

INFORME FINAL

BECA OÑATIVIA CARRILLO 2004 MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACION ARGENTINA

TIPO DE BECA: CON APOYO INSTITUCIONAL

IMPLEMENTACION Y EVALUACION DE PROGRAMAS EN ATENCION PRIMARIA.

TRABAJO. CONSULTORIOS ABIERTOS PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA: Aboliendo Barreras a la Accesibilidad.

LUGAR DE REALIZACION DEL PROYECTO: Centro Materno Infantil Número 1 – Barrio Ejército de los Andes – Fuerte Apache - Ciudadela – Tres de Febrero – Provincia de Buenos Aires.

DIRECTORA DEL PROYECTO: Lic. En sociología y médica Liliam Díaz Quiroga

LLEVARON ADELANTE EL PROYECTO:

- **Residentes de Medicina General de Tres de Febrero – Región Sanitaria Zona VII A – Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires con sede en Centro de Salud Materno Infantil Nro. 1 de Tres de Febrero,**
- **Miembros del equipo de salud del Centro Materno Infantil Nro. 1.**
- **Miembros de la comunidad del Barrio Ejército de los Andes.**

INTRODUCCION:

En este apartado quisiéramos referir brevemente una descripción del programa que estamos llevando a cabo en el Centro de Salud Nro. 1 del Barrio Ejército de los Andes y que tiene como destinatarias fundamentales a las mujeres gestantes del barrio y a sus familias, desde el mes de mayo del 2004. Cabe destacar, que el mismo está siendo factible en parte gracias a la beca Carrillo-Oñativia 2004 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y al trabajo desinteresado de miembros de nuestra comunidad.

Sabemos que en la región de América Latina y el Caribe hay más de medio millón de mujeres que padecen problemas crónicos de salud consecuentes a inadecuada atención del embarazo, parto y puerperio. En nuestro medio no contamos con estadísticas que nos refieran acerca de tales hechos pero creemos que la proporción se mantiene considerando nuestra población local.

Haciendo una revisión de historias clínicas de control del embarazo, surge como dato la merma en el número de consultas en los últimos años (desde el 2000 aproximadamente) pese a la existencia del Plan Materno Infantil Provincial. Indagando acerca de posibles razones pudimos visualizar que en el momento de más asistencia al centro de salud para el control del embarazo fue en los períodos en los que se contaba con tiras reactivas que dosaban gonadotrofina coriónica humana en orina.

Considerando que ofrecer el test y disminuir a su mínima expresión las trabas a la accesibilidad en la consulta (horarios, turnos restringidos, etc.) alentaban a la mujer a la consulta, la residencia de medicina general de Tres de Febrero (Región Sanitaria VIIA) dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires se diseñó junto con los miembros del equipo de salud y de la comunidad un programa que facilitaría la accesibilidad al diagnóstico de embarazo y el pertinente control del mismo. Además se facilitaría la accesibilidad al control de la mujer con resultado negativo para integrarlas a otro programa existente en nuestro Centro de Salud, que es el Programa de Salud Sexual y Planificación Familiar

El programa que denominamos **Consultorios Abiertos para la atención de la mujer embarazada: aboliendo barreras a la accesibilidad** tiene objetivo central el logro de un control adecuado del embarazo (precoz, de amplia cobertura, periódico y completo), a fin de disminuir la mortalidad materno – infantil en nuestro medio.

Vemos en algunos casos que no es tan sólo un problema de accesibilidad en general el logro de un adecuado control sino que como sostienen distintos autores (Silvina Ramos entre otros) se juegan en la valoración del “control prenatal” por parte de la mujer gestante y su familia otros aspectos. En tal sentido y citando a la

autora mencionada“(...) el embarazo es vivido de muy diversas maneras por estas mujeres y que esta diversidad está fuertemente asociada a factores relacionados con la dinámica familiar, el sostén afectivo-emocional, las condiciones materiales de vida y la voluntad asociada al embarazo. En particular, la motivación de una mujer a cuidar y atender su proceso de embarazo guarda estrecha relación con lo que ese embarazo signifique emocional y socialmente para ella en primer lugar y para su compañero en segundo lugar, y con el hecho de haber podido “decidirlo” (...).¹

En otro párrafo del mismo trabajo, la autora sostiene que tratarán de rastrear la influencia de una serie de condicionantes que ejercen influencia en el cómo es la maternidad en las mujeres de los sectores populares: “(...)1) relacionadas con la biografía personal de la mujer, 2) las relacionadas con las condiciones de vida de la unidad doméstica, 3) las relacionadas con las características de la organización doméstica y de la estructura familiar y 4) las relacionadas con la accesibilidad – física, económica y cultural- de la atención médica pública o social (...).²

Tomando los cambios sugeridos por los trabajos de Silvina Ramos acerca del control del embarazo y cuidado de la salud de la mujer en general es que orientamos parte de nuestras acciones en este programa.

Nos estamos refiriendo a pequeñas modificaciones en la atención de nuestras pacientes que nos acercan al objetivo del programa: sensibilización de la mujer gestante y su entorno referido a la toma de conciencia de la importancia del control prenatal adecuado y sensibilización de los integrantes del equipo de salud en aspectos que contemplen la “ambivalencia afectivo-emocional y social”³ de la mujer embarazada que va a teñir su percepción de salud-enfermedad como así también su conducta con sus respectivos niveles de alarma, rechazos de sugerencias, etc. También es importante el logro de sensibilidad del equipo de salud para poder detectar situaciones de violencia doméstica, adicciones, miedos, etc. En este sentido son importantes los logros vistos en el equipo de salud (enfermería, personal administrativo) que ante el conocimiento de mujeres que consultan por otros motivos estando embarazadas son referenciadas inmediatamente al programa.

En este sentido miembros de la residencia y del equipo de salud del centro, acabamos de realizar un breve entrenamiento en violencia doméstica.

Teniendo en cuenta lo antedicho y con la experiencia recogida a la largo de cuatro años en el centro de Salud y en la atención en el hospital es que desarrollamos los principales lineamientos del programa de consultorios abiertos cuyos principales pilares consisten en:

¹ Silvina Ramos: Maternidad en Buenos Aires: La experiencia popular, Estudios CEDES, Vol. 4 número 5: 1982.

² Silvina Ramos: op.cit.

³ Silvina Ramos: Las Mujeres y los Servicios de Salud. Documento presentado en el VII Congreso Argentino de Perinatología y VI Congreso Latinoamericano de Perinatología organizados por la Sociedad Argentina de Pediatría y Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, agosto del 2001.

- 1) Facilitación de la accesibilidad al sistema de salud para la mujer que crea estar embarazada para el logro de un diagnóstico precoz del embarazo o para el caso de no estarlo, acceso eficaz a medios de anticoncepción si así lo deseara la mujer. Este punto incluye atención espontánea e inmediata, con la realización del test diagnóstico en el momento de la consulta, turnos programados, turnos telefónicos, acompañamiento de la mujer al segundo nivel de atención en caso de ser necesario, visitas domiciliarias por parte de integrantes del equipo de salud si así se requiriese, consultas telefónicas, etc. También es menester el logro de una atención personalizada, respetando la intimidad de la paciente, su cultura, su contexto, a fin de lograr una contención adecuada en este momento tan crucial del ciclo vital familiar como lo es la gestación de un nuevo ser o la decisión difícil de interrumpirla.
- 2) Educación continua de la mujer en edad fértil y su familia para el logro de una preparación adecuada para el embarazo, parto y lactancia. Tarea que tratará de centrarse en motivar a la mujer para cambios positivos en su estilo de vida en el caso de ser necesarios.
- 3) Educación continua y capacitación para los miembros del equipo para lograr un abordaje integral de la problemática que nos ocupa.
- 4) Participación activa de la comunidad para el logro del objetivo general del programa.
- 5) Fortalecimiento de redes y/o creación de las mismas, que nos ayuden a alcanzar el objetivo del programa: control precoz, completo, periódico y de amplia cobertura de la mujer gestante.
- 6) Trabajo conjunto con el programa de Salud Sexual y Planificación Familiar que están llevando a cabo los residentes de Medicina General del Centro de Salud Materno Infantil Número 1, tanto en el centro como en las instituciones del barrio y con el Programa de Formación de Promotores Jóvenes (que cuenta con el auspicio del Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires).

La implementación del programa implicó un cambio en la mentalidad y conocimiento tanto de la comunidad como de los integrantes del equipo de salud en tanto problemas de salud y tareas de promoción y prevención que llevamos adelante los médicos generalistas en el primer nivel de atención. Esto se fue llevando a cabo a partir de charlas en sala de espera, instituciones barriales (escuelas, iglesia, comedores, etc.) y también a lo largo de las consultas que las mujeres hacían en el centro de salud en nuestro servicio por sus hijos o por ellas mismas.

Antes de la puesta en marcha del mismo, los residentes de medicina general del centro de salud no realizaban el control prenatal siendo las mujeres embarazadas vistas por la obstétrica del equipo en su mayoría y las menos por la ginecóloga. Debido a las escasas horas que se adjudicaban para el seguimiento prenatal, muchas de las mujeres concurrían a hospitales de la ciudad de Buenos Aires para seguir con los controles.

Trabajando en la actualidad en forma mancomunada con la Obstétrica Viviana Martínez y contando con su permanente asesoramiento llevamos adelante el proyecto

Algunas de las características del programa:

Destinatarias: mujeres embarazadas

Objetivo general: lograr control adecuado del embarazo entendiendo como adecuado el control de inicio temprano (antes de que concluya la 12ava. semana después de la fecha de la última menstruación), periódico, integral y continuo.

Objetivos específicos: captar tempranamente a través de test de embarazo en el centro de salud en el momento en que la mujer consulta.

Lograr control integral de la salud de la mujer (considerando como oportunidad positiva cada vez que ella se acerca al centro de salud).

Sensibilizar a la mujer y su entorno acerca de la importancia del control prenatal

Sensibilizar a los miembros del equipo de salud hacia la problemática de la mujer desde una visión de género.

Educar en forma continua a la mujer y a la familia.

Educar y capacitar a los integrantes del equipo de salud.

Formar multiplicadores –pares (promotoras de salud entre las mujeres que consultan).

Crear o fortalecer redes con instituciones del segundo o tercer nivel de atención, implicadas en el adecuado control del embarazo y parto (para disminuir trabas a la accesibilidad).

Para las mujeres no embarazadas: promoción del cuidado de la salud y realización de prácticas preventivas en ese sentido –por ejemplo PAP-, uso de métodos anticonceptivos en caso de requerirse, provisión de los mismos, etc.

Modalidad:

Consultorios Abiertos que consiste en la atención diaria de la mujer embarazada o que cree estarlo sin tener que pedir turno previo para su primer control. Posibilidad de consulta permanente ante dudas con algún miembro del equipo.

Turnos posteriores programados o solicitados telefónicamente.

Acompañamiento por profesional tratante al segundo nivel en caso de ser necesario para reforzar la referencia y contrarreferencia.

Visitas domiciliarias en caso de ser necesarias.

Recordatorios telefónicos ante inasistencia a consultas o incumplimiento de estudios complementarios.

Acción de miembros de la comunidad para el logro de los objetivos.

Consulta integral con actividades de promoción de la salud.

Trabajo en y con instituciones barriales a través de talleres.

Comienzo: Mayo 2004 finalizando en abril 2005.

OBJETIVOS:

Los objetivos de la presente investigación consistieron llevar adelante y evaluar el desarrollo de un programa gestado a nivel local para mejorar la atención de la mujer embarazada en nuestra comunidad. A su vez se intentó evaluar la implementación del programa teniendo en cuenta datos de resultados que hacen referencia a las variaciones en el nivel de salud y satisfacción de la usuaria como así también el proceso de atención a través de auditoría interna de historias clínicas.

En otras palabras, los objetivos de la investigación fueron:

- Comparar el nivel de satisfacción de las usuaria de nuestro centro a partir de la implementación del programa de atención de la mujer embarazada en el CAPS al que denominamos “Consultorios abiertos” que tienen como particularidad la atención facilitada en el centro de salud, sin turno previo, integral, con recordatorios telefónicos, visitas domiciliarias, etc.
- Comparar la cantidad de controles adecuados del embarazo a partir de la implementación del programa con datos de nuestra institución de años anteriores.
- Comparar los niños nacidos respecto a peso al nacer, edad gestacional, etc. cuyas madres fueron atendidas bajo el programa con las que se atendieron fuera de programa.
- Evaluar el desarrollo del programa a través del proceso de atención y satisfacción de las usuarias.

METODOLOGIA:

Se trata de una investigación exploratoria y descriptiva que utilizó metodología cualitativa y cuantitativa.

Cabe acotar que fueron diseñadas entrevistas con preguntas abiertas las que se administraron a 9 informantes claves (usuarias habituales del centro de salud y personas que nunca lo habían hecho hasta el momento).

También se realizó una encuesta (anexo 1) con preguntas cerradas a las mujeres que realizaron el control de su embarazo en el centro de salud bajo el programa antes de finalizada la semana 12ava. en el centro de salud bajo la implementación del programa y que tuvieron a sus hijos hasta el 15 de abril del presente año.

Los datos que se tomaron para los análisis comparativos y auditoría interna de historias clínicas provinieron de las historias que se usan en el control del embarazo y que fueron diseñadas por la Comisión Latinoamericana para la Atención Prenatal (CLAP). Otros datos fueron extraídos de las denominadas hojas 2 que conforman el registro diario de la actividad que se realiza en el centro de salud y en la comunidad.

Mencionamos asimismo que dado que el programa de Consultorios Abiertos para la atención de la mujer embarazada comenzó a implementarse en mayo del 2004 y tenía prevista la duración de 12 meses, cuando se realizan comparaciones con eventos anteriores, se toman períodos de 12 meses (siempre de mayo de un determinado año a abril del año siguiente).

En cuanto a la evaluación del proceso de atención cabe destacar que fue llevado a cabo procediendo a realizar una auditoría de las historias clínicas que consistió en la evaluación retrospectiva de las mismas siguiendo la guía elaborada por la Dra. Elsa Moreno y colaboradores.⁴

⁴ Elsa Moreno y Col.: Calidad y Cobertura de la atención primaria. Aporte metodológico para su evaluación. Agosto del 2004 – Salta – Argentina.

RESULTADOS OBTENIDOS

Los datos que a continuación presentamos son los que se obtuvieron en los 12 meses últimos a partir de la implementación del programa de consultorios abiertos para la atención de la mujer embarazada (mayo del 2004 hasta abril 2005).⁵

Los resultados obtenidos estarán referidos en líneas generales a:

1. Número de consultas y algunas características de la mujer que concurre al centro:
 - 1.1 Número de consultas por amenorrea, diagnósticos de embarazo y edad de la mujer que consulta
 - 1.2 Consultas tempranas versus consultas tardías
 - 1.3 Embarazo decidido por la mujer, la pareja o ambos versus embarazos inesperados
 - 1.4 abortos
 - 1.5 uso de métodos anticonceptivos
 - 1.6. Edad de inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales.
 - 1.7 Cumplimiento con estudios y/o prácticas solicitadas.
2. Comparación de resultados de gesta en dos grupos que parieron.
3. resultados de auditoría interna según historias clínicas abiertas.
4. Satisfacción de las usuarias.

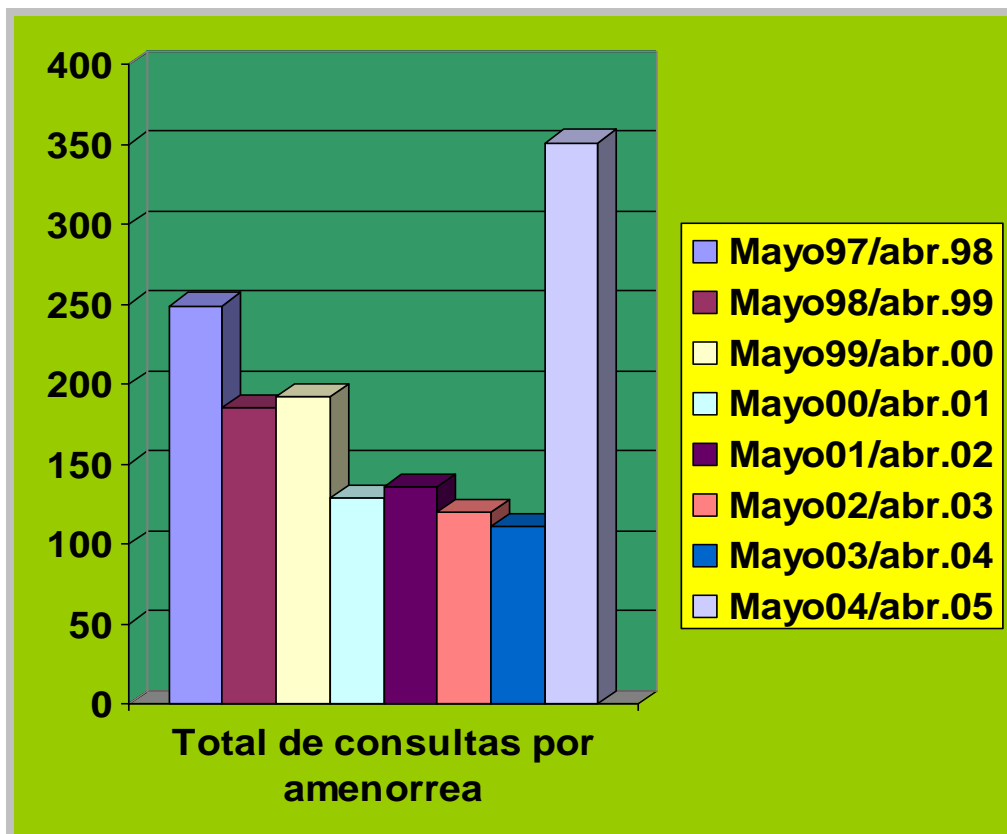
1.1. Cantidad de consultas y características de la mujer que consulta:

En el gráfico que insertamos a continuación damos cuenta del total de consultas por amenorrea a partir de mayo de 1997 (año en que se pone en marcha en el centro de salud el Plan Materno Infantil con el nombramiento de la obstétrica Viviana Martínez).

Observamos en él que las consultas por amenorrea en los años en los que el centro de salud pudo contar con las tiras reactivas para el diagnóstico de embarazo las consultas fueron de mayor magnitud (años 1997, 98, 99 y 2004).

⁵ Para realizar las comparaciones con datos de años anteriores, en general tomamos períodos de 12 meses (de mayo a abril del siguiente año) contados a partir del año 1997, salvo en casos puntuales en los que la comparación se realiza por períodos mensuales.

GRAFICO 1: Total de consultas por amenorrea, en mujeres en edad fértil en los consultorios del Centro de Salud Número 1 agrupadas cada 12 meses desde mayo97/abr1998 hasta mayo 2004/abril del 2005.

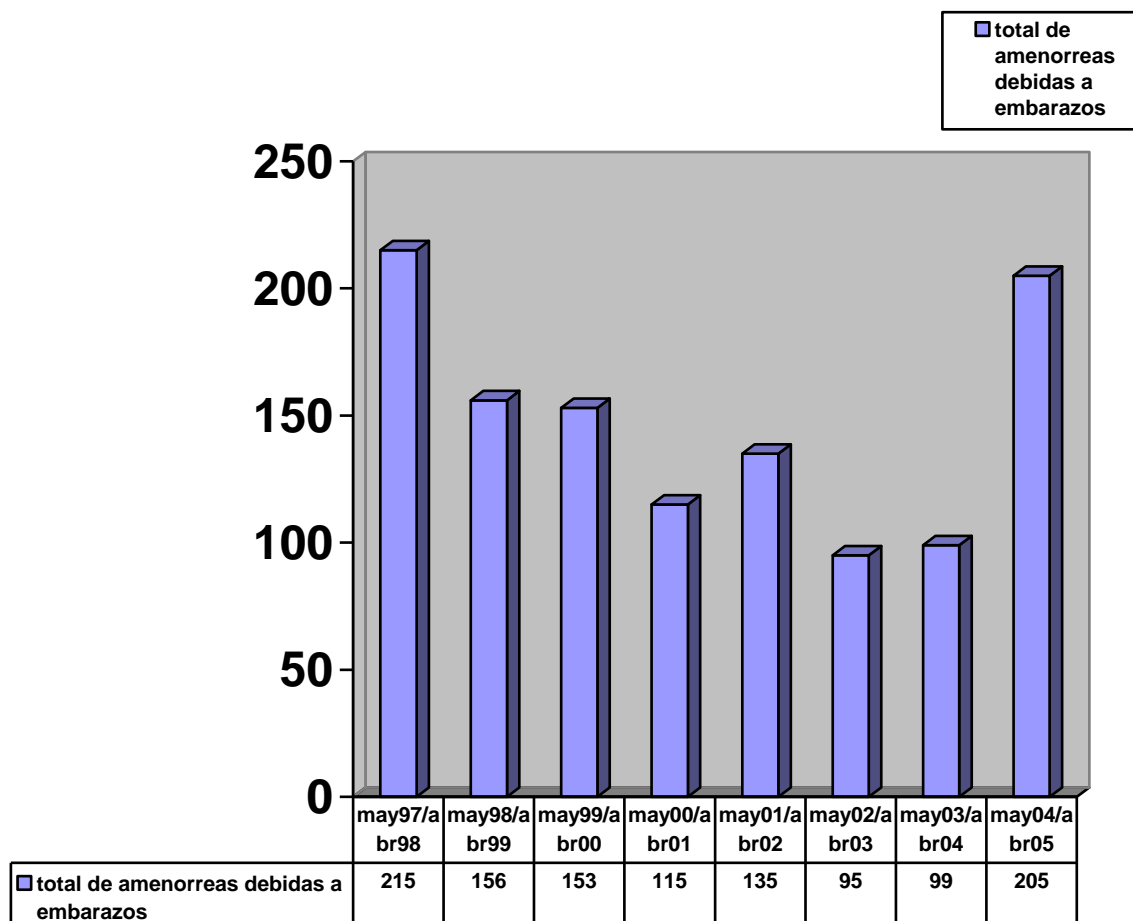


Fuente: elaboración con datos propios

Vemos asimismo, un notable aumento en las consultas en el período en que se implementa el programa de Consultorios Abiertos si lo comparamos con lo registrado en años anteriores.

Sin embargo, no todas las mujeres que consultan por amenorrea están embarazadas. El número absoluto de amenorreas debidas a embarazo en los distintos períodos lo apreciamos en el gráfico que sigue.

GRAFICO 2: Número total consultas por amenorreas debidas a embarazos que consultaron en el centro de salud en los distintos períodos.



Fuente: datos de elaboración propia

En porcentajes tenemos un resumen de lo acontecido con respecto a la relación amenorrea debida a embarazo y amenorrea por otras causas en los periodos analizados, en la tabla Nro. I.

TABLA NRO. I: PORCENTAJES SEGÚN AMENORREA POR EMBARAZO Y AMENORREA POR OTRAS CAUSAS EN LA CONSULTA EN EL CENTRO DE SALUD DESDE MAYO 1997 A ABRIL 2005

Períodos de 12 meses (de mayo a abril del año siguiente).

	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04	04/05
% Amenorrea a causa de embarazo	86,34	84,32	79,68	89,14	99,26	79,15	89,18	58,40
% Amenorreas por causas distintas e embarazo	13,66	15,68	20,32	10,86	0,74	20,85	10,82	41,60
% Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Datos de elaboración propia

Podemos apreciar que a partir de la implementación del programa aumentó en proporción la consulta de amenorreas por otra causa diferente al embarazo pero ello colaboró para mejorar la captación de la mujer para el programa de Salud Sexual y Planificación Familiar.

Si la mujer consultó creyendo estar embarazada y su test obtuvo un resultado negativo (en nuestra investigación resultaron ser 146 mujeres en esta situación) este hecho es considerado por el equipo de salud como una excelente oportunidad para captarla ya sea para el asesoramiento acerca de métodos anticonceptivos, citación a la pareja para hacerles conocer los distintos métodos anticonceptivos existentes -incluida la llamada anticoncepción de emergencia- y proveerles los mismos ingresándola/lo/los al programa de Salud Sexual y Planificación Familiar; realizando, asimismo, acciones de prevención y promoción de la salud (charlas, PAP, examen ginecológico, etc.).

Si las mujeres han estado buscando embarazo se los asesora al respecto y se indica ácido fólico explicando la conveniencia de la toma.

Cabe resaltar en este sentido que se ha ampliado el número de mujeres bajo el programa de Salud Sexual y Planificación Familiar a partir de la implementación del programa de embarazo con consultorios abiertos; también han ingresado en él varones, en general adolescentes que se contactan a través del grupo de promotores jóvenes o a través de las charlas en instituciones barriales. Otras veces, concurren las parejas de las jóvenes que consultaron por amenorrea que resultó no debida a embarazo. Son los menos, pero tal como veremos en las recomendaciones es un grupo a abordar.

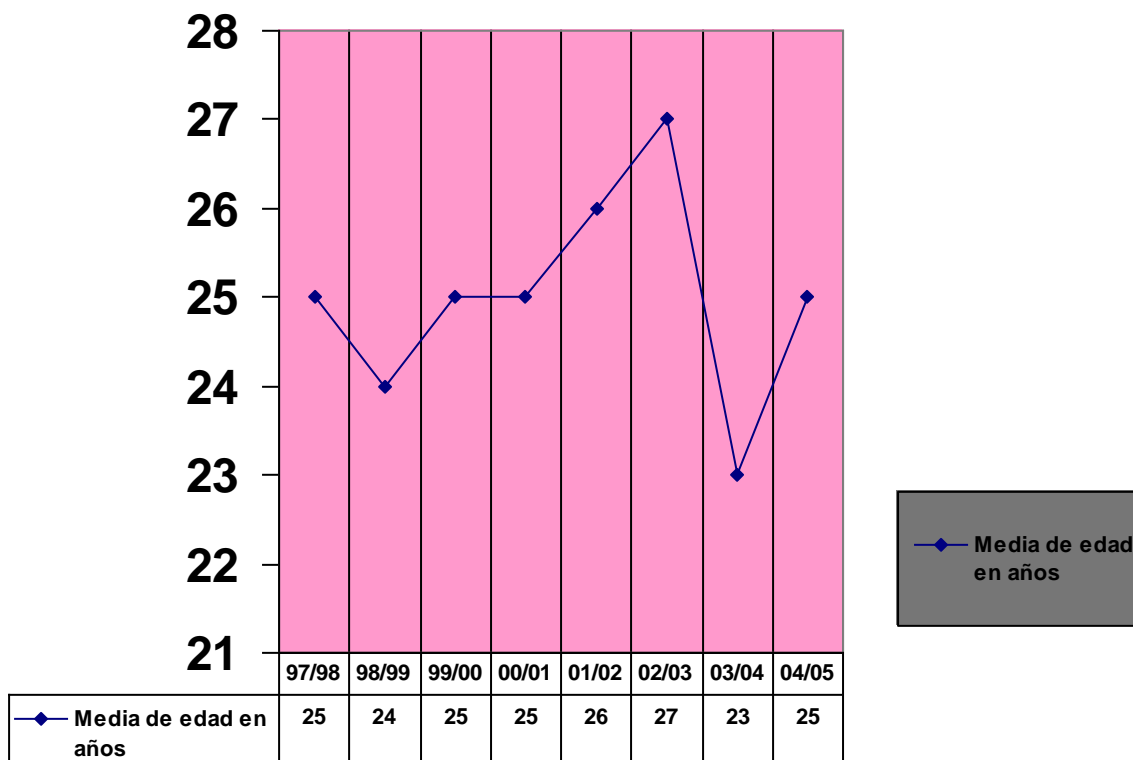
Con respecto al porcentaje de mujeres que habiendo obtenido un resultado negativo en el test de embarazo concurren en el mismo mes a la consulta de planificación familiar el mismo es de un 50%.

En otro sentido, comentamos que muchas de las jóvenes realizaron su primer screening de cáncer de cuello uterino a partir de la consulta por una amenorrea que no era un embarazo. (Para información de las mismas se confeccionó un folleto que surgió a partir de las dudas que un grupo de jóvenes había manifestado al respecto. El mismo se adjunta en el anexo 2 y es entregado en cada una de las consultas con mujeres en edad fértil).

A su vez, a la mujer embarazada que no tiene un PAP reciente se le da la oportunidad de realizarlo. Trabajando sobre los mitos (que el PAP generaría la pérdida de embarazo), estamos avanzando en este sentido (se les indicó al 100% de las mujeres que consultaron por amenorrea y un 68% de las mismas ya lo ha efectuado).

.En el gráfico número tres que presentamos continuación insertamos la edad media de las mujeres que consultan por amenorrea desde mayo del 97 hasta la actualidad y en la tabla siguiente el número de mujeres que consultaron según tres grupos de edades.

GRAFICO NUMERO 3: Edad media de las mujeres que consultan por amenorrea o embarazo en el CAPS desde 1997 hasta abril del 2005.



Fuente: datos de elaboración propia.

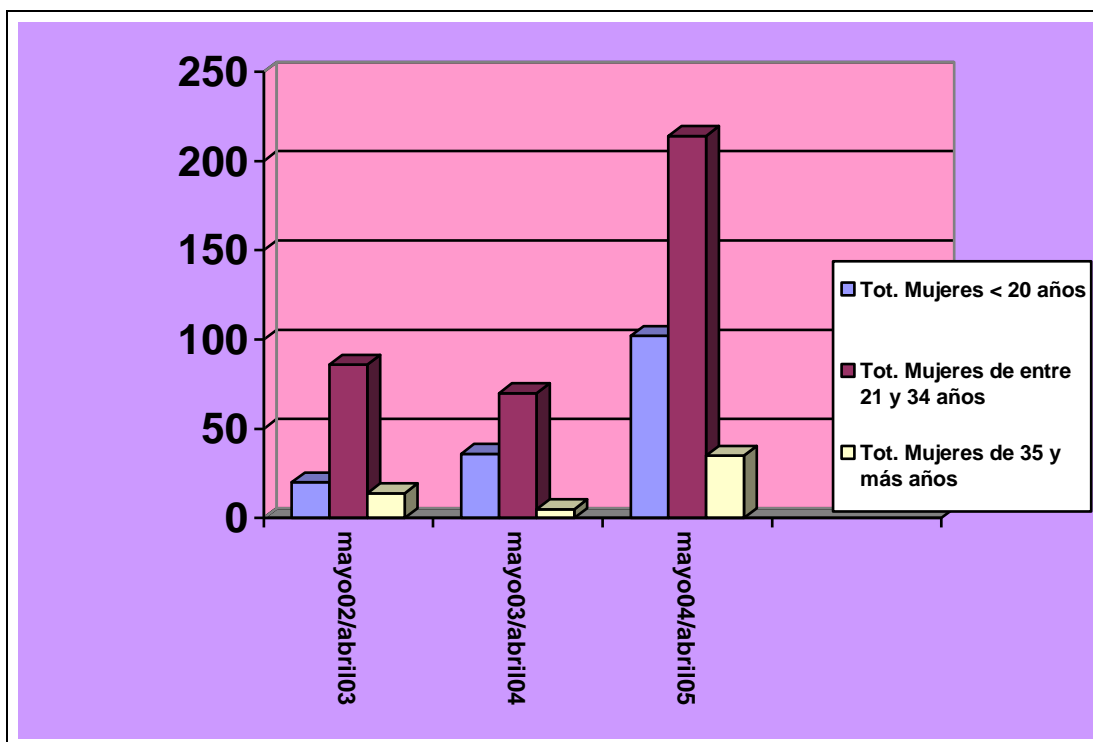
Tabla Número II Por períodos mayo a abril del siguiente año, empezando desde el año 1997 porcentaje de mujeres de acuerdo a totales de las consultas por amenorreas según edades menores de 20 años, entre 21 y 34 años y 35 y más años.

Períodos	Mujeres menores de 20 años	Mujeres de entre 21 y 34 años	Mujeres de 35 y más años
Mayo97/abril98	24,09 %	67,08%	8,83%
Mayo98/abril99	22,70%	75,14%	2,16%
Mayo99/abril00	24,47%	67,20%	8,33%
Mayo00/abril01	23,25%	68,23%	8,52%
Mayo01/abril02	19,85%	75%	5,15%
Mayo02/abril03	16,66%	71,67%	11,66%
Mayo03/abril04	32,43%	63,06%	4,51%
Mayo04/abril05	29,05%	60,98	9,97%

Fuente: datos de elaboración propia

Cabe resaltar que vemos que la edad media de las mujeres que consulta en este año fue igual a la que encontramos hace 8 años pero el porcentaje de mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años han ido en general aumentando en tanto que disminuyó el porcentaje de consultas en las mujeres de entre 21 y 34 años con respecto a lo ocurrido en períodos anteriores. Las causas creemos que son diversas y merecerían estudios posteriores.

Grafico 4 : cantidad de mujeres (en números absolutos) según tres grupos de edades de la tabla 1 que consultaron por embarazo o amenorrea en los tres últimos períodos.



Fuente. Datos de elaboración propia

1.2: Consultas tempranas versus consultas tardías

Con respecto a las consultas tempranas en el embarazo (las que entendemos que se realizan hasta el último día de la semana 12ava. (12semanas + 6 días) después de la fecha del último período menstrual (FUM), las mismas también presentan los datos que incluimos en el gráfico que sigue. Por consultas tardías vamos a entender a las que se realizan en el inicio de la semana 13ava. después de la fecha de la última menstruación.

La consulta temprana es una de las características que debe cumplir un control adecuado prenatal y obedece al hecho que al realizar la captación antes se puede actuar en la promoción y prevención primarias y secundarias, detectar tempranamente patologías y proceder a su tratamiento oportuno, se puede brindar asesoramiento para cambios en estilos de vida perjudiciales para la salud, etc.

Gráfico 5: Cantidad de mujeres embarazadas con consultas tempranas versus consultas tardías comparadas mes a mes desde mayo a septiembre (años 2002,2003 y 2004).

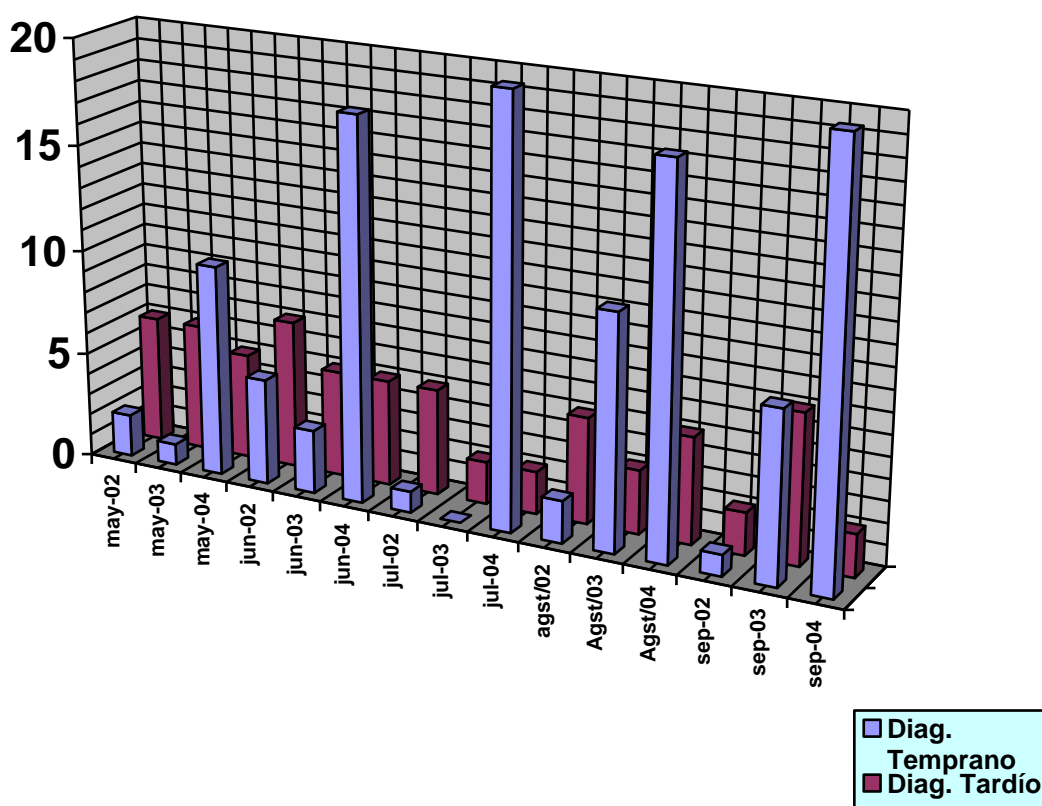
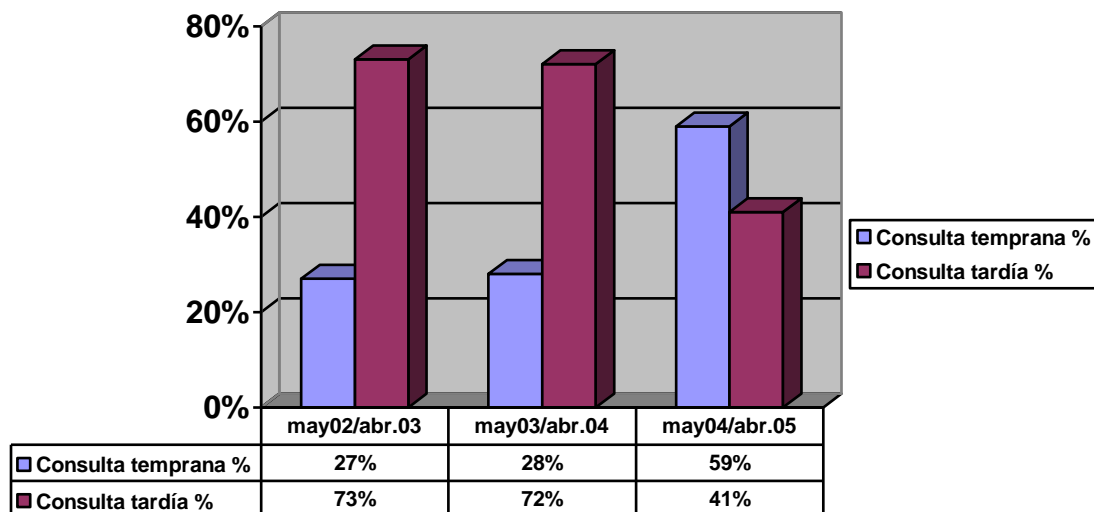


Gráfico 6: Porcentaje de consultas tempranas versus tardías a partir del ofrecimiento del test diagnóstico en el centro de Salud en los tres últimos períodos comparados (mayo2002/abril2003, mayo 2003/abril2004 y mayo 2004/abril2005)..



Fuente: datos de elaboración propia

La tabla que sigue da cuenta de las consultas por amenorrea a causa de embarazo discriminadas por grupo de edades y su relación con respecto a consulta temprana o tardía en los meses de mayo, junio, julio, agosto y septiembre del año 2004.

TABLA III: Total de consultas, de acuerdo a edades y a característica de las consultas según temprano versus tarde desde mayo a septiembre del 2004.

Grupo de edades	Total consultas con diagnóstico positivo.	Temprana	Tardía
13 a 18 años	25	19	6
19 a 24 años	35	27	8
25 a 30 años	25	16	9
31 a 36 años	17	12	5
37 a 42 años	2	1	1
Totales	104	75	29

Fuente: datos de elaboración propia.

A lo largo de los seis meses últimos del programa se llevaron a cabo talleres para tratar de resolver conjuntamente con integrantes de la comunidad trabas que perjudican el adecuado control y conocer mitos, conductas, etc. inherentes a las mujeres del barrio que atentan contra la valoración positiva del cuidado prenatal. En este sentido es que orientamos cada uno de los contactos que tenemos con la mujer gestante y/o su familia.

De estos talleres y de las entrevistas en profundidad realizadas se pudo determinar que una cantidad significativa de las mujeres entrevistadas manifestaron que sentían que se las podía llegar a juzgar por el hecho de que no habían buscado tener al niño en gestación y que cualquier signo de parte del profesional tratante que reforzase este preconcepción las hacía abandonar los controles y/o retrasarlos. Esta conducta se percibió mayormente en las adolescentes y en las mujeres mayores de 30 años y multíparas.

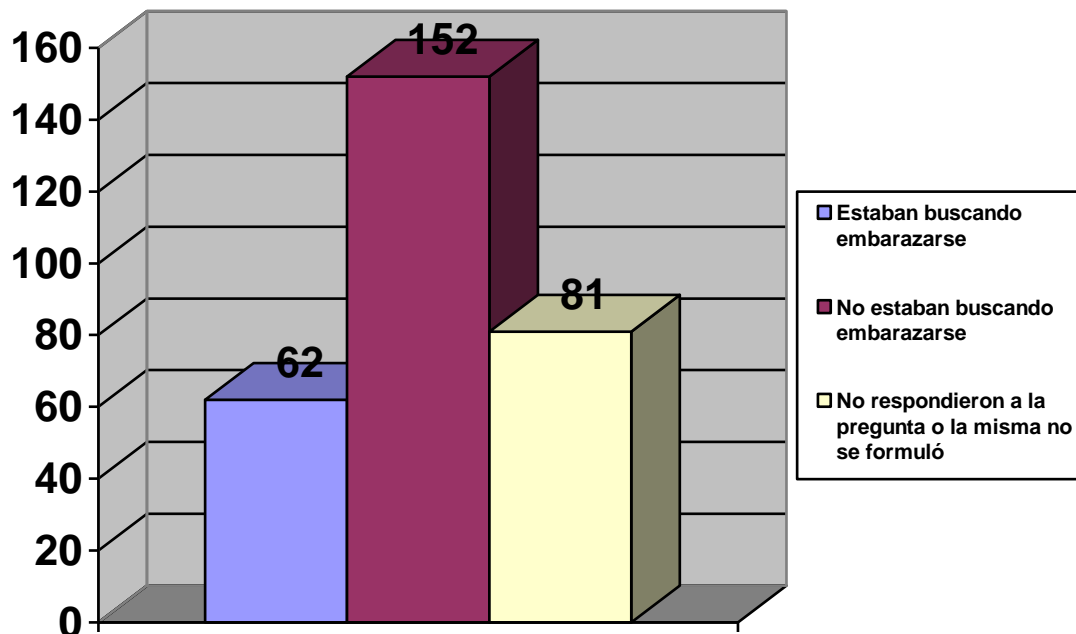
Las mujeres manifestaron hallarse sensibilizadas porque sentían haber fallado en el control en cuanto a no quedar embarazadas y no querían que alguien se los volviese a recordar a través de actitudes o preguntas.

1.3: Embarazo planificado o no planificado.

A todas las mujeres que consultaron por amenorrea se les debía preguntar si habían decidido el embarazo (ella y/o su pareja) y si hacían uso de algún método anticonceptivo.

Al respecto, entonces, a si el embarazo fue buscado o no, fueron analizadas 295 historias clínicas y obtuvimos los datos que exponemos en gráfico 7. Es importante señalar que esta pregunta acerca de la planificación del embarazo no era formulada si la mujer concurría acompañada o simplemente no deseaba contestarla). En la categoría sin datos del gráfico 7 se incluyen estos casos

GRAFICO 7: Cantidad de mujeres según buscaran embarazo, no lo buscaran o no respondieran a la pregunta acerca de si el embarazo había sido buscado en 295 historias abiertas por amenorrea desde mayo2004 a abril 2005.



1.4. Abortos

Del total de las mujeres que consultaron con diagnóstico de embarazo positivo (205), 46 de ellas expresaron que no estaban seguras de proseguir el embarazo. No se efectúa ninguna pregunta al respecto, se consigna el dato si la mujer así lo permite.

Varias de éstas 46 mujeres preguntaron acerca de los distintos métodos abortivos, se les responde y se les recomienda que retornen a consultar en caso de duda o de presentar algún tipo de complicación.

Si bien dentro del equipo de salud, la opinión no es unánime con respecto a la despenalización del aborto, todos coincidimos que no es resorte de ninguno de nosotros juzgar a la mujer por haber abortado y si es nuestro deber tratar de evitar muertes innecesarias. La mujer no debe padecer sufrimiento ni físico ni psicológico por haberse realizado un aborto; en consecuencia a lo expuesto, actuamos.

Cabe consignar, que 18 mujeres retornaron en consultas posteriores realizando un test de embarazo negativo y solicitando métodos anticonceptivos.

Siete mujeres concurren con signos de infección, hemorragia y/o ecografías que se informaban presentando imágenes compatibles con restos. Esto ocurrió dentro del mes de realizado el diagnóstico. Ellas refirieron haber realizado maniobras abortivas. Todas ellas debieron ser derivadas al segundo nivel de atención para su tratamiento. Se les realizó raspado uterino evacuador en los siete casos

Cruzando datos con el servicio de Tocoginecología del Hospital Carrillo tres jóvenes fueron intervenidas por gestas anembrionadas (dos de ellas nos refirieron haber realizado maniobras abortivas tempranas con misoprostol)

Todas las mujeres que consultaron habiendo manifestado haber realizado maniobras abortivas (28) lo hicieron con pastillas de misoprostol (por vía oral y/o colocadas en cuello de útero).

Dos de las mujeres que abortaron retornaron pasados 4 y 6 meses respectivamente de la primera consulta con un nuevo diagnóstico de embarazo.

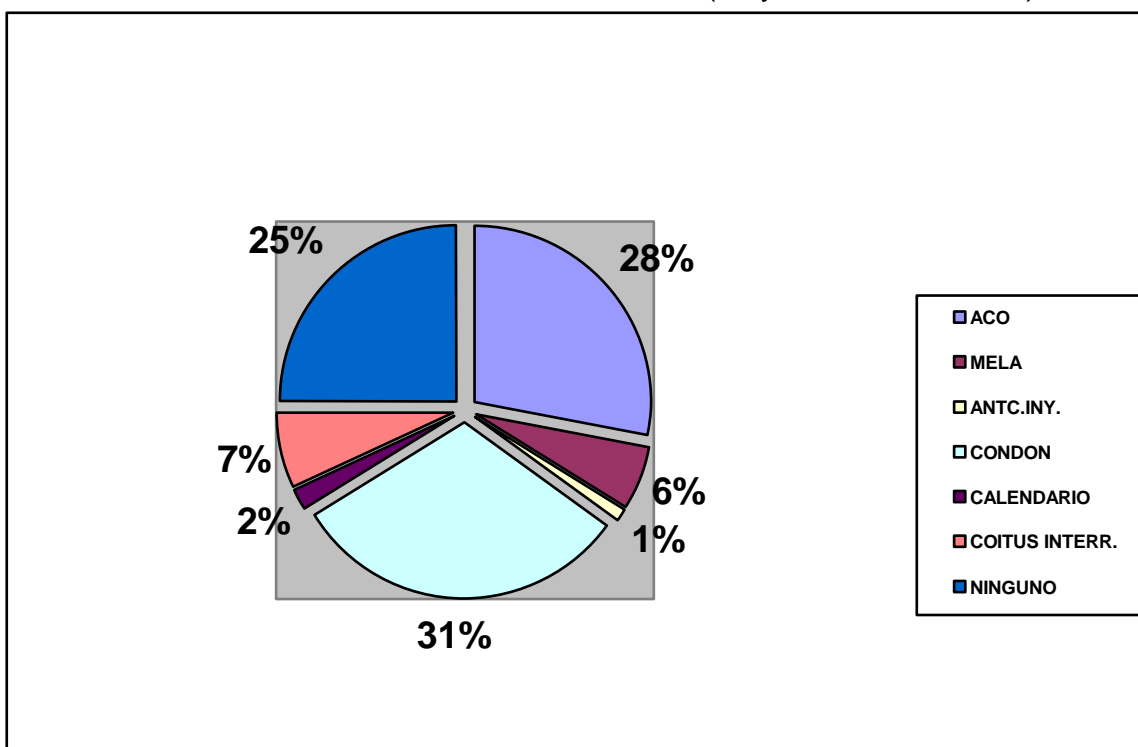
Del total de mujeres que consultaron por amenorrea en el lapso del desarrollo del programa (embarazadas o no) 152 manifestaron no estar buscando el embarazo.

Del total de mujeres que quedaron embarazadas sin haberlo planificado abortó aproximadamente un 30%.

1.5. Uso de Métodos anticonceptivos:

Realizamos la siguiente pregunta a 72 mujeres con diagnóstico de embarazo positivo pero que no lo habían estado buscando: ¿Cuál era el método anticonceptivo que usabas para no quedar embarazada? Y obtuvimos los datos que consignamos en el gráfico 8.

GRAFICO 8: MUJERES EMBARAZADAS QUE NO BUSCABAN EMBARAZO Y METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE USARON (Mayo 2004-abril 2005).



Fuente. Datos de elaboración propia

ACO: Anticonceptivos orales
 MELA: Método lactancia-amenorrea
 Antc.iny: Anticonceptivos inyectables
 Calendario: calendario de días fértiles
 Coitus interr.: coitos interruptus

Refiriéndonos a esta temática, se está comenzando a indagar sobre las representaciones que tienen las mujeres de nuestro barrio acerca de los inconvenientes que trae aparejado el uso de métodos anticonceptivos. A lo largo de los talleres realizados se pudo constatar que la creencia de que a la larga su uso provoca infertilidad es importante.

Dentro del 25% de las mujeres que no estaban buscando embarazo, quedaron embarazadas y no usaban métodos anticonceptivos, 8 jóvenes, todas menores de 15 años sostenían que no se cuidaban porque estaban seguras de que recién a lo largo de los años iban adquirir la capacidad de procrear (“en las primeras relaciones sexuales una no queda embarazada”, “para que podamos quedar embarazadas tienen que pasar varios años de tener relaciones sexuales”, “mi

novio me asegura –como el es más grande de edad, digo- que al principio la mujer no queda embarazada así que por eso no nos cuidamos”).

Con respecto al uso del condon, lo que se pudo apreciar fue un mal uso (mala colocación “se le sale y se queda adentro”, no se lo usa desde el inicio de la relación sexual) o no en todas las relaciones sexuales (asocian el empleo del condon al que denominan ritmo o “cálculo del calendario de los días fértiles”). Cuando creen que están en un día e infertilidad no usan el condon.

Con respecto a la toma de anticonceptivos orales se detecta un mal uso con olvido de tomas sucesivas, descansos de meses entre tomas, mal comienzo de las cajas.

Las 4 jóvenes que quedaron embarazadas y estaban dando de mamar, consideraban que por el simple hecho de dar de mamar (no importaba si bebe tenía más de seis meses y ya comía, si ella ya había comenzado a tener su menstruación, etc.).

La mujer que usaba anticonceptivo inyectable y quedó embarazada lo hizo en uno de los habituales períodos de descanso (“Yo uso la Perlutal y la ginecóloga que me la indicó me dijo que cada tres meses tenía que dejar de tomarla por un mes y vea lo que me pasó(...).”).

De las mujeres que no buscaban embarazo y tuvieron el test diagnóstico negativo los porcentajes y los problemas de uso de los diferentes métodos fueron similares al grupo analizado anteriormente. Con ellas se trabajó en la misma consulta y en consultas posteriores.

1.6: Edad de inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales:

De las 181 mujeres que consultaron en los meses de mayo, junio, julio, agosto y septiembre de este año y a las cuales se les abrió historia clínica 72 de ellas respondieron acerca de la cantidad de parejas sexuales que habían tenido a lo largo de sus vidas y la edad de inicio de las mismas.

De estas 72 mujeres que accedieron a responder el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 15 años, con un rango que va desde los 13 hasta los 22 años. El modo de dicha serie fue 15 años.

De estas 72 mujeres 58 respondieron acerca del número de parejas sexuales que habían tenido. En este sentido la media fue de 3,5 parejas sexuales. El modo de la serie es 2 parejas y el rango de la serie oscila entre 1 pareja sexual (seis mujeres) y 20 parejas sexuales (2 mujeres).

1.7. Cumplimiento con estudios y/o prácticas solicitados:

:

Otro de los puntos que trabajamos durante el desarrollo del programa fue la tasa de cumplimiento de los estudios que se pedían. Cuando nos referimos a este ítem, de acuerdo a las historias clínicas analizadas, y teniendo en cuenta lo que se comentará en párrafos posteriores debemos aclarar que los cálculos de tasa de estudios realizados se efectúa en base a las historias donde efectivamente está registrado el pedido y el registro pertinente del resultado del estudio solicitado.

En apartados anteriores se mencionó que se trabajó con algunas de las mujeres, ya sea a nivel grupal o individual acerca de la no realización del PAP por parte de la mujer embarazada cuando tenía indicación de ello.

Se elevó dicha tasa a un 68% (tomando PAP realizado sobre PAP registrado como pedido en la historia clínica por cien).

Con respecto a los pedidos de interconsulta con odontología, aquí tenemos un alto incumplimiento (solo 5 de cada 100 mamás a las cuales se les indicó concurrió a la consulta).

En cuanto a estudios de laboratorio solicitados a las mujeres gestantes el cumplimiento fue en general superior al 80% si consideramos todos los estudios en su conjunto. Pero cuando consideramos algunos por separado tales como los referidos a hematología (Grupo y Factor y pruebas de Coombs indirecta) los resultados decaen al 20%. Otro estudio que generó inconvenientes en un comienzo fue la realización de urocultivos.

Aquí cabe consignar que las mujeres que concurrieron al laboratorio de nuestro hospital de referencia refirieron que el estudio de Grupo y Factor y/o la prueba de Coombs indirecta se los realizaban pero el resultado sólo se entregaba a partir de la presentación de dos dadores de sangre.

Indagando en las entrevistas surge a veces el tema de la falta de turnos, el cobro de aranceles para algunas prácticas, el no contar con dinero para su pago o para el traslado hacia el centro donde se realiza el estudio.

2. Comparación de resultados de gestación entre dos grupos:

Respondiendo a otro de los objetivos que nos planteamos al comienzo de la investigación con respecto a los resultados del embarazo en cuanto a número de controles, trastornos o interurrencias durante la gestación, peso del recién nacido, edad gestacional en el primer control.

Tomamos 27 mujeres (al azar) que se controlaron su gestación hasta la semana 34-35 aproximadamente en el marco del programa de consultorios abiertos y los

comparamos con otras 27 mujeres (también tomadas al azar) de nuestra comunidad que controlaron sus embarazos con anterioridad a la puesta en marcha del programa en nuestro CAPS.

Con respecto a los ítems apuntados en el cuadro que sigue, no se aprecian notables diferencias a excepción del aumento de las consultas tempranas y a la existencia de un parto domiciliario en el grupo que se controló con anterioridad al inicio del programa.

	GRUPO 1 Controladas dentro del programa piloto	GRUPO 2 Controladas fuera del programa piloto
Media de edad de las madres	27 años	26 años
Número de consultas tempranas	26	11
Cantidad promedio de controles	10	10
Más de 5 controles	27	24
% partos: eutócicos	81%	77%
% cesáreas	19%	23%
Partos institucionales	27	26
Partos domiciliarios	0	1
Promedio de Peso de recién nacido	3426 gramos	3550 gramos
Cantidad de recién nacidos con pesos menores a los 2500 gramos	Ninguno	ninguno
Cantidad de recién nacidos con pesos mayores a 4000 gramos	2	5
Número de niños nacidos vivos	27	27
Caso de mortalidad materna	0	0

Con respecto al lugar donde se efectuó el parto de acuerdo a estos dos grupos tenemos el siguiente cuadro:

Lugar donde ocurrió el parto	Grupo 1 Consultorios Abiertos Cantidad en números absolutos	Grupo 2 Fuera de programa Cantidad en números absolutos
Hospital Ramón Carrillo (Ciudadela)	19	15
Hospital VelezSarsfield (GCBA)	4	6
Hospital Alvarez (GCBA)	0	1
Hospital Santojanni (GCBA)	1	0
Hospital Durand (GCBA)	0	1
Maternidad Sardá (GCBA)	1	0

Hospital Ferroviario	0	1
Sanatorio Antárdida	0	1
Sanatorio Guemes	1	0
Hospital Militar	1	0
Hospital Aeronáutico	0	1
Parto domiciliario	0	1

Con respecto al lugar elegido para el parto, pareciera haber preferencias por determinados hospitales de la ciudad de Buenos Aires porque según manifiestan el ingreso a los mismos es más rápido así como también los turnos para los estudios de laboratorio. En la elección experiencias pasadas positivas - propias o de familiares y conocidos- pesan en el momento de decidir el lugar del parto. (“siempre me atendieron bien”, “no falleció ningún familiar mío allí”, “trataron muy bien a mi mamá cuando estuvo internada”, “queda cerca igual que el Carrillo”, etc).

3. Auditoría interna de historias clínicas:

Tal como mencionamos en los objetivos, uno de ellos fue el de evaluar el programa piloto de control de embarazo a través de la auditoría interna de las historias clínicas llevadas a cabo en las mujeres que consultaron a partir de la implementación del programa en mayo del 2004 hasta el 30 de abril del 2005.

Uno de los hechos que se observó a lo largo de la puesta en marcha del programa fue que muchas actividades aparecían como no realizadas porque no estaban registradas en la historia del CLAP pese a que sí se llevaban a cabo.

Se instruyó al equipo que intervino en el programa sobre la importancia de registrar cada una de las actividades que hacen al adecuado control del embarazo. Se hizo hincapié en que todos los campos debían ser relevados, no sólo las atinentes a los análisis de laboratorio, conclusiones del examen clínico, etc. sino también pedidos de estudios realizados, consejería efectuada con respecto a alimentación, descanso, trabajo y actividad física de la gestante, actividad sexual, etc. en la creencia de que es importante no sólo la realización de la actividad sino que la misma se exprese en forma correcta en la historia. Los resultados de lo que se esperaba realizar y efectivamente se constató como hecho se visualiza en la guía que introducimos a continuación.

Se analizaron pues 351 historias clínicas abiertas desde 5 mayo del 2004 hasta el 30 de abril del 2005 por consulta de amenorrea.

GUIA DE EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES REGISTRADAS Y REALIZADAS POR EL/LOS PROFESIONALES QUE LLEVAN ADELANTE EL CONTROL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

CONTROL DE LA EMBARAZADA	Esperable en %	Realizado en %
Se registra en la historia trimestre de captación?	100%	96%
Se registra en la historia edad de la paciente?	100%	90%
Se registra en la historia número de gestas previas	100%	90%
Se registra en la historia antecedentes de enfermedades familiares?	100%	96%
Se registra en la historia antecedentes de enfermedades personales	100%	96%
Se registra en la historia fecha de último parto?	100%	78%
Se registra en la historia Recién nacido con mayor peso?	100%	80%
Se registra peso anterior y talla?	100%	83%
Se registran inmunizaciones previas de antitetánica?	100%	80%
Se registra con respecto al hábito tabáquico?	100%	52%
Se registra expresamente en la historia clínica el pedido de análisis, ecografías, etc.?	100%	78%
Se registran resultados de hemoglobina pedidos?	100%	72%
Se registran datos referentes a riesgo social (maltrato, alcoholismo, adicciones)	100%	31%
Se registra en historia colposcopia?*	0%	0%
Se registra pedido de PAP?	100%	79%
Se registra el resultado del PAP?	100%	90%
Se registra resultado VDRL?	100%	96%
Se registra resultados de laboratorio (hepatitisB, Toxoplasmosis, Chagas?)	100%	90%
Se registra en la historia clínica pedido de interconsulta con odontología?	100%	22%
Resultado de interconsulta con odontología?	100%	20%
Se registra pedido de HIV?	100%	92%
Se registra consentimiento informado pedido HIV?	100%	85%
Se registra actividades de consejería con respecto a alimentación, sexualidad, sueño, esfuerzo físico?	100%	0%
Se registra características de vivienda?	100%	1%
Se registra estado civil?	100%	80%
Se registra nivel educativo?	100%	80%
Se registra en la historia clínica empleo de la pareja?	100%	73%
Se registra en la historia clínica consejería para lactancia?	100%	0%
Se registra en la historia clínica examen clínico?	100%	65%
Se registra en la historia clínica pedidos de estudios?	100%	78%
Se registra en la historia clínica pedido dación de leche?	100%	35%
Se registra en la historia clínica edad inicio relaciones sexuales?	100%	70%
Se registra en la historia clínica año de menarca?	100%	68%

Se registra en la historia clínica métodos anticonceptivos?	100%	60%
Se registra en la historia clínica número de parejas sexuales? **	100%	60%
Se registra en la historia clínica semana de amenorrea en cada control?	100%	98%
Se registra en la historia clínica en cada control peso de la embarazada?	100%	100%
Se registra en la historia clínica en cada control la altura uterina de la embarazada?	100%	100%
Se registra en la historia clínica en cada control los niveles de Tensión Arterial?	100%	100%
Se registra en la historia clínica en cada uno de los controles – cuando es oportuno- la frecuencia cardiaca fetal?	100%	100%
Se registra en la historia clínica en cada control –cuando es oportuno***- la existencia de movimientos fetales?	100%	86%
Se registra en la historia clínica en cada control-cuando es oportuno- el tipo de presentación?	100%	60%
Se registra en la historia clínica si decidieron o no el embarazo(cualquiera de los miembros de la pareja)***	100%	
Se registra en la historia clínica en cada control en la curva de Rosso Mardones la relación peso talla materna?	100%	10%
Se registra en la historia clínica en cada control en el grafico de altura uterina según semanas de amenorrea?	100%	5%
En caso de resultado negativo en el test de embarazo se registra la citación para el consultorio de planificación familiar?	100%	60%
Se registra en la historia clínica firma del profesional que efectuó el control?	100%	80%

*Con respecto a la colposcopia, antes de comenzar con el programa y consultando diversas bibliografías –incluidas las normas nacionales para el control del embarazo publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación- se decidió no pedirla si es que el resultado del PAP no lo requería.

**Con respecto al número de parejas sexuales e inicio de relaciones sexuales y si habían decidido el embarazo no se preguntaban si la mujer concurría acompañada.

***Nos referimos a oportunidad en el sentido que los movimientos fetales y la frecuencia cardiaca no son detectables en los primeros controles con los medios con los que contamos en el primer nivel de atención (pinard, ecodoppler fetal, etc).

Considerando las actividades consignadas como significativas para la adecuada prestación del control prenatal en la atención primaria esta guía nos sirve para realizar la evaluación del proceso de atención y para ir modificando la atención. Lo que en ella se percibió es que hay ciertas temáticas o que no se registran o que no se llevan a cabo y son las que tienen que ver con situaciones más íntimas en la vida de una mujer. Otro de los tópicos que no se vuelcan en las historias clínicas son las actividades de prevención y promoción de la salud.

Nos resultó llamativa la resistencia del personal médico a reflejar en forma escrita aquellas cuestiones que afectan tanto al embarazo como la atención de la mujer y que se escapan a los tradicionales criterios de tipificación. Esto revela la necesidad de trabajar sobre aspectos didácticos en la formación de los profesionales que les permita aceptar la importancia de dejar constancia en los papeles de trabajo en torno a aquellas cuestiones que exceden el marco de lo médico como algo asociado unívocamente al registro de análisis clínicos.

4. Satisfacción de Usuaris:

Al respecto, tal como señalamos en el apartado de metodología, fueron realizadas 9 entrevistas semiestructuradas con usuarias habituales y no usuarias del centro de salud. Se confeccionó una encuesta anónima que fue administrada por personas no pertenecientes al equipo de salud (2 estudiantes de la carrera de Sociología de la Universidad de Buenos Aires) a 20 mujeres a las cuales se les había diagnosticado y/o se habían controlado el embarazo en el último año, dentro del marco de la implementación del programa de consultorios abiertos para la atención de la mujer embarazada. Sabemos que el número no es significativo para extrapolación de datos pero incluimos su resultado a modo de referencia.

Cabría administrar la encuesta a todas las madres que fueron controladas en el centro de salud una vez que hayan tenido su parto para considerar los resultados como relevantes.

De todas maneras incluimos en este apartado los puntos más relevantes de la encuesta (cuyo modelo figura en el anexo 3) y esperamos poder seguir avanzando en este sentido perfeccionando el instrumento de evaluación y la realización de una encuesta hacia el interior del equipo para indagar acerca de la satisfacción de sus integrantes.

Se contacto a 36 madres que estaban en condiciones de responder a la encuesta pero solamente concurrieron 20. De esas 36, tres mujeres nos hicieron saber –a través de familiares- que no concurrirían porque se habían mudado.

Hacemos un cuadro resumen con lo recabado en algunos de los principales ítems de la misma.

Lugar de residencia al momento de controles		
En el barrio		100%
Fuera del barrio		0%
Nivel de instrucción		
Primaria completa		30%
Secundaria incompleta		20%
Secundaria completa		40%
Secundaria en curso		10%
Cobertura médico asistencial		
Pública		80%
Obra social		20%
Uso del centro de salud con anterioridad al control del embarazo		
Si		70%
No		30%
Tiempo para la llegada al centro de salud desde domicilio		
Menos de 10 minutos		20%
Entre 10 y 20 minutos		80%
Horarios de consulta		
De mañana		20%
De tarde		80%

Imposibilidad de acceder a la consulta en alguna oportunidad en el transcurso del control del último embarazo: SI * NO *Por motivos personales *Por motivos institucionales	20% 80% 10% 90%
Imposibilidad para acceder a la realización de estudios de laboratorio: SI* NO * Falta de dinero para el boleto de colectivo	20% 80% 100%
Pago para la realización de estudios de imágenes: SI* NO	80% 20%
Imposibilidad para realizar el estudio por no contar con medios económicos (en por lo menos una oportunidad) SI No	60% 40%
Lugar de realización de estudios ecográficos indicados en la primer consulta: Hospital Carrillo – Ecografías (cobran bono de \$ 12) Consultorio comunitario de ecografías (cobran arancel de \$3) Hospital Carrillo – Servicio de Tocoginecología(gratuita)	30% 50% 20%
Tiempo de espera para las consultas del control Entre 0-15 minutos Entre 15 y 30 minutos	20% 80%
Inconvenientes para obtener la leche durante los controles de embarazo: SI* NO • No había leche • No había turnos para la obtención de leche	60% 40% 70% 30%
Recomendaciones para una mejor atención de la embarazada en el centro de salud: Ecógrafo y laboratorio en el centro de salud Sala de partos en el centro de salud Más profesionales que atiendan No efectuaron recomendaciones	30% 5% 30% 35%
Fueron siempre atendidas por el mismo profesional: SI No	80% 20%

Dado que en el hospital de referencia, la realización de los estudios ecográficos están tercerizados a la mujer se le cobra un bono de \$12.- pesos para su realización: de no poder abonarlo, la mujer debe concurrir al Servicio Social para manifestar el impedimento al pago. De las 12 mujeres que concurren al hospital y no pudieron pagar el estudio, 6 refirieron sentirse avergonzadas de tener que concurrir al Servicio Social para exponer el hecho., por lo que no lo realizaron. Cabe destacar que por amabilidad de la gente del Servicio de Tocoginecología del Hospital Carrillo muchas de las pacientes bajo programa pudieron hacerse la ecografía en forma gratuita. Lamentablemente algunas no pudieron acceder a este servicio por diversas razones (confundieron el lugar de realización, fueron en días distintos a los acordados).

Con respecto a inconvenientes en el ingreso a la atención del control posterior a la 34ava. semanas en el segundo nivel de atención, 4 mujeres señalaron que los trámites para el primer turno en el hospital Carrillo eran lentos

Ante la pregunta acerca de aspectos en la atención del control de la mujer embarazada y su relevancia para las mismas, obtuvimos las siguientes respuestas:

Calificación dada por la mujer

Aspecto a considerar	Muy importante	importante	Poco importante	Nada importante
Atención siempre por el mismo profesional	100%			
Trato amable del profesional	80%	20%		
Corto tiempo en la espera para la atención	75%	25%		
Calidad técnica en el médico y/u obstetra	100%			
Privacidad en la consulta	80%	20%		
Confortabilidad en la sala de espera y consultorio	70%	30%		
Provisión de medicamentos	100%			
Posibilidad de elección del profesional tratante	100%			

Con respecto a la pregunta que hace referencia a la calidad de la atención profesional por parte de obstetra y generalistas relacionada con distintos ítems obtuvimos los siguientes datos:

	Bueno	Regular	Malo
Responde a sus preguntas en forma clara	80%	20%	
Presta atención a las dudas que Ud. le formula	100%		
Explicación de los resultados de laboratorio	70%	30%	
Explicación de los estudios de imagen (ecografía, etc)	75%	25%	
En caso de enfermedad concomitante, explicación acerca de la misma.	100%		
En caso de enfermedad concomitante, explicación acerca Del tratamiento	100%		
Explicación acerca de la importancia de los controles del Embarazo	100%		
Explicación acerca de medidas higiénico-dietéticas (abandono De Tabaco, alimentación, sueño, relaciones sexuales en el embarazo, etc.)	80%	20%	
Resolución de problemas de salud presentados	100%		
Explicación acerca de la importancia de la lactancia exclusiva hasta los seis meses	80%	20%	
Explicación de los métodos anticonceptivos post-parto	75%	25%	

En lo atinente a infraestructura y recursos materiales del Centro de Atención, obtuvimos los siguientes resultados de la calificación otorgada por la mujer:

Ítems a evaluar	Calificación			
	Muy adecuado	Adecuado	Poco adecuado	Nada adecuado
Número de consultorios	5%	15%	60%	20%
Confortabilidad de consultorios para la atención	5%	20%	75%	
Equipamiento de los consultorios (balanza, camilla, etc.).	5%	95%		
Sala de espera en cuanto a comodidades (calefacción, refrigeración, luminosidad, limpieza, cantidad de asientos, etc.)	10%	5%	10%	75%
Sala de enfermería	95%	5%		
Elementos necesarios en la consulta (espéculos, etc.)	90%	10%		

Ninguna de las mujeres manifestó la no provisión de medicamentos necesarios a lo largo del control de su embarazo. Cabe consignar que los mismos son provistos por el Plan Remediar. No así los anticonceptivos para la lactancia (algunos de ellos fueron comprados con fondos de la beca) pero según nos informan al momento de escribir este informe serán provistos en el futuro inmediato por el Programa Materno Infantil.

Con respecto a la pregunta acerca del nivel de satisfacción de las mujeres encuestadas en la atención de su control prenatal en el centro de Salud el 100% manifestó encontrarse muy satisfecha.

Pareciera que pese a la calificación no óptima en varios de los aspectos recabados, consideran hechos positivos la atención brindada en líneas generales.

Es necesario comentar que las mujeres consultadas se sintieron revalorizadas al ser escuchadas y consideraron interesante esta nueva posibilidad de ser partícipes.

Conclusiones

Las conclusiones a las que llegamos de lo trabajado a lo largo del programa y de la investigación se refieren básicamente a un nuevo modelo en la atención de la mujer, al papel que le cabe a la comunidad a través de la participación activa y el papel que le cabe a las autoridades para fortalecer el primer nivel de atención y la atención primaria.

Nuevo Modelo en la Atención de la mujer:

1. Si bien en el lapso de la implementación del programa no pudieron visualizarse grandes cambios en el logro del control adecuado del embarazo a excepción del referido a la atención integral y al aumento de la consulta temprana, creemos que el poder brindarle el método diagnóstico en el centro de salud es un escalón importante hacia la captación de la mujer ya sea para el control de su embarazo o para decidir acerca de un método de anticoncepción o simplemente lograr una consulta integral.
2. Fue muy importante la consulta de la mujer en nuestros consultorios del programa de Salud Sexual y Planificación Familiar a partir de los diagnósticos o no de embarazo.
3. El equipo de salud –en especial los Residentes de Medicina General– se adueñó de nuevas herramientas en el campo de la acción participativa.
4. Se adquirieron nuevas destrezas y habilidades para una escucha efectiva de la problemática de la mujer en relación a la valoración del control prenatal, la decisión del aborto, la consejería efectiva y eficaz hacia la mujer y su entorno para la adquisición de hábitos más saludables, etc..
5. Abolir todas las barreras a la accesibilidad en el primer nivel de atención ayudaría enormemente a conseguir que la gente de la comunidad junto con los miembros del equipo de salud se “apropien” en un sentido amplio del centro de salud.
5. Propuestas innovadoras para el cumplimiento de programas gestados a nivel local.

Papel de la comunidad:

1. La comunidad se encuentra dispuesta a colaborar activamente en programas de salud que directamente le conciernen.
2. Se encuentra permeable a cambios que beneficien su atención y su salud.
3. La mujer se acerca al centro de salud y permite que los integrantes del equipo nos acerquemos más ampliamente a sus vidas.
4. Las adolescentes consultan en mayor cantidad y se están acercando los varones acompañados o acompañando a las jóvenes.
5. Propuestas innovadoras

Papel de las autoridades:

1. Se visualiza un cierto grado de acompañamiento por de parte de autoridades locales para la mejora en la atención a través de insumos, cambios en las prácticas (aparente autorización a la colocación de DIUs en el primer nivel de atención).
2. Las autoridades centrales se encuentran con escenarios locales que les posibilitan implementar políticas innovadoras en salud y en especial en lo que se refiere a la gesta de políticas de salud desde nuevas perspectivas.

Propuestas:

Recién hemos comenzado a recorrer el camino hacia una apertura de los centros de salud hacia la comunidad. Falta mucho por andar. Pero gracias al desarrollo de esta investigación pudimos comenzar. Proponemos:

Hacia el interior del equipo de salud:

- Tender hacia la educación continua no sólo en lo concerniente a lo estrictamente relacionado con los procesos de salud y enfermedad, sino a la investigación, técnicas participativas para la promoción de la salud, mejora del medio ambiente, capacitación en gestión, sensibilización para la atención desde diversas perspectivas (género, variaciones culturales, etc.).
- Desarrollar tareas que logren aumentar la conciencia en torno a temáticas como mortalidad materna, aborto, métodos anticonceptivos, salud sexual, etc.
- Capacitación para mejorar la calidad del registro en las historias clínicas.
- Capacitación en violencia doméstica para detectar y actuar oportunamente.
- Capacitación en sistemas de registro de datos epidemiológicos (Epi-info).
- Continuación del programa de Consultorios abiertos con mayor presencia de la comunidad en su ejecución y evaluación.
- Continuar con la formación de multiplicadores pares como promotores de salud en la comunidad.
- Lograr la constitución de un consejo local de salud con participación activa de la comunidad en la construcción de programas locales.

Para las autoridades del ámbito de la salud:

- Fortalecer Programas Materno Infantiles.
- Fortalecer los programas de Referencia y Contrarreferencia para lograr la constitución de una verdadera red de atención para mejorar la accesibilidad al sistema.
- Derogar toda forma de cobro de las prestaciones atinentes al control de la mujer embarazada y niños.

- Fortalecer Programas –con provisión de insumos- que contemplen los objetivos de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Propiciar una ley que contemple la donación anual obligatoria de sangre a los funcionarios de la administración central, provinciales y municipales para abastecer a bancos de sangre.
- Revisar leyes que penalizan el aborto, a fin de evitar muertes por abortos clandestinos.