T
SP
Z363
2008

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
EN SALUD PÚBLICA
"Dr. ARNOLDO GABALDÓN"
POSTGRADO REGIONALIZADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA ARAGUA

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA CONSULTA DE ATENCIÓN MATERNA EN LOS AMBULATORIOS DEL MUNICIPIO JOSÉ RAFAEL REVENGA, ESTADO ARAGUA. 2007

Trabajo Especial de Grado, presentado como Requisito Parcial para Optar al Título de Especialista en Gestión de Salud Pública

AUTORA: Dra.Gladys Zambrano
TUTORA: Dra. Fanny Dávila

Maracay, Enero 2008

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
EN SALUD PÚBLICA
"Dr. ARNOLDO GABALDÓN"
POSTGRADO REGIONALIZADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA ARAGUA

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA CONSULTA DE ATENCIÓN MATERNA DE LOS AMBULATORIOS DEL MUNICIPIO JOSÉ RAFAEL REVENGA, ESTADO ARAGUA. 2007.

AUTORA: GLADYS ZAMBRANO

Maracay, Enero 2008

CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Maracay, Enero 2008

Ciudadano
Presidente y demás Miembros de
la Comisión Coordinadora del Postgrado.
Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
"Dr. Arnoldo Gabaldón"

La presente es para comunicarle, que en mi carácter de tutor he leído y analizado el Trabajo Especial de Grado, titulado: ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA CONSULTA DE ATENCIÓN MATERNA EN LOS AMBULATORIOS DEL MUNICIPIO JOSE RAFAEL REVENGA, ESTADO ARAGUA, realizado por la ciudadana: Gladys Zambrano, C.I. 4.388.825, para optar al título de Especialista en Salud Pública y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para su presentación, evaluación y defensa.

En la ciudad de Maracay a los 15 días del mes de Enero de 2008

Atentamente:

C.I. 7.958866
FANY DAVILA

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
"Dr. Arnoldo Gabaldon"
POSTGRADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de Especialización de Gestión en Salud Pública titulado: **" ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA CONSULTA DE ATENCIÓN MATERNA EN LOS AMBULATORIOS DEL MUNICIPIO REVENGA, ESTADO ARAGUA 2007".** presentado por el Ciudadano (a) **GLADYS ZAMBRANO,** para optar al Título de Especialista de Gestión en Salud Pública, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como APROBADO.

Nombres y Apellidos	C.I.	Firma del Jurado
Fanny Dávila **Presidente:**	7.958.866	
Maiqui Flores **Miembro:**	9.433.134	
William Palomo **Miembro:**	5.706.211	

Maracay, 12 de diciembre de 2007

INDICE GENERAL

	Pág
CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR PARTE DEL TUTOR	iii
CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL JURADO	iv
LISTA DE CUADROS	vii
LISTA DE FIGURAS	viii
RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema	4
Justificación	9
Objetivos de la Investigación	
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
Antecedentes de la Investigación	13
Bases Teóricas	16
Bases Legales	29
CAPITULO III	
MARCO METODOLOGICO	
Tipo de Investigación	34
Población y Muestra	36
Técnicas de Recolección de la Información	37
Técnicas de Análisis de Datos	38
Alcances y Limitaciones	39
CAPITULO IV	
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	41
CAPITULO V	
LA PROPUESTA	
Justificación	47
Objetivos	49
Estrategias	50

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
CONCLUSIONES..... 54
RECOMENDACIONES..... 55

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 56

ANEXOS

1 Actividades en Consulta Prenatal..... 59
2 Niveles en Atención Integral a la Embarazada..... 60
3 Esquema Control de embarazo 61

LISTA DE CUADROS

Cuadro		Pág.
01	Cobertura en la consulta de atención prenatal Municipio José Rafael Revenga Aragua 2006.....	41
02	Captación precoz de la embarazada. Municipio José Rafael Revenga Aragua 2006.....	42
03	Prosecución en la consulta de atención prenatal. Municipio José Rafael Revenga Aragua 2006.....	43

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS DE SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"
POSTGRADO REGIONALIZADO DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA
ARAGUA

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA CONSULTA DE ATENCIÓN MATERNA EN LOS AMBULATORIOS DEL MUNICIPIO JOSE RAFAEL REVENGA. ESTADO ARAGUA. 2007

AUTORA: GLADYS ZAMBRANO
TUTORA: Dra. FANNY DÁVILA
ENERO 2008

RESUMEN

En el presente trabajo se empleo un diseño de investigación no experimental, descriptiva de tipo Proyecto Factible. Plantea elaborar Estrategias para aumentar la cobertura en el programa de Atención Materna en los Establecimientos de Salud del Municipio José Rafael Revenga del Estado Aragua. Siendo la población estudiada las embarazadas que asistieron al control prenatal en los Ambulatorios del Municipio durante año 2006. Las técnicas de recolección de datos utilizadas fue la Revisión Bibliográfica Documental. El análisis y discusión de resultados tuvo un enfoque cualitativo y cuantitativo, el primero fue utilizado al interpretar comprender la situación actual de la cobertura en el programa de atención materna llevado a cabo en las consultas de Atención Integral en la red asistencial del Municipio, el análisis cuantitativo se basó en la interpretación de los datos obtenidos del Sistema de Información de Atención Integral (SISMAI). Por lo que se pudo concluir que la cobertura del programa de atención materna fue de 30%, con respecto a la captación antes de las 13 semanas de embarazo, en las adolescentes alcanzo un 41%, mientras que las embarazadas adulta que iniciaron el control precoz fue 33% y finalmente en cuanto a la prosecución , se obtuvo un resultado de 3 consultas por cada usuaria la cual no se ajusta a la norma establecida, Por lo tanto existe la necesidad de elaborar estrategias para incrementar la cobertura del programa y se recomienda: reorientar y reforzar las actividades de promoción y divulgación del programa con el equipo de salud del Municipio para el logro del incremento en la demanda de atención materna.

Palabras Claves: Estrategias de Salud, Captación de Embarazadas.

REPÙBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS DE SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"
POSTGRADO REGIONALIZADO DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA
ARAGUA

STRATEGIES TO INCREASE THE CONSULTATION OF MATERNAL ATTENTION IN THE NATIONAL HEALTH CLINICS OF THE MUNICIPALITY JOSÉ RAFAEL GO BAD. ARAGUA. 2007

AUTORA: GLADYS ZAMBRANO
TUTORA: DRA. FANNY DÁVILA
ENERO 2008

SUMMARY

In this paper we use a non-experimental design research, descriptive type Feasible Project. It poses develop strategies to increase coverage in the program in the Maternal Care Outpatient Municipality Jose Rafael Revenga Aragua state. As the population studied pregnant women who attended prenatal care in the Outpatient Municipality in 2006. The data collection techniques used was the Bibliographical Review Documentary. The analysis and discussion of results had a qualitative and quantitative approach, the first was used to interpret, understand the current situation of coverage for maternity care program carried out in consultation Comprehensive care of the municipality, the quantitative analysis was based in the interpretation of data obtained from the Information System Comprehensive Care (SISMAI). We conclude that the coverage of maternal care program was 30%, with respect to the acquisition prior to 13 weeks of pregnancy among adolescents reached 41%, while the pregnant adult who began early control was 33% and finally as to the prosecution, was a result of consultations 3 per user. Which does not conform to the established rule, therefore there is a need to develop strategies to increase coverage of the program and recommends: Redirect and strengthen advocacy and outreach programme with the health team for the achievement of Municipality the increase in the demand for maternal care.

Descriptors: Strategies for Health Catchment Pregnant

INTRODUCCIÓN

Existe la premisa de que con un buen control prenatal se obtiene mejor resultado peri natal, esto se refleja en tasas menores de complicaciones, lo que justifica un adecuado control pre natal en número y calidad (Faneite et al. 2001)

Cada año muere un gran número de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el cual es fácilmente prevenible si se inicia oportunamente el control prenatal. (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004)

El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud (Norma Oficial de Salud Reproductiva, 2003).

En la actualidad, en los países en desarrollo, las complicaciones obstétricas son la causa principal de defunción de mujeres en edad reproductiva por lo que constituye un problema de salud pública. Por lo que reducir la mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad es un imperativo moral y de derechos humanos, así como una prioridad de importancia para el desarrollo internacional, acorde con los acuerdos internacionales fijados, entre las que cabe destacar; La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo, (1.994) que aprobó un Programa de Acción a 20 años, con objetivos y recomendaciones, donde exhorta a los países a velar por la salud reproductiva. Cuyos delegados asistentes convinieron en que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano y forma parte del derecho general a la salud. A partir de 1.994 se lograron importantes adelantos en cuanto al acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.

La Encuesta Mundial del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2.003) comprobó que después de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 131 países habían cambiado sus políticas o leyes nacionales o introducidos cambios institucionales para reconocer los derechos reproductivos. Por ejemplo, Sudáfrica y Venezuela incorporan en sus respectivas constituciones los derechos reproductivos como derechos humanos fundamentales. En el Ecuador, Etiopía, Ghana, Kenya y Liberia, entre otros países, varias organizaciones no gubernamentales, entre ellas organizaciones de abogadas, promueven y monitorean las acciones en apoyo de los derechos reproductivos. En la India La Comisión de Derechos Humanos adoptó una declaración sobre derechos reproductivos y ordenó a los gobiernos de los estados que los promovieran y protegieran.

Al cabo de diez años muchos países en desarrollo han logrado enormes adelantos en la aplicación de las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y han logrado resultados apreciables. Esos países están tratando de mejorar la calidad y el alcance de los programas de salud reproductiva

La asamblea Mundial de la Salud (2.004) aprobó por primera vez la estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre salud reproductiva, con el objeto de acelerar el progreso hacia la conquista de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

En vista de la situación es preciso dar cumplimiento a los compromisos asumidos en El Cairo y asignar la debida prioridad al programa de salud sexual y reproductiva; además, es menester aumentar la cobertura de los programas y ampliarla para alcanzar la meta de la Conferencia

Internacional sobre la Población y el Desarrollo en cuanto a ofrecer servicios integrales de salud reproductiva para todos antes de 2.015.

La presente investigación tiene por objeto formular estrategias para una mayor concurrencia de las embarazadas a la consulta de atención prenatal en los ambulatorios del Municipio José Rafael Revenga favoreciendo de este modo la salud del binomio madre hijo.

EL desarrollo de esta investigación se hace por capítulos siguiendo el proceso de la investigación científica.

Capitulo I: El problema, el ámbito general del problema, el planeamiento del mismo, los objetivos y la justificación de la investigación.

Capitulo II: Marco Teórico, contempla los antecedentes de la investigación, las bases teóricas utilizadas para sustentar el trabajo y las bases legales en la cual reapoyan los planteamientos formulados.

Capitulo III: Marco metodológico, describe la modalidad de la investigación, el tipo de diseño, la población y la muestra objeto de estudio, las técnicas e instrumentos de investigación.

Capitulo IV: Análisis e interpretación de los datos.

Capitulo V: Conclusiones y recomendaciones.

Capitulo VI: Presentación de la elaboración de las estrategias.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

A pesar de que para la mujer, el embarazo es una etapa fisiológica en su vida, en ocasiones puede causar aumento del riesgo de enfermedad o muerte, si no se realiza un adecuado control prenatal.

En este sentido, el control prenatal comprenda un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud. (Norma Oficial de Atención Integral de Salud Reproductiva, 2003).

Dado que no se puede predecir con certeza cuales serán las mujeres que experimentarán complicaciones en el transcurso del embarazo, se debe asegurar el acceso de todas las embarazadas al control prenatal. Según la Organización Panamericana de la Salud, (2001) una defunción ó muerte materna está definida por el fallecimiento de una mujer en edad fértil (12 a 49 años), durante el embarazo, parto o puerperio e incluso 12 meses después del parto por cualquier causa condicionada o agravada por el embarazo. Subdividiendo las muertes maternas en directas e indirectas. Una muerte materna Directa es aquella causada por complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio.

Para Venezuela durante el 2.004 el porcentaje de muertes maternas por causas obstétricas directas fue de 77%, o sea las producidas por complicaciones en el embarazo parto o puerperio, con un 23% para las indirectas.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004) en su informe anual sobre salud materna señala, que sería posible prevenir la mayoría de las defunciones maternas, si se proporciona un más amplio acceso a la atención prenatal por personal capacitado antes, durante y después del embarazo; en consecuencia, exhortó a los países a ampliar los servicios de salud materna en el marco de la atención primaria de la salud, y a formular estrategias a fin de superar las causas intrínsecas de mortalidad y morbilidad de las madres.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004), Venezuela experimentó una tasa de Mortalidad Materna de 59,9 fallecimientos maternos por cada 100.000 nacidos vivos registrados, cifra superior a la experimentada por países como Canadá (3,8 para el 2001), Chile (7,8 para el 2.003), Costa Rica (30,5 para el 2004) y Cuba (38,5 para el 2003), pero inferior a la de Bolivia y Haití con 230 y 523 respectivamente.

Cabe considerar por otra parte que en Haití 340 madres mueren anualmente por cada 100 mil nacidos vivos, frente a solo 4 muertes maternas en Canadá. Mucho se ha hablado e invertido en el papel y muchos presidentes, ministros y delegados se han reunido y firmado acuerdos a partir de la primera conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud en ALMA ATA (1.978), pero el problema no ha sido superado estimándose la cantidad de fallecimientos entre 500 mil y 580 mil muertes maternas por año.

Según Buekens et al. (1.990) en su trabajo titulado: La atención prenatal en América Latina resalta que solo Bolivia tuvo una cobertura menor al 50% mientras que en Chile, Cuba, República Dominicana y Puerto Rico las coberturas de atención prenatal son superiores al 90 por ciento.

En relación con las tendencias en el tiempo, se encontró que las coberturas de atención prenatal aumentaron entre los años setenta y ochenta en la República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Honduras, México y Perú, mientras que disminuyeron en Bolivia y Colombia. En Cuba y Puerto Rico, aumentó el número del promedio de consultas prenatales. Concluye diciendo que existen diferencias muy grandes entre los países latinoamericanos en la cobertura de atención prenatal y sus tendencias en el tiempo.

Cabe resaltar que, la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva señala que la mortalidad materna e infantil es uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia y de interés prioritario para el país. Al analizar la tendencia de la mortalidad materna, se observa un sostenido descenso en 1.999 y a partir de los años 80 esta reducción se torna más lenta. Los Estados con tasas más altas son Delta Macuro, Trujillo y Nueva Esparta. Igualmente mencionan que la mortalidad neonatal se mantiene alta y en la postneonatal el descenso es muy lento lo que refleja la capacidad resolutiva de los servicios de salud. Entre las causas más frecuentes que ocasionan las muertes en el país se encuentran las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (50%), edema proteinuria y trastornos hipertensivos (35%) y embarazos terminados en aborto (14%), siendo la mayor parte de estas causas prevenibles con un adecuado control prenatal. (Organización Panamericana de la Salud, 2001)

Cabe considerar por otra parte que la tasa de mortalidad postneonatal son expresión de las inequidades en las condiciones de vida y vulneración de derechos fundamentales en las que viven las familias de las regiones con menor desarrollo humano y social (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2001).

Debe señalarse que en la actualidad, en los países en desarrollo, las complicaciones obstétricas son la causa principal de defunción en mujeres en edad reproductiva constituyendo un problema de salud pública.

Por consiguiente reducir la mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad es un imperativo moral y de derechos humanos, así como una prioridad de importancia para el desarrollo internacional, acorde con los acuerdos internacionales fijados, entre las que cabe destacar; la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo, (1.994) que aprobó un Programa de Acción a 20 años, con objetivos y recomendaciones, donde exhorta a los países a velar por la salud reproductiva. Cuyos delegados asistentes convinieron en que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano y forma parte del derecho general a la salud.

En atención a la problemática expuesta el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) como ente rector, propuso en 1.999 como una de sus líneas políticas, el desarrollo del Modelo de Atención Integral en todos los establecimientos de salud del país. En el estado Aragua ya se había iniciado la Atención Integral en algunos centros pilotos desde el año 1.998.

La responsabilidad asumida por la Corporación de Salud del Estado Aragua como ente piloto e impulsor del Modelo de Atención Integral para el resto del país a partir de 1.999, implicó un proceso de profunda transformación del sistema tradicional de prestación de servicios, en beneficio del usuario, ya que enfatiza sobre su abordaje holistico.

Es por ello que en el Modelo de Atención Integral, el Programa de Atención materna, dentro de los criterios básicos de las Normas y Procedimientos elaboradas por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

prevé que la atención de estas usuarias debe regirse según el enfoque de riesgo y de acuerdo a su clasificación debe orientarse el número de consultas sucesivas a realizar.

En respuesta a lo anterior en todos los establecimientos de salud del Estado Aragua se le proporciona atención integral a la mujer durante el embarazo en la consulta prenatal, la cual abarca un conjunto muy amplio de acciones, tendentes a proteger globalmente la salud del binomio madre-hijo siguiendo los lineamientos establecidos en las normas del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Para lograrlo, se cuenta con el recurso humano de los diferentes ambulatorios y con la participación de la comunidad perteneciente al municipio a través de sus consejos comunales, comités de salud etc.

La cobertura alcanzada en la consulta de atención prenatal en el Municipio José Rafael Revenga para el año 2006 fue de 30% según cifras obtenidas del Sistema de Información de Salud del Modelo de Atención Integral (SISMAI). Como se puede evidenciar esta cobertura del programa de atención materna no es lo esperado, ya que la Corporación de Salud del Estado Aragua estima que la población a atender en nuestros servicios se encuentra en un rango entre el 70 al 100% de la misma, lo cual dependerá de la existencia en el Municipio de establecimientos de salud privados. Por lo que estos datos reflejan que existe un grupo de usuarias que no asiste a los servicios de atención integral, disponibles en dichos establecimientos de salud del Municipio, lo que impide brindarles a las gestantes una atención que permita identificar y prevenir oportunamente riesgos o síntomas de riesgo en el embarazo, evitando así la aparición de complicaciones que son fácilmente prevenibles con un adecuado y oportuno control prenatal.

En base a lo planteado surgen las siguientes interrogantes ¿Cual es la

situación actual del programa de atención materna en el Municipio Revenga del Estado Aragua?, ¿El Programa de Atención materna que se cumple en el municipio Revenga del Estado Aragua cumple con el protocolo de atención establecido?, ¿Es factible formular estrategias para incrementar la cobertura de atención prenatal de los Ambulatorios del Municipio Revenga del Estado Aragua?

Ante estas interrogantes surge la necesidad de elaborar el siguiente Trabajo de Investigación Formular Estrategias para incrementar la Cobertura del programa de atención materna en los Establecimientos de salud del Municipio José Rafael Revenga del Estado Aragua.

Justificación de La Investigación

Esta investigación tiene como propósito formular estrategias para incrementar el control prenatal en los Ambulatorios del municipio Revenga del Estado Aragua, es conocido que entre las causas de muertes maternas están las relacionadas con complicaciones que pueden surgir en el transcurso del embarazo, las cuales son fácilmente prevenibles con un oportuno y adecuado control prenatal

Cabe destacar, que la atención a la mujer en el transcurso del embarazo busca seguir el normal desarrollo de la gestación y detectar cualquier anormalidad que se pudiese presentar y oportunamente proceder a su adecuado tratamiento o canalización, realizando una serie de acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos orientados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbi mortalidad materna. (Tomo III de la Norma Oficial de Atención Integral de la Salud Reproductiva, 2003)

Por consiguiente en el control prenatal, puede vigilarse la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor vulnerabilidad en la vida del ser humano, como es el período peri natal y las principales causas de muerte de las mujeres jóvenes.

En este sentido, el embarazo no controlado implica un riesgo tanto para la salud de la madre como la del niño (a) que se gesta; no obstante, estos peligros disminuyen si la mujer se somete a un adecuado control prenatal en el que los riesgos para la salud de la madre y del niño (a) pueden ser prevenidos, detectados y tratados oportunamente , mediante la aplicación de normas y procedimientos para la atención a la mujer embarazada, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

Es por ello, que las acciones establecidas en el Tomo III de la Norma Oficial del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (2003) tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobre vivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez, señalando pautas específicas a seguir para disminuir la morbilidad y la mortalidad materna, atribuibles a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

El VI Informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2001 en la Salud de la Madre y el Niño señala que la mortalidad neonatal disminuye si la primera visita prenatal se realiza

precozmente, si los controles de la gestación son suficientes y si la mujer es atendida durante el parto en un servicio hospitalario adecuado.

En vista de la baja cobertura de la consulta prenatal en la red asistencial del municipio José Rafael Revenga y para lograr que las gestantes acudan a los establecimientos de salud y reciban atención; aumentando de este modo la cobertura de consulta prenatal, aspecto que respalda la disminución de factores de riesgo para la mujeres embarazadas, y por ende contrarresta la incidencia de morbi- mortalidad materna

Requiere de la formulación de una serie de estrategias de promoción que permitan concienciar a la población sobre la importancia del control del embarazo, así como aquellas de orden institucional que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la atención médica de la embarazada.

Cabe destacar, que el interés por el tema surge por la inquietud que genera la inasistencia a la consulta prenatal por parte de las embarazadas de los Ambulatorios del Municipio José Rafael Revenga, lo que conlleva a consecuencias negativas para el binomio madre- hijo.

Por consiguiente, la inasistencia al control prenatal es un problema de gran magnitud. Por tal motivo hacia dicha dirección debemos apuntar enfáticamente, para mejorar el conocimiento en esa área, fomentar las políticas de promoción y así aumentar la cobertura en dicho programa, elevando no solo la calidad de vida de la población femenina gestante del Municipio Revenga, sino también para garantizar la prestación de servicios de salud materna adecuados.

Objetivos de La Investigación

Objetivo General

Formular estrategias para el fortalecimiento de la Atención Integral en Salud Prenatal en los establecimientos de salud del Municipio José Rafael Revenga. Estado Aragua, 2.007

Objetivos Específicos

- Describir la situación actual del Programa de Atención en Salud Prenatal en los establecimientos de salud del Municipio José Rafael Revenga.
- Analizar los indicadores del Programa de Atención en Salud Prenatal del Municipio José Rafael Revenga.
- Elaborar estrategias para fortalecer la Atención Integral en Salud Prenatal en los establecimientos de salud adscritos al Municipio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

Entre los estudios realizados que tienen interrelación con la presente investigación se pueden citar los siguientes:

Ticona et al. (2.000) en su trabajo titulado Mortalidad peri natal en Perú concluye que la mortalidad guarda relación inversa con el número de controles prenatales; es decir a menor porcentaje de controles prenatales mayor mortalidad peri natal. Ya que la posibilidad de detectar un factor que signifique riesgo peri natal para controlarlo y evitar daño al producto, sólo puede estar dado bajo un programado y adecuado control durante la gestación. La falta de control prenatal, es el factor más grave de alto riesgo, pues sólo la madre llegará en busca de asistencia tardíamente en el curso del parto, sin conocerse nada de ella, sin exámenes auxiliares, sin historia clínica, afectada en algunos casos con enfermedades intercurrentes, con complicaciones del embarazo ya establecida, distocias en marcha, etc.; todo lo cual puede ya definitivamente haber ocasionado daño irreparable al futuro recién nacido Por lo que se sugiere para disminuir la mortalidad peri natal, ampliar la cobertura del control prenatal.

Según un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social coordinación de salud reproductiva (2.002) sobre la mortalidad peri natal hospitalaria concluye que las principales causas de mortalidad están fuertemente vinculadas con las complicaciones maternas durante el

embarazo y el parto, su reducción requerirá mejorar cada vez más, la calidad de la atención médica para el diagnóstico y tratamiento oportuno y efectivos de las complicaciones maternas, tanto durante la vigilancia prenatal en medicina familiar como en la atención obstétrica hospitalaria.

En este mismo orden de ideas, en un estudio, realizado por Chavarría (2.006) en Nicaragua titulado no cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas, en los centros de salud francisco Buitrago y ticuantepe. Managua. Periodo octubre 2.005 –junio 2.006, señala que las embarazadas describen la atención prenatal como un proceso incompleto, pues se les garantiza solo una parte de la atención y esta tiene un costo económico que ellas no pueden asumir. El personal también menciona ese gasto que asumen las embarazadas pero también expresan que la atención prenatal constituye una responsabilidad social, la cual garantizan en condiciones mínimas pero de la mejor manera posible.

García et al. (2.002) en una investigación realizada en los hospitales de Maracaibo sobre tasas de mortalidad materna comenta que la falta de control prenatal señala el deficiente acceso a la atención primaria de la mujer embarazada o la ausencia de esos servicios, aunque en ocasiones, los factores culturales son determinantes de la negación al uso de la atención de salud disponible. La falta de control prenatal, la cual guarda una estrecha relación con el bajo grado de instrucción que posee una gran proporción de las pacientes que acuden a nuestros centros de salud, puede considerarse como un indicador de fracaso de la política de salud, pero inseparable de la de educación.

Faneite (1.998) en su investigación relación entre la mortalidad peri natal y la consulta prenatal durante 28 años de actividad. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela. Estudio las tasas

de mortalidad peri natal y el número de consultas prenatales durante el período 1969-1996. Encontró que en el lapso de 1.969-1.975 hubo un incremento conjunto de tasas de mortalidad peri natal y de la consulta prenatal. En 1.975 se inician actividades peri natales y consultas de alto riesgo; entre 1.976-1.982 hay una caída sostenida de mortalidad peri natal acompañada de incremento de consulta prenatal. Los últimos 14 años estudiados se inician en 1983 con una disminución de las consultas prenatales, lo que se repite en los años 1.989, 1.992 a 1.996, mostrando como contraparte un repunte de la mortalidad peri natal en picos. Y concluyendo diciendo que la disminución del control prenatal se relaciona con una elevación de la mortalidad peri natal.

Otro estudio realizado por Faneite et al. (2.000) titulado Mortalidad materna directa. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Señala que: se encontró sin control prenatal un (52,56%) de mujeres y concluye diciendo que requieren actividades de promoción en salud, actividades asistenciales, donde la jerarquización de la atención y el enfoque de riesgo sea la base. Es vital la promoción del control prenatal, aumentar su cobertura, elevar la calidad del acto médico con dotación adecuada de personal y equipos de los diversos centros de salud.

Un articulo publicado por la agencia de noticias Red andy America Latina (2.005) señala que en el estado Aragua en el año 2.005 fallecieron 17 mujeres embarazadas, de acuerdo a cifras oficiales. Donde Gustavo Briceño, coordinador del programa de Salud Sexual y Reproductiva de Aragua, destaco que de las 17 mujeres fallecidas, 14 no tuvieron control prenatal.

Bases Teóricas

Atención Integral

El Modelo de Atención Integral se corresponde con la aplicación de un "enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, y por una atención integral y continua de las necesidades de la población, con énfasis en las actividades de promoción protección y prevención, fundamentadas en la estrategia de Atención Primaria y en el fomento de los factores protectores de la salud a nivel individual, familiar y social" (MSDS, 1.999).

Con dicho modelo, se pretende "fortalecer el primer nivel de atención, aumentando su capacidad resolutiva" Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) (1999) y ampliar la cobertura de los servicios de salud, mejorando la equidad, calidad, eficacia y eficiencia del sistema, así como incrementar la satisfacción de los usuarios.

El Modelo de Atención Integral se promulga en Gaceta Oficial en Enero del año 2.000 para la Atención Primaria en Salud en la red ambulatoria, a fin de fortalecer su capacidad resolutiva y la participación comunitaria, engranándose en dicha estrategia las actividades preventivas y las curativas o de rehabilitación, con un enfoque de promoción.

Atención Prenatal

Según la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2003) Atención prenatal es un componente de la atención en Salud Sexual y Reproductiva que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud según el riesgo identificado, a fin de controlar la

evolución del embarazo y de preservar la salud de madre, hijo o hija durante su gestación. Toda mujer debe ser atendida indistintamente de la vestimenta que lleve, de que tenga el documento de identidad, de la certeza de su embarazo o de que haya perdido la cita.

Cabe señalar que las características del Control Prenatal son:

Precoz: El primer contacto debe realizarse temprano, durante el primer trimestre de la gestación (en lo posible), ello permite la identificación del alto riesgo y la ejecución oportuna de acciones de salud.

Periódico: La frecuencia del control varía según el riesgo que presenta la embarazada.

Completo: Los contenidos mínimos del Control Prenatal deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Amplia Cobertura: Mientras mayor sea el porcentaje de embarazadas controladas, mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad y mortalidad materna y peri natal.

El Manual de procedimientos de la Norma Oficial para la atención integral de la salud pre natal establece entre las actividades a realizar la clasificación de riesgo en la Atención Prenatal.

Considerando la definición de Enfoque de Riesgo como la identificación de un conjunto de factores, que al estar presentes en el individuo, aumenta la probabilidad de que experimente un daño.

De acuerdo al enfoque de riesgo, la atención o control prenatal ubica a la población en dos grupos de riesgos:

- Embarazadas de bajo riesgo.
- Embarazadas de alto riesgo.

Esta Clasificación se hace en base a los siguientes factores donde la presencia de uno o más de ellos determina el riesgo.

- Edad: menos de 18 años y mayores de 35 años
- Paridad: IV gestaciones y más.
- Intervalo intergenésico: menos de 24 meses entre uno y otro embarazo
- Patologías del embarazo: el antecedente personal y familiar o la presencia de alguna patología en el embarazo determina el riesgo.
- Condiciones socioeconómicas: la presencia de algunos factores tales como analfabetismo materno, pobreza crítica, unión inestable, entre otros.

Embarazadas de Bajo Riesgo: son aquellas que evaluadas integralmente, presentan los criterios de condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto y no se evidencia en ellas factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes de patología ginecoobstétrica peri natal o general, patología intercurrente, pérdidas reproductivas o embarazo no deseado.

Embarazo de Alto Riesgo se clasifican en tipo I, II y III

Embarazo de Alto Riesgo Tipo I: se encuentran en buenas condiciones de salud, pero presentan uno o más factores de riesgo de tipo epidemiológico y/o social:

Embarazo de Alto Riesgo tipo II: se encuentran en buenas condiciones de salud, pero presentan uno o más antecedentes de patología ginecoobstétrica, peri natal o general, con o sin morbilidad materna y/o peri natal

Embarazo de alto riesgo Tipo III: son las embarazadas de mayor riesgo y las que ameritan la atención más especializada. Se dividen en dos subtipos:

Cuando la gestación ocurre con patología ginecoosbtétrica y /o fetal y/o patología general, que afecta la salud materna y/o fetal con o sin antecedentes de morbilidad materna y/o mortalidad perinatal Hay antecedentes de mortalidad perinatal: Muertes peri natales Síndrome de TORCHS (Citomegalovirus, Rubéola, Toxoplasmosis, Herpes simple tipo I y II, Sífilis) Otras, entre ellas Hepatitis B, Coxsakie B, Coriomeningitis, Parotiditis, Polio, varicela, Encefalitis, Haemophilus, Salmonelosis, Gonorrea, Candidiasis, estreptococia A y B, Tuberculosis, Chagas, Paludismo, VIH/SIDA.) Isoinmunización Abortadora habitual Infertilidad Incompetencia cervical Malformaciones congénitas uterinas Tumores ginecológicos Cáncer extragenital Hipertensión arterial Preeclampsia/eclampsia Hemorragias obstétricas Presentaciones anormales Estrechez pélvica Placenta previa Embarazo prolongado Amenaza de parto prematuro Embarazo múltiple Anemia menor de 9 y Hematocrito menor de 30 Diabetes y otras endocrinopatías Cardiopatías Neuropatías Colagenosis Púrpura y hemoglobinopatías Desnutrición severa Psicopatías.

Entre los métodos para el Cálculo de la Edad Gestacional se encuentra:

Uso del Calendario: Es el método mas preciso en las mujeres con ciclos menstruales regulares y que últimamente, no hayan estado tomando anticonceptivos. Esto supone conocer la fecha de la última menstruación.

Uso del Gestograma o Disco Obstétrico: Se debe ubicar la flecha roja en el primer día de la regla, la fecha corresponde a la edad gestacional.

La evaluación del tamaño uterino: El examen uterino bimanual antes de las 16 semanas de gestación, provee un dato de gran valor para determinar la edad gestacional (cuando se desconoce la última regla) L a aplicación de la Antropometría Ecografía: está basada en la relación que existe entre amenorrea, el desarrollo anatómico del feto y la medida de ciertos segmentos fetales. Cuanto mas temprana se realice, se obtiene mayor precisión. Longitud máxima céfalo-caudal (parámetro más fiel), diámetro biparietal y longitud del fémur.

El cálculo de la fecha probable del parto se ha estimado sobre la base de la duración promedio de un embarazo normal (280 días o 40 semanas de gestación a partir de la fecha de la última menstruación (FUR). Para el calculo se utiliza la regla de Naegele (más usada) Se le agregan 7 días al primer día de la última menstruación y se retrocede 3 meses.

Número de Consultas al año: Concentración

- Bajo Riesgo: Seis (6) consultas como mínimo
- Alto Riesgo: El número de Consultas de acuerdo al riesgo de la usuaria.

El esquema de seis (6) Consultas, será de la siguiente manera:

1ra. Consulta: en el transcurso de las primeras 13 semanas.

2da. Consulta: entre las 15 - 18 semanas

3ra. Consulta: entre las 22 - 24 semanas

4ta. Consulta: entre las 27 - 29 semanas
5ta. Consulta: entre las 33 - 35 semanas
6ta. Consulta: entre las 38 - 40 semanas

Después de las 38 semanas de gestación se requiere efectuar controles prenatales semanales con el objeto de detectar, prevenir y tratar factores que aumenten el riesgo materno perinatal en este periodo, evitando de esta forma el embarazo cronológicamente prolongado. La atención del control prenatal se realizará hasta las 41 semanas inclusive, en las unidades de bajo riesgo, de tal manera que el control siguiente, se hará en un servicio de alto riesgo obstétrico (tercer nivel de atención) donde se garantice el uso de la tecnología apropiada para la vigilancia del feto y la madre.

En el número de usuarias por Hora-Médico de Contratación: Rendimiento se calcula según:

- Bajo Riesgo: Cuatro (4) embarazadas por Hora-Médico, en una relación de una (1) de primera por tres (3) sucesivas.
- Alto Riesgo: Tres (3) embarazadas por Hora-Médico en una relación de una (1) de primera por dos (2) sucesivas.

Tecnología básica para el control prenatal:

- Gestograma
- Cinta Obstétrica
- Estetoscopio de Pinard
- Historia Clínica Perinatal
- Carné Perinatal
- Otros: peso-talla, tensiometro, estetoscopio, termómetro, especulo, etc.

Uno de los componentes más importantes para la salud en la consulta prenatal es la promoción y educación. En la que el equipo de Salud debe preparar el material para ofrecer oportunidades de aprendizaje sobre el autocuidado de la salud durante el embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido, en función de las necesidades identificadas. Proponemos un esquema de siete reuniones grupales.

Se recomienda incluir oportunidades de aprendizaje acerca del cuidado prenatal, su importancia y el rol protagónico de la gestante y su pareja o cualquier otro miembro del grupo familiar durante cada etapa del proceso reproductivo, así como también fomentar estrategias de información, educación y comunicación sobre:

- Hábitos de Higiene personal y familiar.
- Nutrición Materna.
- Embarazo normal, factores de riesgo para el embarazo.
- Preparación en Psicoprofiláxis obstétrica
- Trabajo de parto.
- Puerperio.
- Lactancia Materna.
- Embarazo complicado.
- Planificación familiar post-evento obstétrico.

Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Visión del Programa

Desarrollar una política pública de Salud Sexual y Reproductiva universal y equitativa, que oriente los proyectos, servicios y acciones integrales de esta índole dirigida a todos los grupos poblacionales a lo largo

del ciclo vital, según sus necesidades especificas de género, etnias, pueblos indígenas, territorios y clase social, a través de las redes sociales, con participación protagónica y corresponsabilidad de la familia y la comunidad, a fin de garantizar la calidad de vida y desarrollo humano.

Misión del Programa

Desarrollar una política pública de Salud Sexual y Reproductiva, universal y equitativa, que oriente los proyectos, servicios y acciones integrales de servicios y acciones integrales de esta índole dirigidas a todos los grupos poblacionales a lo largo de ciclo vital, según sus necesidades específicas de género, etnias, pueblos indígenas, territorios y clase social, a través de las redes sociales, con participación protagónica y corresponsabilidad de la familia y la comunidad, a fin de garantizar la calidad de vida y el desarrollo humano.

Objetivo General del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Garantizar la oferta de servicios y acciones integrales y transectoriales de salud sexual y reproductiva, enmarcados en la promoción de la calidad de vida y salud, a fin de contribuir a asegurar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y preservando el desarrollo la autonomía y empoderamiento, mediante la participación social protagónica y la corresponsabilidad en la gestión en salud.

Objetivos Específicos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

- Definir lineamientos de políticas, planes, proyectos y metodologías de salud sexual y reproductiva para la aplicación de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, de acuerdo a necesidades

según ejes transversales (género, pueblos indígenas, territorios y clases sociales), en las distintas redes sociales y de salud.

- Establecer estrategias de construcción de redes sociales y de salud, incluyendo un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia, que potencien las respuestas institucionales para atender las necesidades y para asegurar el acceso a atención específica.
- Desarrollar lineamientos, metodologías y acciones para promover la autonomía y empoderamiento, mediante la participación social protagónica en el diagnóstico de necesidades, así como en el diseño, ejecución y evaluación de las respuestas a las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva, según transversalidades, a fin de asegurar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.
- Desarrollar lineamientos de educación permanente y desarrollo profesional en los temas de salud sexual y reproductiva, dirigidos a los recursos humanos técnico-administrativos, los proveedores de servicios y las usuarias y usuarios.
- Establecer y promover lineamientos de Educación en Salud Sexual y Reproductiva en todos los niveles y modalidades del sistema educativo, con énfasis en los grupos de exclusión escolar y social, a fin de fortalecer los contenidos y estrategias adecuadas y oportunas, que favorezcan el desarrollo de autonomía y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.
- Desarrollar y promover estrategias de información, educación y comunicación de salud sexual y reproductiva, a fin de contribuir al desarrollo de autonomía y la apropiación de los derechos sexuales y reproductivos
- Desarrollar criterios y directrices para asegurar el acceso universal y equitativo, la calidad, calidez, confidencialidad y privacidad de los servicios y acciones en salud sexual y reproductiva, según

necesidades específicas de acuerdo a etapa del ciclo vital y ejes transversales.

- Definir las áreas y priorizaciones para la investigación, de acuerdo a necesidades específicas según a etapa del ciclo vital, y ejes transversales.
- Formular y evaluar la aplicación de lineamientos y metodologías para la identificación de necesidades y brechas de inequidades de salud sexual y reproductiva, a lo largo del ciclo vital, según ejes transversales.
- Desarrollar lineamientos para la reorientación de ofertas dirigidas a responder al déficit de atención a las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva, a lo largo del ciclo vital, según: género, etnias, pueblos indígenas, territorios y clases sociales.
- Desarrollar metodologías para el monitoreo y evaluación de los procesos, acciones y la calidad de la atención en los servicios, considerando las necesidades específicas según ejes transversales.
- Diseñar lineamientos para el desarrollo de sistemas de información y registro de datos, de acuerdo a los criterios establecidos por el MSDS, en las áreas de atención incorporando datos de sexo, edad, y otros de relevancia.
- Establecer y promover lineamientos para fortalecer la vigilancia epidemiológica de los problemas de salud sexual y reproductiva, de acuerdo con los criterios del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS).
- Desarrollar criterios para garantizar la dotación y el sistema logístico de insumos de medicamentos básicos y anticonceptivos, que asegure el suministro adecuado, oportuno, suficiente y regular de los mismos.

El Municipio en Estudio

El Municipio José Rafael Revenga se encuentra ubicado en el Eje este del Estado Aragua, limita por el Norte con el municipio Tovar y Estado Miranda, por el Este con el municipio Santos Michelena y por el Sur-Oeste con el municipio Ribas.

Cuenta con una población estimada para el año 2006 de 47.600 habitantes (INE, 2006), de esta población se estima que 23.939 corresponden al género femenino y el resto al género masculino.

El Municipio, la conformaron 9 establecimientos de salud pertenecientes técnica y administrativamente a la Dirección Municipal de Salud Revenga, adscrita a Corposalud Aragua, en donde, dentro del marco de la Atención Integral, se presta servicio a las embarazadas del área de influencia, Dichos centros corresponden a la categoría que están discriminadas de la siguiente manera, un Núcleo de Atención Primaria, dos Ambulatorios Urbanos tipo I, dos Ambulatorios Urbanos tipo II y cuatro Ambulatorios Rurales tipo I.

Estrategia

Según Menguzzato et al. (1994) estrategia puede definirse como un plan que debería permitir la mejor distribución de los recursos y medios disponibles a efectos de poder obtener aquellos objetivos deseados. Una estrategia es un conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un determinado fin. Dicho de otro modo Estrategia es el conjunto de decisiones fijadas en un determinado contexto o plano, que proceden del proceso organizacional. Proviene del griego ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ Stratos = Ejército y Agein = conductor, guía.

En todo caso, resulta claro, que la necesidad de estudiar y aplicar la noción de estrategia pasó a ser sentida, en el momento en que se acentuaba la velocidad de los cambios sociales, económicos y políticos que sucedían en el mundo y que afectaban las organizaciones, alterando la posibilidad del alcance de los objetivos y los resultados deseables, de ahí la necesidad de desarrollar alternativas y acciones potenciales que posibilitaran el redireccionamiento constante de los objetivos y de los caminos de la organización (Mintzberg, 1990)

Tabatoni et al. (1975) señala, debido a que las consecuencias de cualquier decisión tienen un efecto drástico y amplio, la administración a través de su función de planeación, debe buscar el mejor curso de acción posible para estar preparado a cambiar. Si una experiencia o información nueva se presenta, es necesario el cambio en las acciones ya antes establecidas.

De allí pues, que las estrategias planteadas para lograr un objetivo (o los objetivos), deberán complementarse unas a otras.

El planteamiento de la estrategia, viene a ser la respuesta a:

¿Cómo lo vamos a lograr?

Pero en segundo lugar, una manera de plantearse la estructuración de las estrategias es por niveles:

- Nivel I: En este nivel, la Estrategia se considera sinónimo de "Cómo lograr los objetivos"
- Nivel II: En este nivel se acepta la detección de ciertos obstáculos y de factores facilitadotes que deben ser tenidos en cuenta. Se refiere a las

circunstancias o hechos que se interponen entre el presente y la situación objetivo.

- Nivel III: Cuando los obstáculos y factores facilitadotes no son hechos o circunstancias, si no sujetos que piensan y controlan recursos de poder, es decir, que voluntariamente pueden obstaculizar o facilitar el alcance de nuestros objetivos. Se refiere a una confrontación bajo reglas.
- Nivel IV: Las estrategias deben enfrentar situaciones en las que las reglas mismas son parte de lo que se discute.

Dentro de este mismo orden de ideas ¿Que pautas debemos seguir para una mejor selección de estrategias?

Enfocar adecuadamente la situación actual, cómo la apreciamos o percibimos (incluye a todos los miembros de la organización), es decir, observar nítidamente a todos los actores y condiciones que conforman los escenarios reales y posibles en el ámbito de trabajo de la organización.

- Identificar acciones que respondan a la misión y valores previamente definidos.
- Brindar más espacio a lo importante y que lo ya iniciado tenga continuidad.
- Buscar orientaciones eficientes que promuevan simultáneamente, una economía de los recursos y una disminución de las discrepancias de los diferentes actores.
- Realizar una observación multitemporal y multidimensional de la situación, así como de las consecuencias que se pueden derivar se las acciones que sobre esa situación vayamos a ejecutar; debemos pensar a futuro.

- Tratar de encadenar una estrategia en aplicación con el surgimiento de la siguiente.
- Evitar los errores derivados de la "seguridad" de la certeza y la definición de predicciones sociales.
- Enfatizar una disposición crítica y asertiva. Las estrategias no son ni buenas ni malas sólo son adecuadas o inadecuadas frente a una situación concreta.

Tratar de construir el futuro deseado, más que pensar en el futuro, es lo sustantivo en el pensamiento estratégico. Procurar la percepción concurrente de los momentos descriptivo, explicativo, normativo, estratégico, operativo y evaluativo, en el marco de los valores que sustentan la visión y la misión, puesto que estos momentos se pueden dar simultáneamente.

Bases Legales

En este punto es necesario recordar que existen disposiciones y normativas legales referentes al programa de salud sexual y reproductiva.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1.999), establece entre ellos los de cooperación, solidaridad y corresponsabilidad, definen el rol del Estado como garante de los derechos sociales y pautan un conjunto de derechos sociales que son competencias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Estos derechos se refieren a:

- la protección a las familias (Art. 75)
- la protección de la maternidad, paternidad y los derechos sexuales reproductivos incluyendo información, educación y servicios, (Art. 76)

- la salud como parte del derecho a la vida (Art. 83)
- un Sistema Público Nacional de Salud intersectorial que priorizará la promoción de la salud y la prevención (Art. 84)
- Financiamiento estatal del Sistema Público Nacional de Salud (Art. 85)

En este mismo sentido, en el Capitulo V de los Derechos Sociales y de las Familias, la Carta Magna establece:

Articulo 75. Establece. "El Estado Protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones de familia se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad y el esfuerzo común, la compresión mutua y el respeto reciproco entre sus integrantes. El Estado garantizara protección a la madre, al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia"

Articulo 76. Establece, "La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuera el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos.".

Marco Jurídico Nacional

En Venezuela, estos derechos están garantizados en varios instrumentos legales:

a. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1.999)
b. La Ley Orgánica de Protección Integral del Niño y el Adolescente (1998)
c. La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1.993)
d. La Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia (1.998)
e. El Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud (2.002).
f. La Resolución 1762 del Ministerio de Educación (1.996).

Acuerdos Internacionales

Durante la última década se han producido avances notables respecto al reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como un campo de la salud que amerita especial atención, en virtud de los impactos que ocasiona en el desarrollo de la población y en su calidad de vida.

Entre los acuerdos internacionales de mayor relevancia destacan los siguientes:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976)
- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979)
- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989).
- Cumbre Mundial de la Infancia (1990)
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993)
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (1993)
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994)

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belem Do Pará
- (1994)
- IV Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y El Caribe
- (1994).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (Belem Do Pará, 1994)
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995).
- Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud de América Latina (PRADJAL, 1995 – 2000).
- Medidas Clave para Seguir Ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo +5, N.Y. 1999)
- Mujer 2000: Equidad de géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI (Beijing +5)

Como resultado de los diversos acuerdos internacionales los Derechos Sexuales y Reproductivos, se han incorporado como parte de los Derechos Humanos.

Los derechos sexuales y reproductivos establecen: "...el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre estos, a disponer de la información y de los medios para ello, como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia de

conformidad con lo establecido en los documentos de derechos" (CIPD, 1994).

A partir de los eventos internacionales mencionados anteriormente, los diversos países signatarios de estos, compromisos han desarrollado en sus respectivos Estados, leyes, reglamentos, programas y estrategias orientados a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de sus habitantes.

La Mujer y la Salud

El Ministerio de Salud y Desarrollo, en el marco del Plan Estratégico Social (2.001- 2.007), asume el compromiso ético y político de enfrentar la deuda social acumulada. La salud es concebida como un derecho ciudadano de todas y todos y como parte de las políticas sociales se genera conciencia sobre la defensa de la salud, se privilegian acciones en los espacios locales dirigidas a mejorar las condiciones de vida, el acceso universal a los servicios con calidad, haciendo énfasis en las niñas y niños, adolescentes, mujeres, indígenas, personas mayores y con discapacidad, para contribuir a disminuir las grandes brechas sociales, como lo establecen los principios de la Carta Magna.

La protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres venezolanas, está garantizada con la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva a partir del año 2.000, como parte del Programa Integral de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y ejecutado por la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva. Este programa formula políticas, acciones y estrategias sobre prevención y atención, articulación intersectorial y evaluación de políticas y proyectos de salud, sexual y reproductiva.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Según Balestrini, (2002) el marco metodológico está referido al momento que alude el conjunto de procedimientos lógicos, tecno operacionales implícitos en todo proceso de investigación, con el objeto de ponerlos de manifiesto y sistematizarlos. En base a estos resultados es posible descubrir y analizar los supuestos para generar resultados.

Modalidad o Enfoque

Esta investigación se sustenta en un enfoque cuali-cuantitativo, según Martínez (1.999) afirma que la naturaleza es un todo sistémico que se revela cuando es reducido a sus elementos porque pierde las cualidades emergentes del todo y la acción de esta sobre cada una de las partes. En virtud de ello se adopta una metodología que integra ambos puntos de vista tanto cualitativo como cuantitativo para captar la esencia de la interacción entre las diferentes partes o elementos que conforman el estudio. Así mismo, lo cualitativo que es el todo integrado no se opone a lo cuantitativo, sino que lo implica y lo integra donde sea importante

Diseño de la Investigación

En el presente trabajo se empleo un diseño de investigación no experimental, descriptiva de tipo proyecto factible. en este sentido el manual de trabajo de grado del instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldon" (2.007), señala que el proyecto factible consiste en la

Investigación, Elaboración y Desarrollo de una Propuesta de un modelo operativo viable, o una solución posible a un problema de tipo práctico, para satisfacer necesidades de una institución o grupo social.

El carácter es descriptivo, ya que pretende describir algunas características fundamentales de la investigación, utilizando criterios sistemáticos y analógicos que manifiestan su comportamiento, trabajando sobre realidades.

Con referencia a la investigación descriptiva, Méndez (1998) hace notar que la investigación descriptiva: lleva al investigador a presentar cómo ocurren los hechos, puede afirmarse que agrupa y convierte en información, los hechos y eventos que caracterizan la realidad observada; así como esta, se preparan las condiciones necesarias para la explicación de los mismos.

Según Hernández et al. (1998), el diseño descriptivo busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. "Se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas para describir lo que se investiga", dentro de esta perspectiva se evidencia la relación con la investigación, dado que sus características metodológicas pretenden indicar la interpretación y análisis correctos del fenómeno estudiado o diferenciadores de una realidad existente.

Etapas de la Investigación

A continuación se procedió a explicar las fases que estuvieron contempladas en la investigación:

Etapa I: Exploración Documental: La misma consistió en la recolección, organización y clasificación de la bibliografía relacionada con el tema objeto de la investigación.

Etapa II: Análisis de la Situación Actual: En esta fase se realizara un análisis de la situación actual, con respecto a la cobertura en la consulta de atención prenatal en los Ambulatorios del Municipio Revenga, mediante la revisión de las datos obtenidos en el Sistema de Información de Salud del Modelo de Atención Integral (SISMAI) aportados por la coordinación de atención integral en la dirección municipal de salud del municipio José Rafael Revenga.

Etapa III: Elaboración de las Estrategias: En esta fase se presenta la propuesta tomando como base el modelo metodológico de formulación y evaluación de proyecto factible, a fin de diseñar las estrategias para la captación oportuna de las embarazadas a la consulta de atención prenatal de los Ambulatorios por último se procedió a evaluar la factibilidad de la propuesta.

Población y Muestra

La población constituye el objeto de la investigación, de la cual se extraerá la información requerida para el estudio. Según Palella y Martins (2003), la población es el conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar las conclusiones. La población puede ser definida como el conjunto finito o infinito de elementos, personas o cosas pertinentes a una investigación y que generalmente suele ser inaccesible.

La población en esta investigación estuvo conformada por mujeres embarazadas que acudieron a las consultas de atención prenatal en los establecimientos de salud del municipio revenga del estado Aragua.

En el presente trabajo las unidades de análisis objeto de estudio, serán la embarazadas que acudieron a las consultas de atención prenatal. Todos ellas constituyen la población o universo de estudio para la investigación planteada, la cual generara los resultados. En la medida que se entiende por universo o población de estudio según Ander (1.983) a la totalidad de un conjunto de elementos, seres u objetos que se desean investigar y de las cuales se pretende que reúnan las mismas características en igual proporción.

Para los efectos de este estudio, la población o Universo de estudio está conformada por quinientos sesenta y cinco (565) mujeres embarazadas que acudieron a las consultas de atención prenatal en los establecimientos de salud del Municipio José Rafael Revenga del estado Aragua en el año 2006.

Técnicas de Recolección de Datos

Para realizar el diagnóstico de la situación de la cobertura de atención prenatal en los Ambulatorios del municipio Revenga del Estado Aragua año 2.006, se procedió a seguir los siguientes pasos:

1. Revisión de las cifras obtenidas del Sistema de información de Salud del Modelo de Atención Integral (SISMAI) en el programa de atención materna en los Ambulatorios del Municipio Revenga del Estado Aragua, año 2.006.

2. Revisión del Manual de Proyecto de Formación en la Norma Oficial Para Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, con la finalidad de completar la información acerca del programa.
3. Revisión del Programa de Atención Integral a la embarazada implementado por la Corporación de Salud del Estado Aragua.

La recolección de la información para la realización de esta investigación se efectuó a través de diferentes técnicas y fuentes. Como fueron:

Revisión Bibliográfica y Documental: la información se obtuvo a través de la revisión de textos relacionados con el tema morbi mortalidad materno infantil que permitieron ampliar los conocimientos referentes al mismo y la utilización de página Web.

Observación Indirecta: técnicas que fueron necesarias utilizar para conocer y entender todas las fases relacionadas con la atención prenatal a la embarazada. La misma consistió en la revisión de los tomos I, II y III de la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, revisión del programa regional de atención integral salud materna en el Estado Aragua.

Técnica de Análisis de datos

El procesamiento de los datos constituye una labor de gran relevancia en una investigación dado que de la organización de la información recolectada dependerá la formulación de las conclusiones generales (Sabino, 1999).

De allí pues la importancia de señalar lo valioso que es para esta sección la organización que se le dio a los datos. En esta investigación los resultados de los datos obtenidos fueron transcritos en tablas

Alcance y Limitación de la Investigación

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), como organización pública Rectora del Sistema de Salud Nacional tiene la responsabilidad de la elaboración y Ejecución de los programas para facilitar el acceso de la mujeres embarazadas, a las Consultas de Atención Prenatal Para suministrarle todos los beneficios que contempla el programa de atención materna.

En consecuencia el Ministerio de Salud y Desarrollo Social sustentándose en el proyecto de la Ley de Salud; aprobado en la primera discusión de fecha 14 de Diciembre de 2.004 y la Política de Calidad de Vida y Salud llamada Plan Estratégico Social, 2.001; le confiere un marco referencial a la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva del año 2003.

Por ende, como en todo trabajo de investigación, en su desarrollo se presentaran situaciones que ejercen su influencia en el sentido de obstaculizar en mayor o menor grado su desenvolvimiento, resolviéndolas al momento en que se presenten sobre la marcha, por lo tanto se considera que no se obtendrán limitaciones que pudieran interferir en la culminación de dicha investigación.

Como en todo trabajo de investigación, se presentaron situaciones que ejercieron su influencia en el sentido de obstaculizar su desenvolvimiento pero los mismos fueron resueltos sobre la marcha, por lo

tanto se considera que no hubo limitaciones que interfirieron con la culminación de la presente investigación.

Alcances

La formulación de estrategias para incrementar la asistencia de las gestantes a el Programa de Atención Materna, servirá para el logro de la cobertura óptima en dicha Institución. Cabe destacar que la presente investigación llegará sólo a la etapa de la propuesta, pero podrá servir de base a otras investigaciones ó Instituciones que deseen implementar dichas estrategias para mejorar la Cobertura del Programa antes mencionado.

Limitaciones

Como en todo trabajo de investigación, se presentaron situaciones que ejercieron su influencia en el sentido obstaculizador, los cuales fueron resueltos sobre la marcha, por lo tanto se considera que no hubo limitaciones que interfirieron con la culminación de la presente investigación.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Este capitulo comprende la presentación y análisis de resultados, con el propósito de interpretar la información obtenida. El análisis del estudio se centro en la descripción de los resultados obtenidos. Los datos fueron presentados en tablas de distribución de frecuencia absoluta y porcentual con gráficos, cuyos resultados son bien significativos para la investigación.

La descripción de la situación del programa de atención materna en el municipio Revenga del Estado Aragua, durante el año 2006 se presenta a continuación.

CUADRO Nº 1

COBERTURA DE ATENCIÓN MATERNA MUNICIPIO JOSE RAFAEL REVENGA ARAGUA 2006.

Unidad de Análisis	Prenatales Inscritas	Población Objeto	Cobertura %
Prenatales	565	1854	30

Fuente: SISMAI 2006

El cuadro Nº 1 permiten evidenciar que para el año 2.006, de la población objeto estimada con riesgo a embarazarse (1.854) acudieron a control 565 prenatales lo cual permitió que la cobertura sólo alcanzara el 30%. Evidenciándose una baja cobertura en el componente atención materna del programa salud reproductiva.

Cabe destacar que en la red asistencial del municipio Revenga, se brinda el programa de atención materna, cumpliendo con cada una de las actividades establecidas en la norma oficial para la atención integral de la salud reproductiva; creada por el ministerio del poder popular para la salud.

El mencionado documento contiene normas, pautas y procedimientos para la salud de la mujer gestante, y desarrolló disposiciones para su atención. Donde el objetivo primordial es lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud según el riesgo identificado, a fin de controlar la evolución del embarazo y preservar la salud de madre hijo o hija durante la gestación. Y así garantizar servicios de salud adecuados que ayuden a prevenir la mortalidad materna e infantil.

CUADRO Nº 2
CAPTACIÓN PRECOZ EN PRENATALES MUNICIPIO JOSE RAFAEL REVENGA ARAGUA 2006.

Unidad de Análisis	-13 semanas	%	+14 semanas	%
Adolescente	80	41	114	59
Adulta	114	33	247	67
Total	194	100	37	100

Fuente: SISMAI (2006)

El Cuadro Nº 2 muestra que la captación precoz o captación antes de las 13 semanas de embarazo, en las adolescentes fue de 41%, es decir, de las 194 prenatales captadas, solo 80 iniciaron la consulta prenatal antes de las 13 semanas de gestación, mientras que las adultas captadas 371 acudieron tardíamente al control que equivale a un (33%). El comienzo del control en los tres primeros meses de embarazo (captación precoz) es de

gran importancia ya que permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además de la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir, dado que muchas mujeres no perciben el riesgo y no buscan la atención adecuada, mientras otras se percatan de éstos pero no le dan importancia.

CUADRO Nº 3
CONCENTRACIÓN CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL MUNICIPIO JOSE RAFAEL REVENGA ARAGUA 2006.

Consultas de atención prenatal	Nº	Concentración
Primeras consultas	565	3
Total consultas	1940	

Fuente: SISMAI (2006).

El cuadro Nº 3 señala que en cuanto a la concentración o prosecución en la atención prenatal, se obtuvo un resultado de 3 consultas por cada usuaria la cual se presenta por debajo de la normativa establecida. Es necesario mencionar que se requiere que el seguimiento en el control de la embarazada se efectúe dependiendo del riesgo que presente la usuaria; en las de bajo riesgo son 6 consultas como mínimo esto con el objeto de detectar prevenir y tratar factores que aumenten el riesgo materno perinatal en este periodo y así garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección de la salud.

Análisis de Los Indicadores

En lo referente al análisis de los indicadores del Programa de Atención en Salud Prenatal en los diferentes establecimientos del Municipio José

Rafael Revenga como son: Cobertura, Captación precoz y Prosecución se observa en los resultados obtenidos que no se brinda un servicio de atención materna adecuado y oportuno en cantidad y calidad suficientes para la población gestante del Municipio; a través de la red ambulatoria.

En cuanto a Cobertura de atención pre natal de acuerdo a la población objeto estimada para el año 2.006 se sitúa en 30 % según el calculo de embarazos esperados, lo que nos demuestra que existe un desconocimiento por parte de la usuaria de la importancia de asistir al control prenatal.

Respecto a la captación precoz de embarazadas se ubico en 41% para menores de 19 años y de 33% en mujeres mayores de 19 años apreciándose que la misma fue mayor en las adolescentes. Lo que nos muestra que las mismas acudieron tardíamente al control prenatal, cuando lo indicado en la norma es que la gestante desde el momento en que conozca que está embarazada debe acudir al centro de salud más cercano para ser evaluada por personal médico y otros especialistas. Y a partir de allí comenzar el control prenatal todos los meses. Además se torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir para garantizar que su salud y el desarrollo del bebé sean los adecuados.

Finalmente con respecto a Prosecución o Concentración se obtuvo un resultado de 3 consultas por cada usuaria, resultando inferior a lo estipulado en el programa, (mínimo son 6 consultas). De allí pues que se requiere que los controles subsiguientes se realicen en forma periódica. Por lo que es necesario un seguimiento a través de la búsqueda activa de la embarazada que no acudió al control mensual por parte del equipo de salud o de las

organizaciones existentes en la comunidad, con el objeto de cumplir con las normas y procedimientos logrando de esta manera que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud a fin de controlar la evolución del embarazo y preservar la salud de madre hijo o hija durante la gestación.

Cabe destacar que un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

Precoz: tratando que sea en el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control.

Periódico: cuya frecuencia varía según el riesgo que presenta la embarazada.

Completo: los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación, y rehabilitación de la salud.

Amplia Cobertura: solo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbi-mortalidad materno infantil.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados; pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo de criterios de tecnología sensibles que enuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

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

CAPITULO V

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA CONSULTA PRENATAL EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNA EN LOS AMBULATORIOS DEL MUNICIPIO REVENGA, ESTADO ARAGUA.

Justificación

Esta investigación tiene como propósito formular estrategias para aumentar la cobertura de la atención prenatal en los centros de salud del Municipio José Rafael Revenga del Estado Aragua. Es conocido que la atención prenatal reduce la morbi-mortalidad materna y peri-natal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer; también permite identificar factores de riesgo, que hacen posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. Aspecto que respalda la disminución de factores de riesgo para las mujeres embarazadas, y por ende contrarresta la incidencia de morbi- mortalidad materna. Evitando así la aparición de complicaciones, fácilmente prevenibles con un oportuno y adecuado control prenatal.

La atención a la embarazada busca seguir el normal desarrollo de la gestación y detectar cualquier anormalidad para proceder a su adecuado tratamiento o canalización, realizando una serie de acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos orientados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbi mortalidad materna en el control prenatal, puede vigilarse la evolución del embarazo y prepara a la madre para el parto. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor vulnerabilidad en la vida del ser humano, como es el período peri natal y las principales causas de muerte de las mujeres jóvenes.

El embarazo implica un riesgo tanto para la salud de la madre como la del niño (a) que se gesta; no obstante, los peligros disminuyen si la mujer se somete a un adecuado control prenatal.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño (a) pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención de la mujer embarazada, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

Consecuentemente, se mejora la calidad de la atención por conocer el estado de salud de la madre con anticipación y la calidad de vida para el binomio madre-hijo.

Es por ello, que las acciones establecidas en la Norma Oficial del Programa de Salud Sexual y Reproductiva tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobre vivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez, señalando pautas específicas a seguir para disminuir la morbilidad y la mortalidad materna, atribuibles a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

El VI Informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala en la Salud de la Madre y el Niño que la mortalidad neonatal disminuye si la primera visita prenatal se realiza precozmente, si los controles de la gestación son suficientes y si la mujer es atendida durante el parto en un servicio hospitalario adecuado.

Como consecuencia de los resultados obtenidos en este estudio, surge la propuesta de formular estrategias que permitan llegar a la población femenina para incrementar el número de usuarias en control prenatal.

La educación de la población a través de la escuela o los medios masivos de comunicación es un factor importante para el desarrollo de una cultura de salud, sobre todo en el rubro de la maternidad exitosa, así como aquellas de orden institucional que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la atención médica de la embarazada.

En síntesis, el interés por el tema surge por la inquietud que genera la baja cobertura en la consulta prenatal en los Ambulatorios del Municipio José Rafael Revenga, que conlleva a consecuencias negativas para el binomio madre- hijo.

Por consiguiente, un control prenatal adecuado y oportuno es el principal objetivo en el cual nos debemos enfocar, y disminuir las complicaciones que puedan surgir en el transcurso del embarazo. Por tal motivo hacia dicha dirección debemos apuntar enfáticamente, y mejorar la cobertura del control prenatal. Fomentando políticas de promoción, garantizando la prestación de servicios de salud materna adecuados, y así elevar la calidad de vida de la población femenina gestante del Municipio José Rafael Revenga.

Objetivo

Fortalecer la Atención Integral en Salud Prenatal en los establecimientos de salud del Municipio José Rafael Revenga, Estado Aragua.

Estrategias

En atención a lo antes expuesto se elaboraron las siguientes estrategias:

- Fortalecer las actividades de información, educación, promoción y difusión con medios y materiales comunicacionales innovadores, desarrollados con la participación de el equipo de salud y la comunidad con el objeto de aumentar la cobertura de la atención materna y por ende del programa, dirigida a los usuarios que asisten a la consulta de atención integral en los centros asistenciales, en lo que se refiere a la importancia de asistir al control prenatal entre otros , haciendo énfasis en la detección del riesgo, así como también dirigirse a la comunidad organizada y estimularlos a que ocupen el rol que la ley establece y comprometerlos en el proceso de corresponsabilidad en salud., con el fin de concienciar sobre la importancia de asistir al control prenatal favoreciendo de esta manera el aumento de la demanda de atención prenatal oportuna, periódica y de calidad.
- Promover la interinstitucionalidad, y de esta manera asegurar el cumplimiento de cada una de las pautas establecida en la norma oficial del Programa de Salud Reproductiva y el éxito del programa, Se requiere asociarse con otras Instituciones como: Alcaldía, Centro de Diagnostico Integral, laboratorio Clínico y otras organizaciones del sector privado. Ya que el esfuerzo mancomunado permite un mejor aprovechamiento de los recursos, tanto humanos como económicos, y así llevar a cabo las actividades pautadas.
- Búsqueda activa de las embarazadas que no están en control en los establecimientos de salud del Municipio, valiéndonos de la información registrada por el medico en el reporte diario de morbilidad; de aquellas gestantes que por cualquier causa acuden al servicio de emergencia en los ambulatorios que prestan servicio las 24 horas. Para que

posteriormente sea visitada por el equipo de salud y de esta manera lograr la integración de forma inmediata de la embarazada al Programa de Atención Prenatal.

- Capacitación y motivación permanente del equipo de salud con la programación de actividades educativas para el personal médico y de enfermería, que le permitan adquirir conocimientos y/o herramientas con el objeto de mejorar la calidad de los servicios.
- Implementar Programas de Educación dirigido a los futuros trabajadores de Salud (Personal Médico y Enfermería), en las universidades, con el fin de prepararlos sobre la calidad y calidez de Atención que se debe brindar a la mujer embarazada.
- Participación de equipo de salud y coordinador de programa, en el cálculo de la población objeto estimada en su área de influencia y en el conocimiento de las normas del programa de salud reproductiva. Con el fin de realizar evaluaciones periódicas del cumplimiento del programa y discutir de manera crítica las actividades realizadas y de esta forma aplicar correctivos oportunos.

Factibilidad

La existencia de equipos e implementos materiales y recurso humano necesario para la implementación de estas estrategias, hace que la propuesta sea factible desde el punto de vista Económico, Humano y Organizacional.

Recursos

Para fortalecer la Atención Integral en Salud Prenatal en los establecimientos del Municipio José Rafael Revenga se debe contar con una

serie de recursos necesarios e imprescindibles para poder prestar un servicio de salud de calidad acorde a las exigencias y demanda de la población

Recursos Materiales

- Local: debe contar con un espacio acorde para la realización de la consulta prenatal , en la red asistencial del municipio existe el espacio disponible para dicha consulta
- Materiales Y Equipos De Oficina: Para la atención de la embarazada y cumplir con todas las actividades que especifica la norma oficial en la atención materna que debe contar con:
  1. Escritorio y sillas: Para la comodidad del equipo de salud y la usuaria.
  2. Papel: Para la elaboración de la papelería a utilizar.
  3. Lápiz y bolígrafo: Para ser utilizados en el llenado de la papelería.
  4. Papelería: Para elaboración de la historia clínica integral (DSPO1), llenar registro diario de morbilidad (DSPO2), llenar los recipes necesarios y de laboratorio , proyectar y ejecutar charlas y sesiones educativas, elaborar informes de acuerdo a las normativas establecidas.
  5. Peso Talla: Para la toma del dato base de las medidas antropométricas.
  6. Estetoscopio Pinard
  7. Cinta métrica
  8. Camilla ginecológica
  9. Diván
  10. Reactivos para las pruebas de VDRL y VIH
  11. Tubos de ensayo
  12. Gradillas
  13. Inyectadoras

Recurso Humano

Se requiere contar con un personal adiestrado y capacitado para cumplir con las normas y procedimientos de la consulta de atención integral a la embarazada y conservar salud del binomio madre e hijo o hija.

- Medico General
- Enfermera.
- Ginecoobstetra
- Nutricionista
- Personal de Aseo y Limpieza.

Presupuesto

Por contar en los establecimientos de salud con inmobiliario mínimo y equipos para la consulta integral de la embarazada solo se necesita presupuesto para la adquisición de papelería:

Descripción del Recurso	Cantidad Mensual	Cantidad Anual
Productos de cartón e impresos para oficina	2.967,87	35.614,15
Útiles de escritorio, oficina y materiales de instrucción	8.750,00	105.000,00
Materiales útiles de aseo y limpieza	3242,00	38.904,00
Total	14.959.87	179.518.15

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos en la revisión del programa de Atención materna del Municipio Revenga del Estado Aragua, año 2.006, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Se evidenció que a pesar de que se cumplen los lineamientos del Ministerio del Poder Popular para la Salud a través de la Norma Oficial de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, encontramos una baja cobertura de atención materna, que nos habla a favor de que hay actividades que no se están realizando en forma óptima y que son de gran importancia para alcanzar la cobertura del programa. De allí pues la necesidad urgente de promocionar sensibilizar y concienciar a la población sobre la significancia del control prenatal.

Cabe destacar que el control prenatal es el instrumento que garantiza que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo salud contribuyendo de este modo a disminuir la morbi – mortalidad materna.

Todo esto nos alerta que se debe seguir buscando y perfeccionando las estrategias y unir esfuerzos para lograr un control prenatal precoz, periódico, completo y de amplia cobertura a fin de preservar la salud madre hijo.

Recomendaciones

A continuación se formula, producto del desarrollo de la investigación las siguientes recomendaciones.

Motivar al equipo de salud para que se incorpore de una manera efectiva a la Promoción y divulgación del programa de atención materna. Así como también promover la Intersectorialidad con las diferentes instituciones municipales.

Cabe considerar por otra parte, que es importante el apoyo por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud y de los entes Regionales de la dotación permanente y suficiente de los suplementos vitamínicos e inductores de la maduración pulmonar, ya que en oportunidades existe carencia de los mismos

Reorientar y reforzar la evaluación periódica del Programa de Atención Materna que le permita al personal de salud intercambiar ideas y experiencias para lograr así aprendizajes significativos, tendientes a optimizar el cumplimiento del Programa.

Cabe destacar por otra parte, que es un derecho de la madre y del niño de tener la oportunidad de nacer sano,

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Álvarez, R. (1998). *Salud pública y medicina preventiva de México*. Bogotá: Editorial el Manual Moderno.

Balestrini, M. (2002). *Como se elabora un proyecto de investigación. Caracas*: Servicio.

Blackerby, P. (1996). *Comience aquí como escribir un plan para planificar*. París: AECI.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). *Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5453. Caracas:

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: MC GRAWHILL – Interamericana.

Hurtado, J. (2000). *Metodología de la investigación holística*. Maracay: Fundación Sypal.

Lombarda, M. (1995). *El Municipio en concreto*. Barcelona: Gestión 2000.

Martínez, M. (1999). *La nueva ciencia su desafío, lógica y método*. México: Trillas.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social [M.S.D.S]. (2004). Tomo III *Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. Venezuela:

Organización Mundial de la Salud. (2007). Datos y Estadísticas. [Documento WWW]. URL. http://www.who.inh/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2007). Datos de Salud Pública. [Documento WWW]. URL. http://www.paho.org/spanish/dd/ais/core

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Programa mujer, salud y desarrollo*. Washington, DC, USA.

Path (2000). *Programa para una tecnología apropiada en salud*. Chile: Copyright.

Parkin, D. (2000). *Personal communication*. Oxford: ISBN.

Palella, S. y Martins, F. (2003). *Metodología de la investigación cuantitativa.* Caracas: FEDEUPEL.

Restrepo, J. (2005).*Fundamentos de salud Pública.* Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Sabino, C. (1999). *El proceso de la investigación.* Caracas: Panapo.

Steiner, G. (1995). *Planificación estratégica.* México: MC GRAW-HILL.

Tamayo y Tamayo, M. (2001) *El proceso de la investigación científica.* México: Limusa.

Buekens, Pierre, Hernández, Patricia, Infante y Claudia. (1990). *La atención prenatal en América Latina [Documento* WWW]. http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10632610.pdf

Faneite A, Rivera, González, Linares y Faneite J. (2001). *Por qué no se controla la embarazada? [Documento* WWW]. www.sogvzla.org/FTPSOGV/online/Revista/2002/N%202/01.%20Faneite%20P%20(77-81).pdf

Organización Mundial de la Salud (2004). *La contribución para el logro de las Metas de Desarrollo de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas. Informe del Secretariado. Ginebra.*

García et al. (2002) Mortalidad materna Maracaibo [Documento *WWW].http://www.sogvzla.org/FTPSOGV/online/Revista/2002/N%202/06.%20Garc%C3%ADa%20(103-108).pdf*

Fondo de Población de las Naciones Unidas, *[Documento* WWW]. http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch7/index.htm

ANEXOS

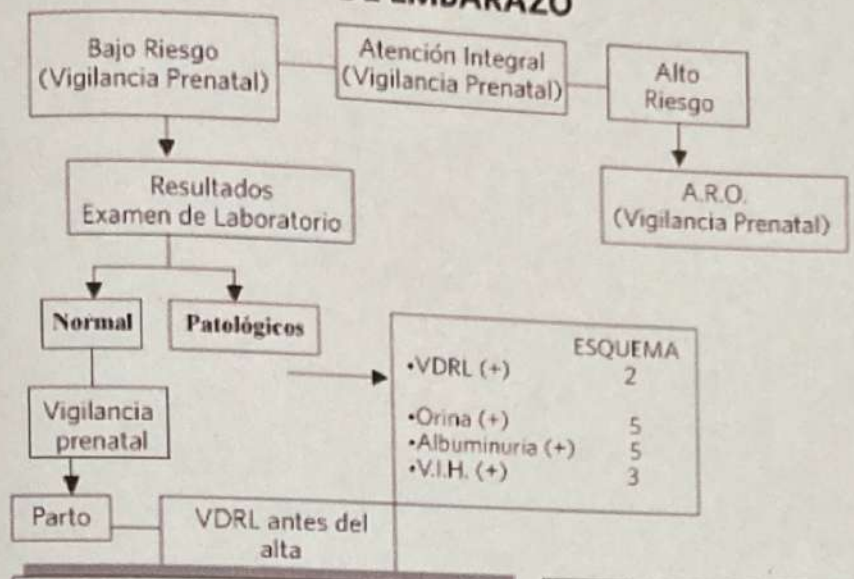
ACTIVIDADES EN CONSULTA PRENATAL: ESQUEMA DE SEIS (6) CONSULTAS

CONSULTA No.	1	2	3	4	5	6
SEMANAS DE GESTACION	<14	15-18	22-24	27-29	33-35	38-40
SUPERVISOR:						
ACTIVIDADES						
Elaboración de Historia Clínica Perinatal:						
a. Interrogatorio General y Obstétrico						
b. Examen Clínico Integral:	X	X	X	X	X	X
- Medición, registro, interpretación y valoración de la Talla, Peso y Tensión Arterial.	X	X	X	X	X	X
- Identificación de signos y síntomas de alarma (edema, sangrados, cefalea, signos de infección urinaria o vaginal)	X	X	X	X	X	X
- Examen de mamas.	X	X	X	X	X	X
- Medición de la altura uterina, registro, interpretación y valoración.	X	X	X	X	X	X
- Cálculo de la edad gestacional.	X	X	X	X	X	X
- Evaluación de frecuencia cardiaca fetal.			X	X	X	X
- Evaluación Ecográfica. Valoración de la cantidad de líquido amniótico, placenta y bienestar fetal.	X		X		X	X
- Pesquisa de anomalías genéticas en caso de ser necesario (estudio Líquido Amniótico por Amniocentesis)		X				
- Diagnóstico de Presentación fetal					X	X
- Evaluación de la pelvis	X					X
Contenidos educativos	X	X	X	X	X	X
Evaluar vulnerabilidad y riesgo	X	X	X	X	X	X
EXAMENES DE LABORATORIO						
Hematología completa	X		X		X	X
Glicemia en ayunas	X		X			X
Urea y creatinina	X					X
Grupo sanguíneo. Factor RH	X					
VDRL	X		X			X
HIV	X			X		
Toxoplasmosis(IgM, IgG)	X					
Serología para Hepatitis B	X	X				
Examen de orina	X		X	X	X	X
Examen de Heces	X					
Citología	X					
Colposcopia(de acuerdo a resultado de citología)						
Vacunación con Toxoide Tetánico	X		X			
Examen odontológico	X					
Suplementación con hierro, ácido fólico, calcio	X	X	X	X	X	X

NIVELES DE ATENCION INTEGRAL A LA EMBARAZADA

Criterios de Riesgo	Niveles de Atención	Actividades
	Nivel III	Atención especializada del equipo de Salud.
ALTO RIESGO	Hospital II, III, IV	Apoyo de Alta Tecnología. Cuidados intensivos Perinatales. Exámenes Clínicos y Paraclínicos de Alta Complejidad.
BAJO	Nivel II Hospital 1 Red ambulatoria	Atención especializada del Equipo de Salud. Exámenes Clínicos de mediana complejidad.
t RIESGO	Nivel 1 Red Ambulatoria	Atención general del equipo de Salud. Exámenes Clínicos básicos de apoyo.

ESQUEMA I CONTROL DE EMBARAZO



VIGILANCIA PRENATAL:
- Control Peso-Talla-Tensión Arterial.
- Interrogatorio.
- Valoración clínica.
- Toma muestra para albuminuria.

PRIMERA CONSULTA:
- Examen laboratorio de Rutina.
- Citología.
- Toma muestra 1er. VDRL,VIH.
- 1er. Toxoide Tetánico.

2do. TRIMESTRE: 2do.VDRL.
3er. TRIMESTRE: 2do. Toxoide Tetánico.
3er. VDRL.
2do.Glicemia.

BAJO RIESGO:
- **Antecedentes patológicos:** Familiares y personales.
- **Embarazo fisiológico.**

ALTO RIESGO:
Embarazo con Patologías.

A.R.O. (Alto Riesgo Obstetrico)
Referir Gineco Obstetra

PATOLOGÍA	ESQUEMA
SÍFILIS	2
•VIHSIDA	3
•HTA	4
•SEPSIS	5
•HEMORRAGIA	6
•DIABETES	7
•TIROIDES	8
•OTROS	9