancia sobre el registro de la curva estado nutricional del	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario

			embarazo en el proceso control prenatal		
Verificación, indicación o registro de vacunación antitetánica según la norma del MSP	Cualitativa nominal politémica	Nada importante Poco importante Muy importante	Importancia sobre la indicación de la vacuna antitetánica en el proceso control prenatal	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario
Prescripción de hierro	Cualitativa nominal politémica	Nada importante Poco importante Muy importante	Importancia de la prescripción de hierro en el proceso control prenatal	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario

Prescripción de ácido fólico	Cualitativa nominal politómica	Nada importante Poco importante Muy importante	Importancia de prescripción de ácido fólico en el proceso control prenatal	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario
Solicitud y/o resultados de exámenes prenatales: grupo, factor RH, VDRL, Hb, Hcto, glucosa, VIH, EMO	Cualitativa nominal politómica	Nada importante Poco importante Muy importante	Importancia de la solicitud de exámenes prenatales: grupo, factor, VDRL, Hb, Hcto, glucosa, VIH, EMO en el proceso control prenatal	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario
Proteinuria en tirilla en embarazos mayores 20 semanas	Cualitativa nominal politómica	Nada importante Poco importante Muy importante	Importancia de la realización de proteinuria en tirilla en el proceso control prenatal	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario



Tiempo de consulta del proceso atención prenatal	Cualitativa nominal dicotómica	SI No	Registro de los estándares de calidad en el proceso atención prenatal	Número y porcentaje en cada categoría	Encuesta/ Cuestionario
--	--------------------------------	----------	---	---------------------------------------	---------------------------

Elaborado por: Md. Rita Guanochanga

Tabla 4. Dimensión: Registro de datos de los estándares de calidad en las historias clínicas.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN			TÉCNICA/ INSTRUMENTO
		ESCALA	MEDICIÓN	INDICADORES	
Antecedentes personales y obstétricos	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Si en la historia clínica no hay registro de antecedentes patológicos personales y obstétricos	Número y porcentaje en cada categoría	Observación/ Lista de cotejo
		No	Si en la historia clínica hay registro de antecedentes patológicos personales y obstétricos		
		Si	Se registra las semanas de amenorrea (semanas de		Observación/

Semanas de amenorrea	Cualitativa nominal dicotómica		gestación) en el control prenatal	Número y porcentaje en cada categoría	Lista de cotejo
		No	No se registra las semanas de amenorrea (semanas de gestación) en el controles prenatales		
Tensión arterial	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Se registra la toma de tensión arterial en los controles prenatales	Número y porcentaje en cada categoría	Observación/ Lista de cotejo
		No	No se registra la toma de tensión arterial en ningún control		
Auscultación de los latidos cardiaco fetales	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Se registra la toma de la frecuencia cardiaca fetal en los controles prenatales		Observación/

		No	No se registra la toma de la frecuencia cardiaca fetal en ningún control	Número y porcentaje en cada categoría	Lista de cotejo
Sangrado genital	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Se registra la existencia o no de sangrado genital en los controles prenatales	Número y porcentaje en cada categoría	Observación/ Lista de cotejo
		No	No se registra la existencia o no de sangrado genital en ningún control prenatal		
Actitud fetal (presentación, posición y situación desde las 32 semanas)	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Se registra la actitud fetal en todos los controles prenatales	Número y porcentaje en cada categoría	Observación/ Lista de cotejo
		No	No se registra la actitud fetal en ningún control prenatal		

Estado nutricional	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Se registra el estado nutricional en todos los controles prenatales	Número y porcentaje en cada categoría	Observación/ Lista de cotejo
		No	No se registra el estado nutricional en ningún control prenatal		
Verificación, indicación o registro de vacunación antitetánica según la norma del MSP	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Se verifica, indica o registra de vacunación antitetánica según la norma del MSP en todos controles prenatales	Número y porcentaje en cada categoría	Observación/ Lista de cotejo
		No	No se verifica, indica o registra de vacunación antitetánica según la norma del MSP en ningún control prenatal		

Prescripción de hierro	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Se prescribe hierro en todos los controles prenatales	Número y porcentaje en cada categoría	Observación/ Lista de cotejo
		No	No se prescribe hierro en ningún control prenatal		
Prescripción de ácido fólico	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Se prescribe ácido fólico en todos los controles prenatales	Número y porcentaje en cada categoría	Observación/ Lista de cotejo
		No	No se prescribe ácido fólico en ningún control prenatal		
Solicitud y/o resultados de exámenes prenatales: grupo, factor RH, VDRL, Hb, Hcto, glucosa, VIH, EMO.	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Se solicita o se registra resultados de exámenes prenatales en todos los controles prenatales	Número y porcentaje en cada categoría	Observación/ Lista de cotejo
		No	No se solicita o se registra resultados de exámenes prenatales		

Proteinuria en tirilla en embarazos mayores 20 semanas	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Se solicita o se registra resultados proteinuria en tirilla en todos controles prenatales	Número y porcentaje en cada categoría	Observación/ Lista de cotejo
		No	No se solicita ni se registra resultados proteinuria en tirilla en ningún control prenatal		

Elaborado por: Md. Rita Guanochanga

### 3.5 Plan de recolección de información

- Fuentes de información:
  - Primarias:
    - Médicos, obstetrices y pacientes.
  - Secundarias:
    - Historia Clínica individual
    - Formularios 051
    - Historia clínica perinatal CLAP/SIP
    - Formulario de estándares de calidad

### Técnicas e Instrumentos

Técnica	Instrumento	Aplicable
<b>Encuesta</b>	Cuestionario	Mujeres embarazadas (anexo 1) Equipo de Salud (anexo 2)
<b>Revisión documental</b>	Lista de cotejo	Historias clínicas (anexo 3)

Tabla 5. Técnicas e instrumentos

Elaborado por: Md. Rita Guanochanga

Se diseñó un cuestionario con los siguientes aspectos: datos de filiación de la usuaria, características de la atención médica, y aspectos de la percepción de la gestante frente a los servicios recibidos por parte del médico u el obstetrix de la Unidad de salud. Cada encuesta tiene impreso el instructivo para su aplicación y su consentimiento informado. Se solicitó en estadística los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias



(REDACCA) del personal de salud que atendieron a pacientes gestantes en la Consulta Externa el control del embarazo entre los meses de enero, febrero y marzo del 2016. Se realizó un listado de números de historias clínicas de controles prenatales con más de 5 controles prenatales tomando del formulario MSPS. Formatos 504 - 04 - 2003, las columnas: # 1, # 3, # 4 y # 29, atendidos en el tiempo evaluado. Se solicita en Estadística las historias clínicas enlistadas. Se verifica en la historia clínica los formularios: 051, y de los formularios 006/92, 005/83, las actividades 6 a la 12, si la historia tiene al menos 5 o más controles prenatales. La encuesta fue aplicada luego de firmar el consentimiento informado y se realizó por la investigadora a la salida de los consultorios o en el domicilio de las gestantes.

Se diseñó una lista de cotejo en base a los estándares establecidos en el Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal en el Ecuador, y la recolección de datos se realizó basándonos en la información de los formularios, obtenidas de las historias clínicas de las gestantes las que se les realizó la encuesta, por parte de la investigadora; considerándose a estos medios efectivos para recolectar datos reales. Se registró la fecha de medición y el número de historia clínica.

Se solicitó en el servicio de estadística los registros diarios y consultas ambulatorias (REDACCA) de los Médicos y Obstetrices que atendieron en Consulta Externa controles prenatales entre los meses de enero, febrero y marzo del 2016. Se realizó un listado de números de historias clínicas de controles prenatales que contenían más de 5 controles prenatales, tomando como base al formulario MSPS. Formatos 504 - 04 - 2003, columnas: # 1, # 3, # 4 y # 29, atendidos durante los meses evaluados. Se solicita en Estadística las historias clínicas enlistadas. Se verifica en la

historia clínica los formularios: 051, y de los formularios 006/92, 005/83, las actividades 6 a la 12 si el personal de salud aplicó y registró las actividades seleccionadas según la norma del MSP. El estado nutricional de la paciente gestante puede estar anotado en la nota de evolución, en menores de 10 semanas de gestación no se aplicable. Se registró el número de la historia clínica y visto en la casilla se cumple o no se cumple en la lista de cotejo como instrumento de recolección de datos.

Se diseñó una segunda encuesta que tiene los siguientes aspectos: datos de profesional de salud y los estándares de calidad de atención en el proceso control prenatal; estándares establecidos en el Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal en el Ecuador, mismas que se aplicó a los médicos y/u obstetras para evaluar la importancia que le otorgan los profesionales de la salud de registrarlos en la historia clínicas. La encuesta fue aplicada por la investigadora, a cada uno de los profesionales de la salud en sus consultorios del Centro de salud Tipo C de Lasso.

Se solicitó en estadística los nombres del personal de salud que atendieron como controles prenatales durante los meses de enero, febrero y marzo del 2016. Posterior a la ubicación de cada uno, se explica la investigación y se firmó consentimiento de cada uno. En la encuesta se registró el nombre del profesional de salud y la fecha de medición.

En el instrumento de recolección de datos se registró con una X en la casilla correspondiente a la importancia del registro de los estándares de salud, además se realiza una pregunta sobre el tiempo de consulta y el conocimiento del Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal en el Ecuador, registrándose con un X si está de acuerdo o no.

### **3.6 Plan de procesamiento de la información**

Luego de recolectar los datos de los instrumentos se realizó el recuento, revisión y corrección, para posterior ingresarlos en una base de datos en excel y hacer el análisis estadístico con el programa SPSS.

## **CAPITULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

### **4.1. Análisis e interpretación de los resultados**

Para la presente investigación una vez recolectada la información se procedió a la tabulación y ordenamiento a través del programa Excel, organizando de la forma más clara posible, la información de acuerdo al interés del estudio.

Los resultados se muestran en las siguientes tablas y gráficos, para mayor comprensión del significado de los datos.

Se estudió cada uno de los resultados por separado para relacionarlos con el marco teórico, dando la pauta para verificar o rechazar la hipótesis del problema de investigación.

Antes de realizar el análisis e interpretación de gráficos y tablas, se debe de dar a conocimiento que para la variable percepción tuvo en la encuesta cinco categorías: excelente, muy bueno, bueno, regular y malo, dado al pequeño tamaño de la muestra y por criterio de la investigadora se unió las categorías, por tanto quedan de la siguiente forma: excelente, bueno y regular.

Así también para la variable estándares que consta en la encuesta con tres ítems: nada importante, poco importante y muy importante, se las unió y quedó de la siguiente manera: nada y poco importante y muy importante.

## 4.2 Interpretación de datos

### 4.2.1 Características sociodemográficas

#### 4.2.1.1 Edad

Edad en años cumplidos que tiene la mujer gestante en el momento del estudio. La edad promedio de las pacientes gestantes es de 25 años. La edad mínima es de 16 años y la máxima es de 41.

Tabla 6. Gestantes según el grupo de edad. Centro de Salud de tipo C de Lasso, enero-marzo 2016.

EDAD	N°	%
15-19 años	11	26,8
20-40 años	28	68,3
>40 años	2	4,9
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Investigación de Campo  
Elaborado por: Rita Guanochanga

La edad además fue agrupada según la clasificación de la OMS, correspondientes al ciclo de vida del ser humano, así tenemos que se dividen en tres grupos: adolescente (15-19 años), adulto joven (20-40) y adulto maduro (más de 40 años).

Se observa que el 26,8% de las gestantes atendidas son adolescentes. Resultado alarmante en relación a las cifras de la OMS 2015 donde se plante un 18,3% en adolescentes [19].

Considero que este resultado esté relacionado con múltiples factores tales como: accesibilidad, factores culturales, falta de control de riesgo preconcepcional, entre otros.

#### 4.2.1.2 Nivel de instrucción

Nivel de preparación académica terminado, alcanzado por las mujeres gestantes del Centro de Salud de tipo C de Lasso.

Tabla 7. Gestantes según el nivel de instrucción. Centro de Salud de tipo C de Lasso, enero-marzo 2016.

<b>Nivel de instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Analfabeto</b>	1	2,4
<b>Básico</b>	12	29,3
<b>Bachiller</b>	18	43,9
<b>Técnico/tecnólogo</b>	4	9,8
<b>Superior</b>	6	14,6
<b>Total</b>	41	100,0

Fuente: Investigación de Campo  
Elaborado por: Rita Guanochanga

En la tabla 7 se muestra el nivel de instrucción de las gestantes, se aprecia que el mayor porcentaje corresponde al bachillerato con un 43,9%, resaltándose que solo un 2,4% son analfabetos.

Según el INEC, 2011 de acuerdo al nivel de instrucción el 51,1% de las madres en el país, tienen educación básica, el 23,1% educación media y el 17% educación superior, datos que no concuerdan con nuestro estudio [20].

Los resultados de un 43,9% de bachillerato y solo un 2,4% de gestantes analfabetas, se debe a los programas de impulso que se ha dado por parte del estado con respecto a la educación, misma que ha mejorado durante estos años, viéndose como resultados bajo niveles de analfabetismo.

#### 4.2.1.3. Ocupación

Ocupación o labor que desempeña las mujeres gestantes del Centro de Salud de tipo C de Lasso.

Tabla 8. Distribución de las gestantes según la ocupación. Centro de Salud de tipo C de Lasso, enero-marzo 2016.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleada u obrera del estado	2	4,9
Empleada u obrera privada	9	21,9
Jornalera o peona	6	14,6
Cuenta propia	6	14,7
Trabajadora no remunerada/ama de casa	18	43,9
Total	41	100,00

Fuente: Investigación de Campo  
Elaborado por: Rita Guanochanga

En tabla 8 describimos la distribución según oficio o profesión de las gestantes estudiadas. Es de destacar el alto por ciento de pacientes gestantes trabajadoras no remuneradas o amas de casa con un 43,9%. El 56,1% de las pacientes desarrollan algún tipo de profesión o trabajo.

Según el INEC, en su documento las características económicas de las gestantes 2011, el 45,3% de las madres se dedican a quehaceres domésticos mientras el 42,9% trabaja, de estas últimas el 22,9% se dedica al comercio al por mayor y menor, datos que concuerdan con la población de estudio [20].

El por ciento de gestantes adolescentes se añaden al grupo de gestantes que no trabajan ya que se encuentran atravesando el área académica, por tanto no aparecen con profesión, mientras que el restante tiene trabajo.

#### 4.2 Percepción de las gestantes sobre el proceso control prenatal

##### 4.2.1 Percepción del trato médico por la gestante.

Percepción del trato médico por la gestante sobre la cordialidad, amabilidad y la empatía que se presentó al momento de la consulta prenatal con el médico u obstetriz.

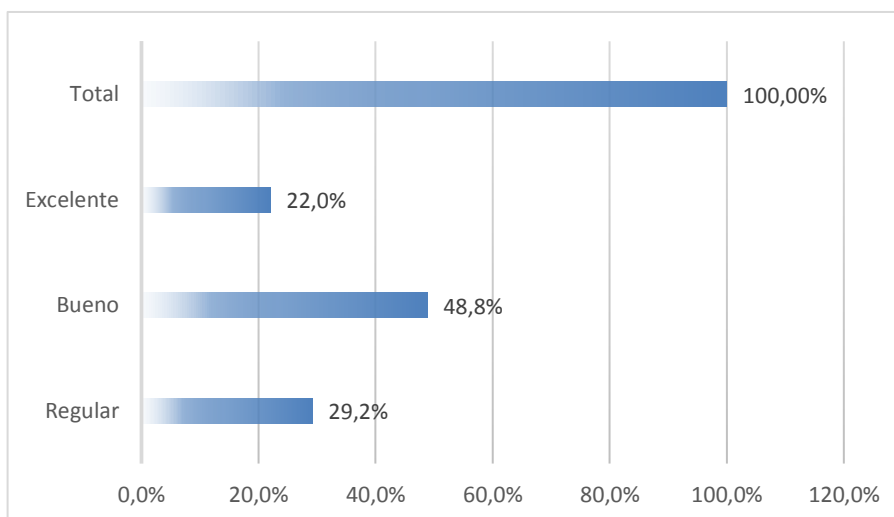


Gráfico 2. Percepción del trato médico por la gestante del Centro de Salud de tipo C de Lasso, enero-marzo 2016.

Elaborado por: Rita Guanochanga



En el gráfico 1 se describe la percepción del trato médico por las pacientes gestantes atendidas en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Se encontrará esta misma adecuación en varios gráficos y tablas. El 70% de las gestantes atendidas, tienen una percepción buena, muy buena y excelente de la atención en el proceso control prenatal, sin embargo llama la atención que un tercio de las pacientes perciben una atención regular o mala. Espinosa, Juárez y Cedeño en un estudio realizado en México demuestran que una de las principales causas de insatisfacción es el mal trato por parte del médico aspectos que sugieren ahondar en el estudio de la perspectiva del usuario dentro del marco de la evaluación cualitativa [21].

En el Centro de Salud Tipo C de Lasso la principal causa de mal trato médico según las pacientes están en relación a la amabilidad de los profesionales de la salud, refieren que en su mayoría no responden al saludo.

Tabla 9. Percepción del trato médico de la gestante en relación a la edad en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

Edad	Trato							
	Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>15-19 años</b>	4	33,4	6	54,6	1	9,1	11	100
<b>20-40 años</b>	8	28,6	12	42,9	8	28,6	28	100
<b>&gt;40 años</b>	0	0	2	100	0	0	2	100
<b>TOTAL</b>	12	29,3	20	48,8	9	22	41	100

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Rita Guanochanga

$p= 0,4117$

En la tabla 9 relacionamos la edad de la gestante con la percepción del trato médico, se observa en la tabla que alrededor del 50% de la usuarias independientemente de la edad califican al trato médico como bueno, y un 30% lo califican como regular.

No se encontró significación estadística ( $p=0,4117$ ) entre la edad y el trato médico.

Según Bravo, en su estudio realizado en nuestro país, observa que el trato del profesional en la consulta no difiere según las edades, y que particularmente las usuarias entrevistadas califican como excelente en un 63.3% [22].

Tabla 10. Percepción del trato médico de las gestantes en relación al nivel de instrucción en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

Nivel de instrucción	Trato							
	Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Educación básica	3	23,1	8	61,5	2	15,9	13	100
Bachillerato/tecnólogo	9	40,1	10	45,5	3	13,6	22	100
Superior	0	0	2	33,3	4	66,7	6	100
<b>TOTAL</b>	12	29,3	20	48,8	9	22	41	100

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Rita Guanochanga

$p= 0,0382$

En la tabla 10 asociamos la percepción del trato médico con el nivel de instrucción de la gestante, se observa en la tabla que el nivel superior de instrucción tiene una percepción de excelente en un 66,7%, siendo esta el mayor porcentaje entre los otros niveles de instrucción.

Se encontró significación estadística ( $p=0,0382$ ), a relacionar ambas variables.

No se encontró estudios para comparar los datos en esta variable.

Las gestantes con mayor nivel de instrucción son capaces de discernir con mejor claridad los aspectos relaciones con amabilidad, cordialidad y empatía, es por esto que considero que incluso hay un nivel de significación estadística.

Tabla 11. Percepción del trato médico de la gestante en relación la ocupación en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

Ocupación	Trato							
	Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Empleada del estado o privada	1	9,1	8	72,7	2	18,2	11	100
Cuenta Propia	2	33,3	2	33,3	2	33,4	6	100
Jornalera/ Ama de casa/trabajadora no remunerada	9	37,5	10	41,7	5	28,8	24	100
<b>TOTAL</b>	12	29,3	20	48,8	9	22	41	100

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Rita Guanochanga

$p= 0,3553$

En la tabla 11 asociamos la percepción del trato médico con la ocupación de los pacientes gestantes. Se aprecia en la tabla que el 72,7 de las gestantes que son empleadas del estado o privadas, califican al trato médico como bueno, así como también las gestantes con trabajo no

remunerado quienes también en su mayoría consideran al trato médico como bueno.

No se encontró significación estadística ( $p=0,3553$ ), a relacionar ambas variables.

Variables como la ocupación y la edad no suelen relacionarse, como si lo hace el nivel de instrucción con la apreciación sobre el trato médico recibido.

#### 4.2.3. Percepción de las gestantes sobre la comunicación médico-paciente.

La comunicación médico-paciente es sobre el lenguaje y el entendimiento de la paciente gestante con el médico, esto abarca el lenguaje utilizado por el médico para la explicar el estado actual del embarazo, las indicaciones de guías anticipatorias y prescripción de medicamentos en el control prenatal.

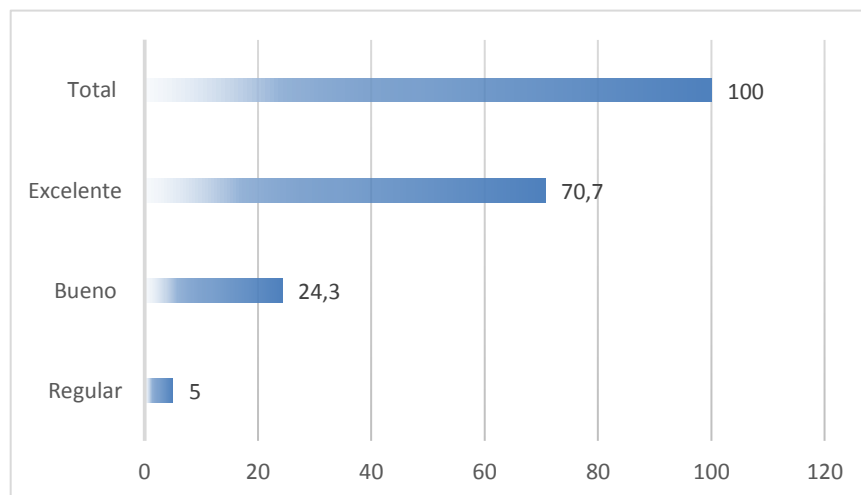


Gráfico 3. Percepción de las gestantes sobre la comunicación médico-paciente.

Elaborado por: Rita Guanochanga

En el gráfico 3 describimos la percepción de las gestantes sobre la comunicación médico-paciente. El 70,7% de las gestantes refieren como excelente a la comunicación que tuvieron con el médico en el control prenatal, y solo un 5% de las gestantes refieren como regular.

Vicuña, Marisol en una investigación realizada en Perú obtiene resultados similares, en donde la comunicación médico paciente es positivo entre el médico y la paciente gestante con un 68% [23].

Es de señalar que a pesar de que solo el 5% de las pacientes refirieron una comunicación médico-paciente como regular, debe tenerse en cuenta a la hora de evaluar la calidad institucional.

Tabla 12. Percepción sobre la comunicación médico-paciente con relación a edad de las gestantes en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

Edad	Comunicación médico-paciente							
	Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>15-19 años</b>	1	9,1	4	35,4	6	54,6	11	100
<b>20-40 años</b>	1	3,6	6	21,4	21	75	28	100
<b>&gt;40 años</b>	0	0	0	0	2	100	2	100
<b>TOTAL</b>	2	4,9	10	24,4	29	70,7	41	100

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Rita Guanochanga

$p= 0,6352$

En la tabla 12 asociamos la percepción sobre la comunicación médico-paciente con la edad de las gestantes. Se observa en la tabla que las gestantes adultas maduras, indica que el 100% perciben a la comunicación

médico paciente como excelente, al igual que las otras categorías de edad también se acercan a un porcentaje alto.

No se encontró significación estadística ( $p=0,6352$ ), a relacionar ambas variables.

Chipantiza M, en una investigación en 2014 en nuestro país concuerda con nuestros resultados [24].

Considero que las gestantes con más edad, y con la experiencia de la vida, tienen otro concepto de comunicación médico paciente, sea ésta por anteriores embarazos y partos, mientras que las más jóvenes con otro concepto y menos experiencia, supongan que ésta categoría no se cumple al cien por ciento.

Tabla 13. Percepción sobre la comunicación médico-paciente con relación a la nivel de instrucción de las gestantes en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

Nivel de instrucción	Comunicación médico-paciente							
	Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Educación básica	0	0	3	23,1	10	76,9	13	100
Bachillerato/tecnólogo	2	9,1	6	27,8	14	63,7	22	100
Superior	0	0	1	16,7	5	83,3	6	100
<b>TOTAL</b>	2	4,9	10	24,4	29	70,7	41	100

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Rita Guanochanga

$p= 0,6771$

En la tabla 12 asociamos la percepción sobre la comunicación médico-paciente con la escolaridad de las pacientes gestantes.

Se sigue observando que mientras el nivel de instrucción es más alto hay mejor calificación incluso en esta categoría presta atención que el porcentaje más alto del 83,3% corresponde a la calificación excelente.

No se encontró significación estadística ( $p=0,6778$ ), a relacionar ambas variables.

Bravo, en su estudio refiere que el 100% de los usuarios que intervinieron en su investigación, responden positivamente y refieren que los profesionales que les atendieron mostraron su calidad humana mediante la comunicación médico paciente, en todas las categorías de instrucción (analfabeto, primaria, secundaria, bachillerato, universidad) [22].

A pesar de tener un porcentaje alto de calificación excelente, considero que se podría mejorar mediante técnicas de comunicación del personal de salud hacia las usuarias, teniendo en cuenta el nivel de instrucción y la cultura.

Tabla 14. Percepción sobre la comunicación médico-paciente con relación a la ocupación de las gestantes en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

Ocupación	Comunicación médico-paciente							
	Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Empleada del estado o empresa privada	0	0	2	18,2	9	81,8	11	100
Cuenta Propia	0	0	1	16,7	5	83,3	6	100
Jornalera/ Ama de casa/trabajadora no remunerada	2	8,3	7	29,2	15	62,5	24	100
<b>TOTAL</b>	2	4,9	10	24,4	29	70,7	41	100

Fuente: Investigación de Campo  
Elaborado por: Rita Guanochanga

$p= 0,6415$

En la tabla 12 asociamos la percepción sobre la comunicación médico-paciente con la ocupación de las gestantes.

En la tabla se observa que según la ocupación en un 83,3% la categoría cuenta propia tiene el más alto porcentaje de entre todos.

No se encontró significación estadística ( $p=0,6415$ ), a relacionar ambas variables.

Castaño K, en su investigación sobre la Calidad de atención del control prenatal en un instituto de Bogotá, no encontró significación en la relación entre la percepción médico-paciente y la ocupación de las pacientes, lo que concuerda con esta investigación [25].



González, J, en su investigación de percepción de cuidado humanizado que ingresan al servicio del Hospital de Ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel, obtuvo como resultados que las gestantes mayores de 35 años calificación excelente en la relación médico-paciente con un 72,2%, que concuerda con nuestros resultados [26].

#### 4.2.4 Percepción de las gestantes sobre el examen físico que le realiza el profesional de la salud.

Examen físico que realiza el médico u obstetrix a las gestantes dentro del control prenatal que incluye un examen físico exhaustivo de todos los sistemas y aparatos, y la toma de signos vitales materno-fetal.

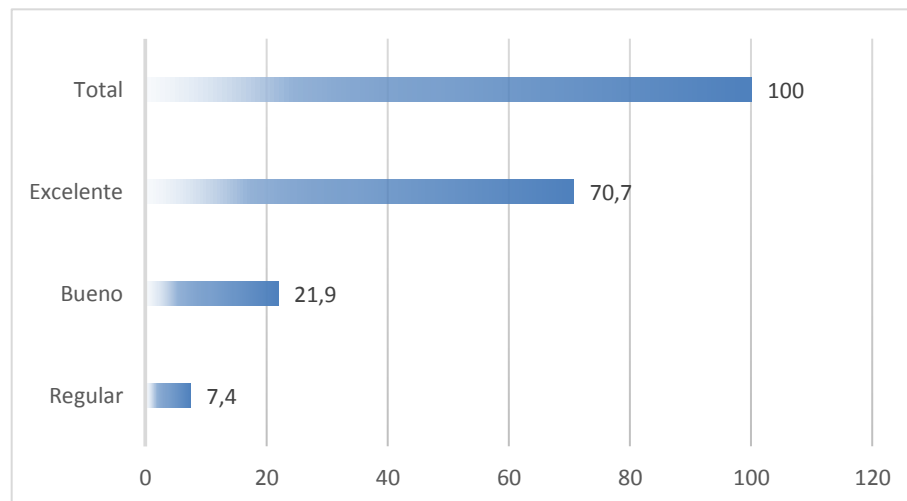


Gráfico 4. Percepción de las gestantes sobre el examen físico que realizan los profesionales de la salud.

Elaborado por: Rita Guanochanga

En el gráfico 4 describimos la percepción de las pacientes gestantes sobre el examen físico que realizan los profesionales de la salud. El 70,7% las gestantes le valoran como excelente al examen físico que le realiza el

profesional de salud en su consulta prenatal, cabe resaltar que el 7,4% de las gestantes describen no estar satisfechas con la calidad del examen físico realizado en consulta.

Bravo, en su estudio refiere que es evidente la calidad técnica de los profesionales que laboran en el Subcentro de Salud de Amaguaña, puesto que el 100% de los usuarios encuestados manifiestan que si fueron examinados por el profesional que le atendió, cumpliendo de esta manera los protocolos de atención [22].

Chilipio Marco, en un estudio realizado en Perú en el año 2015 plantea el 77,3% de las pacientes están de acuerdo con el examen físico realizado, lo que concuerda con nuestro estudio [24].

Si consideramos el desconocimiento de las pacientes en cuanto al proceso que realiza el médico u obstetra en el examen físico sería poco perceptible si se realizó o no un examen físico completo, sin embargo la mayoría de ellas en este estudio refieren positividad.

Tabla 15. Percepción de las gestantes sobre el examen físico que realizan los profesionales de la salud en relación a la edad en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

Edad	Examen físico							
	Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
15-19 años	1	9,1	4	36,4	6	54,6	11	100
20-40 años	2	7,1	5	17,9	21	75	28	100
>40 años	0	0	0	0	2	100	2	100
<b>TOTAL</b>	3	7,3	9	21,9	29	70,7	41	100

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Rita Guanochanga

p= 0,6251

En la tabla 15 asociamos la percepción de las gestantes sobre el examen físico que realizan los profesionales de la salud en relación a la edad.

En la tabla se observa que las gestantes adultas maduras son las que mejor percibieron el examen físico que les realizó el personal de salud con un 100%.

No se encontró significación estadística ( $p=0,625$ ), a relacionar ambas variables.

Charris M, en un estudio en Colombia publicado en el 2015 reporta un 26% de trato médico inadecuado en relación al examen físico en la consulta y que según el grupo de edad, las adolescentes son las que peor la perciben [28].

Entre los grupo de edad no se evidencia significancia, pero globalmente existe una alto porcentaje de gestantes que consideran excelente al examen físico que le realizaron en consulta.

Tabla 16. Percepción de las gestantes sobre el examen físico que realizan el profesional de la salud en relación al nivel de instrucción en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

Nivel de instrucción	Examen físico							
	Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Educación básica</b>	0	0	3	23,1	10	76,9	13	100
<b>Bachillerato/tecnólogo</b>	2	9,1	6	27,8	14	63,7	22	100
<b>Superior</b>	1	16,7	0	0	5	83,3	6	100
<b>Total</b>	3	7,3	9	21,9	29	70,7	41	100

Fuente: Investigación de Campo  
Elaborado por: Rita Guanochanga

$p= 0,4434$

En la tabla 16 asociamos la percepción de las gestantes sobre el examen físico que realizan los médicos en relación al nivel de instrucción.

En la tabla se observa que la mayoría de gestantes independientemente de su nivel de instrucción, califican al examen físico como excelente.

No se encontró significación estadística ( $p=0,4434$ ), al relacionar ambas variables.

Charris M, en un estudio en Colombia reporta que un 76% de las gestantes perciben un inadecuado examen físico en la consulta y que según la escolaridad, los bachilleres son las que peor la perciben, estos resultados que no concuerdan con nuestro estudio [28].

Tabla 17. Percepción sobre el examen físico que le realiza el profesional de la salud a la gestante en relación a su situación laboral en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

Ocupación	Examen Físico							
	Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Empleada del estado o empresa privada	2	18,2	2	18,2	7	63,7	11	100
Cuenta Propia	0	0	0	0	6	100	6	100
Jornalera/ Ama de casa/trabajadora no remunerada	1	4,1	7	29,2	16	66,8	24	100
<b>TOTAL</b>	3	4,9	9	21,9	29	70,7	41	100

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Rita Guanochanga

$p= 0,2525$

En la tabla 17 asociamos percepción sobre el examen físico que le realiza los profesionales de la salud a la gestante en relación a su situación laboral.

En la tabla se observa que la mayoría de gestantes ya sean empleadas privadas o del estado, cuenta propia o trabajadoras no remuneradas, califican al examen físico como excelente.

No se encontró significación estadística ( $p=0,2525$ ), a relacionar ambas variables.

No existen estudios donde se haga relación entre el examen físico que le realiza el profesional de la salud y la percepción de la gestante.

4.3 Importancia que le otorgan los profesionales de la salud al registro de los estándares del control prenatal en las historias clínicas.

Tabla 18. Importancia que le otorgan los profesionales de la salud al registro de los estándares del control prenatal en las historias clínicas de las gestantes en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

ESTÁNDARES		IMPORTANCIA A LOS ESTANDARES					
		Médico		Obstetriz		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Antecedentes personales y patológicos	Nada o poco importante	7	70	4	80	11	73
	Muy importante	3	30	1	20	4	26
Semanas de amenorrea	Nada o poco importante	6	60	4	80	10	66
	Muy importante	4	40	1	20	5	34
Toma de tensión arterial	Nada o poco importante	2	20	2	40	4	26
	Muy importante	8	80	3	60	11	73
Frecuencia cardiaca fetal	Nada o poco importante	2	20	0	0	2	13
	Muy importante	8	80	5	100	13	86
Sangrado genital	Nada o poco importante	8	80	4	80	12	80
	Muy importante	2	20	1	20	3	20
Actitud fetal	Nada o poco importante	2	20	4	80	6	40
	Muy importante	8	80	1	20	9	60
Evaluación del estado de nutrición	Nada o poco importante	8	80	3	60	11	73
	Muy importante	2	20	2	40	4	26
Indicación o registro de la vacuna antitetánica	Nada o poco importante	6	60	2	40	8	53
	Muy importante	4	40	3	60	7	47
Prescripción de hierro	Nada o poco importante	2	20	0	0	2	13

	Muy importante	8	80	5	100	13	86
Prescripción de ácido fólico	Nada o poco importante	7	70	3	60	10	66
	Muy importante	3	30	2	40	5	33
Solicitud o resultados de exámenes complementarios	Nada o poco importante	2	20	3	60	5	33
	Muy importante	8	80	2	40	10	66
Proteinuria en tirilla	Nada o poco importante	3	30	2	40	5	33
	Muy importante	7	70	3	60	10	66

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Rita Guanochanga

ACTITUD FETAL  $p=0,02512^{a,*}$

En tabla 18 se describe la importancia que otorgan los profesionales de la salud al registro de los estándares del control prenatal en las historias clínicas.

En la tabla podemos observar que en algunos estándares tales como antecedentes personales y patológicos, semanas de amenorrea, sangrado genital, evaluación del estado de nutrición y prescripción de ácido fólico, lo consideran nada o poco importante con el 73%, 66%, 80%, 73% y 66% respectivamente. Por el contrario la toma de tensión arterial y la frecuencia cardiaca fetal con un 73% y 86% respectivamente son considerados estándares muy importantes en el registro de las historias clínicas.

Se encontró que el estándar actitud fetal es el de mayor significación al relacionarlo con la opinión profesional ( $p=0,02512$ ).

Castillo Y, en su estudio realizado en Cartagena 2014, reporta que un 32% de los profesionales de la salud no le dan importancia a los estándares del proceso prenatal, datos que no concuerdan con nuestro estudio [29].

Es muy alarmante que tanto médicos como obstetrices en un alto por ciento no consideren importante algunos estándares a la hora de evaluar a la gestante, como son los antecedentes patológicos personales, la edad gestacional o semanas de amenorrea, el sangrado genital, la evaluación nutricional, entre otros estándares.

Considero que los altos porcentajes de los médicos y obstetrices que no le dan la importancia de registrar los estándares se deben a varios factores, como el tiempo de consulta y el desconocimiento de la norma, por parte especialmente de los médicos rurales.

4.4 Descripción del cumplimiento adecuado del registro de datos en las historias clínicas relacionados con los estándares de calidad del proceso control prenatal.



Tabla 19. Registro de datos en las historias clínicas de las gestantes relacionados con los estándares de calidad del proceso control prenatal del Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

ESTANDARES		REGISTRO EN LAS HISTORIAS CLINICAS					
		Médico		Obstetriz		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Antecedentes personales y patológicos	No	5	50	2	40	7	46,7
	Si	5	50	3	60	8	53,3
Semanas de amenorrea	No	5	50	3	60	8	53,3
	Si	5	50	2	40	7	46,7
Toma de la tensión arterial	No	2	20	2	40	4	26,7
	Si	8	80	3	60	11	73,3
Frecuencia cardiaca fetal	No	5	50	2	40	7	46,7
	Si	5	50	3	60	8	53,3
Sangrado genital	No	6	60	3	60	9	60,0
	Si	4	40	2	40	6	40,0
Actitud fetal	No	6	60	1	20	7	46,7
	Si	4	40	4	80	8	53,3
Estado nutricional	No	7	70	1	20	8	53,3
	Si	3	30	4	80	7	46,7
Indicación o registro de vacuna antitetánica	No	7	70	2	40	9	60,0
	Si	3	30	3	60	6	40,0
Prescripción de hierro	No	3	30	2	40	5	33,3
	Si	7	70	3	60	10	66,7
Prescripción de ácido fólico	No	3	30	2	40	5	33,3
	Si	7	70	3	60	10	66,7
Solicitud o resultados de exámenes complementarios	No	3	30	3	60	6	40,0
	Si	7	70	2	40	9	60,0
Proteinuria en tirilla	No	5	50	2	40	7	46,7
	Si	5	50	3	60	8	53,3

Fuente: Investigación de Campo  
Elaborado por: Rita Guanochanga

En tabla 19 se describe los estándares de calidad registrados en las historias clínicas por los profesionales de salud. Llama la atención que alrededor de un 50% de los profesionales no registran completamente los estándares del proceso control prenatal.

Los estándares semanas de amenorrea sangrado genital, estado nutricional e indicación de la vacuna antitetánica son los que menos se registran, por el contrario la toma de tensión arterial con un 73,3% es el estándar que se registra, sin embargo hay que tomar en cuenta que todos los estándares deben aparecer en la historia clínica en un 100%, por tanto más del 50% de las historias no pasarían una auditoría del correcto llenado.

Se puede acotar que no se observa diferencia entre médicos y obstetras, en el correcto llenado de historias clínicas.

No se encontró diferencia significativa para ningún estándar.

Montoya, 2015 en su estudio refiere que en la historia clínica en el área de antecedentes patológicos personales y familiares, su registro completo es del 98.5%, mientras que en nuestro estudio solo el 53,3% se registra completamente. La fecha de última menstruación o semanas de amenorrea estaba completa en un 99.3%, en nuestro estudio corresponde al 45,7%. Con respecto a los exámenes complementarios se los indicaba en el 44.3% de las historias, en nuestra investigación el 60% los indican. El estado nutricional estaba completo 99.8% de las historias clínicas, a lo contrario de nuestro estudio en donde se encontró que el 46,7% se realiza el análisis nutricional. La tensión arterial en un 93.8 estaba completa, en nuestro estudio llegó al 73,3%. La presentación o actitud fetal y la frecuencia cardíaca fetal con el 97% y 92.5% respectivamente estaban completos, mientras que en nuestra investigación llegan al 53,3%. [30].

Se ve claramente las diferencias en otro país donde la mayoría de estándares tienen un registro de los estándares en las historias clínicas por encima del 90%, mientras que en nuestro estudio se alcanza no más del 70%. Considero que la falta de control y fiscalización de la historia clínica y el desconocimiento por los profesionales de los programas nacionales de salud influyen y determinan la calidad del proceso control prenatal.

#### 4.5 Opinión del personal de salud en relación al tiempo del control prenatal.

Tabla 20. Opinión del personal de salud en relación al tiempo de consulta del proceso atención prenatal en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

Tiempo de consulta	Personal de salud					
	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	1	20	4	80	5	100
Obstetriz	1	10	9	90	10	100
<b>TOTAL</b>	2	13	13	87	15	100

Fuente: Investigación de Campo  
Elaborado por: Rita Guanochanga

$p= 0,4484$

En la tabla 20 se describe la opinión de los profesionales de la salud en relación al tiempo de consulta. Se observa en la tabla que el 87% de los profesionales de la salud sean médicos u obstetrices, alegaron insuficiente el tiempo de consulta para la atención integral de las pacientes gestantes. No se encontró significación estadística ( $p=0,4484$ ), al relacionar ambas variables.

Noguera A, en un trabajo realizado en Colombia refiere que los profesionales de salud en un 100%, consideran que el estándar de consultas u hora vigente en su sitio de trabajo es suficiente para realizar un control, muy a lo contrario que en este estudio en donde más de la mitad de los profesionales consideran que el tiempo de consulta es insuficiente [31].

En esta investigación el tiempo de consulta para la captación y control prenatal referidos por el personal de salud es insuficiente por la necesidad de llevar a cabo todas las actividades de salud de promoción y prevención relacionadas con la dieta, higiene, lactancia materna, signos de alarma, inmunización, salud bucal y preparación psicoprofiláctica para el parto para las gestantes.

#### 4.6 Conocimiento del personal de salud en relación a la existencia del Manual de Estándares de indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materna-neonatal

Tabla 21. Conocimiento del personal de salud en relación a la existencia del Manual de Estándares de indicadores e instrumentos en el Centro de Salud tipo C de Lasso. Enero-marzo 2016.

Conocen el Manual de Estándares	Profesionales					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	3	30	7	70	10	100
Obstetriz	2	40	3	60	5	100
Total	5	33,3	10	66,7	15	100

Fuente: Investigación de Campo  
Elaborado por: Rita Guanochanga

p=0,4634

En la tabla 21 se describe el conocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre la existencia del Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal en el Ecuador.

El desconocimiento de la Normativa por parte de los profesionales de salud se muestra en un alto porcentaje, la mayoría de médicos y obstetras refirieron no conocer de Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal en el Ecuador. Así tenemos que solo el 33,3% de los profesionales de la salud tiene conocimiento de la existencia del manual de estándares, mientras que un alto porcentaje de 66,7% lo desconoce.

No se encontró significación estadística ( $p=0,4634$ ), al relacionar ambas variables.

Noguera A, en un trabajo realizado en Colombia refiere que las actividades y guías anticipatorias del control prenatal son conocidas por el 100% de los profesionales entrevistados, datos que no concuerdan con nuestro estudio [31].

Considero que este desconocimiento influye en el buen llenado de la historia clínica perinatal, además es de importancia mirar estas cifras ya que evidentemente en este aspecto se puede incentivar al manejo de este Manual cuyo objetivo es realizar un excelente control prenatal.

### 4.3. Verificación de hipótesis

La calidad del proceso de control prenatal en el Centro de Salud tipo C de Laso se ha visto afectada por el incumplimiento de los profesionales de la salud de los estándares de calidad que plantea las normas y por algunas variables sociodemográficas como edad, escolaridad y ocupación.

Se determinó un nivel de significación del 5%, aplicándose como estadísticos de prueba Chi cuadrado, planteando un p valor < 0.05.

Los resultados obtenidos validan parcialmente la hipótesis de investigación o alterna, puesto que algunas variables no estuvieron relacionadas con los estándares de calidad sin embargo se encontró un 26% de gestantes adolescentes embarazadas, un 43,9% de pacientes embarazadas eran amas de casa o trabajadoras no remuneradas, un tercio de las pacientes atendidas percibieron un trato regular o malo, mostrando una relación estadística entre el nivel alto de instrucción con la percepción del trato médico (Chi cuadrado=10,1356; df=4; p=0,0382). En relación a la importancia que le otorgan los profesionales al registro de los estándares, fue alarmante encontrar que la mitad de los profesionales no le confieren importancia a varios de los estándares que plantea la normativa del MSP, resultando altamente significativo la falta de importancia del estándar actitud fetal con la importancia de su registro (Chi cuadrado= 5,000; df=1; p=0,025). Al revisar las historias clínicas se encontró de forma asombrosa que alrededor de la mitad de los profesionales no registran los estándares de calidad. Al explorar la opinión de los profesionales sobre el tiempo de consulta, el 86,6%, refirió que el tiempo de consulta para captación o control prenatal es insuficiente para una consulta integral subsecuente de paciente gestante.

Desde el punto de vista clínico la significación estadística no resuelve todos los interrogantes que hay que responder ya que la asociación estadísticamente significativa puede no ser clínicamente relevante y además la asociación estadísticamente significativa puede no ser causal. En definitiva podemos encontrar asociaciones "estadísticamente posibles y conceptualmente estériles".

## CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En el estudio más de un cuarto de todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud tipo C de Lasso son adolescentes, por otra parte el analfabetismo no es un problema identificado, predominando el grado de instrucción bachiller y casi la mitad de las gestantes son amas de casa o trabajadoras no remuneradas.
- Un tercio de las gestantes atendidas percibieron un trato médico regular, siendo las adolescentes, bachilleres y amas de casa las que peor perciben el trato médico en la consulta prenatal.
- Casi la totalidad de gestantes encuestadas tienen una percepción de excelente sobre la comunicación médico paciente y el examen físico realizado por el profesional de la salud en el control prenatal.
- La mayoría de los profesionales de salud encuestados consideran poco y nada importante registrar los estándares de salud en las historias clínicas como el sangrado genital, la evaluación nutricional, y los antecedentes patológicos personales, entre otros.
- El completamiento de los estándares del proceso control prenatal en las historias clínicas por los profesionales de salud de gestantes atendidas es deficiente en más de la mitad de los casos revisados, sin que existan diferencias entre médicos y obstetrices.
- Más de las tres cuartas partes de los profesionales de la salud encuestados consideran que el tiempo otorgado para la consulta de captación o control prenatal es insuficiente para la atención integral de embarazadas en consultas subsecuentes.



## **RECOMENDACIONES**

- Implementar la propuesta sugerida en esta investigación
- Proponer a las autoridades del Centro de Salud Tipo C Lasso la implementación de Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal, en capacitaciones continuas a los profesionales de la salud.

## **CAPITULO 6. PROPUESTA**

### **6.1 Datos informativos**

#### 6.1.1 Tema

“DIFUNDIR LA UTILIZACIÓN DE MANUAL DE ESTÁNDARES, INDICADORES E INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE ATENCIÓN MATERNO NEONATAL”

#### 6.1.2 Institución ejecutora

- Centro de Salud tipo C de Lasso

#### 6.1.3 Beneficiarios:

- Profesionales del Centro de Salud de Lasso
- Gestantes de Lasso, Pastocalle y Tanicuchi.

#### 6.1.3 Ubicación

- Lugar: Centro de Salud Tipo C de Lasso
- Cantón: Latacunga
- Provincia: Cotopaxi

#### 6.1.4 Tiempo de Ejecución:

- Inicio: Marzo 2017
- Finalización: Junio 2017

#### 6.1.5 Equipo de Ejecución:

- Investigador: Dra. Rita Paulina Guanochanga Collaguazo

#### 6.1.6 Presupuesto

Por ser una propuesta que se ejecutará en el sitio de trabajo del profesional egresado, no se generarán gastos institucionales.

#### **6.2 Antecedentes de la propuesta**

Con la investigación realizada se determinó que aproximadamente el 70% de pacientes embarazadas atendidas en el Centro de Salud tipo C de Lasso tienen una percepción buena y excelente del trato, la comunicación medico paciente y el examen, que le realizaron los profesionales de las salud en la atención prenatal recibida en dicha institución.

Existe un Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal, que propone el Ministerio de Salud Pública para realizar un monitoreo continuo, desconocida por muchos profesionales de la salud, el mismo menciona que a más de medir la satisfacción de las usuarias, se debe utilizar las tablas para controlar un completo llenado de historias clínicas y llevar un registro de los insumos y medicamentos básicos que deben existir en la institución, éstas tablas fueron utilizadas en la presente investigación obteniendo resultados de importancia; llama la atención que alrededor de un 50% de los profesionales no registran completamente los estándares del proceso control prenatal, pero a más de esto es muy alarmante que tanto médicos como obstetrices en un alto por ciento no consideren importante algunos estándares a la hora de evaluar y registrar en la historia clínica de la paciente gestante, como son los antecedentes patológicos personales, la

edad gestacional o semanas de amenorrea, sangrado genital y la evaluación nutricional, entre otros estándares.

Por lo anteriormente expuesto, es necesario se inicie el trámite para crear grupos de control permanente del buen llenado de historia clínicas y charlas educativas dirigidas al personal de salud.

### **6.3 Justificación**

Un programa informativo acerca de la calidad de atención a las gestantes y las facilidades que otorga el MSP para monitorizar la misma continuamente, abre las puertas hacia la posibilidad de mantener un servicio íntegro dirigido hacia las gestantes.

Debido al poco conocimiento del personal acerca del monitoreo continuo de calidad de atención materno-infantil que propone el MSP, es necesaria la difusión del Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal, obteniendo así esta información como herramienta fundamental para la satisfacción del usuario que asiste.

La propuesta permitirá integrar y mejorar los conocimientos de los profesionales para que durante la consulta prenatal se registre por completo los estándares del proceso control prenatal, evitando las complicaciones y disminuyendo la morbilidad y mortalidad materno-neonatal, así como obteniendo mejores resultados en sus evaluaciones como profesionales.

## **6.4 Objetivos**

### 6.4.1 Objetivo General

- Difundir la utilización Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal.

### 6.4.2 Objetivos Específicos

- Socializar la investigación realizada.
- Diseñar estrategias informativas orientadas al cumplimiento de los estándares del control prenatal.

## **6.5 Análisis de factibilidad**

La siguiente propuesta es factible por las siguientes razones:

### 6.5.1 Factibilidad socio-cultural

La difusión de un mensaje de buena calidad de atención, permite socializar al médico u obstetrix con las gestantes, para establecer una buena comunicación médico paciente, empatía con las gestantes y sobre todo encontrar satisfacción de la usuaria.

### 6.5.2 Factibilidad organizacional

El factor institucional y profesional se presta para la realización y desarrollo adecuado de dicha propuesta.

### 6.5.3 Factibilidad Económica

Talento Humano

- Investigador

Recursos tecnológicos

- Computador
- Impresora
- Proyector

## **6.6 Fundamentación**

Calidad de atención

Definimos calidad, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a fin de cumplir los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, trabaja continuamente para mejorar la calidad de la atención que brinda a la población a través de los servicios de salud, aportando así a mejorar la calidad de vida de la sociedad y brindar mayor satisfacción al usuario/a [8].

Satisfacción del usuario

En el análisis de la satisfacción de los usuarios de un servicio de salud, es importante para tener una evaluación de la atención que se está brindando, siendo útil esta información para quienes deben tomar la decisión de mejorar los servicios de salud y reorientar aquellos que no se encuentran funcionando de manera eficiente y eficaz.

## Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno – neonatal en Ecuador

Aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan en el Ecuador cada año pero no todas ellas reciben una atención de calidad como les concierne de acuerdo a los derechos de la mujer y de ciudadanía. Así en el período 1999 – 2004 solo un 57,5 % de mujeres cumplieron con todos los estándares de la norma del MSP y uno de ellos de realizarse al menos cinco controles prenatales <sup>16</sup> Un control prenatal adecuado, periódico e integral, disminuye el riesgo de muerte tanto materna como perinatal, y además crea un ambiente adecuado para la atención del parto y garantiza las condiciones favorables de salud tanto para la madre como para el hijo. Posterior a la aplicación de esta norma y de la creación de los Equipos de Mejoramiento Continuos de la Calidad (EMCC) en las de salud, los estándares e indicadores fueron analizados durante el primer trimestre del 2008. El manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno – neonatal en Ecuador presenta un conjunto de nuevos estándares, instrumentos e instructivos, basados en la nueva Norma Nacional y la evidencia científica, estrictamente diseñados para que el personal que conforma los equipos de mejoramiento continuo de la calidad de las unidades de salud recolecten la información necesaria y puedan mediante los indicadores evaluar el cumplimiento del estándar y por tanto de la norma. Los instrumentos tienen su respectivo instructivo, el cual describe la obtención de datos, el correcto llenado del formulario, el procesamiento y análisis del mismo.

El control prenatal óptimo según las normas, incluye un mínimo de cinco chequeos prenatales por un profesional de salud calificado ya sea médico u obstetrix, esto durante el embarazo de bajo riesgo. El primer control debe ser entre de las veinte semanas y los otros subsecuentes repartidos de la

siguiente manera: entre las 22 y 27 semanas; 28 y 33 semanas; 34 y 37 semanas y entre las 38 y 40 semanas. Pero no el cumplimiento de una sola norma garantiza la calidad de atención ya que además se requiere que en cada visita el profesional de salud ofrece a la gestante varias actividades y procedimientos de salud con el fin de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso del embarazo y/o del recién nacido.

Según el Manual de Estándares de Calidad para que los controles prenatales cumplan con estos objetivos, en todas las gestante se aplicara y se registrará en su historia clínica las actividades siguientes: antecedentes personales y obstétricos; talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; peso; tensión arterial; altura uterina; auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema de miembros inferiores; sangrado genital; actitud fetal que corresponde a la presentación, posición y situación fetal, aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica; registro prescripción de hierro; registro prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado [15].

### **6.7 Metodología, Modelo operativo**

Tabla 22. Modelo operativo de la propuesta “difundir la utilización de Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal”



FASES	ETAPA	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
FASE INICIAL	SENSIBILIZACION	Sensibilizar a las autoridades para el uso permanente del Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal	Solicitar reunión Exponer resultados de investigación	Oficio	2 días
	SOCIALIZACIÓN	Exponer y dar a conocer el formato de los instrumentos de medición de calidad de atención al personal de salud	Exposición de los formatos de medición de la calidad de atención al personal de salud	Invitaciones Exposición	1 semana
FASE CENTRAL	PLANIFICACIÓN	Involucrar a las autoridades para elaborar acciones de control permanente de calidad de atención	Reuniones de trabajo	Personal del Centro de Salud tipo C de Lasso	4 semanas
FASE FINAL	IMPLEMENTACIÓN	Cumplimiento de la normativas y evaluación del control prenatal en el Centro de Salud tipo C Lasso	Charla educativa	Computadora y proyector	4 semanas
	EVALUACIÓN	Auditar historias clínicas con controles prenatales	Encuesta y llenado de historia clínicas	Investigador	6 meses

Elaborado por: Rita Guanochanga

## 6.8 Administración

La difusión de utilización del Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal, se realizará con la participación de autoridades del Área N°1 de Salud de la Provincia de Cotopaxi, responsables del Centro de Salud tipo C de Lasso y el personal que labora en ésta institución.

## **6.9 Previsión de la evaluación**

Se obtendrá la información de las historias clínicas a través de la observación documental verificando el registro de los estándares de calidad del control prenatal. La evaluación se realizará una vez se haya implementado el plan de difusión del instrumento, lo que permitirá corregir errores detectados en el registro de los estándares. Se solicitará al encargado administrativo del Centro de Salud una información cualitativa del último período evaluado en la unidad.

## MATERIALES DE REFERENCIA

### Materiales de referencia

1. Ministerio de Salud Pública. Control Prenatal: Guía de práctica clínica. [en línea]. Dirección Nacional de Normatización MSP: Ecuador. 2016. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: <http://es.slideshare.net/pomicin/gpc-control-prenatal-2015-msp-ecuador-2015>
2. Chipantiza, María. Mecanismo de evaluación para el cumplimiento del programa de atención prenatal en el hospital IESS Ambato, periodo noviembre 2014- abril 2015. [tesis en línea]. Universidad Autónoma Regional de los Andes: Ecuador. 2015. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1027/1/TUAM ED076-2015.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. [en línea]. The patenrship; Chile. 2010. [Fecha de acceso 20 de septiembre del 2015]. URL disponible en: [http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis\\_situacionmortalidad\\_en\\_alc.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf) ESTAD Y EPIDE
4. UNICEF. Salud Materna y Neonatal. [en línea]. Fondo de las Naciones Unidad para la infancia; Nueva York. 2008. [Fecha de acceso 20 de septiembre del 2015]. URL disponible en: [http://www.unicef.org/lac/SOWC\\_2009\\_LoRes\\_PDF\\_SP\\_USLetter\\_12292008\(10\).pdf](http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008(10).pdf)
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del

- proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño. [en línea]. OPS; Washington. 2008. [Fecha de acceso 20 de septiembre del 2015]. URL disponible en: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D115.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D115.pdf)
6. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. [en línea]. CONASA; Ecuador. 2008. [Fecha de acceso 20 de septiembre del 2015]. URL disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/Plan%20Nacional%20de%20Reducci%C3%B3n%20Acelerada%20de%20la%20Mortalidad%20Materna%20y%20Neonatal%20%20Ecuador.pdf>
  7. OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. 2012. [Fecha de acceso 3 de noviembre del 2015]. URL disponible en: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf)
  8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual Modelo de Atención Integral de Salud [en línea]. Ecuador. 2012. [Fecha de acceso 2 de febrero del 2015]. URL disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
  9. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador [en línea]. Ecuador. 2013. [Fecha de acceso 8 de febrero del 2015]. URL disponible en: [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
  10. Martínez, Esperanza. Guía de calidad y calidez de atención en la salud. [en línea]. Uruguay. 2011. [Fecha de acceso 10 de septiembre del 2015]. URL disponible en: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZWNpc3dlYi5jb218d3d3fGd4OjMyMWJhMjcxZWE1ZDlwMTk>

11. Urriago, María. Calidad de atención de salud. [en línea]. Hospital Universitario de los Valles Evaristo García; Colombia, 2011. [Fecha de acceso 10 de septiembre del 2015]. URL disponible en: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf>
12. Sámano, Reyna. Programas destinados a combatir la muerte materna: Algo de historia. [en línea]. Revista Perinatología y Reproducción humana; México. 2010. [Fecha de acceso 25 de septiembre del 2015]. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101g.pdf>
13. Secklen, Juan. Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios maternos-perinatales en Perú. La experiencia del proyecto 2010. [en línea]. Revista Brasileña Saude Matern; Perú. 2013. [Fecha de acceso 02 de septiembre del 2015]. URL disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n4/18887.pdf>
14. Duarte, Francisco. Valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud materno según la percepción de las usuarias en asunción y departamento central en el periodo 2007 – 2008”. [en línea]. FACEN; Uruguay. 2010. [Fecha de acceso 20 de septiembre del 2015]. URL disponible en: <http://www.facen.una.py/files/investigacion/revistas/pdf/v1n2/04.pdf>
15. Ministerio de Salud Pública. Manual de Estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal. [en línea]. CONASA; Ecuador. 2008. [Fecha de acceso 20 de septiembre del 2015]. URL disponible en: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D65.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D65.pdf)
16. Ministerio de Salud Pública. Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos. [en línea]. MSP; Ecuador. 2011. [Fecha de acceso 02 de septiembre del 2015]. URL disponible en: <http://www.care.org.ec/wp->

content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado.pdf

17. Ministerio de Salud Perú. Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales. [en línea]. MINSA; Perú. 2007. [Fecha de acceso 02 de septiembre del 2015]. URL disponible en:  
[http://www.maxidataconsultores.com/sip2000v2/RM\\_Indicadores\\_FON\\_parte\\_01.pdf](http://www.maxidataconsultores.com/sip2000v2/RM_Indicadores_FON_parte_01.pdf).
18. Creel, Liz. Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. [en línea]. Washington. 2008. [Fecha de acceso 12 de septiembre del 2015]. URL disponible en: [http://www.prb.org/pdf/QOC1Overview\\_Sp.pdf](http://www.prb.org/pdf/QOC1Overview_Sp.pdf)
19. Urbina, Claudio. Embarazo en la adolescencia. [en línea]. Revista Peruana de Ginecoobstetricia: Perú. 1997 [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D569.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D569.pdf)
20. INEC. Características madres del Ecuador. [en línea]. Instituto Nacional de estadísticas y censos; Ecuador. 2012. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible: <file:///C:/Users/Pauly/Downloads/PresentacionMadres.pdf>
21. Espinosa, Juárez y Cedeño. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. [en línea]. Revista Panam Salud Pública: México. 2003. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v13n4/a05v13n4>
22. Bravo, Mélida. Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Centro de Salud de Amaguaña. [tesis en línea]. Universidad Particular de Loja; Ecuador. 2011. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en:

<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2843/1/Bravo%20Tapia%20Melida%20Rosario.pdf>

23. Vicuña, Marisol. Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. [en línea]. Anales de la facultad de Medicina San Fernando: Perú. 2012. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1476>.
24. Chipantiza, María. Mecanismo de evaluación para el cumplimiento del Programa de atención prenatal en el hospital IESS Ambato, periodo noviembre 2014- abril 2015. [tesis en línea]. Universidad Regional Autónoma de los Andes: Ecuador. 2015. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1027/1/TUAM ED076-2015.pdf>
25. Castaño, Katherine. Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. [en línea]. Bogotá. 2009. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis23.pdf>
26. Gonzalez, Julie. Percepción de cuidado humanizado que ingresan al servicio del Hospital de Ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel. [tesis en línea]. Pontificia Universidad Javeriana; Colombia. 2011. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf>
27. Chilipio Marco. Expectativas de las pacientes en relación al profesional obstetra en consulta externa del Centro de Salud Juan Pérez Carranza 2015. [tesis en línea]. Universidad Nacional Mayor

- de San Marcos: Perú. 2015. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4396/1/Chilipio\\_cm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4396/1/Chilipio_cm.pdf)
28. Charris, Pinedo. Nivel de satisfacción del usuario de los servicios que se prestan en la consulta externa en la IPS Universitaria Paso B Juan Mina. Baranquilla, 2013. [en línea]. Universidad Libre Seccional de Baranquilla: Bogotá. 2014. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5460368>
29. Castillo, Yolanda. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. [en línea]. Hacia la promoción de la salud: Cartagena. 2014. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772014000100010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772014000100010)
30. Montoya, Juan. Evaluación de la calidad del llenado de las hojas de control prenatal de pacientes remitidas de atención primaria. [tesis en línea]. Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-Managua; Nicaragua. 2015. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1484/1/42000.pdf>
31. Noguera, Astrid. Evaluación de la calidad de la atención del programa de Control prenatal a partir de la atención brindada a las Usuarías en el centro de salud suroccidente de Popayán enero de 2011 – junio de 2011. [tesis en línea]. Universidad del Cauca: Colombia. 2012. [Fecha de acceso 02 de junio del 2016]. URL disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1734/NogueraAstrid2011.pdf?sequence=1>



**ANEXOS:**



## **UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO**

### **POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

#### **CENTRO DE SALUD TIPO C DE LASSO**

Encuesta sobre: “Factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal en el Centro de Salud de Lasso”.

#### **INTRODUCCIÓN**

Estimada Sra.

Buenos días mi nombre es Rita Paulina Guanochanga Collaguazo, médica posgradista de medicina familiar y comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato. Previa coordinación con el Centro de Salud, me es grato dirigirme a Ud. para hacerle conocer que estamos desarrollando un estudio “Factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal en el Centro de Salud de Lasso”. Para ello solicito su participación en el desarrollo de este cuestionario, que nos permitirá identificar los factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal en el Centro de Salud de Lasso. Cabe mencionar que es anónimo y que los resultados obtenidos serán de uso exclusivo para la investigación que busca conocer los factores que influyen en la atención prenatal y poder proponer alternativas de mejoramiento de

calidad de atención materna. Le agradezco anticipadamente su participación.

## INSTRUCCIÓN

1. Edad:
2. Historia clínica:

A continuación se presenta una serie de preguntas donde se debe marcar en el paréntesis con una equis (X) la alternativa que considere su respuesta.

3. Educación:

Analfabeto	Educación básica	Bachillerato	Tecnólogo	Superior

4. Ocupación:

Empleado del estado	Empleado privada	Jornalera o Peóna	Cuenta propia	Trabajadora no remunerada o ama de casa

5. ¿Cómo considera el trato que recibió del médico u obstetriz?

Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo

6. ¿Cómo considera la comunicación que hubo entre usted y el médico u obstetriz?

Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo

--	--	--	--	--

7. ¿Cómo considera el examen físico que le realizó el médico y obstetriz?

Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo

8. ¿El médico u obstetriz que le atendió en su primera consulta le preguntó sobre sus antecedentes personales y obstétricos?

SI	NO

9. Sobre la valoración de su estado nutricional en la atención de su embarazo a usted:

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Le pesaron?			
Le midieron?			
Le calcularon el índice de masa corporal?			
Le realizaron la curva del peso materno?			

10. Sobre la valoración de los signos vitales materno, a usted:

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Le tomaron la presión arterial?			

11. Sobre la valoración del bienestar fetal, a usted:

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Le escucharon los latidos a su hijo?			
Le dijeron en qué presentación, situación y posición se encuentra su hijo?			

12. Sobre la normas de prevención en el embarazado, a usted:

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Le dijeron que tenía que aplicarse la vacuna antitetánica?			
Le prescribieron hierro?			
Le prescribieron ácido fólico?			
Recibió consejería acerca de su nutrición?			
Le dijeron cuáles son los signos de alarma en el embarazo			

13. Sobre exámenes en el embarazo, a usted le enviaron a realizar:

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Le realizaron exámenes como: VDRL, VIH, Glucosa, EMO, Hb, Hcto.			
Le hicieron un examen de orina en la consulta con una tirilla para medir proteínas en orina? (> a 20 semanas)			



**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO**

**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**CENTRO DE SALUD TIPO C DE LASSO**

**Lista de cotejo**

Fecha de la medición:

Responsable de la medición: Dra. Rita Guanochanga

Historia clínica Nro:

<b>ESTÁNDAR</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Antecedentes personales y obstétricos		
Semanas de amenorrea		
Determinación de la tensión arterial		
Auscultación de latidos cardiaco fetales (en embarazos >20 semanas)		
Sangrado genital (si aplica)		
Actitud fetal (presentación, posición y situación aplicable desde las 32 semanas de gestación)		
Evaluación del estado nutricional		
Verificación, indicación o registro de vacunación antitetánica según la norma del MSP		
Prescripción de hierro (tabletas de sulfato ferroso 50mg)		
Prescripción de ácido fólico tabletas 1mg (hasta las 12 semanas de gestación)		
Solicitud o resultados de exámenes prenatales: grupo, factor, VDRL, Hb-Hcto, glucosa, VIH, EMO.		
Proteinuria en tirilla en embarazos mayores 20 semanas		



**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO**

**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**CENTRO DE SALUD TIPO C DE LASSO**

Encuesta sobre: “Factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal en el Centro de Salud de Lasso”.

### **INTRODUCCIÓN**

Estimada(o) Sr. (a), Srta.

Buenos días mi nombre es Rita Paulina Guanochanga Collaguazo, Médica posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato. Previa coordinación con el Centro de Salud, me es grato dirigirme a Ud. para hacerle conocer que estamos desarrollando el estudio “Factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal en el Centro de Salud de Lasso”.

Para ello solicito su participación en el desarrollo de este cuestionario, que permitirá identificar los factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal en el Centro de Salud de Lasso.

Cabe mencionar que es anónimo y que los resultados obtenidos serán de uso exclusivo para la investigación, que busca conocer los factores que influyen en la atención prenatal y poder proponer alternativas de

mejoramiento de calidad de atención materna. Le agradezco anticipadamente su participación.

## INSTRUCCIÓN

### DATOS GENERALES

1. Edad:

A continuación se presenta una serie de preguntas donde se debe marcar en el paréntesis con una equis (X) la alternativa que considere su respuesta.

2. Profesión:

Médico	Obstetrix

3. ¿Indique qué de los siguientes aspectos considera importantes registrar en la historia clínica de las pacientes gestantes?

**MUY IMPORTANTE:** Estándar necesario y obligatorio de registrar en la atención prenatal.

**POCO IMPORTANTE:** Estándar necesario de registrar en la atención prenatal.

**NADA IMPORTANTE:** Estándar que no influye en la atención prenatal.

Estándar	Muy importante	Poco importante	Nada importante
Antecedentes personales y obstétricos			
Semanas de amenorrea			
Determinación de la tensión arterial			
Auscultación de latidos cardíaco fetales (en 20 semanas)			
Sangrado genital			



Actitud fetal (presentación, posición y situación desde las 32 semanas)			
Evaluación del estado nutricional			
Verificación, indicación o registro de vacunación antitetánica según la norma del MSP			
Prescripción de hierro (tabletas de sulfato ferroso 50mg)			
Prescripción de ácido fólico tabletas 1mg			
Solicitud o resultados de exámenes prenatales: grupo, factor, VDRL, Hb-Hcto, glucosa, VIH, EMO.			
Proteinuria en tirilla en embarazos mayores 20 semanas			

4. Con respecto al registro de los estándares de la atención prenatal en la historia clínica:

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Coincide el tiempo estipulado por el MSP del ( 20 minutos ) para la consultas subsecuentes en gestantes es suficiente?		
¿Conoce usted el Manual de Estándares de indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materna-neonatal		



**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO**

**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**CENTRO DE SALUD TIPO C DE LASSO**

Consentimiento Informado

Estimada(o) Sr. (a), Srta.

Buenos días mi nombre es Rita Paulina Guanochanga Collaguazo, Médica posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato. Previa coordinación con el Centro de Salud, me es grato dirigirme a Ud. para hacerle conocer que estamos desarrollando el estudio “Factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal en el Centro de Salud de Lasso”.

Para ello solicito su participación en el desarrollo de este cuestionario, que nos permitirá identificar los factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso control prenatal en el Centro de Salud de Lasso. Cabe mencionar que es anónimo y que los resultados obtenidos serán de uso exclusivo para la investigación, que busca conocer los factores que influyen en la atención prenatal y poder proponer alternativas de mejoramiento de calidad de atención materna. Le agradezco anticipadamente su participación.

Nombre y Apellido.....

Firma.....