

EVALUACIÓN DE CALIDAD EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DEL HOSPITAL DE KENNEDY, PRIMER NIVEL BOGOTÁ, D. C., 1999-2000

ZULMA CONSUELO URREGO MENDOZA

*Médica psiquiatra, epidemiólogo, subdirección científica
Hospital de Kennedy, primer nivel ESE*

ELSA HAYDEÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ

*Enfermera epidemióloga especialista en educación sexual,
oficina de desarrollo institucional, hospital de Kennedy, primer nivel ESE*

RUTH MARGARITA FERNÁNDEZ MORRIS

*Nutricionista dietista, coordinadora red materno-perinatal, subdirección
científica hospital de Kennedy, primer nivel ESE*

•

CORRESPONDENCIA

Zulma C. Urrego Mendoza, calle 35 A No. 75B-17 sur:
Hospital de Kennedy, primer nivel ESE.
Teléfonos: 273 20 52 - 273 18 19 - 273 10 06
Correo electrónico: zcurrégom@hotmail.com.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que la posibilidad de prevenir la muerte materna es de un 95%, que la política es reducir la mortalidad materna del Distrito Capital en un 50% para el año 2000 (1), y que los indicadores de calidad reflejan la idoneidad de los servicios de salud y, por tanto, su capacidad para impactar positiva o negativamente el nivel de salud de los usuarios de un programa, se evaluó la calidad del programa de control prenatal del hospital de Kennedy, primer nivel ESE entre julio de 1999 y enero de 2000, incluyendo componentes de estructura, proceso y resultado.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo, con un componente de corte. Se verificó la estructura disponible en 11 puntos de atención (geográficamente dispersos en la localidad octava, pero unidos por aspectos administrativos), se encuestó a los profesionales a cargo (n=38) y una muestra de usuarias (n=192); se revisó una muestra de historias clínicas (n=329) y la totalidad de partos atendidos en el Centro de Atención Mediana Inmediata (CAMI) Patio Bonito.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La estructura y el proceso de prestación del servicio se ubicó en un rango global de calidad aceptable, aunque con algunas deficiencias susceptibles de ser corregidas para elevar la calidad de la atención. En cuanto al resultado, las usuarias en general se mostraron satisfechas con la atención recibida e identificaron aceptablemente signos de riesgo durante la gestación en un 76.6% de los casos; un 44.7% de los profesionales a cargo nunca han recibido capacitación posgradual en control prenatal, y en el 86.8% de los casos se ubicaron en un rango bajo de conocimientos en torno a clasificación del riesgo obstétrico. No se encontraron casos de mortalidad durante el periodo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base en los resultados, se modificará el protocolo de atención prenatal de la institución y se planea brindar capacitación continuada a los funcionarios a cargo, como estrategias para el mejoramiento continuo en la calidad de la atención brindada.

PALABRAS CLAVE

Evaluación de calidad, control prenatal.

INTRODUCCIÓN

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, dentro de su política de fomento a la investigación que ayude a esclarecer el comportamiento de los eventos mórbidos del Distrito Capital, menciona como línea prioritaria de investigación la relacionada con la calidad de la atención de la mujer gestante y evaluación de impacto de los programas en el área desarrollados hasta el momento (1). Teniendo en cuenta que la posibilidad de prevenir la muerte materna es de un 95%, según lo expresado por la Organización Mundial de la Salud, y que la política de reducción de la mortalidad materna en el Distrito indica una meta de disminución de un 50% para el año 2000 (1), se considera pertinente realizar una evaluación de la calidad del programa de control prenatal del hospital de Kennedy, primer nivel, empresa social del Estado (ESE), con el fin de identificar sus fortalezas, sus dificultades y plantear los correctivos necesarios para contribuir a elevar el nivel de salud del binomio madre-hijo en la localidad 8 del Distrito Capital, área de influencia de esta institución. El análisis de la información originada a partir del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en la localidad de Kennedy ha puesto en evidencia fallas en la red prestadora de servicios a gestantes de la zona, dadas por ausencia de homogeneidad en criterios para la clasificación del riesgo obstétrico y debilidades en el sistema de referencia-contrarreferencia, así

como deficiencia en captación precoz de gestantes (33.8% llegan a atención del parto sin control prenatal, 32.8% acuden a control prenatal al hospital de primer nivel después de las 30 semanas de gestación, 31.4% no se vacunan con toxoide tetánico) y problemas en la calidad de prestación de los servicios a mujeres gestantes (4.5% de las historias clínicas CLAP carecen de antecedentes obstétricos y 6.2% de antecedentes perinatales) que hacen necesario un estudio como el planteado, como base para el direccionamiento de políticas institucionales y locales a favor del binomio madre-hijo, que se enmarquen dentro de la política distrital de disminución de morbilidad y mortalidad en áreas indicativas del nivel de desarrollo y de calidad de vida de la población (1,2).

Las preguntas a estudiar son: (1) ¿La estructura y el proceso de prestación del servicio de control prenatal en el hospital de Kennedy, primer nivel ESE se acercan a los estándares recomendados para una atención con calidad? (2) ¿Se encuentran dentro de rangos satisfactorios los indicadores de resultado del programa, relacionados con conocimientos o actitudes de las usuarias y cualificación del equipo profesional prestador del servicio? (3) ¿Cómo se comportan la morbilidad y mortalidad materno-perinatal en las usuarias del servicio de partos del Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI) Patio Bonito, en relación con exposición a control prenatal y presencia de factores de riesgo médicos, psicosociales y ginecobstétricos?

Para contestar tales preguntas se identifican las características de la estructura disponible para atención prenatal en la totalidad de los puntos de atención del hospital; se establecen las características de las prácticas realizadas dentro del programa a partir de información consignada en las historias clínicas y de encuestas a usuarias y profesionales prestadores del servicio; se estiman características relacionadas con la cualificación de los profesionales del programa en el campo de la atención prenatal; se identifican, en las usuarias, los conocimientos y las actitudes indicativas de resultados del mismo, y se explora la frecuencia de morbi-mortalidad en relación con factores de riesgo y protectores presentes en las usuarias de sala de partos del CAMI Patio Bonito. Aún cuando el énfasis del estudio está puesto en la descripción, se explora la asociación entre variables que resultan de interés para la caracterización del programa.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, con un componente de corte (*cross-sectional*) para explorar posibles asociaciones. Dada la complejidad del universo de estudio (el programa de control prenatal, con todos sus elementos constitutivos), se planteó el abordaje descriptivo en varias fases y a partir de información originada en diversas fuentes:

- Una fase retrospectiva, en cuanto a la verificación de indicadores de proceso a partir de información registrada en las historias clínicas de usuarias del programa durante los meses de julio a noviembre de 1999 ($n=2,299$), de las cuales se seleccionó una muestra sistemática proporcional según puntos de atención ($n=329$; confianza 95%; error máximo permitido del 5%; prevalencia esperada 50%, dado que se desconoce la prevalencia real; $k=7$), cuyo marco muestral fueron los registros del sistema de información del programa.
- Una fase transversal, en lo concerniente a constatación de requisitos estructurales en los puntos de atención y exploración de conocimientos-actitudes mediante encuesta a los profesionales a cargo del programa y las usuarias, desarrollada durante los meses de noviembre y diciembre de 1999, en la cual se incluyeron la totalidad de los profesionales médicos y enfermeras prestadores de servicios de control prenatal ($n=38$), así como una muestra por conveniencia, proporcional según puntos de atención, de las usuarias del programa en la primera mitad del periodo seleccionado ($n=1,090$; $n=192$; confianza 95%; error máximo permitido del 5%; prevalencia esperada 50%). El marco muestral estuvo constituido por los registros de pacientes atendidas en el programa durante el periodo.
- Una fase prospectiva, en la evaluación de factores de riesgo y morbi-mortalidad a partir de revisión de historias clínicas y encuesta directa a la totalidad de las pacientes cuyos partos fueron atendidos en el CAMI Patio Bonito durante los meses de diciembre de 1999 y enero del 2000 ($n=113$).

Para la recolección de información se emplearon cinco instrumentos:

- Instrumento para verificación de condiciones de eficiencia, construido y validado por la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, para evaluar programas ambulatorios de obstetricia y ginecología en el primer nivel de atención (3). El instrumento consta de siete secciones en las áreas de: planta física, recursos materiales, recursos humanos, suministro y servicios de apoyo, planeación de actividades de educación para la salud, gerencia y administración. Cada área consta de una serie de ítems ponderados, mediante los cuales se obtiene un puntaje que permite clasificar la calidad en la estructura de los servicios, así: en rango bajo (deficiente) si corresponde a menos del 60% del puntaje total posible; en rango medio (aceptable) cuando se ubica entre el 60% y menos del 80% del total posible; y en rango alto (eficiente) si obtiene un puntaje igual o superior al 80% del total posible.
- Cuestionario para usuarias del programa, para cuya elaboración se conservó la estructura del instrumento empleado y validado con fines similares en la evaluación de servicios de rehabilitación del Distrito, con las modificaciones pertinentes para ser utilizado en el contexto de un programa de control prenatal (4). El instrumento final contiene variables que exploran características socio-demográficas de las pacientes; características del proceso de prestación del servicio y del resultado del mismo a partir de reconocimiento por la paciente de signos de alarma durante el embarazo y percepción de calidad- satisfacción con los servicios recibidos. Se empleó un indicador de reconocimiento de signos de alarma construido con base en el porcentaje reconocido acertadamente del total de signos de alarma presentados, que permitió clasificar el reconocimiento como bajo (<60%); medio (60-79%) y alto (>80%)
- Cuestionario para profesionales del programa, que conservó las partes incluidas en el instrumento equivalente del estudio evaluativo de servicios de rehabilitación ya mencionado (4), con las modificaciones pertinentes para evaluar proceso y resultado en control prenatal. El instrumento final caracterizó a los profesionales con base en su profesión, experiencia en programas prenatales, vincu-

lación con el hospital, estudios de posgrado en el área del control prenatal, características de la prestación del servicio en el hospital, conocimientos generales sobre clasificación del riesgo obstétrico y sobre los contenidos del plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S) en control prenatal, vigentes para el momento de la aplicación del instrumento. Se emplearon dos indicadores: rango de conocimientos generales y rango de conocimientos del POS-S, con criterios similares a los empleados para el indicador de reconocimiento de signos de alarma en usuarias.

- Instrumento para caracterización del proceso de prestación del servicio prenatal a partir de información registrada en las historias clínicas, en el cual se incluyeron algunos de los Indicadores de calidad en obstetricia elaborados por la Asociación Colombiana de la Salud (Asalud) (5) para su estudio correspondiente, contratado por la Secretaría Distrital, con adición de evaluación del registro de valoración de factores de riesgo personales, familiares, gineco-obstétricos y psicosociales, así como registro de captación precoz, realización de actividades educativas y de seguimiento domiciliario a gestantes con factores de riesgo. A partir de los ítems registrados en cada historia clínica se encontró el porcentaje de cumplimiento de requisitos mínimos de calidad en el proceso de atención, mediante el cual éste se caracterizó como en rango bajo, medio o alto, siguiendo los mismos parámetros empleados para el instrumento de estructura.
- Instrumento para caracterización de morbi-mortalidad y factores de riesgo-protectores en Usuarías del CAMI, que recogió información general sobre la madre y el producto de la gestación; evaluación de exposición a factores protectores (exposición a control prenatal en nuestro hospital o en otra institución de salud); evaluación de factores de riesgo médicos, psicosociales y del comportamiento o gineco-obstétricos; así como registro de presentación o ausencia de complicaciones con el producto de la gestación y la madre, detectadas en el momento del parto y el puerperio inmediato (antes del alta hospitalaria).

Para los componentes observacionales descriptivos se caracterizaron las variables de estructura, proceso y resultado mediante medidas de estadística descriptiva acordes con cada variable. Se exploró la asociación

entre algunas variables realizando prueba de contingencia múltiple, utilizando la distribución de Chi cuadrado con nivel de significación del 5% e intervalos de confianza del 95%. Para el componente de corte se empleó un diseño de una sola muestra a partir del efecto, empleando como medida de asociación la razón de disparidades (RD u OR), y realizando como prueba de significancia estadística la de Chi cuadrado con sus respectivos intervalos de confianza y valor de p.

Se solicitó consentimiento informado verbal a todos los participantes y se les aseguró confidencialidad en la información suministrada, así como uso de la misma sólo para los fines contemplados en el estudio.

RESULTADOS



ESTRUCTURA

En la tabla I se muestra el puntaje promedio de cumplimiento y rango de ubicación para cada uno de los componentes evaluados en la estructura (física, materiales, suministros, recursos humanos, educación, normas y procedimientos, gerencia y administración). También el porcentaje y los rangos globales por puntos de atención y global para el hospital.

Tomando el puntaje promedio para evaluación de estructura, en su mayoría los puntos de atención se ubicaron en un rango medio (aceptable). En relación con lo anterior, el 40.5% de los profesionales participantes expresaron no contar con un área física de trabajo adecuada, a su juicio, para la realización de las actividades de control prenatal. El 67.6% manifestó tener disponibles de manera permanente los equipos mínimos necesarios para la prestación del servicio, y 62.2% dijo que contaba de manera permanente y oportuna con la papelería necesaria para el programa.

PROCESO

En cuanto a la evaluación de la calidad del proceso de prestación de los cuidados prenatales, a partir de información registrada en historias

clínicas, se encontró que en promedio las historias evaluadas cumplieron de manera satisfactoria con el 70.86% de los ítems seleccionados (puntaje mínimo 25; puntaje máximo 93.75). De acuerdo con lo anterior; en su mayoría (52%) se ubicaron en un rango medio de calidad en el registro del proceso de atención. En la tabla 2 se encuentra el porcentaje de registro en la historia clínica de cada uno de los aspectos evaluados.

Los profesionales relataron que, en promedio, sus consultas de control prenatal duran 22.8 minutos (mínimo = 15 minutos; máximo = 50 minutos; moda = 20 minutos;). El 54.5% consideró que el estándar de duración establecido en el hospital para la realización de la actividad (20 minutos) resulta suficiente y adecuado. El 81.8% manifestó que en su sitio de trabajo se realizan actividades educativas a las gestantes durante todos los contactos con la institución, incluso las consultas médicas. El 77.3% relató que en su punto de atención se cuenta con un curso psicoprofiláctico estructurado para las gestantes atendidas.

Solamente un 38.1% de los profesionales afirmó que se realiza una evaluación cuidadosa y sistemática de factores de riesgo psicosociales. Así mismo, sólo el 13.6% manifestó que en su sitio de trabajo se realiza seguimiento domiciliario a las gestantes detectadas con factores de riesgo de cualquier tipo. En cuanto al tipo de procedimientos utilizados como base para la toma de decisiones clínicas con las usuarias, la mayor parte de los profesionales mencionó que utilizaba los protocolos de manejo del hospital o consensos en la materia publicados por instituciones externas a éste (31.4% respectivamente). Llama la atención que un 14.3% afirmó tomar decisiones clínicas apoyado primordialmente en sus decisiones personales.

En el momento de diligenciar el instrumento, las usuarias de control prenatal encuestadas llevaban asistiendo al programa entre menos de uno y tres meses en un 46% de los casos; entre tres y seis meses en un 38.1% y más de seis meses en el 15.9%. Con respecto al estado civil, la mayoría de las pacientes se encontraba en unión libre (49.5%), seguidas por las pacientes solteras (28.1%) y casadas (17.7%). En cuanto a la escolaridad, el 58.3% tenía algún nivel de secundaria, el 32.3% algún nivel de primaria y el porcentaje restante otro tipo de escolaridad. No se detectaron mujeres sin escolaridad. En su mayoría, la ocupación de las encuestadas era en las labores del hogar (48.7%), además de mujeres con múltiples roles (17.9%) y desempleadas (15.2%). En cuanto a la edad gestacional al inicio del control prenatal, en su mayoría refirieron haber tenido su pri-

mer contacto con los servicios de salud durante el primer trimestre (48.4%), en el segundo trimestre lo iniciaron un 42.6% y en el tercer trimestre el 9%. El tiempo de espera entre la solicitud de la cita y la atención fue menor de un día en el 43.5%, entre un día y una semana en el 45.2%, y mayor de una semana en el porcentaje restante. El 37.6% de las usuarias eran adolescentes (< 19 años), 56.2% adultas (20-34 años) y 6.2% mayores (> 35 años). La edad promedio de las usuarias de control prenatal encuestadas fue de 23.33 años (mínima= 15 años; máxima= 39 años; moda= 18 años). El inicio del control prenatal se debió en la mayoría de los casos a iniciativa de la propia paciente (42.9%) o de su esposo (13.1%). Es importante resaltar que sólo en el 6.3% de los casos se realizó por recomendación directa del personal de salud. El 75.8% de las encuestadas refirió no haber faltado nunca a las actividades programadas dentro de su control prenatal. Entre las que tuvieron ausencias, los motivos más frecuentes fueron: la falta de tiempo (28%), falta de dinero (14%), no disponibilidad de acompañamiento (12%) y otras causas para el porcentaje restante. El 90.8% de la muestra total de usuarias indicó haber recibido inducción al programa por parte del personal de salud, el 91.4% educación en salud durante las consultas, el 31.7% recomendaciones escritas y el 64.7% charlas educativas. Solamente el 7% relató haber sido visitada en su casa por un miembro del equipo de salud, y el 52.4% dijo que no se la había incluido en un curso psicoprofiláctico estructurado. El 78.8% considera que recibió su atención con puntualidad y el 80.3% estimó que la frecuencia de las citas fue la adecuada para llevar un buen control. Finalmente, el 90.4% consideró que su relación con el equipo tratante fue buena, el 9% regular, y sólo una paciente (0.5%) la calificó como mala.

RESULTADOS

Evaluando indicadores de resultado a partir de la encuesta a usuarias se encontró que el 98.2% consideró haber recibido una atención prenatal de buena calidad y el 99.4% se mostró satisfecha con ella. El porcentaje de no respuesta para la primera pregunta fue del 12% y para la segunda del 5.72%. Un 97.8% dijo que en una gestación posterior volvería a solicitar los servicios prenatales del hospital, y un 98.9% los recomendaría a amigos y familiares. El porcentaje de no respuesta a la primera pregunta

fue del 3.1% (6 pacientes) y para la segunda del 2.6% (5 pacientes). Se encontró que los signos de alarma no fueron reconocidos como tales por las usuarias en una proporción importante de los casos. Así, se dejó de identificar como alarma la salida de líquido claro en el 11.2%; la hemorragia leve en el 42.6%; la hiperemesis en el 38.8%; la cefalea intensa en el 39.9%; las alteraciones visuales en el 13.8%; el dolor abdominal en el 38.8% y la fiebre en el 10.6%. El puntaje global de reconocimiento de los signos de alarma por las usuarias fue en promedio de 71.34 % (mínimo = 0; máximo = 100; mediana y moda = 75). De acuerdo con lo anterior el 38.3% de las encuestadas se ubicó en un rango alto de reconocimiento, el 38.3% en rango medio y el 23.4% en rango bajo.

En cuanto a los profesionales, se identificaron 38 médicos y enfermeras en el hospital directamente relacionados con la atención del programa de control prenatal, 28.9% enfermeras y 71.1% médicos, siendo incluidos todos en el estudio. Al indagar sobre su experiencia en programas de control prenatal, en su mayoría refirieron que era inferior a dos años (40.5%) o de entre dos y cinco años (29.7%). De manera similar, el 84.2% manifestó que su vinculación con la institución era inferior o igual a cinco años.

La capacitación recibida con posterioridad al pregrado en lo relacionado con la atención del control prenatal correspondió exclusivamente al tipo no formal de corta duración (cursos, seminarios y congresos); el 44.7% de los participantes manifestó no haber cursado ningún tipo de estudio posgradual en el área. Al evaluar el grado de conocimientos generales sobre control prenatal, empleando como indicador el porcentaje de respuestas acertadas a una serie de preguntas sobre riesgo obstétrico, se encontró que el 86.8% de los participantes se ubicó en el rango bajo de conocimientos, el 7.9% en el rango alto y ninguno en el rango medio. El puntaje promedio obtenido para este indicador fue de 29.73% (mínimo = 0; máximo = 100; moda = 66.6).

Un 52.4% afirmó conocer el portafolio de servicios del hospital en lo correspondiente al programa. Sin embargo, al realizar una aproximación al grado de sus conocimientos sobre los contenidos del plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S) en torno al proceso de control anteparto, empleando como indicador el porcentaje de respuestas acertadas a una serie de preguntas propuestas sobre el tema, el 42.1% se ubicó en un rango bajo de conocimiento del POS-S, un 34.2% en rango medio y solamente el 23.7% en rango alto. El puntaje promedio obtenido para cono-

cimiento del contenido relacionado con control prenatal en el POS-S fue del 58.33% (mínimo = 0; máximo = 100).

En cuanto al componente de corte efectuado en el CAMI Patio Bonito, en total se incluyeron 113 casos correspondientes a la totalidad de los partos atendidos en el periodo seleccionado. La edad promedio de las maternas cuyos partos se atendieron en el CAMI fue de 24.13 años (mínima = 16; máxima = 39; mediana = 23; moda = 18); la proporción de adolescentes fue de 26% y de gestantes mayores del 3.6%, correspondiendo el porcentaje restante a mujeres adultas. El 22.1% eran primigestantes. Del total de la población estudiada, el 90.3% refirió haber realizado control prenatal (88.3% en uno de los puntos de atención del hospital). En promedio asistieron a cuatro controles previos al parto. En cuanto a la edad gestacional al momento del parto, ésta osciló entre 27 y 41 semanas (promedio = 38.33; moda = 39).

Con respecto a la frecuencia de presentación de factores de riesgo en estas pacientes, 4% tenía un periodo intergenésico inferior a un año y 10% tenía antecedente de alguna complicación en gestaciones anteriores. En el 3.5% se registraron complicaciones maternas anteriores; 65.2% presentaba cualquier factor de riesgo psicosocial; el 8.1% cualquier factor de riesgo ginecológico; 4.5% cualquier factor de riesgo médico. No se encontró ningún caso de enfermedad de transmisión sexual, malformaciones fetales previas ni consumo de sustancias psicoactivas (ver tabla 3). El peso al nacer de los productos osciló entre 1,500 y 4,000 gr; ubicándose un 60.7% de los nacidos en rango de peso normal; 3.7% en bajo peso; 30.8% en déficit de peso y 4.7% con macrosomía. No se registraron casos de mortalidad materna o perinatal en el periodo observado.

Teniendo presente que el diseño del estudio no permite establecer relaciones de causalidad, se exploraron las asociaciones consideradas de interés entre factores de riesgo o protectores y presencia de morbilidad materno-perinatal. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de complicaciones maternas y control prenatal en el hospital (OR = 0.11; límites de confianza del 95% = 0.01 < OR < 1.30). Lo mismo ocurrió al explorar las complicaciones maternas en relación con exposición a control prenatal en cualquier institución de salud, incluyendo el hospital (OR = 0.30; límites de confianza del 95% = 0.02 < OR < 8.46). Igualmente, no existieron asociaciones estadísticamente significativas entre las complicaciones maternas o perinatales y los demás factores de riesgo explorados. Lo anterior debe interpretarse teniendo en cuenta que el no

haber encontrado una asociación estadísticamente significativa se debió a problemas de tamaño de muestra, razón por la cual el intervalo de confianza es tan amplio; sin embargo, los OR de 0.11 y de 0.30 insinúan un efecto protector importante.

DISCUSIÓN

El empleo de múltiples fuentes de información, constituidas a partir de cada uno de los elementos integrantes del programa de control prenatal evaluado, permitió conseguir una visión completa sobre el mismo, siendo ésta una de las principales fortalezas del estudio. En muchas ocasiones, cuando se evaluó de esta forma un mismo aspecto del programa, se encontró concordancia entre resultados, reforzando la impresión de su validez; en otros casos, la discordancia entre fuentes permitió detectar áreas de dificultad susceptibles de ser mejoradas. Por ejemplo, en el 48.4% de los casos las usuarias encuestadas mencionaron haber iniciado su control prenatal en el primer trimestre de gestación. Esta información fue reforzada por los resultados de la revisión de historias clínicas, donde se encontró que un 49.2% correspondían a gestantes que habían iniciado sus controles en el primer trimestre. Si comparamos con otros estudios nacionales, encontramos que para el año 1995, el 30% de los controles prenatales realizados en el país se iniciaron en el primer trimestre, superándose ese estándar en el programa evaluado (6). No obstante, al comparar con la literatura internacional, encontramos por ejemplo que durante la década de los 80, el 75% de las gestantes norteamericanas recibieron cuidados prenatales durante el primer trimestre (7). Lo anterior refuerza el concepto de que la salud materna, en general, y la utilización de servicios de salud, reflejan la integración de múltiples aspectos sociales, culturales, demográficos, del desarrollo y de género, que requieren de intervenciones amplias si se quieren impactar positivamente. Además, una buena salud sexual y reproductiva, más allá del énfasis en la demografía y la planeación familiar, es un requisito previo para lograr el progreso económico y desarrollo sostenible de las naciones (8).

En el mismo sentido encontramos que, en promedio, las gestantes atendidas en el CAMI Patio Bonito asistieron a cuatro controles antes del

parto. Esta cifra es similar a la encontrada en otros estudios nacionales (6), pero está por debajo del estándar de cinco controles iniciados antes del quinto mes, recomendado en los protocolos nacionales de atención como mínimos necesarios para lograr impactar la morbi-mortalidad materno perinatal; cuatro controles prenatales corresponden a la mitad de lo recomendado por OPS-OMS en sus protocolos (9) y a la tercera parte de los controles brindados a las gestantes norteamericanas en 1989 (7).

Se encontraron discordancias que merecen atención en los ítems que evaluaron las actividades educativas, en cuanto a la planeación por los coordinadores, realización por los profesionales y percepción final de las mismas por las usuarias. A lo largo de esta cadena, los porcentajes de respuestas afirmativas fueron descendiendo paulatinamente, sugiriendo que, por motivos que deben ser objeto de exploraciones futuras, lo inicialmente planeado no se logra ejecutar de una manera que impacte de manera positiva a las usuarias, quienes incluso pueden llegar a no identificar que están siendo objeto de acciones educativas, cuando éstas se realizan. Conociendo la importancia de la educación en el logro de los objetivos de fomento, promoción y protección de la salud (9), vale la pena emprender correctivos oportunos, por ejemplo, mediante la planeación y ejecución uniforme de un curso psicoprofiláctico a todas las usuarias del programa, pues la presencia de este ítem también resultó discordante entre fuentes. Las debilidades en educación en salud y curso psicoprofiláctico pudieron reflejarse en las deficiencias en cuanto a identificación de signos de alarma durante el embarazo por las pacientes. Un aspecto importante a tener en cuenta en los factores que explican la salud materna es el acceso de la familia gestante a los servicios de salud; acceso determinado no solamente por la distancia geográfica o cultural entre los prestadores del servicio y las usuarias, sino también por las limitaciones económicas y la afiliación al sistema general de seguridad social en salud. Si bien uno de los principios de la ley 100 es la universalidad y se garantizan los cuidados prenatales a las gestantes (8), en nuestro estudio observamos que el factor económico fue mencionado como barrera de acceso a los controles por las gestantes encuestadas. Esto sin contar con las gestantes que, al no ser acogidas por el sistema y no acceder a servicios de salud, no fueron detectadas a través de este estudio. Todas estas barreras se reflejan en que, con mucha frecuencia, las gestantes acudan al servicio por primera vez cuando está próxima la fecha del parto (9% de las encuestadas inició su control en el tercer trimestre vs

6% de gestantes norteamericanas en iguales condiciones; y el rango inferior de controles prenatales recibidos en las usuarias de sala de partos del CAMI Patio Bonito fue de 0). De esta forma, la ausencia o falta de continuidad en el control prenatal se constituye en factor de riesgo para la salud materna y del recién nacido (7).

El proceso mediante el cual se brindan los servicios de salud a la familia gestante debe tener características de calidad técnica, oportunidad y suficiencia en todos los aspectos del cuidado materno, de acuerdo con lo consagrado en los derechos sexuales y reproductivos, que son aplicación de los derechos humanos y están reconocidos en el ámbito internacional (10). En este sentido, cobran importancia las relaciones interpersonales que logren establecer un vínculo entre el personal de salud y la pareja que demanda el servicio, de manera tal que se posibilite la comunicación y, mediante ésta, se establezca un compromiso mutuo para llevar a feliz término la gestación y el parto. Fue alentador encontrar que en su mayoría las usuarias de nuestros servicios prenatales dijeron estar satisfechas con el mismo y haber tenido una buena relación con los profesionales tratantes, estando dispuestas a retornar en una gestación futura y a recomendar el programa a otras personas. No obstante, llamó la atención la poca participación dada al compañero o familia de la paciente en toda la prestación del servicio, desconociéndose la importancia de todos los miembros de la familia gestante en el proceso, pese a que se evidenció, por ejemplo, que los esposos, compañeros y familiares suelen ser con mucha frecuencia quienes estimulan a las pacientes a asistir al programa, en especial en las de menor edad y escolaridad. Este desconocimiento se ratificó a lo largo del estudio, en el que no se incluyeron variables relacionadas con personas significativas en el ambiente familiar de la usuaria. Esto preocupa aún más, teniendo en cuenta que factores ligados a la pareja de la gestante, como su nivel de escolaridad, grado de apoyo económico y grado de apoyo emocional brindado a la gestante, han sido identificados como factores de riesgo para mortalidad materna en estudios analíticos llevados a cabo en Colombia (1). Del mismo modo, se excluyó la opinión de los agentes comunitarios de la zona de influencia del hospital en la evaluación realizada. Las organizaciones no gubernamentales especializadas en salud sexual y reproductiva y trabajo con grupos de mujeres, así como otros líderes comunitarios implicados en el proceso de salud, deben llegar a ser un elemento integrante en las actividades de formulación de políticas, planificación, ejecución y supervisión

de los programas relacionados con la salud sexual (8). La calidad del servicio prestado debe elevarse mediante la estandarización de protocolos de evaluación y manejo; educación continuada a los profesionales tratantes y optimización de los recursos con que actualmente cuenta el programa, con el fin de que se propicie la actuación protagónica de las pacientes en la toma de decisiones favorecedoras de su salud, se prepare a la pareja para una gestación segura, dentro de un contexto de atención humanizada, donde se reciba educación, orientación, información, tratamiento y atención integral, respetando los valores, conocimientos y las prácticas culturales propias de los usuarios del programa (11).

La atención integral asegura que se puedan identificar y controlar los riesgos en forma oportuna y holística, atendiendo no solamente a las variables puramente orgánicas ligadas a la función reproductiva, sino también considerando todas aquellas variables psicosociales y socioculturales intrínsecas a la situación de una familia gestante que eventualmente pueden constituir importantes factores de riesgo para la salud de ésta (12,13). Lo anterior se reviste de gran importancia en el contexto latinoamericano, en donde la situación de la mujer es de exposición a condiciones de privación extrema de recursos para desempeñar su doble o triple jornada diaria. La mujer padece la subvaloración en el empleo y la discriminación sistemática en el campo de la alimentación, recreación y formación. El sometimiento a formas de vida cotidiana bajo patrones de dominación patriarcal, subordinación y violencia, se constituyen en graves limitaciones para el logro de la salud integral en general y materno-perinatal, en particular (8). Las usuarias de nuestro programa de atención prenatal no son ajenas a esta realidad sociocultural, y mostraron altos niveles de factores de riesgo perinatal de tipo psicosocial, dados por alta frecuencia de uniones no legales, gestantes adolescentes, escolaridad que en general no sobrepasó la secundaria, desempeño de múltiples roles y predominio de oficios inestables, poco remunerados y con pobre reconocimiento social. Lo anterior contrasta con los bajos niveles de evaluación de estos factores, según lo señalado por los profesionales del programa, haciendo imprescindible implementar estrategias para la detección e intervención oportuna y técnica de este tipo de riesgos. Es importante iniciar intervenciones al respecto, conociendo que, para Bogotá, factores de riesgo psicosociales tales como: baja escolaridad del esposo y bajo desempeño de trabajo intelectual se han encontrado asociados con mortalidad materna (1).

La elevada proporción de gestantes en edad adolescente entre las usuarias del programa (37.6%) obliga a planear estrategias especiales para ellas, puesto que el embarazo en una adolescente debe ser considerado siempre de alto riesgo, no sólo por la falta de desarrollo de su sistema reproductivo sino por las características de su comportamiento y los cambios vitales característicos de la edad que atraviesan. El riesgo es aún mayor cuando la futura madre no se encuentra legalmente casada, tiene dos o más hijos, no vive en zona urbana, es de bajos ingresos y tiene poca educación formal. Aunque no se ha observado que las gestantes adolescentes difieran de las adultas en cuanto a sus pautas de búsqueda oportuna y continuidad en los controles prenatales, su situación especial de alto riesgo debe hacerlas una prioridad para las acciones de seguimiento domiciliario, que en general deben ser reforzadas dentro de nuestro programa (14).

Los indicadores de resultado del programa relacionados con satisfacción, relación con el equipo tratante, intención de retorno, recomendación e inicio precoz de los controles se encontraron dentro de rangos satisfactorios. No ocurrió lo mismo en cuanto a los relacionados con identificación de signos de alarma por las usuarias, cualificación y experticia del equipo tratante, aspectos en los cuales deben iniciarse estrategias correctivas oportunas. Del mismo modo, al explorar la presencia de complicaciones materno-perinatales en las usuarias de partos del CAMI Patio Bonito, en relación con la realización de cualquier control prenatal y de control prenatal en el hospital, no se observó que estos últimos se constituyeran en factores protectores o de riesgo para los primeros. No obstante, para el caso del control prenatal en el hospital, se obtuvo una OR inferior a uno, lo cual lo sugeriría como factor protector; pero con límites del intervalo de confianza del 95% conteniendo el uno, por lo cual esta apreciación no puede considerarse significativa. El hecho de que se hayan tomado para esta exploración solamente a las usuarias de dos meses consecutivos puede haber proporcionado una población de estudio pequeña que explique lo mencionado. Vale la pena ampliar la población observada en estudios posteriores para replicar las observaciones realizadas y de esta manera reforzarlas o contradecirlas en el futuro. Además, debe ser explorado el posible impacto que las deficiencias encontradas en la estructura y el proceso del programa tengan en el hecho de que resulte un factor aparentemente inocuo en relación con morbilidad materno-perinatal de usuarias del CAMI.

La asistencia a control prenatal en Bogotá se ha considerado como un factor protector para mortalidad materna, pero siempre y cuando se hayan recibido cuatro o más controles (1). El promedio de controles recibido por nuestras usuarias de sala de partos del CAMI fue de cuatro, con una importante proporción de pacientes con menos controles e iniciando atención prenatal después del primer trimestre, hecho que también puede haber repercutido en lo encontrado. Además llamó la atención que pacientes con factores de riesgo no fueran remitidas a otras instituciones de mayor complejidad, de acuerdo con la norma, atendándose su parto en el CAMI I de Patio Bonito, lo cual puede hablar de fallas en el sistema de referencia-contrarreferencia o desconocimiento de la normatividad vigente por los profesionales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La estructura disponible para el programa de control prenatal se encontró en un rango de calidad aceptable, al ser evaluada globalmente para todo el hospital. Sin embargo, los subcomponentes de estructura física, normas y procedimientos y recurso humano necesitan ser reforzados.

El proceso de prestación del control prenatal, evaluado a partir de historias clínicas, se encontró en un rango global de calidad aceptable. Sin embargo, a partir de esa y otras fuentes de información, se detectaron deficiencias importantes relacionadas con el registro habitual y uniforme entre puntos de atención de información relacionada con evaluación de factores de riesgo y diagnóstico obstétrico, examen físico y ginecológico, paraclínicos solicitados y actividades desarrolladas con la paciente.

El resultado del programa, en términos de satisfacción y percepción de calidad por las usuarias y captación precoz, fue aceptable. No obstante, en el reconocimiento de signos de alarma por las usuarias, conocimientos generales sobre control prenatal o POS-S, y cualificación de los profesionales, se detectaron deficiencias importantes.

Para la población de usuarias cuyos partos fueron atendidos en el CAMI Patio Bonito durante diciembre de 1999 y enero de 2000, no se encontró que la asistencia al programa de control prenatal en cualquier

institución o en el hospital, actuara como factor de riesgo o protector en cuanto a la presentación de la morbilidad materno-perinatal. No se registraron casos de mortalidad.

REFERENCIAS

1. Secretaría Distrital de Salud. AM Peñuela *et al*, Mortalidad materna y factores de riesgo. Estudio de casos y controles, Santa Fe de Bogotá D.C.: junio 1995-julio 1996.
2. Sistema de Información Perinatal. Hospital de Kennedy, Primer nivel ESE. Informes de trabajo sin publicar; periodo febrero 1 - julio 31 de 1999.
3. Organización Panamericana de la Salud. Organización Municipal de la Salud. Secretaría Distrital de Salud Santa Fe de Bogotá, D.C. Metodología para la evaluación de condiciones de eficiencia en los servicios de ginecología y obstetricia. Primer nivel de atención. 1997.
4. Secretaría Distrital de Salud. Universidad Nacional de Colombia. Factores que determinan el impacto de los servicios de rehabilitación en Santa Fe de Bogotá, D.C., 1998.
5. Secretaría Distrital de Salud - Asalud, Evaluación de la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado, Santa Fe de Bogotá; 1994-1997.
6. OPS OMS. Maternidad saludable en Santa Fe de Bogotá. 1998: 21.
7. Williams. Obstetricia. 20th edición. Ed. Médica Panamericana: 1997.
8. C Villegas, J Luna. La salud materna: un gran reto para Colombia. Revista de salud pública. 1 (1):99; 68-80.
9. J Botero, *et al*. Obstetricia y ginecología. Texto integrado, 5ª edición, Botero Judith Henco, 1997.
10. M Alcalá. Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos, 1995.
11. Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos generales en salud sexual y reproductiva para Santa Fe de Bogotá. 1998: 22-25.

12. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería-Instituto de Seguros Sociales. Guía de intervención de enfermería basada en la evidencia científica: Cuidado de enfermería a la mujer durante la gestación y el parto de bajo riesgo. Acofaen - ISS, primera edición. 1998.
13. J. Reder. *et al.* Enfermería materno infantil, 17ª edición, McGraw Hill Interamericana, 1995.
14. J. Ruiz, G. Romero, H. Moreno, Factores de riesgo de salud maternoinfantil en madres adolescentes de Colombia. Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health, 1998; 4(2): 1998, 80-86.

TABLA I
ESTRUCTURA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONTROL PRENATAL
EN EL HOSPITAL DE KENNEDY, PRIMER NIVEL ESE, 1999-2000

ÍTEM	Promedio puntaje	Rango del promedio	Mediana %	Moda %	Máximo %	Mínimo %
Estructura física	57.44	Bajo	55.55	36.11	89.65	36.11
Materiales	65.90	Medio	71.87	62.50	0	84.37
Recursos humanos	57.90	Bajo	60	56.66	33.33	73.33
Suministros	63.41	Medio	63.79	53.50	5.50	95.83
Normas y procedimientos	47.70	Bajo	44.23	0	0	100
Gerencia y administración	65.05	Medio	62.85	72.85	52.85	77.14
Programación Actividades educativas	91.38	Alto	89.47	89.47	84.21	100

TABLA 2
EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CONTROL PRENATAL A PARTIR DE HISTORIAS
CLÍNICAS. HOSPITAL DE KENNEDY, PRIMER NIVEL ESE, 1999 - 2000

Aspecto evaluado Rango	% de registro en en la historia clínica	
Edad paciente	99.1	Alto
Edad gestacional	96.6	Alto
Posición fetal último trimestre	91.5	Alto
Peso paciente	91.5	Alto
Letra legible	90.3	Alto
Signos vitales en todos los controles	89.7	Alto
Altura uterina en cada control	87.8	Alto
Antecedentes completos	86.9	Alto
Resultados paraclínicos solicitados	77.1	Medio
Solicitud de adecuado número de ecografías según edad gestacional	64.7	Medio
Registro primer control en el primer trimestre de gestación	49.2	Bajo
Registro seguimiento domiciliario de gestantes con factores de riesgo	47.4	Bajo
Registro realización de actividades educativas	42.2	Bajo
Diagnóstico obstétrico registrado	40.4	Bajo
Registro citología del último año	6.7	Bajo

TABLA 3
FACTORES DE RIESGO ENCONTRADOS EN PARTOS ATENDIDOS
EN EL CAMI PATIO BONITO

Factor de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Bajo ingreso familiar	73	65.2
Malnutrición	8	7.2
Otros antecedentes		
Gineco-obstétricos	4	3.6
Mortalidad perinatal previa	3	2.7
Antecedentes de bajo peso o macrosomia	3	2.7
Enfermedades crónicas de la madre 2	1.8	
Enfermedades infecciosas de la madre 2	1.8	
Enfermedad mental	1	0.9
Comportamiento sexual de alto riesgo	1	0.9
Violencia intrafamiliar	1	0.9
Accidente placentario o hemorragia materna previa	1	0.9