

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POST GRADO



Maestría en Ciencias

Mención: Salud Pública

TESIS

**CONDICIONANTES SOCIODEMOGRÁFICOS,
PROFESIONALES E INSTITUCIONALES DEL (LA) OBSTETRA
DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA, DISTRITO
BAÑOS DEL INCA, CAJAMARCA-2012**

Por:

María Irma Vigo Aguilar

Asesora:

Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales

Cajamarca, Perú

Julio de 2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POST GRADO



Maestría en Ciencias
Mención: Salud Pública

TESIS APROBADA
CONDICIONANTES SOCIODEMOGRÁFICOS,
PROFESIONALES E INSTITUCIONALES DEL (LA) OBSTETRA
DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA,
DISTRITO BAÑOS DEL INCA, CAJAMARCA-2012

Por: María Irma Vigo Aguilar

Comité científico:

Dra. María Urteaga Becerra
Presidente del Comité

Dra. Silvia Sánchez Mercado
Primer miembro titular

Dra. Marleni Bardales Silva
Segundo Miembro Titular

Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales
Asesora

Fecha: Julio del 2014

COPYRIGHT © 2015 by
MARÍA IRMA VIGO AGUILAR
Todos los derechos reservados

A:

A mis adorados hijos: Elmer Jesús y José Fernando, de quienes me siento plena de cariño, comprensión y apoyo en todos los días de mi vida, como una fuerza que me inspira y proyecta cada día.

Mis padres: Aníbal Vigo Alvarado y Antonia Aguilar Salazar, por su abnegado amor, sacrificio y confianza brindados a mi persona para cambiar hacia un paradigma de superación personal.

A mi suegra, Justina Loyola Santa Cruz Becerra, con todo cariño, admiración y respeto, por su incondicional apoyo y consejo espiritual para el logro de mis metas con fe, dedicación, optimismo y sensatez.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a:

A Dios y a la Santísima Virgen María, por darme
la vida y la inteligencia suficiente para concluir
mis estudios de Maestría.

A todas las personas que, sin escatimar
esfuerzo alguno, se circunscribieron en la
presente investigación.

Con la mayor dilección, a mi asesora,
Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales, por su
generosa confianza ofrecida como compañera y
maestra durante todo el período que se
requirió para hacer realidad mis estudios de
Maestría.

CONTENIDO

Ítem	Pág.
AGRADECIMIENTOS	iv
LISTA DE ILUSTRACIONES	viii
LISTA DE ABREVIACIONES	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	4
1.1. Planteamiento del problema de investigación	4
1.2. Formulación del problema	8
1.3. Objetivos	9
1.4. Justificación	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes teóricos de la investigación	12
2.2. Bases teóricas de la investigación	18
2.3. Defincion de términos básicos	22
2.4. Hipotesis de la investigacion	40
2.5. Categorías del estudio y en su operacionalizacion	41
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	42
3.1. Tipo de diseño de la investigación.....	42
3.2. Población y muestra	42
3.3. Unidad de análisis	43
3.4. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de la información	44
3.5. Técnicas de procesamiento, interpretación y análisis de datos	46

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	48
4.1. Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales	48
4.2. Cumplimiento de la atención prenatal reenfocada.....	51
4.3. Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales y atención prenatal reenfocada	54
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	57
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	76

LISTA DE ILUSTRACIONES

Tabla		Pág.
1.	Principales condicionantes sociodemográficos del (la) obstetra. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012.	48
2.	Principales condicionantes profesionales del (la) obstetra. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012	49
3.	Principales condicionantes institucionales del (la) obstetra. Centro de salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012	50
4.	Cumplimiento de la atención prenatal reenfocada, paquete mínimo y ampliado Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012	51
5.	Cumplimiento de la atención prenatal reenfocada, paquete mínimo según orden de atención, edad gestacional y oportunidad de cumplimiento Centro de salud Baños del Inca, Cajamarca 2012	52
6.	Cumplimiento de la atención prenatal reenfocada, paquete ampliado según orden de atención, edad gestacional y oportunidad de cumplimiento Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012	53
7.	Relación de los condicionantes sociodemográficos del (la) obstetra y atención prenatal reenfocada, paquete mínimo. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012	54
8.	Relación de los condicionantes profesionales del (la) obstetra y atención prenatal reenfocada, paquete mínimo. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012	55
9	Relación de los condicionantes Institucionales del (la) obstetra y atención prenatal reenfocada, paquete mínimo. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012	56

LISTA DE ABREVIACIONES

CSPI	Condicionantes Sociodemográficos, Profesionales e institucionales
apnr	atención prenatal reenfocada
CLAP	Centro Latino Americano de Perinatología
cspi	condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales
DIRESA	Dirección Regional de Salud
HCMP	Historia Clínica Materno Perinatal
imc	índice de masa corporal
MINSA	Ministerio de Salud
odm	objetivos del milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORHS	Organización de los Recursos Humanos en Salud
pae	proceso de atención de enfermería
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas USAID
USAID	Agencia Interamericana de Desarrollo de los Estados Unidos
vbg	violencia basada en género

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar la relación de los condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del profesional obstetra con la atención prenatal reenfocada (APNR) en el Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca. El estudio fue descriptivo, correlacional, transversal, se consideró como población de estudio y unidad de análisis a todos (as) los (as) obstetras que laboraron en el Área Asistencial, se revisó el ciento por ciento de historias clínicas materno perinatales del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) /OPS-OMS de gestantes con seis a más atenciones prenatales, incluyendo las de parto atendido por obstetra y se evaluaron los ítems de la atención prenatal reenfocada que corresponden al paquete mínimo y paquete ampliado estandarizados por el ministerio de salud 2011. Para la validez y confiabilidad de los instrumentos se usó el “juicio de expertos”, y la técnica de la encuesta en la muestra piloto. El análisis de datos se realizó a través de tablas de contingencia y Chi-Cuadrado ($p < 0,05$). Se evidenció un nivel de cumplimiento en la atención prenatal reenfocada de 87,8% en el paquete mínimo y cero por ciento en el paquete ampliado. El número de hijos, ingreso económico, los cursos brindados por el ministerio de salud, la forma de contrato, guardias nocturnas, y toma de decisiones tienen influencia significativa para el cumplimiento de la atención prenatal reenfocada; poseen una ligera influencia los congresos y los cursos realizados por su cuenta, y no tienen influencia la edad, índice de masa corporal, estado civil, tiempo de desplazamiento a su trabajo, el nivel académico, la experiencia laboral, las pasantías, talleres organizados por el ministerio de salud, compromiso con su trabajo, número de atenciones, la motivación y la satisfacción en su trabajo.

Palabras clave: Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales, atención prenatal reenfocada.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the relationship of sociodemographic, professional and institutional constraints of professional obstetrician refocused antenatal care at the health center Baños del Inca, Cajamarca. The study was descriptive, correlational, cross, was considered as study population and analyzing unit at all (as) (as) obstetricians who work in nursing care was revised hundred percent of perinatal maternal health records of the Latin American Perinatology (CLAP) /OPS-OMS, pregnant with six to more prenatal care, including childbirth attended by obstetrician and items of refocused antenatal care package corresponding to the minimum and extended standardized package by the ministry of health was evaluated -2011. The validity and reliability of the instruments on "expert opinion" and the technique of the pilot survey sample was used. Data analysis was performed using contingency tables and chi-square ($p < 0.05$). a level of achievement was evident in the refocused prenatal care 87.8% in the minimum package and zero percent in the expanded package. The number of children, income, courses offered by the ministry of health, the form of contract, night guards, and decisions have significant influence on the performance of the refocused prenatal care; have a slight influence congresses and courses taken on their own, and have no influence on age, body mass index, marital status, travel time to work, academic level, work experience, internships, workshops organized by the ministry of health, commitment to their work, number of visits, motivation and job satisfaction.

Keywords: sociodemographic, professional and institutional conditions, refocused prenatal care.

INTRODUCCIÓN

Se reconoce la existencia de organismos y de numerosos estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre los más importantes que representan la voluntad renovadora para actuar y movilizarse colectivamente hacia el abordaje de los factores condicionantes en el trabajo del profesional sanitario, a fin de lograr una efectiva fuerza laboral en salud para el logro de los objetivos del milenio. En este proceso está enmarcada la estrategia de salud sexual y reproductiva, establecida en el Perú por RM N° 771-2004/MINSA. Asimismo, está direccionada por líneas de intervención, como por ejemplo: *“Mejorar la calidad de los servicios de atención materna para facilitar el acceso a la atención prenatal reenforcada, atención institucional calificada del parto y del recién nacido.”* El cumplimiento de los propósitos de esta estrategia demanda que los profesionales de la salud desempeñen una función significativa. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud insta a todos los países a dar prioridad al personal sanitario, gestionar y poner en marcha un plan nacional, a través del cual, los gobiernos se comprometan a disponer que los profesionales sanitarios en ejercicio se adapten a la evolución de las prioridades en salud; puesto que un factor condicionante que limita potencialmente el aumento de la escala de la fuerza laboral sanitaria de los países en desarrollo está constituido por las políticas generales y salariales de los gobiernos que, a veces, crean restricciones.

En Cajamarca, los resultados en la estrategia de salud sexual y reproductiva plasmados en el análisis situacional de salud 2009-2011 establecen que existen algunos factores que limitan el trabajo sanitario, particularmente del profesional

calificado. Los establecimientos de la región, sin dejar de reconocer su extraordinaria diversidad, se enfrentan a los retos de una serie compleja de problemas de recursos humanos, de esta manera: la insuficiencia grave o sistemática de personal sanitario de determinadas categorías, específicamente de obstetras; falta de relación entre la oferta y el mercado de trabajo; carencias de recursos humanos que atiendan las necesidades de salud de grandes sectores de la población; movilidad constante de la fuerza laboral entre las diferentes partes del sector salud; disposiciones y condiciones precarias de trabajo; escasa motivación y baja productividad del personal de salud; ineficiencia en la asignación de los recursos; desequilibrios profundos en la composición y distribución de la fuerza laboral, para mencionar solo algunos. Esta problemática permite levantar con claridad un grupo de condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales que influyen en el verdadero desarrollo y ejecución de las medidas planteadas por las reformas sanitarias para el cumplimiento del modelo de atención prenatal reenfocada.

Bajo este contexto, la presente investigación buscó identificar los principales condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del profesional obstetra; determinar el nivel de cumplimiento de los estándares en la Atención Prenatal Reenfocada MINSA-2011, en el paquete mínimo como ampliado y; establecer la relación que se presentan entre ellos. Este trabajo de investigación está estructurado sobre la base de capítulos. Estos, a su vez, están establecidos de la siguiente manera: en el Capítulo I se presenta el problema e incluye el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos y justificación; en el Capítulo II se muestra el marco teórico conceptual, que incluye antecedentes teóricos de la investigación, bases teóricas, hipótesis de investigación y variables de estudio y su operacionalización; en el Capítulo III se presenta el marco metodológico, que incluye

el ámbito de estudio, población, muestra, unidad de análisis, diseño y tipo de investigación, procedimientos técnicos e instrumentos de recolección de información, técnicas de procesamiento interpretación y análisis de datos; en el Capítulo IV se consideran los resultados de la investigación, y, finalmente, en el Capítulo V se presenta el análisis y discusión de los resultados.

La tesista.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema de investigación

Por muchos años, los problemas centrales en materia de Recursos Humanos en Salud en América Latina y en los países de la Subregión Andina, incluido el Perú, han girado alrededor de la baja disponibilidad cuantitativa y de la inadecuada distribución de profesionales obstetras. Algunas estrategias han contribuido a mejorar la situación, pero no han satisfecho las expectativas; pues, en la actualidad, no se cuenta con profesionales calificados ni comprometidos en número suficiente; tampoco están distribuidos ni reconocidos adecuadamente para responder al cumplimiento de los estándares en la atención prenatal reenforcada MINSA-2011 (1).

Por otra parte, se identifica que los profesionales obstetras, a nivel Latinoamericano y mundial están expuestos a condiciones de trabajo de inseguridad y a un estrés cada vez mayor; puesto que tienen que reaccionar a un complejo abanico de fuerzas laborales antiguas y nuevas, donde las transiciones demográficas y epidemiológicas inducen cambios en las amenazas para la salud de la población gestante, a los que este personal debe dar respuesta. Asimismo, las políticas de financiación, los avances tecnológicos y las expectativas de los consumidores modifican radicalmente lo que se les exige a estos trabajadores, quienes buscan oportunidades y seguridad laboral en los dinámicos mercados de trabajo del ámbito sanitario (2). Esta problemática se relaciona, de alguna manera, con el desempeño de los profesionales obstetras; pues, no siempre logran cumplir

con los objetivos propuestos en los diferentes modelos de atención dirigidos a la salud de la población gestante. Frente a ello, Europa y América Latina han impulsado la creación de Observatorios Regionales de Recursos Humanos de Salud tomando como plataforma la denominada Acción de Toronto, por la Organización Panamericana de la Salud en 2005, que claramente identifica y define cinco principios orientadores y las líneas de acción que los países de las Américas deben seguir para lograr una efectiva fuerza de trabajo en salud, adecuadamente formada, distribuida, motivada y comprometida en entregar atención de calidad a toda la población. Estos desafíos comunes son: 1) definir políticas y planes para mejorar y adaptar la fuerza de trabajo a las necesidades de salud; 2) colocar a las personas idóneas en los lugares adecuados; 3) regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de la salud; 4) generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de la salud que promuevan ambientes de trabajo saludables; 5) desarrollar mecanismos de interrelación entre las instituciones formadoras (universidades, escuelas) y los servicios de la salud (3).

De otro lado, en las últimas décadas, la agenda de la salud en el mundo se desarrolla en el marco de las reformas sanitarias y el Perú no ha sido la excepción. Después de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo (CIPD) en 1994 se reenfocó el concepto de salud sexual y reproductiva; esta fue incorporada como derecho de las personas. Los 184 países que suscribieron el Programa de Acción de la CIPD incluido Perú, se comprometieron a realizar los esfuerzos necesarios para adoptar las medidas planteadas. Una de las estrategias que ha sustentado estas reformas para enfrentar este reto se centra fundamentalmente en la descentralización y focalización de recursos, en la

preferencia que se le da al recurso humano calificado y la mejora de las diferencias y desigualdades en materia de bienestar biopsicosocial; lo que implica una posición jerárquica social y económica, y una red de relaciones que aseguren un mejor uso de sus capacidades, acceso a un mayor nivel de desarrollo y la determinación de las condiciones de vida y de trabajo saludables, agradables y motivadoras (4).

Sin embargo, a pesar de lo expuesto, distintos estudios identifican una carencia de factores importantes que se relacionan con el ámbito del trabajo y el desempeño de los profesionales de la salud. Vale decir que al evaluar al obstetra desde su rol como hombre o mujer trabajador(a) permite levantar con claridad un grupo de condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales que repercuten en el verdadero desarrollo de su trabajo. De esta manera se puede determinar cómo las oportunidades de empleo, las condiciones laborales, la seguridad laboral, la seguridad en el trabajo y otros aspectos se constituyen en determinantes importantes para el buen desempeño laboral (5).

En este contexto, el obstetra debe responder a su perfil profesional; puesto que se trata de un trabajador productivo, investigador y agente de cambio con visión holística, capacidad para desarrollar acciones integrales e integradas, con decisiones basadas en evidencias; en este mismo sentido, transforma el conocimiento en acción, y promueve nuevos ejercicios y prácticas educacionales, para adecuarlas a las necesidades y demandas existentes, tanto de los usuarios, así como de los servicios de salud y del propio profesional (6). Sin embargo, la atención prenatal reenfocada es una realidad que trasciende lo físico, se traduce en las diferentes formas de conductas de la gestante para expresarse y relacionarse con su entorno social y familiar, y, además, constituye uno de los ejes

fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades e inequidades sociales.

Asimismo, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2004) tiene como propósito mejorar la salud sexual y reproductiva de la población peruana. Para ello deberá concentrar el mayor esfuerzo en la reducción de la mortalidad materna y perinatal a través de diferentes líneas de intervención, siendo una de ellas: “Mejorar la calidad de los servicios de atención materna para facilitar el acceso a la atención prenatal reenfocada, atención institucional calificada del parto y del recién nacido.” En esta línea de intervención, el modelo de atención prenatal reenfocada debe constituir una fuente importante de bienestar y placer tanto físico como mental y social para la mujer gestante, desde antes de la semana catorce, a efectos de permitir su captación temprana, para poder detectar, educar, prevenir e intervenir oportunamente el riesgo biopsicosocial (7, 8).

Si se tiene como antecedente el hecho de dar cumplimiento a esta línea de intervención, específicamente la, Atención Prenatal Reenfocada (APNR), el obstetra debe actuar no solo sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres del entorno social de la mujer gestante, sino también sobre la base de un clima de trabajo que lo satisfaga tanto personal como profesional e institucionalmente.

En el ámbito nacional la distribución de obstetras por 10 000 habitantes es de 2,6 y en la región Cajamarca es de 2,3 similar al de los países del África Subsahariana. Lo que hace improbable que se logre una alta cobertura de intervenciones sanitarias, tanto como las necesarias para alcanzar los objetivos de Desarrollo del Milenio relacionadas con salud (9). De otra fuente de datos, el sistema HIS (Sistema Informático de la Historia Clínica) de la Oficina General de

Estadística (10) reporta que el Perú cuenta con una alta morbilidad materna. Lo que se manifiesta con varios trastornos relacionados, principalmente, con el embarazo (73,6%) (10, 11), y por el hecho de que los profesionales, especialmente de Obstetricia, estén sujetos a condicionantes sociodemográficos, profesionales o institucionales que, a su vez, limitan su buen desempeño laboral. Todo ello ocasiona que en la práctica clínica diaria, la atención prenatal reenfocada como estrategia de disminución de la morbilidad y mortalidad materna perinatal no se cumpla aún en todos sus ítems estandarizados por el MINSA.

Desde esta perspectiva y, conociendo que existen numerosos estudios que han identificado la voluntad renovadora y el compromiso de los países de las Américas, para movilizarse y actuar colectivamente hacia el abordaje de condicionantes en el desempeño de los profesionales de salud, a fin de lograr una efectiva fuerza de trabajo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los cuales está enmarcada la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y, específicamente, el Modelo de Atención Prenatal Reenfocada a la gestante como línea de intervención, es que este estudio buscó determinar la relación entre los condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra con el cumplimiento de la APNR, en el Centro de Salud Baños del Inca, durante el año 2012, a fin de contribuir, a través de los resultados, al logro de las actividades estandarizadas para la Atención Prenatal Reenfocada por el MINSA 2011.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra que se relacionan con la Atención Prenatal Reenfocada en el Centro de Salud de Baños del Inca, Cajamarca, 2012?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación de los condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra con la Atención Prenatal Reenfocada, en el Centro de Salud de Baños del Inca, Cajamarca, año 2012.

Objetivos específicos

- Identificar los condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del profesional obstetra en el Centro de Salud de Baños del Inca, Cajamarca, año 2012.
- Determinar el cumplimiento de la atención prenatal reenfocada.
- Establecer la relación entre los condicionantes sociodemográficos del profesional obstetra y el cumplimiento de la atención prenatal reenfocada.
- Establecer la relación entre los condicionantes profesionales del profesional obstetra y el cumplimiento de la atención prenatal reenfocada.
- Establecer la relación entre los condicionantes institucionales del profesional obstetra y el cumplimiento de la atención prenatal reenfocada.

1.4 Justificación de la investigación

La investigación estuvo enmarcada en las prioridades nacionales de investigación en salud Perú 2010 – 2014, que buscan conocer los problemas inherentes de los profesionales obstetras y consideran que la sostenibilidad del trabajo es una consecuencia del compromiso de los actores claves, del empoderamiento de la ciudadanía, de la emisión de políticas públicas encaminadas a fortalecer la investigación como una herramienta para la toma de decisiones con evidencia en salud (12). En la actualidad, se estima un escaso cumplimiento de los estándares

en la atención prenatal reenfocada MINSA-2011 en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB) y verificados en la historia clínica materno perinatal del CLAP/OPS-OMS (Centro Latinoamericano de Perinatología). En el indicado contexto se identifica al obstetra como el profesional que debería demostrar conocimientos, aptitudes y actitudes suficientes para desarrollar este modelo de intervención con sentido humanístico. De esta manera se podrían ver respaldados los derechos ciudadanos, con prioridad en los aspectos de información, educación y comunicación de la gestante, su familia y su entorno (13).

El estudio pretendió demostrar que el escaso cumplimiento de los estándares en la atención prenatal reenfocada MINSA-2011 está influenciado por ciertos condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales que asume el profesional obstetra en su doble condición de persona humana y trabajador de salud. Sobre esta base, se busca reflexionar acerca de que los retos en este campo se deben resolver desde una perspectiva colectiva, con un enfoque de salud pública. Por tanto, se requiere la participación del personal profesional obstetra en un ambiente de oportunidades, de desarrollo personal y empleo, de condiciones laborales adecuadas y de seguridad laboral.

Los resultados y conclusiones obtenidos de esta investigación servirán al MINSA para la generación de políticas y programas, a las DIRESA, REDES y MICROREDES, para la generación de propuestas que mejoren los procesos de planificación, implementación, ejecución y evaluación de la estrategia salud sexual y reproductiva en la línea de intervención “Mejora de la calidad de los servicios de atención materna para facilitar el acceso a la atención prenatal reenfocada”, a los centros y personal de salud, en sus diferentes niveles de

atención. Ello conllevará a aclarar sus necesidades y prioridades que aseguren una mejor calidad de atención a la mujer gestante, a efectos de que se cumplan con todas las actividades estandarizadas para la atención prenatal reenfocada MINSA-2011 en el paquete mínimo y ampliado. Todas estas acciones redundarán, sin duda, en la disminución de la morbilidad materna perinatal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes teóricos de la investigación

Las investigaciones relacionadas con los condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales vinculados al estado del entorno laboral, que probablemente tengan relación con el desarrollo de la atención prenatal reenfocada, son presentados a continuación.

Se han analizado las condiciones sociales, profesionales e institucionales del profesor universitario caracterizando primero los condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales –CSPI– que determinan su naturaleza humana, académica y espacial, sobre la base de la *episteme* teórico-metodológica, que persigue el ser-hacer de un profesor de calidad, su carácter comunitario en el área de conocimiento, su estatus y su saber científico-pedagógico. A la luz de las observaciones se concluye que, desde una visión integral y general, existe un entramado de condiciones sociales, profesionales e institucionales que desarrollan un conjunto de redes humanas en las que se construyen, significados cognitivos, afectivos y comportamentales, o sea, las actitudes pedagógicas que el profesor universitario debe poseer. Finalmente, este perfil queda determinando por la acción formadora y la función organizacional del profesor universitario (14).

Asimismo, se ha analizado la capacitación como estrategia para la mejora de la calidad de atención de la salud, demostrando que la voluntad política es uno de los condicionantes institucionales fundamentales para el logro de los objetivos

propuestos. Esta actividad, evaluada a través de indicadores, colige que su efectividad repercutió directamente en la disminución de la mortalidad en los servicios, en la mejora sustancial de la planta física y en la adquisición de conocimientos que condujeron a cambios de conductas esperados. Por su parte, el intercambio de información, directamente en el ámbito de desempeño de los principales actores, la implementación de factores coyunturales y la voluntad política generan condiciones de posibilidad para el desarrollo eficaz de un programa (15).

Un trabajo de sistematización del desempeño profesional de tutores y su proceso de mejoramiento permitió entender cómo dicho desempeño revela el desarrollo de las competencias profesionales con una determinada calidad. Este proceso, asociado a múltiples factores, implica el modo de logro de actuación relacionado con la solución de los problemas profesionales, ideopolíticos, pedagógicos, metodológicos, científicos, investigativos y técnicos de la especialidad. Son múltiples los factores que lo condicionan, y estos están asociados con los aspectos: 1) cognitivo, que se expresa en el nivel de conocimientos, habilidades y otros que influyen en la preparación para cumplir con las funciones asignadas; 2) afectivo-volitivo, que se revela en el grado de motivación y significación que los conduce a llevar a efecto sus responsabilidades, y 3) organizacional y ambiental, relacionados con las características del contexto donde se desenvuelven (16).

Cuando se contrasta cómo influyen las condiciones laborales en la motivación del personal del Área de Salud, con un grupo etario de profesionales dentro del rango de 25 a 34 años, se demuestra que las condiciones laborales que motivan a la mayoría son: las instalaciones físicas, el salario, el horario de trabajo, la relación con los pacientes y/o usuarios, el tipo de trabajo que se realiza y la organización

para la cual trabaja. Los motivan poco o nada: la seguridad en el trabajo, recursos materiales para la realización del trabajo, la carga de trabajo, el desempeño laboral de los funcionarios, cercanía y confianza con los superiores, oportunidades de capacitación, reconocimiento del desempeño, y oportunidades de ascender de puesto y de desarrollo profesional. La investigación permitió comprobar que la mayoría de los que laboran allí considera que el diseño de un plan formal de incentivos debe incluir capacitaciones, reconocimientos del desempeño, días libres, actividades o lugares de recreación, equipos y herramientas en buen estado así como incentivos económicos (17).

Hernández, en su investigación denominada “Satisfacción laboral del profesional de enfermería”, tuvo como objetivo establecer el grado de satisfacción laboral e identificar los factores asociados a esta en personal de enfermería de cuatro instituciones públicas de salud del tercer nivel de atención. El estudio fue transversal, observacional y descriptivo. Los factores identificados como de insatisfacción fueron la promoción y competencia profesional, la relación interpersonal con los jefes y con los compañeros. Los resultados concuerdan con la literatura. La promoción profesional y la competencia laboral son los que se observan más afectados. Concluyeron que la identificación de factores de insatisfacción así como de satisfacción es importante para fundamentar mejoras e incidir en la calidad de los cuidados a los pacientes (18).

En la investigación “Condiciones de Trabajo y Salud de los Trabajadores de la Salud, en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú”, realizada por la OMS/OPS, se planteó el objetivo de analizar y evaluar los determinantes de la situación de trabajo y salud de los trabajadores de la salud, a efectos de generar indicadores para monitoreo. Los temas estudiados fueron los relacionados con las modalidades

de contratación, tipo de jornadas laborales (diaria, semanal, y otras), salarios y otras remuneraciones, actividades de capacitación vinculadas con la problemática de riesgos del trabajo, riesgos a los que están expuestos los trabajadores en su centro de trabajo, conocimiento y percepción por parte de los trabajadores acerca de estos riesgos y lo relativo al “Burnout”. Una de las conclusiones más sorprendentes fue que la precarización de la fuerza de trabajo en el sector parece haber disminuido significativamente; pero, el objetivo del trabajo decente para los trabajadores del sector no pasa solo por las condiciones de seguridad o estabilidad en la contratación. Los riesgos a los que están sometidos, la carga psíquica (asumida bajo la forma de “Burnout”), la extensión de la jornada y, en muchos casos, la multiocupación, sigue mostrando un colectivo laboral que requiere mayor atención en materia de condiciones y organización del trabajo, y, sobre todo, en estrategias de gestión de la fuerza de trabajo en el ámbito sectorial y de unidades de atención. El estudio hizo notar no solo la superposición de problemas de diferente tipo, sino también la persistencia de las malas condiciones de trabajo, y la escasa prioridad dada al tema, acompañada por la escasa autonomía para la gestión del trabajo, representan un conjunto de problemas que tienen una repercusión constante en la calidad de la atención en salud (19).

Con el fin de correlacionar el control prenatal como antecedente de importancia en la morbimortalidad neonatal en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona (2008), Díaz y Girart analizaron y correlacionaron las variables: control prenatal de la madre, edad gestacional, sexo del neonato, clasificación antropométrica, diagnóstico de ingreso en neonatal intramural, evolución y causas de mortalidad. Los resultados encontrados revelaron que, predominantemente, en el grupo de madres, cuyo embarazo fue

controlado en forma inadecuada, o no fue sometido a control prenatal, el número de casos de morbilidad y mortalidad neonatal fue alto, e, incluso pudieron prevenirse, si las madres hubieran recibido un control prenatal adecuado y de calidad (20).

El estudio realizado por Astrid (2011) tuvo como principal objetivo realizar auditoria al proceso de atención prenatal en el “Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán”, con el fin de caracterizar la atención clínica e identificar los principales nudos críticos de la atención prenatal. Los resultados arrojaron que el 74% de las historias clínicas no registra el resultado de exámenes de laboratorio, ni de ecografías solicitadas; lo que indica que los resultados son entregados a la paciente y no son anexados a la historia clínica, muy útiles para los siguientes controles. Esto afecta la seguridad, continuidad e incluso la pertinencia de la atención brindada. Es notoria la falta de información referente al peso de la gestante, mucho más si toma en cuenta que constituye una parte muy importante de la información clara para el diligenciamiento de la historia clínica perinatal del CLAP, por los riesgos que implica el desarrollo del embarazo (21).

La investigación de diseño descriptivo-analítico, realizada por Delgado el año 2007, tuvo como objetivo evaluar las expectativas y percepciones de la calidad de servicio que se brinda al usuario externo, así como las condiciones de trabajo del usuario interno de la farmacia del Hospital Regional de Cajamarca-2007. El trabajo de investigación demostró que los usuarios externos que acuden mayormente al área de hospitalización son de sexo femenino, provenientes de la zona urbana, perciben elementos tangibles: mala calidad de atención, capacidad de respuesta, seguridad, confiabilidad y de empatía. Por otro lado, el usuario interno posee condiciones de trabajo incómodas, desagradables y conflictivas, lo que no le

permite cambio alguno; asimismo, carecen de oportunidades de progreso o ascenso; sus remuneraciones son inadecuadas; pero, finalmente, consideran que su labor es útil y que el jefe inmediato conoce bien la labor que desempeña (22).

El estudio de investigación realizado por Quiñónez en el 2008 tuvo como objetivo identificar la cultura organizacional y la motivación laboral del personal asistencial del hospital II Cajamarca, EsSalud. Con diseño analítico, transversal y correlacional. Los resultados demuestran que el personal asistencial tiene una cultura organizacional orientada a la tarea y un perfil motivacional orientada al logro de sus proyectos o autorrealización, donde se destaca el empeño por mejorar el rendimiento de trabajo, establecer metas realistas y alcanzarlas como componente motivador de su desempeño laboral; lo que, a su vez, permite el uso de sus talentos individuales y la obtención de resultados visibles. La investigación concluye en que la relación entre la cultura organizacional y la motivacional laboral del personal asistencial del hospital II Cajamarca, EsSalud, es significativa. Consecuentemente, se constituye en el insumo estratégico para elevar los niveles motivacionales de los trabajadores, alcanzar un mejor desarrollo organizacional y aumentar la calidad de los servicios (23).

Araujo, en el año 2013, se planteó determinar y analizar la percepción de los profesionales de enfermería sobre la seguridad del paciente en el Hospital Regional de Cajamarca, 2013. Los hallazgos revelan que la percepción de la cultura de seguridad del paciente de manera global es deficiente y presenta debilidades en las siguientes dimensiones: dotación de personal (73,5%) y respuestas no punitivas a los errores (70,1%); Las oportunidades de mejora se reflejan a través de la percepción de seguridad y frecuencia de eventos notificados (73,5%). Las fortalezas se reflejan en la dimensión: retroalimentación y

comunicación sobre errores a través de los ítems: en mi servicio discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (84,5%), y se nos informa que los errores que ocurren en este servicio es (79,4%), la calificación global del clima de seguridad que otorgan los profesionales en una escala de 0 a 10 es 6, con el (57%). Se concluye que las categorías más representativas fueron: tiempo versus número de pacientes y enfermeras para la atención, acciones para seguridad del paciente, descuido en el llenado de los registros, descontento en el trabajo e incumplimiento, servicios no implementados con materiales y equipos, conflictos en los procesos gerenciales y búsqueda de culpables por los errores cometidos (24).

2.2 Bases teóricas de la investigación

Revelar y explicar los condicionantes a los cuales está sujeto el obstetra para el logro de la atención prenatal reenfocada; implicó analizar las tendencias teóricas y retos actuales del personal sanitario, para así dar respuesta a la interrogante principal de esta investigación, refrendado por las teorías que buscan sustentar los principios orientadores capaces de explicar las vulnerabilidades sociodemográficas, profesionales e institucionales para el cumplimiento de la atención prenatal reenfocada.

El personal sanitario es la columna vertebral de los sistemas de salud. Varios estudios han demostrado una correlación directa entre la disponibilidad del personal sanitario, cobertura de los servicios de salud y los indicadores de salud en la población. Mientras que la agenda de salud global tiende a estar enmarcada por enfermedades individuales, conglomerados de enfermedades o condiciones que afectan a grupos específicos de la población; los sistemas de salud brindan los servicios de una manera integrada y están conformados por personal sanitario con

responsabilidades que van más allá de las áreas de servicios brindados. Como resultado, las deficiencias estructurales de los sistemas de salud afectan simultáneamente a la capacidad para brindar equitativamente los servicios de salud de calidad a través del espectro de condiciones de trabajo, de salud y desarrollo humano prioritarias (25).

La fuerza productiva o productividad del trabajo es la potencia que permite movilizar determinada cantidad de medios de producción para obtener cierta cantidad de producto; puede medirse mediante la proporción entre el producto que se obtiene y el tiempo de trabajo empleado. Si la fuerza productiva del trabajo aumenta, quiere decir que el mismo tiempo de trabajo puede movilizar una cantidad mayor de medios de producción con lo que se produce más. Si la fuerza productiva del trabajo disminuye, quiere decir que la misma fuerza de trabajo puede movilizar una cantidad menor de medios de producción con lo que se produce menos. La fuerza productiva del trabajo incluye: el nivel medio de destreza del trabajador, el nivel de desarrollo de la ciencia y sus respectivas aplicaciones tecnológicas, las condiciones naturales, la coordinación del proceso de producción, la escala y eficacia de los medios de producción (materias primas, instrumentos de trabajo, etc.) (26).

Según la *“Teoría del sistema”*, la causa de la mayoría de los errores que se producen no es la negligencia o la incompetencia, sino la existencia de problemas subyacentes que generan un entorno de trabajo propenso a los errores. El error se describe no como causa, sino como consecuencia o síntoma de ciertas condiciones latentes que se originan generalmente en el nivel de la organización más alejado de las operaciones de atención a la gestante. Las condiciones latentes, normalmente, proceden de deficiencias en funciones organizativas, tales como

directivas y procedimientos de desarrollo, presupuesto, personal, equipo de mantenimiento y procesos de gestión. Estas condiciones latentes pueden favorecer condiciones de trabajo que agraven las posibilidades de fallo de los obstetras y estrechen los límites de su rendimiento. Los puntos en que se originan muchas condiciones latentes pueden encontrarse más allá de la esfera de las organizaciones concretas, e incluir las actividades de organizaciones externas, como entidades responsables de servicios médicos y fabricantes de medicamentos (27). Y, según la “*Teoría de los factores humanos*”, no se puede cambiar la condición humana, pero sí las condiciones bajo las que trabajan los profesionales obstetras. La teoría de los factores humanos busca métodos para entender y mejorar el rendimiento de los profesionales obstetras, teniendo en cuenta sus puntos fuertes y flojos, que se manifiestan en el lugar de interacción entre las personas y los otros elementos del proceso de trabajo. Estos otros elementos son la tecnología y el propio entorno del trabajo en salud. El objetivo de este enfoque es modificar estos otros elementos para compatibilizarlos con el factor humano. Lo interesante de la *Teoría de los factores humanos* en la creación de una cultura de seguridad es que se traduce en tres principios que guían el diseño del sistema: (a) prevención de errores mediante el diseño de sistemas que compensen las debilidades y eviten las posibilidades de cometer errores en cualquier elemento del sistema, (b) hacer visibles los errores para poder atajarlos y (c) desarrollar estrategias para mitigar el efecto de los errores una vez que estos se han producido (27).

El perfil profesional y código de ética deontológica del (la) obstetra es asistencial, preventivo promocional y de recuperación de la salud; de dirección, administración y gerencia; de docencia, investigación y producción intelectual. El

trabajo asistencial, en el cual está enmarcada la atención prenatal reenfocada, comprende la realización de la consulta obstétrica en las etapas preconcepcional, concepcional y postconcepcional, brindando atención final y participando en el alto riesgo obstétrico en coordinación con los demás profesionales de la salud competentes, y, por último, el registro obligatorio de sus actividades en la historia clínica, en referencia al examen, diagnóstico y tratamiento que su profesión le faculta. Según el Decreto Supremo N° 008-2003-SA, Art. 11°, el obstetra asume la responsabilidad legal por los efectos del acto obstétrico que realiza, y el estado garantiza las condiciones necesarias para su cumplimiento, de acuerdo con lo dispuesto por la ley general de salud N° 26842. Consecuentemente, no podrá ser obligado(a) a ejercer acto obstétrico, sin las condiciones de infraestructura, equipo o insumos que garanticen una práctica ética e idónea, salvo situación de emergencia y que pongan en riesgo la vida o la salud de la madre o del niño por nacer. La Ley N° 27853, que norma el trabajo de la obstetra, establece que el obstetra deberá ser capacitado por la institución donde labora, con el creditaje necesario para su legitimación, sobre la base de criterios cualitativos y cuantitativos; lo que será regulado en su reglamento y se dará cada año (6).

Cada uno de los profesionales de la salud, en especial los obstetras, ocupan una “posición social” definida, estructurada individual y socialmente. Socialmente, está determinada por las diferencias o desigualdades entre las personas o grupos de personas y tienen consecuencias en el estilo de vida, el ejercicio de sus derechos, recompensas, privilegios y oportunidades desiguales, tales como educación, trabajo, alojamiento y atención sanitaria. Individualmente, la posición social moldea nuestros valores, ideas y puntos de vista del mundo. Como es fácil imaginar, todos ellos están directamente relacionados a las interacciones con los

pacientes y la eficacia de las intervenciones. Los valores, las ideas y los recursos materiales de los pacientes tienen muchos grados de variación y pueden ser muy diferentes al de los obstetras; se debe asegurar que los servicios estén dirigidos a las necesidades y los valores de los pacientes y que las comunicaciones entre estos y los profesionales sean mutuamente comprendidas, analizadas y estudiadas en la práctica cotidiana (28).

Para el logro de la Atención Prenatal Reenfocada, se deben captar las exigencias y necesidades del profesional obstetra que realiza la atención y analizar la forma de ofrecer soluciones que correspondan a las necesidades y valores de la gestante. Si se admite ofrecer un control prenatal reenfocado, implica conocer las virtudes y fallas del profesional obstetra para poder exonerarlos o mejorarlos según sea el caso. Para ello se han de evaluar en forma fehaciente los principales condicionantes. En relación con la temática, se revisó algunos trabajos, como la “la calidad del servicio” que representa un desafío, e incluso, una prioridad estratégica para los profesionales de la salud, particularmente, en los servicios públicos, donde el compromiso personal para mejorar los estándares de atención a la población está, muchas veces, supeditada a las políticas, carencia de recursos, bajos salarios y cultura personal e institucional (29).

2.3 Definición de términos básicos.

A. Condicionantes Sociodemográficos, Profesionales e Institucionales

Los condicionantes sociales, profesionales e institucionales son un conjunto interactivo de situaciones, procesos, requerimientos, aspectos y factores tanto materiales como inmateriales presentes en la dialéctica del ser-pensar-sentir-hacer de las profesiones. Estas condiciones profesionales coexisten en el contexto

endógeno y exógeno de las profesiones, los profesionales de una o varias disciplinas y el mercado laboral (14).

A.1 Condicionantes Sociodemográficos

Se los define como aquellas situaciones que favorecen o limitan una buena calidad de vida, salud, relaciones, comportamiento con los demás y el ejercicio del trabajo en el ámbito profesional. Se consideran los siguientes condicionantes: sexo, edad, índice de la masa corporal, estado civil, número de hijos vivos, desplazamiento al trabajo e ingreso económico.

La concepción de la salud reclama un nuevo pensamiento sanitario, que sea capaz de entender a los trabajadores en su complejidad de sujetos sociales que hacen frente a los resultados de sus decisiones e intervenciones, fruto de su competencia reformadora de la vida natural; esta que deben recorrer para enfrentar desafíos, y, más aún, invita a superar la visión reduccionista del proceso salud – enfermedad, "que recupere el significado del individuo en su subjetividad y singularidad, en relación con los otros y con el mundo."

Para superar la perspectiva tradicional de la salud en el trabajo, es necesario entender que la salud física y mental es producida en la sociedad e influenciada por las formas de organización institucional, de la vida cotidiana y de relaciones con el medio ambiente. La salud en el trabajo se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y los medios para el descanso y la recreación; para lo cual se hace necesario esfuerzos coordinados de grupos, como los políticos, los industriales, los educadores y los mismos trabajadores de salud, para definir las normas y establecer patrones organizacionales (30).

En épocas de crisis como la que se atraviesa actualmente, muchos obstetras ven en peligro su puesto de trabajo; por lo que no pueden “permitirse el lujo” de enfermar; sin embargo, el hecho de que la persona asuma el trabajo en dicho estado, implica un trabajo de baja calidad y, supone pérdida económica para la empresa. Es el conocido fenómeno del “presentismo”. El problema se agudiza cuando es el propio entorno laboral el que resulta perjudicial para la salud del trabajador. Tanto es así que la Organización Mundial de la Salud estableció, en 2007, un Plan Global de Acción para la Salud de los Trabajadores 2008 – 2017. El informe insta a desarrollar fundamentos para entornos laborales saludables por ética empresarial, por interés empresarial y por la Ley (30).

El acondicionamiento físico debe ser parte de los hábitos saludables, y cada persona debe adoptar un programa de ejercicio de acuerdo con sus necesidades y tiempo libre; tener en cuenta que por lo menos 30 minutos al día deben reservarse para hacer ejercicio en períodos cortos intermitentes de actividad; pero que sumen 30 minutos al día. Si se escoge un ejercicio formal, este podría ser caminar vigorosamente, trotar, nadar o hacer ciclismo durante 30 minutos seguidos. El gasto energético, para alcanzar los beneficios, debe ser por lo menos de 200-250 kilocalorías/día. Al respecto, la Carta de Ottawa recomienda aumentar las prácticas de ejercicio, por lo menos en 30% en la población mayor de 6 años; la intensidad debe ser de leve a moderada, un mínimo de 30 minutos por sesión y de preferencia diariamente; esta, a su vez, aboga que el desarrollo personal, económico y social es la principal fuente para la salud y una dimensión importante de la calidad de vida del recurso humano en salud (32, 33).

A.2 Condicionantes profesionales

Las condiciones profesionales son aquellas que limitan el desarrollo personal, coexisten en el contexto endógeno y exógeno de las relaciones entre las profesiones y entre los profesionales de una o varias disciplinas y el mercado laboral; limita la acción del trabajo en el ámbito laboral: el nivel académico, experiencia laboral, capacitación profesional y el grado de compromiso con el trabajo (27).

a.2.1 Nivel académico

La Carta de Ottawa, respecto del recurso humano en salud, señala que se deben desarrollar habilidades personales con educación y capacitación de personas y grupos a través de los ambientes sociales en los cuales crece y se desarrolla el ser humano (33).

La Organización Mundial de la Salud señala que desarrollar los conocimientos teóricos y prácticos locales del recurso humano en salud ofrece ventajas, como la posibilidad de obtener y analizar, de forma permanente, los datos de interés en los ámbitos local y nacional, disponer de ellos para planificar y tomar decisiones oportunamente (34).

La competencia laboral desde la perspectiva empresarial distingue dos enfoques: estructural y dinámico, ambos complementarios, puesto que abordan la conceptualización de la competencia laboral y su formación desde diferentes ángulos, los que pueden ser combinados en su aplicación. Combinan lo cognoscitivo, lo afectivo y lo conductual (35).

a.2.2 Experiencia laboral

La identidad profesional es un proceso evolutivo de interpretación y reinterpretación de experiencias, una noción que se corresponde con la idea de que el desarrollo del profesional nunca se detiene y que se entiende como un aprendizaje a lo largo de la vida. La formación de la identidad profesional no es la respuesta a la pregunta ¿quién soy en este momento?, sino la respuesta a la pregunta ¿qué quiero llegar a ser? Tiene que ver con los diferentes contextos en los que se mueve, como cambios educativos o cambios en las condiciones de trabajo. Constituye la percepción de autoeficacia, motivación, compromiso y satisfacción en el trabajo, influida por aspectos personales, sociales y cognitivos. En el sentido humanista, está preparada para confrontar los múltiples y desconocidos desafíos de la vida presente y futura, en todas sus dimensiones, permitiendo la autorrealización del individuo en los terrenos económicos, sociales, laborales, afectivos y familiares (36).

a.2.3 Capacitación profesional

Todo ser humano posee el potencial necesario para llegar a ser más competente profesionalmente y, de esta manera, poder lograr su autorrealización, gracias al desarrollo de conocimientos, habilidades y competencias para resolver problemas, así como para elegir su modo de vida. Todo proceso de cambio y mantenimiento de conductas lleva al ser humano a adoptar un adecuado estilo de vida que redunde en un óptimo desempeño profesional (36).

a.2.4 Compromiso con el trabajo

El compromiso es la fuerza relativa de identificación y de involucramiento de un individuo con una organización. Existen tres fuentes de compromiso: las

características personales, las características del trabajo y las experiencias en el trabajo íntimamente vinculadas con las relaciones personales entre las partes del contrato psicológico. Para que se dé el compromiso tiene que existir una buena base de empatía, confianza y percepción de un comportamiento coherente con el otro, si no se dan estas circunstancias, el compromiso es inalcanzable. Requiere desarrollar de habilidades personales con educación y capacitación de personas y grupos a través de los ambientes sociales en los cuales crece y se desarrolla el ser humano (37).

A.3 Condicionantes institucionales

Los condicionantes institucionales son procesos, aspectos, factores y circunstancias, tanto tangibles como intangibles, determinantes en la propia dinámica intra y extra institucional. Tienen varias caras, en las cuales circulan: 1) la forma de contratación, 2) la jornada de trabajo, 3) los turnos nocturnos, 4) el número de gestantes por turno, 4) la motivación en el trabajo, 5) la toma de decisiones en el trabajo, y 6) la satisfacción laboral de los(as) obstetras que en ellas conviven (14).

a.3.1 Estabilidad Laboral en el trabajo

El impacto de las condiciones laborales sobre la salud de los profesionales obstetras es central para analizar la calidad del empleo. Llama la atención la ausencia de medidas específicas para proteger la estabilidad laboral de los profesionales obstetras. Las dificultades para identificar los riesgos sanitarios a los que se ven expuestos, sobre todo, la usencia de información sistematizada para estudiar esta problemática. Los problemas de salud son analizados en relación con los usuarios del sistema, pero no existen políticas para atender a las trabajadoras

del sistema en forma periódica, salvo una obligatoriedad o con sus propios recursos (38).

El Centro para la Política de Trabajo y la Vida de EE.UU revela que el jefe tóxico, es aquel directivo que provoca un efecto perjudicial en sus subordinados, más allá de no valorar el trabajo de sus empleados y no motivarles, su sola presencia puede crear un entorno laboral estresante. Asimismo, la falta de seguridad en el empleo, los despidos directos o indirectos no solo afectan a la moral del empleado creando un clima de desconfianza y falta de lealtad hacia el empleador, sino que, unido al actual contexto económico, generan el miedo a perder el trabajo, y, por tanto, bloquea al trabajador, según informe realizado en 2008 por el Centro para la Política de Trabajo y la Vida, de EE.UU (31).

a.3.2 Turnos Nocturnos en el trabajo La falta de sueño puede desencadenar enfermedades, principalmente si se sostiene en el tiempo. El insomnio no es considerado como causa de enfermedad; pero, según el trabajo de Harvard, cada empleado estadounidense cuesta a su empleador unos 1 580 euros anuales de media por el tiempo que malgasta al no estar bien descansado (31).

Los turnos prolongados se relacionan con alteraciones en el metabolismo: mayor riesgo de diabetes, enfermedades coronarias y obesidad; a estas dolencias se suman problemas mentales o de comportamiento que pueden provocar insomnio y fatiga, y, como consecuencia de todo ello, pérdida de productividad, al alterar el ritmo biológico de la persona. Pero también influye negativamente en el nivel de agilidad mental y motivación (32).

a.3.3 Jornada de trabajo

El estudio de la agencia de trabajo temporal, Randstad detectó que en el mercado laboral español los trabajadores pasan más horas en la oficina para evitar ser despedidos, acuden a su trabajo aun estando enfermos. Según este estudio, quienes han disminuido más su absentismo en épocas de crisis son los varones menores de 25 años y con estudios básicos. Concluye que trabajar más horas no implica mayor productividad (39).

a.3.4 Motivación en el trabajo

La motivación es el motor de nuestro obrar, es una fuerza capaz de impulsar nuestra conducta y también de sostenerla mientras dure esta conducta. Los psicólogos distinguen tres elementos importantes: 1) el objeto que se pretende alcanzar (estímulo), 2) la pulsión o energía básica (respuesta), y 3) el organismo o persona que recibe el estímulo y reacciona con una respuesta concreta (31).

Las personas poseen cinco tipos de necesidades diferentes: fisiológicas, de seguridad, sociales, de estima, y de autorrealización o desarrollo. Esta teoría se desarrolla desde el análisis de cada una de estas necesidades, mediante el establecimiento de relación jerárquica entre ellas. Maslow ordena las necesidades con estructura piramidal, de tal forma que las necesidades fisiológicas estarían en la base de la pirámide y en la cima las del desarrollo. Según el autor, es imposible pensar que las necesidades superiores puedan ser satisfechas si las inferiores no están cubiertas. En el mundo laboral, las empresas deberían estar atentas para percibir cómo, a través del trabajo, algunas necesidades del nivel superior pueden cubrir a las fisiológicas. De esta manera, los trabajadores sentirían que su trabajo les aporta mucho más que el dinero necesario para comer y vestirse (39).

Para la teoría de del comportamiento humano X e Y, hay dos tipos de personalidades diferentes: a) el hombre X con características negativas y b) el hombre Y con característica muy positivas. Desde este concepto de persona, la motivación no se basará en incentivos negativos, sino que los directivos pueden plantearse un sistema de motivación basada en la delegación de funciones y la cogestión empresarial. La esencia de esta teoría no se basa en descubrir si cada directivo parte de la teoría X o de la teoría Y, sino que se basa en aplicar uno y otro estilo en función de las necesidades que cada líder o jefe de equipo tengan en cada momento (39).

Hay tres necesidades de las personas en las que puede ocurrir que una persona no tenga cubierta sus necesidades fisiológicas y desee descubrir las necesidades de desarrollo, estas son: 1) necesidades de existencia, aquellas que incluyen las necesidades fisiológicas y de seguridad, 2) necesidades de relación, formadas por necesidades sociales y las de estima, y 3) necesidades de crecimiento y desarrollo personal (39).

El ambiente social y la cultura que rodea a los seres humanos a lo largo de la vida van a determinar en buenas medidas sus necesidades. Aprendemos gran parte de nuestras necesidades en la infancia, las vivencias que tenemos determinan que deseemos satisfacer unas necesidades más que otras; las necesidades que los sujetos tienen se resumen en la afiliación, poder y logro. La afiliación consiste en el deseo de ser querida, querer, agradar a otros, trabajar desde la colaboración y cooperación y nunca desde el enfrentamiento. El poder es el deseo de controlar las cosas, las situaciones y las personas, movidos por las ganas de influir en otros para conseguir prestigio y con ello la capacidad de controlar. Y el logro es el deseo de

conquistar metas; motivados(a)s por el logro se propondrán cada día más a medida que consiguen las primeras (39).

La teoría bifactorial (higiénicos y motivacionales) interviene en la motivación. Entre los factores higiénicos destaca el salario, las condiciones de trabajo y la política de la empresa. Si no los disponen se sentirán frustrados e insatisfechos. Si disponen de ellos no genera motivación alta solo moderada y son extrínsecos de la actividad laboral. Los factores motivacionales son aquellos que se encuentran directamente relacionados con el trabajo; forman parte el reconocimiento del trabajo, la responsabilidad, el trabajo mismo y las posibilidades de promoción que puedan existir (39).

La motivación es producto de multiplicar tres factores: valencia, expectativa e instrumentalidad. Se considera que a los trabajadores además de interesarles la obtención de recompensas por su desempeño, también desean que estos sean equitativos. La motivación es más compleja cuando existe una tendencia a comparar los aportes (esfuerzo) y resultados (recompensas); pero, además, al realizar comparaciones con otras personas que pertenezcan o no a la organización.(40).

a.3.5 Toma de decisiones en el trabajo

Posee un significado especial para todos sus niveles, porque es parte fundamental e inherente a todas las demás actividades de la empresa. La toma de decisiones es el proceso de identificación de un problema u oportunidad y la selección de una alternativa de acción entre varias existentes, es una actividad diligente y clave en todo tipo de organización. Quien toma una decisión debe identificar todas las alternativas disponibles, pronosticar sus consecuencias y evaluarlas según los

objetivos y metas trazadas. Para ello, se requiere lo siguiente: 1) En primer lugar, una información actualizada sobre qué alternativas se encuentran disponibles en el presente o cuáles se deben considerar. 2) En segundo lugar, se necesita información sobre el futuro: ¿cuáles serían las consecuencias de actuar según cada una de las diversas opciones? 3) En tercer lugar, es indispensable la información sobre cómo pasar del presente al futuro: ¿cuáles son los valores y las preferencias que se deben utilizar para seleccionar entre las alternativas que, según los criterios establecidos, conducen del mejor modo a los resultados deseados? (41).

La gerencia de personal debe ampliar sus incumbencias y promover el valor de fomentar el sentido de pertenencia en sus trabajadores, en la cultura corporativa y el quehacer cotidiano (42).

a.3.6 Satisfacción profesional en el trabajo

Las variables de satisfacción del trabajador son: comunicación con el jefe, oportunidades de desarrollo y promoción, entorno físico, salario y otras relacionadas con el funcionamiento de la organización (sistemas de gestión, colaboración entre las áreas, trabajo en equipo); sin embargo; para conocer el grado de satisfacción bastaría una sola pregunta sobre la capacidad de autorrealizarse o lo gratificante de la propia actividad. Es difícil medir el bienestar y la felicidad en el trabajo, puesto que interactúan múltiples factores que rodean la situación laboral (clima laboral), con el mayor grado de desarrollo y crecimiento profesional; sumado a ello, cada una de las empresas e instituciones buscan resultados y el logro de objetivos (43).

La teoría de los dos factores o factores higiénicos o insatisfactorios está referida a las condiciones que rodean al empleado mientras trabaja, incluyendo las

condiciones físicas y ambientales del trabajo, el salario, los beneficios sociales, las políticas de la empresa, el tipo de supervisión recibido, el clima de las relaciones entre la dirección y los empleados, los reglamentos internos, las oportunidades existentes y otros. Cuando los factores son óptimos simplemente evitan la insatisfacción, ya que su influencia sobre el comportamiento no logra elevar de manera substancial y duradera la satisfacción. Sin embargo, cuando son precarios, provocan insatisfacción. Los factores motivadores o satisfactorios son los que tienen que ver con el contenido del cargo, tareas y deberes relacionados con el cargo. Estos factores motivacionales producen efecto duradero de satisfacción y de aumento de productividad en niveles de excelencia, o sea, superior a los niveles normales (44).

B. Atención prenatal reenforcada

El Ministerio de salud define la atención prenatal reenforcada a la gestante como el conjunto de actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un(a) recién nacido(a) sano(a), sin deterioro de la salud de la madre. Es realizada en todos los establecimientos de salud por un profesional calificado: médico general, gineco-obstetra u obstetra. Debe iniciarse antes de las catorce semanas de gestación, con la finalidad de brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones. La atención prenatal reenforcada debe cumplir con los componentes básicos de una atención humanizada, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos; debe asegurar la atención institucional del parto. La Unidad de Medida: Gestante Controlada (seis

atenciones prenatales) debe cumplir por lo menos con el paquete mínimo de atención (45).

b.1. Estándares en la atención prenatal reenfocada MINSA-2011

Están enmarcados en el proceso de mejoramiento continuo y forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad, se define como el nivel de desempeño deseado, previamente definido y factible de alcanzar, su finalidad es guiar las prácticas operativas del contenido y ejecución de procedimientos en el paquete mínimo y ampliado de atención, reduce las variaciones no deseadas en la entrega de servicios clínicos, técnicos, de apoyo y administrativos para que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad de atención de salud de la gestante.

La anamnesis. Debe considerar la filiación, antecedentes personales de importancia en la gestante, antecedentes ginecológicos y antecedentes obstétricos y precisar la edad gestacional. Indagar sobre violencia y salud mental. Si en los establecimientos de FONP (funciones obstétricas neonatales primarias) se identifican signos de alarma, la gestante debe ser referida a establecimientos FONB (funciones obstétricas básicas) o FONE (funciones obstétricas especiales) (46).

Examen clínico general. Incluye funciones vitales y de examen médico de los diferentes aparatos y sistemas (corazón, pulmones, abdomen, mamas, etc.). Debe hacerse céfalo caudal, incluida la cavidad bucal se debe realizar desde el FONP siempre y cuando se cuente con profesional competente. Tomar signos vitales: pulso (técnica de los 3 dedos), respiración, temperatura (el termómetro se debe guardar en sus envase protector, no en soluciones con desinfectantes) y arterial (brazo derecho, reposo de 5 minutos, sentada) (47).

Toma de medidas antropométricas. Contiene el peso, talla, la valoración del estado nutricional. Las balanzas deben ser calibradas diariamente con un peso estándar. Se grafican en las tablas de ganancia de peso CLAP/OPS del carné y la Historia Clínica Materno Perinatal; se deben aplicar las tablas CLAP/OPS del carné y la Historia Clínica Materno Perinatal, aplicar las tablas CLAP/OPS/OMS de peso, talla para la edad gestacional (47).

Signos clínicos. Son aquellos que consisten en valorar los edemas por niveles, (+) miembros inferiores por encima del tobillo, (++) abdomen y manos, (+++) cara, (+++++) anasarca. Evaluar reflejos osteotendinosos: Arreflexia, hiporeflexia (+), Normal (++) , Aumentados (+++) no se agotan, Excitados (+++++) presentan clonus (47).

Examen obstétrico completo. Implica la valoración obstétrica según edad gestacional; determinación de la altura uterina, (con cinta métrica CLAP y correlacionar con la tabla CLAP/OPS correspondiente, número de fetos, latidos cardíacos fetales y movimientos fetales (47).

Altura uterina. Se realiza de acuerdo con la tabla de incremento de altura uterina en la gestación, se debe graficar en tabla CLAP/OPS; hay que tomarla en posición decúbito dorsal, con semiflexión y apertura de miembros inferiores, juntando los talones (47).

Valoración ginecológica. Requiere realizar examen en el momento oportuno previa preparación de la gestante y explicación del procedimiento que se va a realizar: examen de mamas, y genitales, que incluye toma de citología cérvix uterino (PAP), si es que no tiene prueba en los tres últimos años (47).

Plan de parto. Es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante. Se debe consignar de manera precisa la información de la puérpera y del recién nacido, tal que permita organizar el proceso de atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia, si fuera necesaria. El plan facilita la información para que las gestantes y sus familias sepan adónde llegar, ante la presencia de señales de parto o algún signo de alarma. Se necesita por lo menos 03 entrevistas con la gestante y su familia (48).

Administración de micronutrientes. Es una intervención que tiene como objetivo asegurar el suministro adecuado de hierro más ácido fólico a las gestantes y puérperas. Ello con la finalidad de disminuir la prevalencia de anemia y otras complicaciones. El hierro se entrega a partir de las 16 semanas de gestación cada vez que la usuaria acude a la consulta. Lo realiza la obstetra o un profesional de la salud capacitado en el tema y de acuerdo con las guías y protocolos vigentes, en los establecimientos desde el 1er nivel de atención, en un tiempo no menor de 20 minutos por atención. Se considera gestante suplementada cuando la usuaria recibe un total de 60 tabletas de ácido fólico (durante los 3 primeros meses de gestación), 210 tabletas de sulfato ferroso + ácido fólico (180 tabletas de sulfato ferroso durante la gestación y 30 durante el puerperio). Además de la entrega del insumo, la gestante recibe la orientación/consejería y evaluación nutricional; la cual queda consignada en el cuaderno de seguimiento, historia clínica y carné materno perinatal. Posteriormente, se realizará una (01) visita domiciliaria a las gestantes para lograr la adherencia al sulfato (48, 49).

Diagnóstico del índice de masa corporal (IMC). Es la evaluación del estado nutricional mediante valoración antropométrica (peso de la gestante, dividido

sobre talla al cuadrado) se realiza dentro del control prenatal de la gestante para clasificar su estado nutricional. El (IMC) solo debe registrarse en la primera atención prenatal, la ganancia de peso en toda atención a partir de las 12 semanas (48).

Estimulación prenatal. Es un conjunto de intervenciones que se realizan con la participación activa de la madre, el padre y la familia, con la finalidad de promover el adecuado desarrollo físico, mental, sensorial y social de la persona humana desde la concepción hasta el nacimiento. Dichas intervenciones contribuyen a disminuir situaciones de riesgo biológico o psicosocial que podrían alterar su proceso de desarrollo y maduración, así como la prevención de discapacidades. Es realizado por profesional obstetra desde las 20 semanas de gestación, en los establecimientos a partir del FONB, establecimientos nivel FONE. Las actividades de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal se deben programar en forma separada. Con el mismo número de sesiones y el mismo tiempo para cada una (45, 48).

Los exámenes de laboratorio. Se realizan en establecimientos que cuenten con servicio de laboratorio, la batería de análisis incluye: hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas para sífilis (Prueba rápida y RPR), para VIH (prueba rápida VIH) desde el EESS I.1 y ELISA, urocultivo (en establecimientos que cuenten con servicio de microbiología) o examen completo de orina (en establecimientos que no cuenten con servicio de microbiología), uso de la cinta reactiva para detectar bacteriuria asintomático desde el primer nivel de atención I.1. Incluye 2 veces durante el embarazo (1ra. batería se solicita en la 1ra. atención y la segunda con un intervalo de 3 meses en el tercer trimestre), excepto el grupo y factor RH (45, 48).

Psicoprofilaxis Obstétrica. Es la preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante, con la finalidad de contribuir a un embarazo, parto y puerperio sin temor y a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Es realizado por un profesional obstetra a partir de las 20 semanas, en los establecimientos desde el FONB. Se debe programar al 100% de gestantes atendidas y realizar 6 sesiones de 60 minutos cada una (48).

Ecografía obstétrica. Será solicitada antes de las 20 semanas para confirmar la edad gestacional, preferentemente alrededor de las 14 semanas, en seguida a las 32 y 34 semanas. En gestantes mayores de 35 años se debe solicitar la evaluación del pliegue nucal entre las 11 y 14 semanas. Se realiza a partir de los establecimientos FONB, pues, cuentan con equipamiento y personal. Programar al 100% de las gestantes atendidas, realizar dos (02) exámenes durante el embarazo de 15 minutos cada una (45, 49).

Vacuna antitetánica de la gestante. Informes han demostrado que la inmunización de las madres las protege del tétanos a ellas y al neonato. Es la gestante que recibe dos (02) dosis de vacuna antitetánica durante el embarazo o que acredita con carné estar en el período de protección y se aplica una nueva dosis (ESNI). Además recibe una (01) dosis de vacuna contra el virus de la influenza AH1N1. Incluye dos (02) dosis de dt, una (01) dosis de vacuna AH1N1. La primera dosis es aplicada entre las semanas 20 y 24 y la segunda entre las 26 y 32 semanas. La embarazadas que han recibido dosis previas deben recibir una sola dosis (refuerzo) en el embarazo actual (49).

Evaluación del bienestar fetal. Está dada por un conjunto de procedimientos que se realizan a la gestante, con lo que se determina el estado del feto, mediante monitorización clínica o electrónica de los movimientos fetales en relación con los

latidos fetales y a las contracciones uterinas. Estas evaluaciones se solicitan, según el caso, a partir de la vigésima (20^{ma}.) semana de gestación, y son realizadas por un médico gineco – obstetra obstetrix/tra capacitado en monitoreo de bienestar fetal. Se realizan en los establecimientos de salud, a partir del nivel FONE, y en FONB donde hay médico gineco – obstetra. Se debe programar considerando los casos presentados en los últimos tres (03) años. Se deben realizar dos (02) procedimientos por gestante, de 60 minutos cada uno (45)

Atención Odontológica de la Gestante. Comprende actividades de salud bucal brindadas a las gestantes. Se consideran dos (02) atenciones (una entre la 1ra. y 14ta. semana de gestación y la segunda entre la 22da. y 24ta. semanas), aplicación de flúor, atención odontológica básica y profilaxis dental destartraje. Lo realiza el profesional odontólogo a partir del establecimiento FONB. Se debe programar el 100% de gestantes atendidas en dos (02) ocasiones, de 30 minutos cada una (45).

El examen de Papanicolaou o examen citológico. Es uno de los procedimientos en el que se toman muestras de epitelio cervical (zona de transición) en búsqueda de anomalías celulares, con prioridad en las mujeres de 30 a 40 años expuestas a un mayor riesgo. Se realizará anualmente durante tres (03) años consecutivos, y, posteriormente, cada tres (03) años hasta los 64 años, si los resultados son normales. La muestra obtenida mediante espátula de ayre durante la evaluación ginecológica será extendida en una lámina de vidrio, fijada en alcohol al 96% por 15 min., o alcohol al 70% por 30 min., y, posteriormente, trasladada a las centrales de lectura citológica (50).

Examen de mamas. Examen físico que incluye el examen clínico de la mama y la entrega de la indicación de la mamografía bilateral en pacientes de 40 a 65 años. La consulta lo realiza el profesional médico capacitado según el nivel de atención.

El tiempo de atención es de 15 minutos. En caso se observe alguna anormalidad clínica de las mamas y resultara necesario la evaluación en establecimientos de mayor complejidad, la paciente será referida (50).

La violencia basada en género (vbg). Constituye un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual, psicológico, o muerte, siendo las mujeres las victimas en mayor porcentaje de este problema. La violencia es reconocida, actualmente, como un problema de salud pública, expresión de la inequidad basada en género y de la situación de subordinación de la mujer (45).

b.2. Historia clínica materna perinatal. Esta herramienta sirve para fortalecer los procesos de gestión local y estandarizar los indicadores de calidad de atención de la prestación brindada al binomio madre – niño; amplía la capacidad de datos, genera información útil para la atención y optimización de la atención a la madre y el niño; experiencias exitosas consideran una herramienta para el seguimiento de gestantes con factores de riesgo de manera oportuna evitando complicaciones; el análisis de datos permite hacer investigaciones (51). La historia clínica materno-perinatal es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico de la mujer embarazada durante el control prenatal, trabajo de parto, puerperio, del neonato y/o del ingreso de aborto, incluyendo el período postaborto hasta el alta. El contenido es introducido como parte de una base de datos para el estudio por parte del sistema informático perinatal. De esta manera, la historia clínica perinatal se convierte en un instrumento útil para la vigilancia y epidemiología de estos eventos desde una visión de salud pública (51).

2.4 Hipótesis de la investigación

El supuesto teórico que fundamenta el presente estudio, es el siguiente:

Los condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra se relacionan con el cumplimiento de la Atención Prenatal Reenfocada brindada en el Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca año 2012.

2.5 Categorías del estudio y su Operacionalización

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
<p>1. Variable Independiente:</p> <p>Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales.- conjunto interactivo de situaciones, procesos, requerimientos, aspectos y factores tanto materiales como inmateriales presentes en la dialéctica del ser-pensar-sentir-hacer de los obstetras (14).</p>	Condicionantes sociodemográficos	Sexo	Masculino Femenino
		Edad	Mayor de 30 años De 30 a 40 años Mayor de 40 años
		Índice de Masa Corporal	Normal Sobrepeso Desnutrido Obeso
		Estado civil	Soltero Casado Conviviente Viudo(a)
		Número de hijos	De 1 a 2 De 3 a más No tiene
		Tiempo de desplazamiento a su trabajo	< de 30 minutos > a 30 minutos
		Ingreso económico	< que 1500 soles > que 1500 soles
	Condicionantes profesionales	Nivel académico	Título universitario Grado de Maestro Segunda especialización
		Experiencia laboral	De 1 a 2 años Más de 2 años
		Capacitación profesional en los últimos dos años	Pasantías Congresos Cursos Talleres
		Compromiso con su trabajo	Comprometido No comprometido
	Condicionantes Institucionales	Estabilidad Laboral	Nombrado Contratado
		Guardias nocturnas	Menos de seis guardias Más de 6 guardias
		Jornada laboral, gestantes atendidas por turno	12 a 15 gestantes Más de 15 gestantes
		Motivación en el trabajo	Motivado No motivado
		Toma de decisiones	Toma decisiones No toma decisiones
		Satisfacción	Satisfecho Insatisfecho
	<p>2. Variable Dependiente:</p> <p>Atención Prenatal Reenfocada.- conjunto de actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un(a) recién nacido(a) sano(a), sin deterioro de la salud de la madre (45).</p>	Paquete mínimo	Cumplimiento del paquete mínimo de la Atención Prenatal Reenfocada
Paquete ampliado		Cumplimiento del paquete ampliado de la Atención Prenatal Reenfocada	Si No

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El trabajo del profesional obstetra del “Centro de Salud de Baños del Inca” Cajamarca se desarrolla en el marco de atención primaria de los servicios de salud, con profesionales obstetras que trabajan en el Centro de Salud Baños del Inca nivel I-4 ubicado en la zona urbana. Tiene como misión el trabajo con calidad de atención con: el enfoque al cliente, mejora de procesos y trabajo en equipo.

3.1 Tipo de diseño de la investigación

Descriptivo, determinó cómo se manifestaron las variables condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales y su relación en la atención prenatal reenfocada.

Correlacional, midió el grado de relación existente entre los condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra y la atención prenatal reenfocada.

De corte transversal, porque los datos se recolectaron en un momento determinado.

3.2 Población y muestra

3.2.1. Ámbito de estudio

El estudio se desarrolló en el distrito de Baños del Inca, de la región Cajamarca, república del Perú. La ciudad de Cajamarca, capital de la provincia y región del mismo nombre está ubicada al norte del Perú, entre los paralelos 4° 30' latitud sur y los meridianos 77° 30' de longitud oeste, a una altitud de 2,750 m.s.n.m. y

cuenta con una temperatura media anual de 13 °C. Tiene una población de 30 000 habitantes en la zona urbana, es el distrito más grande y más poblado de las ciudades capitales de las provincias de la región Cajamarca.

3.2.2. Población

La población estuvo conformada por el total de profesionales obstetras nombrados y contratados (N=8) que laboraron del Centro de Salud de Baños del Inca-Cajamarca, durante el 2012.

3.2.3. Muestra del estudio

La presente investigación no necesitó de estimación de muestra, debido a que se tomó en cuenta el total de obstetras (n=8) que ejecutaron y registraron los ítems de la Atención Prenatal Reenfocada en las historias clínicas del CLAP/OPS-OMS. Del Centro de Salud de Baños del Inca, Cajamarca durante el 2012.

3.3 Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los profesionales obstetras que laboran en el Centro de Salud de Baños del Inca, Cajamarca.

3.3.1. Criterios de inclusión

Obstetras que estuvieron laborando en el área asistencial, ejecutaron y registraron el modelo de atención prenatal reenfocada en las historias clínicas materno-perinatal del CLAP OPS/OMS de gestantes del Centro de Salud de Baños del Inca, Cajamarca. Y que aceptaron voluntariamente, ser parte del estudio.

3.3.2. Criterios de exclusión

Profesionales obstetras que estuvieron laborando en el área administrativa, exclusivamente.

3.4 Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de la información

Se solicitó permiso formal a la gerente de la Microrred de Salud de Baños del Inca –Cajamarca, para la presentación y socialización del proyecto de investigación. Se logró la participación del profesional obstetra y se tuvo acceso a los servicios que requiere el proyecto de investigación para la obtención de historias clínicas materno–perinatal del CLAP OPS/OMS.

Se seleccionaron las historias clínicas materno perinatales del CLAP OPS/OMS completas que registraron seis atenciones prenatales o más, incluyendo las que consignaron la atención de parto en el Centro de Salud Baños del Inca, durante el tercer trimestre del año 2012.

Se asignó un código correlativo en números arábigos al nombre de cada obstetra que ha realizado y registrado la atención prenatal en la historia clínica materno perinatal del CLAP OPS/OMS.

Se llevó a efecto el diseño de instrumentos y el consentimiento informado de cada obstetra para la aplicación en forma personalizada.

La técnica empleada para la confiabilidad del instrumento fue la del criterio de “Juicio de expertos”, y la muestra piloto aplicada a obstetras que ejecutaron el modelo de control prenatal reenfocado en el Centro de Salud de Simón Bolívar de Cajamarca, previa verificación de la validez del instrumento con la prueba estadística Alfa de Crombach de 0,85.

Con el objeto de obtener información de los obstetras en estudio, concerniente a la variable independiente “condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales” y una recopilación de datos cuantitativos ordinales de las historias clínicas materno–perinatales CLAP/OPS-OMS, tomando como referencia los

ítems estándares para la variable dependiente “atención prenatal reenfocada”, se empleó el método de investigación basado en la opinión, a través de la técnica del cuestionario.

El primer instrumento utilizado fue el cuestionario autoinforme impreso, (Anexo 1), autoadministrado, llenado por cada uno de los obstetras sujetos del estudio, a quienes se les garantizó absoluta confidencialidad. Estaba constituido de tres partes, cada una de ellas recolecta información sobre los condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra, respectivamente.

El segundo instrumento corresponde a la Guía de estándares en la Atención Prenatal Reenfocada MINSA – 2011 (Anexo 2), tanto del paquete mínimo como del paquete ampliado, que el MINSA ha establecido a través de la estrategia Salud Sexual y Reproductiva para la Atención Prenatal Reenfocada.

Para el **paquete mínimo** se tomó en cuenta los siguientes estándares: Prueba rápida para proteinuria (tira reactiva) o sulfosalicílico; Prueba rápida para sífilis; Prueba rápida para VIH; Exámenes completos de laboratorio; Ecografía; Tamizaje de violencia basada en género; Protección antitetánica; Plan de Parto; Suplemento de hierro/ácido fólico; Suplemento de ácido fólico durante el primer trimestre (8).

Para el **paquete ampliado** se tomó en cuenta los siguientes estándares: Segundo examen de ecografía; Segundo paquete de exámenes de laboratorio; Suplemento de calcio; Monitoreo materno fetal; Examen de Papanicolaou y/o IVAA; Educación para el auto examen de mamas; Examen odontológico; Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal.

El tercer instrumento (Anexo 3) corresponde a las 49 historias clínicas materno-perinatales del CLAP OPS/OMS clasificadas para el presente estudio.

3.5 Técnicas de procesamiento, interpretación y análisis de datos

El procesamiento electrónico de la información, con la finalidad de generar una base de datos, se realizó a través del Programa IBM SPSS V 21 y Microsoft Excel para Windows. Los resultados se presentaron en tablas estadísticas de propósito especial. El proceso se orientó, primero a la organización de los datos, y, luego, a la elaboración de los resúmenes expuestos en tablas simples y de contingencia, con frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos. Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Consistió en describir los resultados de la relación de los condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra en la atención prenatal reenfocada, en base a las estadísticas obtenidas en el proceso comparado con teorías y antecedentes.

Fase inferencial. Se realizó fundamentalmente para determinar con qué confiabilidad se presentan también en la población correspondiente los resultados observados en la muestra.

Se verificó la hipótesis formulada, para lo cual se usó el Chi-cuadrado como prueba de Independencia de Criterios, en tablas de contingencia.

Para identificar los principales condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra en la atención prenatal reenfocada se aplicó el instrumento “Cuestionario auto informe” (Anexo 1) al profesional obstetra en forma anónima. Se tomó como referencia el código correlativo en números arábigos asignado a cada nombre. Los datos han sido agrupados por similitud y

orden, y debidamente categorizados para utilizar el análisis de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Para determinar el cumplimiento en atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Baños del Inca se verificó que los ítems contenidos en el instrumento “Estándares en la atención prenatal reenfocada MINSA-2011” (Anexo 2) estén registrados en las 49 historias clínicas materno–perinatal del CLAP OPS/OMS seleccionadas para la presente investigación. Para ello se ha tomado como referencia el código asignado a cada obstetra, y, haciendo uso de tablas de contingencia, se determinó en forma individual el cumplimiento de los ítems del paquete mínimo y el paquete ampliado, ejecutado y registrado en cada atención prenatal por el obstetra en la historia clínica materno–perinatal del CLAP OPS/OMS (8).

Para determinar la relación de los principales condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra en la atención prenatal reenfocada, se elaboraron tablas de contingencia en las que se relacionan los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario autoinforme a los (as) obstetras con los datos obtenidos del nivel de logro de los ítems estándares de la atención prenatal reenfocada. Para dicho fin se utilizó la prueba estadística no paramétrica Chi-Cuadrado con niveles de significancia no mayores al 5% ($p < 0,05$).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales

Tabla 1. Condicionantes sociodemográficos del (la) obstetra. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012

Condicionantes Sociodemográficos	Indicadores	Obstetras	
		Nº	%
Edad	< 30 años	1	12,5
	30 - 40 años	3	37,5
	> 40 años	4	50,0
Total		8	100,0
IMC	Normal	5	62,5
	Sobrepeso	3	37,5
Total		8	100,0
Estado civil	Casado(a)	5	62,5
	Soltero(a)	2	25,0
	Viudo(a)	1	12,5
Total		8	100,0
Número de hijos	De 1 a 2	4	50,0
	De 3 a +	2	25,0
	No tienen	2	25,0
Total		8	100,0
Desplazamiento	< 30 minutos	7	87,5
	≥ 30 minutos	1	12,5
Total		8	100,0
Ingreso económico	< 1500 n.s.	3	37,5
	≥ 1500 n.s.	5	62,5
Total		8	100,0

Fuente: Cuestionario Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) Obstetra, Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012

El resultado más relevante respecto de los principales condicionantes sociodemográficos de los(as) obstetras que laboran en el Centro de Salud de Baños del Inca, Cajamarca, señala que el 50% tiene una edad mayor que 40 años, y entre uno y dos hijos; el 62,5% tiene un peso normal y son casadas; el 87,5% se desplaza a su trabajo en un tiempo menor que 30 minutos, y el 62,5% tiene un ingreso económico \geq de 1500 soles.

Tabla 2. Condicionantes profesionales del (la) obstetra. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012

Condicionantes profesionales	Indicadores	Obstetras	
		Nº	%
Nivel Académico	Título	5	62,5
	Segunda especialidad	1	12,5
	Maestría	2	25,0
Total		8	100,0
Experiencia laboral	De 1 a 2 años	1	12,5
	De 2 a + años	7	87,5
Total		8	100,0
Pasantías por el MINSA	Sí	1	12,5
	No	7	87,5
Total		8	100,0
Congresos (por su cuenta)	Sí	1	12,5
	No	7	87,5
Total		8	100,0
Cursos por el MINSA	Sí	6	75,0
	No	2	25,0
Total		8	100,0
Cursos (por su cuenta)	Sí	1	12,5
	No	7	87,5
Total		8	100,0
Taller por el MINSA	Sí	4	50,0
	No	4	50,0
Total		8	100,0
Compromiso con su trabajo	Sí	5	62,5
	No	3	37,5
Total		8	100,0

Fuente: Cuestionario Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra, Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012

Los resultados del estudio, respecto a los principales condicionantes profesionales del (la) obstetra, permiten evidenciar que el 62,5% solo tienen título universitario, el 25% maestría, el 12,5% segunda especialidad; el 87,5% experiencia laboral de 2 a más años; el 12,5%, pasantías por el MINSA; el 12,5% ha asistido a congresos por su cuenta; el 75% tiene cursos por el MINSA, el 12,5% tiene cursos por su cuenta; el 50% tiene talleres por el MINSA, y el 62,5% está comprometido con su trabajo.

Tabla 3. Condicionantes institucionales del (la) obstetra. Centro de salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012

Condicionantes Institucionales	Indicadores	Obstetras	
		Nº	%
Estabilidad laboral	Nombrado	5	62,5
	Contratado	3	37,5
Total		8	100,0
Guardias nocturna	< 6 guardias	3	37,5
	≥ 6 guardias	5	62,5
Total		8	100,0
Atención a gestantes	De 12 a 15	6	75,0
	> 15	2	25,0
Total		8	100,0
Motivación	Sí	1	12,5
	No	7	87,5
Total		8	100,0
Toma de decisiones	Sí	3	37,5
	No	5	62,5
Total		8	100,0
Satisfacción	Sí	2	25,0
	No	6	75,0
Total		8	100,0

Fuente: Cuestionario Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra, Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012

Los resultados relacionados con los principales condicionantes institucionales del (la) obstetra destacan que el 62,5% está nombrado(a); el 62,5% hace guardias nocturnas \geq 6 al mes; el 25% atiende gestantes en número mayor que 15 por turno; el 12,5% está motivado(a) por su empleador para el trabajo; solo el 37,5% toma decisiones para mejorar la calidad de atención, y sólo el 25% está satisfecho con las labores que desempeñan.

4.2. Cumplimiento en atención prenatal reenforcada

Tabla 4. Cumplimiento de la atención prenatal reenforcada: Paquete mínimo y paquete ampliado, según número de atención. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012

Cumplimiento Paquete Mínimo, Según Número de Atención						
Numero de Atención	Cumple		No Cumple		Total HCL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pre Natal						
Ira. Atención	23	46,9	26	53,1	49	100,0
6ta. Atención	37	75,5	12	24,5	49	100,0
Más de 6 atenciones	43	87,8	6	12,2	49	100,0

Fuente: Guía de estándares en la APNR MINSA-2011

Cumplimiento Paquete Ampliado, Según Número de Atención						
Número de Atención	Cumple		No Cumple		Total HCL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pre Natal						
Ira. atención	0	0,0	49	100,0	49	100,0
6ta. atención	0	0,0	49	100,0	49	100,0
Más de 6 atenciones	0	0,0	49	100,0	49	100,0

Fuente: Guía de estándares en la APNR MINSA-2011

En el Centro de Salud Baños del Inca, el cumplimiento de ítems estandarizados por el MINSA 2011 para el paquete mínimo de la atención prenatal reenforcada revela que, en la primera atención prenatal es 46,9%; en la sexta atención prenatal el 75,5%, y cuando tienen más de seis atenciones prenatales 87,8%. Sin embargo el cumplimiento de ítems estandarizados por el MINSA 2011 para el paquete ampliado es 0%.

Tabla 5. Cumplimiento de la atención prenatal reenforcada: Paquete mínimo, según orden de atención, edad gestacional, oportunidad de cumplimiento. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca 2012

Ítems Estandarizados por MINSA	Cumple en la primera atención				Cumple en la sexta atención				Cumple en más de seis atenciones			
	SÍ		NO		SÍ		NO		SÍ		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prueba rápida para proteinuria (tira reactiva sulfosalicílico)	0	0	0	0	49	100	0	0	49	100	0	0
1ra. prueba rápida para sífilis	49	100	0	0	49	100	0	0	49	100	0	0
1ra. prueba rápida para VIH	49	100	0	0	49	100	0	0	49	100	0	0
Exámenes completos de laboratorio (Hb, Hcto, Grupo, Factor RH, glucosa, Examen completo Orina)	49	100	0	0	49	100	0	0	49	100	0	0
1era. Ecografía	26	53	23	47	40	82	9	18	46	94	3	6
Tamizaje violencia en género.	47	96	2	4	49	100	0	0	49	100	0	0
Protección antitetánica (2da. dosis)	42	86	2	4	46	94	3	6	46	94	3	6
Plan de parto	47	96	2	4	49	100	0	0	49	100	0	0
Suplemento de hierro/ácido fólico	15	30	1	6	36	74	1	26	39	80	0	20
Suplemento de ácido fólico en el primer trimestre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Guía de estándares en la APNR MINSA-2011

La Tabla 6 presenta el cumplimiento de la atención prenatal reenforcada paquete mínimo, según orden de atención, edad gestacional y oportunidad de cumplimiento verificados en las historias clínicas materno-perinatales del CLAP, se observa que: el ítem prueba rápida para proteinuria en la primera atención no registra porque no le corresponde a la edad gestacional; en la sexta y más de seis atenciones cumple un 100%. Los ítems 1ra. prueba rápida para sífilis, 1ra. prueba rápida para VIH, exámenes completos de laboratorio cumple un 100% en la primera, sexta, y más de seis atenciones. El ítem ecografía en la primera atención cumple un 47%, en la sexta atención el 82% y en más de seis atenciones el 94%. El ítem tamizaje de violencia en género cumple en la primera atención 96%, en la sexta y más de seis atenciones el 100%. El ítem protección antitetánica en la primera atención cumple 96%, en la sexta y más de seis atenciones cumple el 94%. El ítem plan de parto cumple en la primera atención 96%, en la sexta y más de seis atenciones 100%. El ítem suplemento hierro/ácido fólico cumple en la primera atención el 94%, en la sexta atención el 74% y en más de seis atenciones 80%. El ítem suplemento de ácido fólico en el primer trimestre, no se encuentra registrado.

Tabla 6. Cumplimiento de la Atención Prenatal Reenfocada: paquete ampliado, según orden de atención, edad gestacional, oportunidad de cumplimiento. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012

Ítems Estandarizados por MINSA	Cumple en la primera atención		Cumple en la sexta atención				Cumple en más que seis atenciones					
	SÍ		NO		SÍ		NO		SÍ		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2do. examen de ecografía	0	0	49	100	10	20	39	80	11	22	38	78
2do. paquete de exámenes laboratorio	0	0	49	100	12	25	37	75	12	25	37	75
Suplemento de calcio	0	0	49	100	0	0	49	100	0	0	49	100
Monitoreo materno–fetal	0	0	49	100	0	0	49	100	0	0	49	100
Exámenes de Papanicolaou y/o IVAA	0	0	49	100	19	39	30	61	19	39	30	61
Educación para autoexamen de mamas	0	0	49	100	0	0	49	100	0	0	49	100
2do. examen odontológico	0	0	49	100	49	100	0	0	49	100	0	0
Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal	0	0	49	100	0	0	49	100	0	0	49	100

Fuente: Guía de estándares en la APNR MINSA-2011

La Tabla 6 presenta el cumplimiento de la atención prenatal reenfocada, paquete ampliado en la primera, sexta y más de seis atenciones prenatales, verificado en las historias clínicas materno–perinatales del CLAP, según orden de atención, edad gestacional y oportunidad de cumplimiento de los ítems, observamos que: el primer ítem 2do. examen de ecografía cumple en la sexta atención el 20%, y en más de seis atenciones el 22%. El ítem 2do. Paquete exámenes laboratorio cumple en la sexta atención el 25% y se mantiene en más de seis atenciones. El ítem suplemento de calcio registra el 0%. El ítem monitoreo fetal registra 0%. El ítem exámenes de Papanicolaou cumple en la sexta atención el 39% y mantiene el porcentaje en más de seis atenciones. El ítem educación para autoexamen de mamas no registra en la primera, sexta y más que seis atenciones 0%. El ítem examen odontológico cumple en la primera atención 0%, en la sexta atención y en más de seis atenciones el 100%. El ítem Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal no registra en la primera, sexta y más que seis atenciones, 0%.

4.3 Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales y atención prenatal reenforcada

Tabla 7. Condicionantes sociodemográficos del (la) obstetra y atención prenatal reenforcada, paquete mínimo. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012

Condicionantes Sociodemográficos		Cumplimiento				Total		Chi-Cuadrado	
		Atención Prenatal Reenforcada							
		Si		No		Nº	%	X ²	P
		Nº	%	Nº	o/o	Nº	%		
Edad	<30	0	0	1	20	1	12,5	0,229	0,641
	30-40	1	33	2	40	3	37,5		
	>40	2	67	2	40	4	50,0		
Total		3	100	5	100	2	100,0		
IMC	Normal	2	67	3	60	5	62,5	0,036	0,25
	Sobrepeso	1	33	2	40	3	37,5		
	Total	3	100	5	100	2	100,0		
Estado Civil	Casado(a)	2	67	3	60	5	62,5	2,22	0,237
	Soltero(a)	0	0	2	40	2	25,0		
	Viudo(a)	1	33	0	0	1	12,5		
Total		3	100	5	100	2	100,0		
Número de Hijos	De 1 a 2	1	33	3	60	4	50,0	6,026	0,042*
	De 3 a +	2	67	0	0	2	25,0		
	No tiene	0	0	2	40	2	25,0		
Total		3	100	5	100	2	100,0		
Desplazamiento	<30	2	67	5	100	7	27,5	0,036	0,25
	>30	1	33	0	0	1	12,5		
Total		3	100	5	100	2	100,0		
Ingreso Económico	< 1500	0	0	3	60	3	37,5	3,255	0,049*
	> 1500	3	100	2	40	5	62,5		
Total		3	100	5	100	2	100,0		

Fuente: Cuestionario Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra, Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012 y Guía de estándares en la APNR MINSA-2011

La Tabla 7 presenta la relación de los principales condicionantes sociodemográficos del (la) obstetra y atención prenatal reenforcada, paquete mínimo, se observó que los(as) obstetras que sí hacen atención prenatal reenforcada en mayor porcentaje son, las(os) que tienen más de 40 años, tienen un índice de masa corporal normal, son casados(as), tiene un número de hijos de dos a más, su desplazamiento a su trabajo es menor que 30 minutos, y su ingreso económico es mayor que mil quinientos nuevos soles. Existe una relación significativa ($p < 0,05$) entre el cumplimiento de la APNR y el número de hijos e ingreso económico según la prueba estadística de Chi-Cuadrado con el 95% de confiabilidad.

Tabla 8. Condicionantes profesionales del (la) obstetra y atención prenatal reenfocada, paquete mínimo. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012

Condiciones profesionales		Cumplimiento				Total		Chi-Cuadrado	
		Atención Prenatal Reenfocada							
		Sí		No		Nº	o/o	X ³	P
Nivel Académico	Título	2	67,0	3	60,0	3	62,5	0,747	0,688
	Segunda Especialidad	0	0,0	1	20,0	1	12,5		
	Maestría	1	33,0	1	20,0	2	25,0		
Total		3	100,0	5	100,0	8	100		
Experiencia Laboral	De 1 a 2	0	0,0	1	20,0	1	12,5	0,686	0,408
	De 2 a +	3	100,0	4	80,0	7	87,5		
Total		3	100,0	5	100,0	8	100,0		
Pasantía por el MINSA	Sí	0	0,0	1	20,0	1	12,5	0,686	0,408
	No	3	100,0	4	80,0	7	87,5		
Total		3	100,0	5	100,0	8	100,0		
Congresos (por su cuenta)	Sí	0	0,0	1	20,0	1	12,5	1,905	0,168
	No	2	67,0	5	100,0	7	87,5		
Total		2	100,0	0	100,0	8	100,0		
Cursos por el MINSA	Sí	1	33,0	5	100,0	6	75,0	5,581	0,049*
	No	2	67,0	0	0,0	2	25,0		
Total		3	100,0	5	100,0	8	100,0		
Cursos (por su cuenta)	Sí	1	33,0	0	0,0	1	12,5	1,905	0,168
	No	2	67,0	5	100,0	7	87,5		
Total		3	100,0	5	100,0	8	100,0		
Talleres por el MINSA	Sí	1	33,0	3	60,0	4	50,0	0,533	0,465
	No	2	67,0	2	40,0	4	50,0		
Total		3	100,0	5	100,0	8	100,0		
Compromiso	Sí	1	33,0	4	80,0	5	62,5	1,742	0,187
	No	2	67,0	1	20,0	3	37,5		
Total		3	100,0	5	100,0	8	100,0		

Fuente: Cuestionario Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra, Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012 y Guía de estándares en la APNR MINSA-2011

La Tabla 8 presenta la relación de los principales condicionantes profesionales del (la) obstetra y atención prenatal reenfocada paquete mínimo. Analizando en forma global se observa que no tienen relación significativa para el cumplimiento de la APNR el nivel académico, la experiencia laboral, las pasantías, los talleres por su cuenta, talleres por el MINSA; tienen una ligera relación los congresos, cursos por su cuenta y el compromiso con su trabajo, y sí existe una relación significativa ($p < 0,05$) entre la APNR y los cursos realizados por el MINSA según la prueba estadística de Chi-Cuadrado con el 95% de confiabilidad.

Tabla 9. Condicionantes institucionales del (la) obstetra y atención prenatal reenforcada, paquete mínimo. Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012

Condicionantes institucionales		Cumplimiento				Total	Chi-cuadrado			
		Atención Pre-Natal Reenfocada					Nº	o/o	X ²	P
		Sí		No						
Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o					
Estabilidad Laboral	Nombrado(a)	3	100,0	2	40,0	5	62,5	3,855	0,049*	
	Contratado(a)	0	0,0	3	60,0	3	37,5			
Total		3	100,0	5	100,0	8	100,0			
Guardias nocturnas	<6	0	0,0	3	60,0	3	37,5	3,855	0,049*	
	>6	3	100,0	2	40,0	5	62,5			
Total		3	100,0	5	100,0	8	100,0			
Atención a gestantes	De 12 a 15	3	100,0	3	60,0	6	75,0	1,6	0,206	
	mayor de 15	0	0,0	2	40,0	2	25,0			
Total		3	100,0	5	100,0	8	100,0			
Motivación	Sí	0	0,0	1	20,0	1	12,5	0,408	0,625	
	No	3	100,0	4	80,0	7	87,5			
Total		3	100,0	5	100,0	8	100,0			
Toma de decisiones	Sí	1	33,0	2	40,0	3	37,5	0,85	0,036*	
	No	2	67,0	3	60,0	5	62,5			
Total		3	100,0	5	100,0	8	100,0			
Satisfacción	Sí	1	33,0	1	20,0	2	25,0	0,178	0,673	
	No	2	67,0	4	80,0	6	75,0			
Total		3	100,0	5	100,0	8	100,0			

Fuente: Cuestionario Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra, Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012 y Guía de estándares en la APNR MINSa-2011

En la Tabla 9 se observa el resultado de la relación de los principales condicionantes institucionales del (la) obstetra y el cumplimiento de la atención prenatal reenforcada paquete mínimo. Señala que los profesionales que sí hacen APNR representan al grupo de obstetras, en donde el 100% es nombrado(a), hace ≥ 6 guardias nocturnas al mes, atiende de 12 a 15 gestantes por turno, consideran que no están motivados(as) por su empleador para el trabajo; pero el 33,3% toman decisiones en su trabajo y está satisfecho con su trabajo que desempeña. Se establece que existe una relación significativa ($p < 0,05$) entre el cumplimiento de la APNR y la forma de contrato, guardias nocturnas, y toma de decisiones con un 95% de confiabilidad, según la prueba estadística de Chi-Cuadrado.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del profesional obstetra que labora en el Centro de Salud Baños del Inca.

Hacer referencia a los principales condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del profesional obstetra que labora en el Centro de Salud Baños del Inca, para su cumplimiento en la atención prenatal reenfocada, significa analizar aquellos condicionantes que repercuten en el verdadero desarrollo del trabajo del obstetra y se constituyen en indicadores de monitoreo y evaluación de las condiciones de trabajo, laborales, salud y desarrollo humano de los obstetras (19).

Como menciona la Carta de Ottawa (33), se requiere avanzar hacia un modelo de desarrollo más humano que priorice el trabajo digno, la salud, estimule el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los obstetras. Los hallazgos del estudio indican que los condicionantes sociodemográficos que caracterizan al profesional obstetra del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012 en más del 50% de obstetras tiene una edad mayor que 40 años, tienen uno o dos hijos, un índice de masa corporal normal, están casados(as), emplean un tiempo menor a 30 minutos para desplazarse hacia su trabajo y tienen un ingreso económico \geq de 1 500 soles. Similares a los mencionados en el Observatorio de Medicina Ocupacional y Medioambiental de EE.UU (31), donde se revela que las condiciones sociodemográficas saludables y favorables permiten lograr un buen desempeño y productividad en el trabajo. Asimismo, el estudio de Quiñones (23), Calderón y Solís (17) encontraron que las condiciones laborales que motivan a la mayoría de los

trabajadores de salud son: el salario y el horario de trabajo en relación con el trabajo que realizan y la organización para la cual trabajan. Tomando en cuenta los resultados encontrados y las investigaciones respecto de los condicionantes sociodemográficos del profesional obstetra, se afirma que existe una necesidad urgente de que los condicionantes sociodemográficos de los profesionales obstetras sean favorables, motivadores y que les permita lograr un desarrollo personal, económico y social aceptable principal fuente para la salud y una dimensión importante para la calidad de vida y el trabajo.

Los hallazgos del estudio indican que los condicionantes profesionales que caracterizan al profesional obstetra del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012 en más del 50% de obstetras tienen una experiencia laboral mayor que dos años (87,5%), están comprometidos con su trabajo (62,5%), existe escasa oportunidad de desarrollo académico porque el 62,5% solo tiene título, el 85,5% no tiene pasantías ni asistió a congresos, el 50% no participó de talleres, excepto que el 75% asistió solo a cursos realizados por el MINSA. Estos datos coinciden con los estudios y prioridades en materia de recursos humanos en salud por la OMS, OPS a través de los ORHS y carreras sanitarias del mundo, América Latina y el Perú (1-5). Sin embargo los condicionantes profesionales, aún no han sido suficientemente evaluados como causante de los escasos resultados obtenidos en salud en nuestro país, y requiere un conocimiento minucioso del sistema, su distribución geográfica, su vinculación laboral con el sector público y/o privado, las características de su formación, el perfil de especialización alcanzado, etc., como herramienta indispensable de gestión para decidir las futuras políticas del sector salud.

Los hallazgos del estudio indican que los condicionantes institucionales que caracterizan al profesional obstetra del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, 2012 en más del 50% de obstetras tienen estabilidad laboral (nombrados) en un 62,5%, pero el 87,5% no está motivado por su empleador para el trabajo, el 62,5% no toma decisiones en su trabajo y el 75% no está satisfecho con las labores que desempeñan. Resultados semejantes a los desafíos comunes de los países de las Américas en el Llamado a la Acción de Toronto por la OPS en el 2005 (3), sustentado en la teoría del sistema (27), teoría de los factores humanos (27), el perfil profesional del (la) obstetra (6), la mención de Karl Marx en su obra “El Capital” (26) antecedentes y bases teóricas del presente estudio. Tomando en cuenta las investigaciones de Meléndez (14), Delgado (22) y Araujo (24), estudiar a un profesional implica considerar las condiciones sociales, profesionales e institucionales que circulan en el ser-hacer profesional, porque desarrolla un conjunto de redes humanas en las que se construyen interactivamente significados cognitivos, afectivos y comportamentales, o sea actitudes sobre una acción y servicio institucional.

En la conciencia y posibilidad de encontrar alternativas y un sentido nuevo a las demandas y contingencias del profesional obstetra, el trabajo es por sí mismo un determinante de la salud, debido a que las personas pasan gran parte de sus vidas en lugares de trabajo; en efecto, es evidente e importante de que el trabajo tenga como fin primordial el desarrollo de las personas, que cuente con potencialidades para generar vínculos sociodemográficos, profesionales e institucionales que respalden estabilidad emocional, satisfacción, creatividad, desarrollo de la autoestima, superación personal y una mejor calidad de vida y trabajo.

Cumplimiento de la atención prenatal reenforcada

Los resultados de la presente investigación demuestran que el punto de partida para el logro de una atención prenatal reenforcada consiste en captar las exigencias y necesidades del profesional obstetra para analizar la forma de ofrecer soluciones. Se parte de los condicionantes del obstetra que brinda la atención a la gestante, para alcanzar los efectos deseados, tanto por los proveedores como por las usuarias. Así, si se admite ofrecer una atención prenatal reenforcada, implica conocer las virtudes y fallas del profesional obstetra para poder exonerarlos o mejorarlos según sea el caso; para ello, se ha de evaluar en forma fehaciente los principales condicionantes que interfieren o permiten el cumplimiento de la atención prenatal reenforcada, desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales obstetras, particularmente en los servicios públicos, donde el compromiso personal para mejorar los estándares de atención prenatal reenforcada obedece a las políticas, carencia de recursos, bajos salarios y cultura personal e institucional (29).

Los ítems del paquete mínimo y ampliado estandarizados para la atención prenatal reenforcada, deberían cumplirse en las gestantes que cumplen seis o más atenciones prenatales según el concepto de atención prenatal reenforcada (45). Sin embargo, el presente estudio demuestra que en el Centro de Salud Baños del Inca no se está dando cumplimiento a la ejecución y/o registro del ciento por ciento de ítems estandarizados para la atención prenatal reenforcada por el MINSA, habiendo alcanzado un cumplimiento en más de seis atenciones prenatales de 87,8% en el paquete mínimo y cero por ciento en el paquete ampliado. Asociando los resultados obtenidos al NO registro de los ítems en la historia clínica materno perinatal CLAP OPS/OMS, se podrá advertir que son parecidos al estudio descriptivo de Astrid (21), que concluyen que no registrar los ítems ejecutados de la atención prenatal reenforcada afecta la

seguridad, continuidad e incluso la pertinencia de la atención brindada, teniendo en cuenta que hace parte de la información clara para el diligenciamiento de la historia clínica materno perinatal del CLAP OPS/OMS, por los riesgos que implican en el desarrollo del embarazo. Si se asocia con la NO ejecución de los ítems estandarizados para el control prenatal reenforcado, el presente estudio es parecido a la investigación de Díaz (20), quien refiere que un porcentaje importante de la mortalidad infantil puede ser prevenible en el embarazo mediante una atención prenatal adecuada y de calidad. También, el concepto de atención prenatal reenforcada por el MINSA (45) menciona que la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto permiten el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre, para ello se debe cumplir por lo menos con el paquete mínimo de atención. Karl Marx, en su obra “El Capital” (26), menciona que la fuerza productiva del trabajo incluye: el nivel medio de destreza del trabajador, el nivel de desarrollo de la ciencia y sus respectivas aplicaciones tecnológicas en coordinación con el proceso de producción, la escala y eficacia de los medios de producción (materias primas, instrumentos de trabajo, etc.), relacionándolo con este estudio para dar cumplimiento a los retos de las reformas sanitarias y a las necesidades de atención de la población gestante, uno de ellos el cumplimiento del 100% de los ítems del paquete mínimo y ampliado de la atención prenatal reenforcada y según los estudios revisados, requiere de un despliegue de esfuerzos y voluntades del profesional que atiende, la institución que la representa y del estado, mediante la formulación y cumplimiento de políticas de (descentralización y focalización del recurso humano, financiación, los avances tecnológicos implementados) condicionantes de la fuerza efectiva de trabajo.

La literatura menciona que las gestantes con seis a más atenciones prenatales deben cumplir con el 100% de los ítems del paquete mínimo (45). Sin embargo, en la

presente tabla se observa el cumplimiento de seis ítems (prueba rápida para proteinuria, 1ra. prueba rápida para sífilis, 1ra. prueba rápida para VIH, exámenes completos de laboratorio, tamizaje de violencia de género, plan de parto); el NO registro del ítem suplemento de ácido fólico en el primer trimestre y el NO cumplimiento de los ítems (ecografía, protección antitetánica, suplemento hierro/ácido fólico).

Incumplir el 100% de los ítems contenidos en el paquete mínimo para la APNR, significa que existen condicionantes que no forman parte de las responsabilidades del (la) obstetra, sino del sistema de salud en el cual trabaja, tales como la falta de insumos, recurso humano, escasa implementación de la tecnología y otros que están fuera del sistema, como la desigualdad social. Sin embargo, es posible a partir de evidencias, se puedan desarrollar iniciativas locales o reformas que en su conjunto contribuyan a mejorar el desempeño del sistema de salud en relación con la salud materna.

La literatura menciona que las gestantes con seis o más atenciones prenatales deben cumplir con el 100% de los ítems del paquete ampliado (45); sin embargo, se destaca al examen odontológico con un cumplimiento de ciento por ciento, ligero avance respecto a los ítems (2do. examen de ecografía 22%, 2do. paquete de exámenes de laboratorio 25%, exámenes de Papanicolaou 39%), incumplimiento de los ítems suplemento de calcio, monitoreo fetal, educación para autoexamen de mamas, psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal.

Si se cumpliera el 100% de los ítems del paquete ampliado para la APNR, significaría pasar de un enfoque de riesgo utilizando a la atención prenatal reenfocada como herramienta principal a un enfoque de atención oportuna de las complicaciones obstétricas. Nadie puede dudar que este cambio de paradigma sea necesario y urgente;

sin embargo, existen evidencias que sugieren no centrarse exclusivamente en la prestación o diseño de los servicios de atención, sino que hay que incorporar un diseño de políticas y mecanismos de acceso a los programas y servicios de atención. Para este fin se requiere establecer normas, directrices nacionales y locales para dar seguimiento al desempeño del profesional obstetra; invertir en los recursos necesarios que aseguren la atención calificada (medicamentos, transporte y recursos de acuerdo con el nivel de atención), y eliminar las barreras financieras de clase y culturales para asegurar el acceso y cumplimiento de los estándares de la atención prenatal reenfocada.

Condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del (la) obstetra y atención prenatal reenfocada

El análisis de la relación de los principales condicionantes sociodemográficos del (la) obstetra y atención prenatal reenfocada, Centro de Salud Baños del Inca, indica que para el cumplimiento de la APNR tiene influencia significativa el número de hijos y el ingreso económico, y no tienen influencia: la edad, el IMC, el estado civil y el desplazamiento a su trabajo. Lo que significa que a mayor número de hijos e ingreso económico es mayor el cumplimiento de la APNR. Este resultado se ha relacionado con la concepción de Muñoz y Castro (30) acerca de que la salud requiere superar la visión reduccionista del proceso salud – enfermedad para reclamar un nuevo pensamiento sanitario, que entienda a los empleados en su complejidad de sujetos sociales que hacen frente a los resultados de sus decisiones e intervenciones, fruto de su competencia reformadora de la vida natural. Esta que se debe recorrer para enfrentar desafíos en un ambiente que promueva condiciones de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, medios para el descanso y recreación; para cuyo fin se requiere de esfuerzos coordinados de grupos tales como

los políticos, trabajadores, industriales, educadores que definan normas y patrones. También coincide con Calderón y Solís (17), quienes, en su trabajo de investigación “Influencia de las condiciones laborales en la motivación del personal del Área de Salud de Montes de Oca y recomendaciones para el diseño de un plan formal de incentivos”, comprueba y recomienda un plan formal de incentivos que incluya capacitaciones, reconocimientos del desempeño, días libres, actividades o lugares de recreación, equipos y herramientas en buen estado, así como los incentivos económicos. El diseño debe ser elaborado por una comisión de funcionarios y jefaturas que representen a la totalidad del personal.

Incentivar y crear el sentido de pertenencia en los trabajadores es importante (37), por cuanto, las estrategias de motivación personal en el nivel macro deben brindar a los empleados un espacio propicio donde puedan desarrollarse de manera personal y profesional con un salario justo y equitativo. No se debe olvidar que a través del trabajo se satisfacen muchas necesidades que trascienden el orden económico, enmarcado en la expresión “Bienestar Familiar”. Se basa en tres pilares: seguridad (vivienda propia), sostenimiento (salud), desarrollo (educación). Estos derechos están garantizados por la OMS 2007 a través del Plan Global de acción para la salud de los trabajadores 2008-2017. El informe insta a desarrollar fundamentos para entornos laborales saludables por ética empresarial, por interés empresarial y por ley. Por lo tanto, el logro de los mejores resultados en el sector salud dependerá de la implementación de las mejores estrategias para mantener a sus empleados en un buen ambiente laboral que los lleve a brindar lo mejor de sí y a ser cada vez más productivos (33).

El análisis de la relación de los principales condicionantes profesionales del (la) obstetra y atención prenatal reenfocada, Centro de Salud Baños del Inca, indica que

para el cumplimiento de la APNR tienen influencia significativa los cursos brindados por el MINSA. Tradicionalmente la capacitación de los profesionales de la salud por el MINSA en Cajamarca se desarrolla a través de reuniones científicas con poca capacidad de intercambio. Para este fin se toma en cuenta el resultado de influencia significativa de los cursos brindados por el MINSA como condicionante favorable para la APNR. Se podría mejorar aún si se toman en cuenta las conclusiones y propuestas de la tesis de Fariña (15), acerca de la capacitación en el terreno como estrategia de mejora de la calidad de atención de la salud, y de Torres Díaz (16), quien menciona y plantea en una sistematización realizada acerca del desempeño profesional de tutores y su proceso de mejoramiento, que socialmente el desempeño profesional se entiende como la forma en que el profesional está preparado para revelar el desarrollo de sus competencias profesionales con una determinada calidad, expresados en la solución de problemas técnicos de la especialidad y funciones asignadas.

Los cursos contribuyen al desarrollo e incluye la capacitación, pero, finalmente, deberían buscar la formación integral del individuo, la expresión total de la persona; es decir, el desarrollo de aptitudes y habilidades encaminadas a mejorar actitudes en los trabajadores de salud respecto del cumplimiento de la atención prenatal reenfocada.

El análisis de la relación de los principales condicionantes institucionales del (la) obstetra y atención prenatal reenfocada, Centro de Salud Baños del Inca, indica que para el cumplimiento de la APNR tienen influencia significativa la forma de contrato, guardias nocturnas, y la toma de decisiones, condicionantes institucionales motivadores que conllevan a un mayor ingreso económico, mejora de la calidad de vida del (la) obstetra, similares a los estudios de investigación de Torres (16); quien

en una sistematización realizada acerca del desempeño profesional de tutores y su proceso de mejoramiento, concluye que son múltiples los factores que condicionan la calidad del trabajo brindado y están asociados con: 1) lo afectivo-volitivo, que se revela en el grado de motivación y significación que los conduce a llevar a cabo sus responsabilidades; 2) lo organizacional–ambiental, relacionado con las características del contexto donde se desenvuelven (la cultura organizacional), y 3) El estudio de investigación de Hernández, et, al, (18) que relacionan la satisfacción laboral con el desempeño y los servicios de salud, además, con la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes. Concluyeron que la identificación de factores de insatisfacción, así como de satisfacción es importante para fundamentar mejoras e incidir en la calidad de los cuidados. Y el estudio realizado por la OPS (19), “Condiciones de Trabajo y Salud de los Trabajadores de la Salud”, concluye que las malas condiciones de trabajo, la escasa jerarquía dada al tema, acompañada por la escasa autonomía para la gestión del trabajo, representan un conjunto de problemas que tiene una repercusión constante sobre la calidad de la atención en salud (19).

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio de investigación, de acuerdo con los objetivos e hipótesis planteados, permitieron llegar a las siguientes conclusiones:

1. Los condicionantes sociodemográficos del profesional obstetra que laboró en el Centro de Salud Baños del Inca se caracterizan por una edad > 40 años, uno a dos hijos, índice de masa corporal (IMC) normal, casadas, con desplazamiento a su trabajo en menos de 30 minutos, e ingreso económico ≥ 1500 soles; los condicionantes profesionales, por tener una experiencia laboral mayor a dos años, comprometidos con su trabajo, con título universitario, no acreditan pasantías, congresos, ni talleres realizados por el MINSA, solo cursos organizados por este ministerio y; los condicionantes institucionales, por ser nombrados(as), no están motivados(as) por su empleador, no toman decisiones y no están satisfechos(as) con la labor que desempeñan.
2. La Atención Prenatal Reenfocada se caracteriza por incumplimiento de la ejecución y/o registro del total de ítems estandarizados; alcanzando un cumplimiento de 87,8% en el paquete mínimo y 0 %, en el paquete ampliado.
3. Los condicionantes sociodemográficos del profesional obstetra: número de hijos e ingreso económico tiene una relación significativa para el cumplimiento de la APNR, mientras que la edad, IMC, estado civil y el tiempo empleado para el desplazamiento a su trabajo no tienen relación.
4. El condicionante profesional: cursos realizados por el MINSA tiene una relación significativa para el cumplimiento de los estándares de la APNR; en tanto que el

nivel académico, experiencia laboral, pasantías y talleres realizados por el MINSA, no tiene relación.

5. Los principales condicionantes institucionales: forma de contrato, número de guardias nocturnas y participación en la toma de decisiones, tienen relación significativa para el cumplimiento de los estándares de la APNR, y no tienen relación el número de atenciones, la motivación por su empleador y la satisfacción en su trabajo.

RECOMENDACIONES

1. A las Instituciones Empleadoras en Salud del sector Público y Privado, e investigadores aspirantes a ver la realidad de otra manera para poder cambiarla, se recomienda identificar, caracterizar al recurso humano en base a condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales de un propósito, tomando como referencia el presente trabajo de investigación.
2. Al Ministerio de Salud, generar políticas y normas para que el cumplimiento de la atención prenatal reenfocada sea en un contexto de evidencias de los condicionantes sociodemográficos, profesionales e institucionales del personal profesional calificado, con oportunidades de desarrollo personal y empleo, condiciones laborales saludables, agradables y motivadoras y seguridad laboral en las que se construyan interactivamente significados cognitivos, afectivos y comportamentales, para una acción y servicio institucional favorable.
3. Al Gobierno Regional, gestionar y plantear formalmente incentivos y salarios justos y equitativos para el personal profesional calificado (obstetra) que le permita un desarrollo personal, profesional y satisfacer sus necesidades enmarcados en la expresión “Bienestar Familiar” basado en tres pilares: seguridad (vivienda propia), sostenimiento (salud), desarrollo (educación).
4. A las Direcciones Regionales de Salud, tengan a bien dar prioridad la gestión, implementación y financiamiento de planes de capacitación permanente y en el terreno como estrategia de mejora de la calidad de atención de la gestante y cumplimiento de actividades estandarizadas por el MINSA en la atención prenatal reenfocada.

5. A las Redes y Microredes de Salud, por ética e interés institucional y por ley implementen estrategias que conlleve a los profesionales obstetras a brindar lo mejor de sí y a ser cada vez más productivos, dando cumplimiento a las políticas remunerativas alineadas a las prioridades de la reforma del estado y la promoción de una gestión por resultados incorporando incentivos a medir y premiar el buen desempeño.
6. Al personal de salud, que realiza la atención prenatal reenfocada, tengan a bien registrar coherentemente sus actividades en la historia clínica materno perinatal CLAP-OPS/OMS, sin obviar el nombre de quien realiza la atención, porque, sin duda, es un gran instrumento de futuras investigaciones y propuestas locales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caroline C, Oscar F. ORAS-CONHU y OPS/OMS. Plan Andino para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Resolución REMSSA XXIX/449 Quito. 2008:6-7.
2. Lee J. Organización Mundial de la Salud. Perfil Mundial de los trabajadores sanitarios: Fuerzas determinantes del personal sanitario pasado y futuro. En: OMS Informe sobre la salud en el mundo 2006-Colaboremos por la salud 2da ed OMS 2011 Ginebra 27 Suiza: All Reviews. 2006:4-15.
3. OPS, OMS. Llamado a la Acción de Toronto, 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Ontario, Canadá. 2005:1-3.
4. Ugarte O., Ramos I., del Carpio L. Documento técnico Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Dirección General de Salud de las Personas, MINSA. Resolución Ministerial 207-2009: Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva Capítulo V Lima, Perú. 2009:11- 44.
5. Melis F., Santibáñez C. OMS/OPS, MINSA. Protección social con enfoque de derechos durante el ciclo de vida, Protección Social de los/las trabajadores. Programa de Gerencia Social y Políticas Públicas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Chile (FLACSO-Chile). Documento Síntesis del ciclo de diálogos democráticos. Construyendo una nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud-Chile. 2005(III-IV):20-50.
6. Compendio de Normas Perú: COP, (2012).
7. Podestá L., Carpio L., Cavero, Loo L. Dirección General de salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: un derecho de todas las mujeres. 1ra. ed., Lima, Perú: Ministerio de Salud-HILMART S.A; 2006.
8. Resolución Ministerial N° 464-2011. Documento técnico Modelo de atención Integral basado en la familia y comunidad, (2011).
9. Núñez M., Regalado F. Déficit de Recursos Humanos de salud en el Perú y Dirección Regional de Salud Cajamarca OMS. Análisis de Brecha de Recursos Humanos en Salud en la Región Cajamarca. Oficina Regional de la OMS Perú. 2006:1-22.
10. MINSA, OGEI. Salud en la Etapa de Vida Adolescente Boletín Estadístico de Salud. 2012;2:17.
11. Núñez M. Experiencias de Planificación de los Recursos Humanos en Salud Perú 2007-2010. Lima, Perú: Ministerio de Salud, Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos; 2011.

12. Caballero P., Yagui M., Espinoza M., Castilla T., Granados A., Velásquez A., et al. Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud, Perú 2010-2014: Un proceso con un enfoque participativo y descentralista. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010; 27(3): 398-411.
13. MINSA. Salud Sexual y Reproductiva Perú: Ministerio de Salud; 2004 [cited 2015 01 Enero]. Available from: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=10.
14. Meléndez-Ferrer LE. Condiciones sociales, profesionales e institucionales del profesor universitario. *Revista de Ciencias Sociales*. 2006;12:139-57.
15. Fariña D. La capacitación en terreno como estrategia de mejora de la calidad de atención de la salud: Análisis de su implementación en cuatro servicios de neonatología del Norte Argentino. *Archivo Argentino Pediatría*. 2008;110(1):9-19.
16. Torres J. El desempeño profesional del tutor y su mejoramiento Cuba: Gestopolis; 2008 [cited 2015 21 Enero]. Available from: <http://www.gestiopolis.com/organizacion-talento/gestion-del-desempeno-y-su-comportamiento.htm>.
17. Calderón V., Solís S. Influencia de las condiciones laborales en la motivación del personal del área de salud de Montes de Oca y recomendaciones para el diseño de un plan formal de incentivos. Costa Rica: Universidad Estatal San José; 2008.
18. Hernández M., Hernández A., Nava G., Pérez M., Hernández M., Matus R., et al. Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM México*. 2012;9(1):14.
19. OPS. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú: OPS; 2012 [cited 2015 05 Febrero]. Available from: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/condicionestrabajo/es/>.
20. Díaz O, Girart C. Control Prenatal como antecedente de importancia en la mortalidad neonatal hospital universitario Dr. "Luis Razetti". Barcelona, octubre-diciembre del 2008 [Tesis de Grado]: Universidad de Oriente Núcleo Anzoátegui; 2009.
21. Astrid M., Dueñas M. Evaluación de la Calidad de la Atención del Programa del Control Prenatal a partir de la Atención Brindada a las usuarias en el Centro de salud Suroccidente de la ESE Popayán Enero-Junio 2001 [Para optar el título de Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad en salud]. Popayán, Colombia: Universidad EAN-del Cauca; 2011.
22. Delgado C., Sonia M. Expectativas y Percepciones de la Calidad de Servicio del Usuario Externo y Condiciones de Trabajo del Usuario Interno de la Farmacia del

- Hospital Regional de Cajamarca. 2007 [Tesis para optar el grado académico de Maestro en Ciencias]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2007.
23. Quiñones C., Juana F. Cultura Organizacional y Motivación Laboral en el Perfil Asistencial del Hospital II Cajamarca ESSALUD.2008 [Tesis para optar el grado académico de Maestro en Ciencias]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2008.
 24. Araujo C., Roxana I. “Percepción de los Profesionales de Enfermería sobre la seguridad del paciente en el Hospital Regional de Cajamarca.2013 [Tesis para optar el grado académico de Maestro en Ciencias]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2013.
 25. Muhamma A., Giorgio C., Ellen R., Mubashar S. Alianza mundial en pro del personal sanitario: aumentando el impulso para el desarrollo de personal de la salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública-Globa. 2011;28(2):298-307.
 26. Marx K, Deville GP. El capital: Est. Tip. de R. Fé; 1887.
 27. Vargas M., Recio M. Mejorando la Seguridad del paciente en los hospitales: De las ideas a la acción. Plan de calidad del sistema nacional de salud Ministerio de sanidad y consumo. 2008:220.
 28. Sussenberger B. Factores socioeconómicos y su influencia en el desempeño Ocupacional. 10 ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2008. 98 p.
 29. Casini S., Gustavo A., Sáinz L., Hertz M., Andina E. Guía de Control Prenatal Norma. Rev Hospital Materno infantil Ramón Sardá Argentina. 2002;21(2):52-4.
 30. Muñoz A., Castro E. De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables. Salud de los Trabajadores. 2010;18(2):143.
 31. Camara L. Cómo ir al trabajo y no morir en el intento España: es.finance.yahoo.com; 2012 [cited 2015 11 Febrero]. Available from: <http://www.grupoprevenir.es/prl/index.php/como-ir-al-trabajo-y-no-morir-en-el-intento>.
 32. Ramírez H., Hoffmann M. Acondicionamiento Físico y estilos de vida saludable. Colombia Médica. 2012;33(1):4.
 33. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá: OMS, Asociación. 1986.
 34. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2006: Notas de orientación sobre políticas. Capt. I. Ediciones OMS Colaboremos por la salud. 2006;27.

35. Gonzales V. La formación de competencias profesionales en la Universidad: Reflexiones y experiencias desde una perspectiva educativa. *Revista de Educación*. 2006;8:13.
36. Nacional SMdE. *Revista de educación: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación Nacional*; 1975.
37. Arias F. El compromiso personal hacia la organización y la intención de permanencia: algunos factores para su incremento. *Contaduría y Administración*. 2001(200).
38. Buriyovich J., Pautassi LC. Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina: aportes para políticas laborales más equitativas: CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo; 2005.
39. López LG. Satisfacción y motivación en el trabajo: Díaz de Santos; 2001.
40. Medina Giacomozzi A., Gallegos Muñoz C., Lara Hadi P. Motivación y satisfacción de los trabajadores y su influencia en la creación de valor económico en la empresa. *Revista de Administração Pública*. 2008;42:1213-30.
41. Díaz D. Toma de decisiones: el imperativo diario de la vida, Significado de la toma de decisiones en las organizaciones. Editorial ePrints Soton, La Habana. 2008;13(3):15.
42. Albornoz M. Las Relaciones Humanas en el Ámbito Laboral: *Mayeutica Educativa*. Idoneos.com; 2014 [cited 2015 11 Febrero]. Available from: http://mayeuticaeducativa.idoneos.com/relaciones__del_trabajo/.
43. Enebral J. En busca de la satisfacción y aun disfrute, en el desempeño profesional: *Area de Recursos Humanos*; 2007 [cited 2015 11 Febrero]. Available from: <http://www.arearh.com/rrhh/satisfaccion.htm>.
44. Rivera CR. Relación entre la sindicación y satisfacción laboral de los maestros de escuelas superiores de la Región Educativa de Bayamón del Departamento de Educación de Puerto Rico 2008.
45. *Definiciones Operacionales y Criterios de programación 2012: Programa Salud Materno Perinatal*, (2012).
46. *Guías Nacionales de Atención Integral de la salud Sexual y reproductiva: Módulo I Atención Integral de la Salud Reproductiva*, (2004).
47. MINSA. Sistema de información HIS, Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductiva: Atención Materno Perinatal Oficina General de Estadística e Informática. 2012.
48. *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal* (2013).

49. Definiciones operacionales y criterios de programación de los programas estratégicos: Articulado nutricional y salud materna neonatal correspondiente a la estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva, (2011).
50. Plan nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015 (2009).
51. MINSA. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Avanzando hacia una Maternidad Segura en el Perú derecho de todas las Mujeres: Mejorando la Capacidad Resolutiva en la Atención de la Salud Materna. 1ra. ed. Lima, Perú: HILMART S.A; 2006.

ANEXO N° 1
CUESTIONARIO

**CONDICIONANTES SOCIODEMOGRÁFICOS, PROFESIONALES
E INSTITUCIONALES DEL (LA) OBSTETRA,
CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA CAJAMARCA – 2012.**

DATOS CONDICIONANTES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. SEXO: SEÑALE CON UNA ASPA (X) SEGÚN CORRESPONDA MASCULINO (), FEMENINO ()
2. DIGA USTED ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE?-----
3. INDIQUE SU PESO EN KILOGRAMOS-----
4. INDIQUE SU TALLA EN CENTÍMETROS-----
5. MENCIONE UD. SU ESTADO CIVIL -----
6. ¿CUÁNTOS HIJOS TIENE USTED? -----
7. EL DESPLAZAMIENTO Y TIEMPO PARA LLEGAR A SU TRABAJO es:
Caminando () En carro ()
() < 30minutos
() ≥ 30minutos.
8. INGRESO ECONÓMICO QUE PERCIBE: Señale con UNA ASPA (X) según corresponda
() < 1 500 soles
() ≥ 1 500 soles

I. DATOS CONDICIONANTES PROFESIONALES

1. Escriba dentro del paréntesis los niveles académicos obtenidos durante su desempeño profesional:

() Título universitario

() Segunda Especialidad

() Maestría

() Otro _____
2. Señale con UNA ASPA (X) cuánto tiempo de experiencia laboral tiene por cualquier modalidad de contrato y/o nombramiento en el MINSA.

() De 1 a 2 años () De 2 a más años
3. Coloque dentro del paréntesis el número correspondiente. Indique quién le financió, y describa el nombre de las capacitaciones que ha tenido en Salud Sexual y Reproductiva en los últimos dos años.
() Pasantías
MINSA: _____
Por su cuenta: _____
() Congresos
MINSA: _____
Por su cuenta: _____

Cursos
MINSA: _____
Por su cuenta: _____

Talleres
MINSA: _____
Por su cuenta: _____

¿Considera que está comprometido(a) con su trabajo?

Sí No

¿Por qué? _____

II. DATOS CONDICIONANTES INSTITUCIONALES

1. Señale con UNA ASPA (X) la forma de contrato con la que viene trabajando actualmente.

Nombrado Contratado

2. Señale con UNA ASPA (X) el número de guardias nocturnas de 12 horas que realiza durante el mes.

<De 6 guardias ≥ 6 guardias.

3. Señale con UNA ASPA (X) el número de gestantes a las que brinda atención prenatal durante su jornada diaria de trabajo.

De 12 a 15

Más que 15

4. Señale con UNA ASPA (X) si Ud. actualmente se siente motivada, estimulada, reconocido por el () trabajo que desempeña?

Sí

No

¿Por qué?

5. Señale con UNA ASPA (X) si en su centro de trabajo participa en la toma de decisiones para mejorar la calidad de atención.

Sí

No

¿Por qué? _____

6. Señale con UNA ASPA (X) si en su centro de trabajo está Ud. Satisfecho(a) con las labores que desempeña.

Sí

No

Por qué? _____


ANEXO N° 2

**GUÍA DE ESTÁNDARES EN LA ATENCIÓN PRENATAL
REENFOCADA. MINSA-2011**

N°	ITEMS DEL PAQUETE MÍNIMO	SÍ CUMPLE	NO CUMPLE
1	Prueba rápida para proteinuria (tira reactiva) o sulfosalicílico.		
2	Prueba rápida para sífilis		
3	Prueba rápida para VIH		
4	Exámenes completos de laboratorio		
5	Ecografía		
6	Tamizaje de violencia basada en género		
7	Protección antitetánica y de AH1N1		
8	Plan de parto		
9	Suplemento de hierro/ácido fólico		
10	Suplemento de ácido fólico durante el primer trimestre.		
	ITEMS DEL PAQUETE AMPLIADO		
1	Segundo examen de ecografía		
2	Segundo paquete de exámenes de laboratorio		
3	Suplemento de Calcio		
4	Monitoreo materno fetal		
5	Examen de Papanicolaou y/o IVAA		
6	Educación para el auto examen de mamas		
7	Examen odontológico		
8	Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal		
	Rango de cumplimiento	%	%
	Total rango de cumplimiento	%	%

ANEXO N° 3

HISTORIA CLÍNICA MATERNO-PERINATAL CLAP OPS/OMS



No. HC
 = significa ALERTA = requiere seguimiento continuo

FILIACIÓN Y ANTECEDENTES

Apellidos y Nombres: _____ Establecimiento: _____

Establ. Origen: No Aplica Referencia

DNI (L.E.) N° Código Afiliación SIS:

Dirección: _____ Ocupación: _____ Edad: _____

Localidad: _____ Cód. Sector: _____ Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. años aprobados

Departamento: _____ Provincia: _____ Estado Civil: Casada Conviviente Soltera Otro Padre RN: _____

Distrito: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Antecedentes Obstétricos

Gestas: Abortos: Partos: Cesáreas: RN de mayor peso: g

0 ó + 3 < 2500 g < 37 sem. Partos: Cesáreas: RN de mayor peso: g

Vaginales Nacidos vivos Muerto - 1ra. semana Nacidos muertos Después - 1ra. semana Viven

Gestación Anterior

Fecha: ____/____/____ Per. Intergestivo Si No Lactancia Materna

Terminación: Si fue aborto: Si No Tipo de Aborto: Parto Vaginal Cesárea Aborto Ectópico Aborto molar No Aplica

Incompleto Completo Frustro Retenido Sápido No Aplica

Captada: Si No Referida x Ag Comuni: Si No

Antecedentes Familiares

Enf. Hipertens. Hipertensión Arterial Epilepsia Diabetes Enfem. Congénitas Emb. Múltiple Malaria Hipotiroidismo Neoplasia TBC Pulmonar Otros

Antecedentes Personales

Aborto habitual/recurrente Alcohólicismo Alergia a medicamentos Violencia Asma Bronquial Cardiopatía Cirugía Pélv. - uterina Diabetes

Emergencias

Eclampsia Enfem. Congénitas Enfem. Infecciosas Epilepsia Hemorra. Postparto Hipertensión Arterial Hoja de Coca Infertilidad Neoplasias Otras Drogas Parto prolong. Preeclampsia Prematuridad Reten. placenta Tabaco TBC Pulmonar Trastorn. mentales VIH/SIDA Otros

Vac. Previas

Rubeola Hepatitis B Pápiloma Virus

DATOS BÁSICAS DEL EMBARAZO ACTUAL

Peso y Talla

Peso Habitual: Kg. Talla: cm.

Antitética

N° Dosis Previa: 1ra 2da Dosis: Sin No Aplica

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O Rh: Rh (+) Rh (-) Sin Desc Sin Sen

Fuma

N° Cigarrillos/día: _____ Drogas: Si No

Fecha Última Menstruación

FUM: ____/____/____ Duda: Si No EG. (Ecografía) Sem. Fecha: ____/____/____

Hospitalización

Hospitalización: Si No Fecha: ____/____/____ Diagnóstico: _____ CIE 10:

Emergencias

Fecha: ____/____/____ Diagnóstico: _____ CIE 10:

Violencia / género

Ficha Tamizaje: Si No Violencia: Si No Fecha: ____/____/____

Exámenes de Laboratorio

Examen	Hg (%)	No se Hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hemoglobina 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hemogl. al Alta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Glicemia 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Glicemia 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Tolerancia Glucosa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
VDRL/RPR 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
VDRL/RPR 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
TPHA/VDRL (RPR reactivo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Prueba Rápida 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Prueba Rápida 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
ELISA 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
ELISA 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____

Western Block: HTLV 1: TORCH: Gota Gruesa: Fluorec. Malaria: Ex. Comp Orina: Bacteriuria: Nitritos: Urocultivo: BK en Espuito: Listeria:

PAP: Normal Anormal No se Hizo No Aplica Colposcopia:

Examen Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico Mamas: Sin Examen Normal Patológico Cuello Uterino: Sin Examen Normal Patológico Pelvis: Sin Examen Normal Patológico Odont: Sin Examen Normal Patológico

Patologías Maternas (CIE 10)

1. _____ Fecha: ____/____/____ 2. _____ Fecha: ____/____/____ 3. _____ Fecha: ____/____/____

Otros (CIE 10): 1: _____ 2: _____

PUERPERIO

1er: Control ____/____/____ 2do: Control ____/____/____

Suplemento de Hierro: _____ ¿Consumió? Vitamina A: _____

Terminación

Fecha: ____/____/____ F. Espontáneo Aborto Férceps Cesárea Electiva Cesárea Emerg. Vacumm

Atención

Nivel: FONP FONI FONB FONE Otros Médico Obstetris Interno Parto e Neonato Logrado Enfermera Téc de Enf. Estudiante

Parto e Neonato Logrado

Parto e Neonato Logrado Empírica/Partera Familiar Otros

RECÉN NACIDO

Sexo: Fem Mas Peso: Kg. > 4000 g Indeterminado < 2500 g < 1500 g

Talla: Cm. P.Cef. Cm. Temp. °C

N° HC RN: _____ NOMBRE RN: _____

Edad por E. Físico: < 37 APAGAR: 4 - 6 0 - 3 > 42 1. 2.

Peso por Edad Gestacional: _____

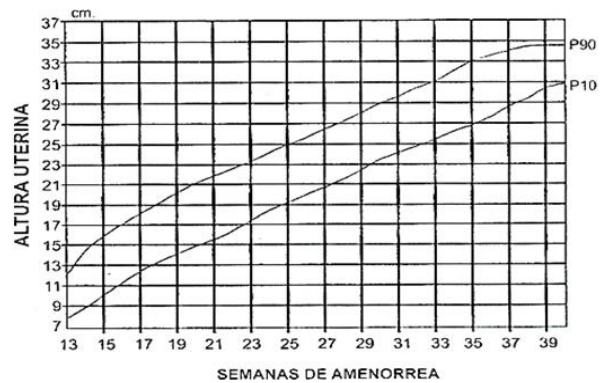
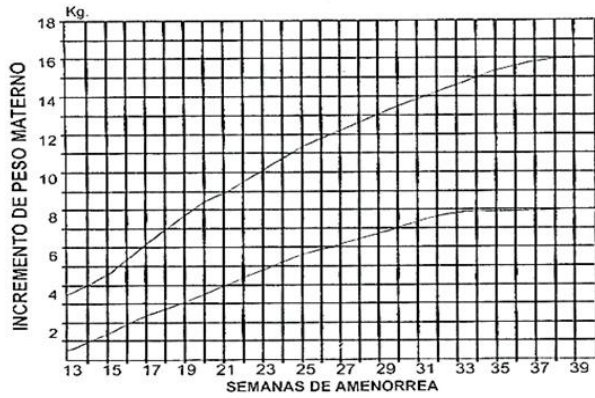
Patologías Recién Nacido

1. Sin patologías Fecha: ____/____/____ 2. _____ Fecha: ____/____/____

Otras (CIE 10): 1. 2.

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y Hora atención (a/m/d h:min)	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :
Edad Gest. (semanas)									
Peso madre. (Kg.)									
Temperatura (°C)									
Presión Art. (mm. Hg)									
Pulso Materno. (por min.)									
Altura Uterina (cm)									
Situación (L/T/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/I/NA)									
F.C.F. (x min. / NA)									
Mov. fetal (+/++/+++/SM/NA)									
Proteinuria Cualitativa (+/+ ++/NSH)									
Edema (+/++/+++/SE)									
Reflejo Osteotendinoso (+/++/+++/NSH)									
Examen de pezón (Formado / No Form / Sin Exam)									
Indic. Hierro / Ac Fólico (mayor o igual a 15 sum.)									
¿Consumió el hierro/Ac Fólico? (Si. No)									
Indic. Calcio									
Indic. Ac. Fólico									
Orient. Consj. (PF/ITS/Nut/Inm/VIH/BC/Ino se hizo/NA)									
EG de Eco. Control (Som/ No se hizo/NA)									
Perfil Biofísico (4,6,8,10 de 10/NS/NA)									
Cita (a/m/d)									
Visita Domicil. (Si/No/NA)									
Plan Parto (control/visita/no se hizo/NA)									
Acompañamiento del familiar (papá, mamá, papa, otro familiar, NO)									
Estab. de la atención									
Responsable atención									
Nro. Formato SIS									

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se hizo



Diagnóstico Nutricional Pre gestacional:

SEÑALES DE PELIGRO

Dolor de cabeza

Hinchazón de cara, manos y pies

Fiebre o escalofríos

Vómitos exagerados

Pérdida de sangre o líquido por la vagina

¡Porque los niños tienen derecho a comenzar bien su vida, juntos evitemos la Mortalidad Maternal!

CUMPLA CON SUS CITAS

Apellidos y Nombres _____

Nº HC.

Establecimiento: _____

CARNÉ DE CONTROL MATERNO PERINATAL

