AAQ0203

TESIS
GSS 2003
D8

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS
ESTUDIOS DE POST-GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN

PROYÉCTO DE TRABAJO DE GRADO
Presentado para optar al título de:
ESPECIALISTA EN
GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNO-NEONATAL EN UN HOSPITAL DE IV NIVEL

CARACAS 2003

Realizado: Fernando Alberto Duque Castejón.
Profesor asesor: Anirt Armas de Bujanda.

Caracas, Septiembre de 2003

Prof. Rafael Nahmens
Director
Postgrado en Gerencia en Servicios de Salud
Presente.-

Estimado Director:

Me dirijo a usted en la oportunidad de hacer de su conocimiento, mi aceptación para orientar a FERNANDO ALBERTO DUQUE CASTEJÓN, en el desarrollo de su Trabajo Especial de Grado titulado: EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNO-NEONATAL EN UN HOSPITAL DE IV NIVEL.

Igualmente, le informo que he leído y revisado el referido Proyecto y que cuenta con mi aprobación para ser inscrito como Trabajo Especial de Grado.

Caracas, Octubre del 2003

Armas de Bujanda Anirt.

Firma: _____

Cédula de Identidad No.: _____

Visto Bueno de inscripción por parte del profesor del Seminario de Trabajo Especial de Grado:

Csoban Mirka Eugenia

Firma: _____

Cédula de Identidad No.: _____

ÍNDICE

Págs.

I. Introducción 6

II. CAPITULO I. MarcoTeórico 9

III. CAPITULO II.Método 47

- Problema 52
- Objetivos Generales y Específicos 52
- Conceptos y/o variables 54
- Tipo y diseño de investigación 78
- Población y Muestra 79
- Instrumentos 80
- Procedimiento 82
- Consideraciones éticas 83

IV. CAPITULO III 84

- Análisis de datos propuestos 84

V. Referencias bibliográficas 85

ABREVIATURAS

Contrat.: contratadas.

Disp.: disponible

D.C.O.: día-cama-ocupada

Ecoftas.: ecosonografistas

Emb.: embarazo

Eco.: ecosonogramas

Lab.: laboratorio

M.C.P.: Maternidad Concepción Palacios

Morb.: morbilidad

Méd.: médicas

No: número

n.v: nacidos vivos

Ocup.: ocupada

PRIDES: Grupo de investigación de la Universidad del Valle, Colombia.

Serv.: servicio

t.: tiempo (mes, año)

trab.: trabajadas

RESUMEN

Estudio de evaluación de la atención materno-neonatal, en un hospital de IV nivel: Maternidad Concepción Palacios, con el Modelo de Evaluación de los Servicios de Salud PRIDES de la Universidad del Valle, Colombia, en el período 2002 (retrospectivo) y Octubre-Enero (2003-2004) (prospectivo), pues su propósito es delimitar los hechos que conforman el problema y retrospectivo del año 2002 para poder evaluar la gestión en términos de sus resultados frente a la población expresando su eficacia, cobertura, eficiencia y efectividad y el método a utilizar será de análisis y síntesis, ya que se identificara cada una de las partes que caracterizan una realidad, y se relacionaran los elementos componentes del problema tratando de proponer explicaciones. Esta simple actitud de evaluar, obliga a enderezar y dar la prioridad debida a las necesidades más reales de la población.

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho, obligación del Estado; que garantiza el bienestar bio-psico-social de sus habitantes.

"Los indicadores de salud son esenciales para la planificación, evaluación de los servicios de salud y vigilancia de los resultados de acciones y estrategias sanitarias. Un buen indicador debe ser exacto, preciso, sensible a la situación que trate, específico, y basado en datos fácilmente ostensibles". (Faneite, 2000p.23).

Los países Latinoamericanos, en donde se incluye Venezuela, presentan las más altas tasas de mortalidad materno-perinatal del mundo.

La Organización Mundial de Salud (1981), ha planteado que para disminuir estas tasas se debe hacer la programación de las actividades en los servicios con un reconocimiento previo de la comunidad usuaria de los recursos y la tecnología disponible. Es decir, hay que efectuar evaluaciones periódicas y considerar los

elementos de la estructura, el proceso y los resultados. Sólo así se lograrán servicios acordes con las necesidades de la población que los demanda. (Pabón, 1987).

Siendo un país en vías de desarrollo, adolece de planes estratégicos e integración de recursos tanto humanos como materiales para lograr sus objetivos. Se tiene claro que se quiere hacer, el problema se presenta en como hacerlo, como coordinar, regular, dirigir y evaluar; es decir GERENCIAR.

Se plantea entonces, cómo en un Hospital de IV nivel, como lo es la Maternidad Concepción Palacios, donde la misión desde su fundación, en el año 1938, ha sido la atención integral de la mujer venezolana, su maternidad y el producto de su concepción: el recién nacido: considerada la primera maternidad de Venezuela, existiendo calidad y confianza en los servicios prestados, tiene las más altas tasas de mortalidad materna y perinatal del país. "Boletín Estadístico. Sala de Partos. Maternidad Concepción Palacios". (2000-2002): planteando un estudio de

evaluación de la atención materno-neonatal, para tratar de detectar los problemas y aportar posiblemente una de las soluciones como sería la creación de una unidad integral que ataque los problemas a corto, mediano y largo plazo.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. ¿Qué es un sistema de Salud?.

Para la Organización Mundial de la Salud (2000)p.6. "Un sistema de Salud abarca todas las actividades, cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud", es evidente que los servicios de salud entre ellos están la prestación profesional médica personal, encaja en la definición, las actividades tradicionales de salud pública como la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y otras intervenciones en beneficio a la salud, como el mejoramiento de la seguridad vial y ambiental, también forman parte de los sistemas; lamentablemente casi toda la información acerca de los sistemas de salud se refiere a la prestación de servicios o a la intervención de ellos, es decir, al sistema de atención sanitaria incluidas las intervenciones preventivas, curativas y paliativas independientemente de que este orientada a individuos o poblaciones.

El mundo contemporáneo está siendo objeto de innumerables rápidos y fuertes cambios, no sólo a nivel económico, sino también tecnológico, político y hasta filosófico. Frente a estos cambios, los diferentes sectores y actores de la sociedad encaran nuevos desafíos, que a su vez exigen de los mismos mayor capacidad de adaptación y un trabajo permanente de innovación, que permita acompañar el nuevo ritmo de la realidad.

Estos acontecimientos hacen más conscientes a las personas acerca de los patrones de vida, las induce a adquirir nuevas perspectivas sobre sus ventajas o desventajas comparativas y a fortalecer las demandas por una mejor calidad de vida.

1.2. Funciones de los Sistemas de Salud.

Los Sistemas de salud tienen la responsabilidad no solamente de mejorar la salud de las personas, sino de protegerlas contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad y de tratarlas con dignidad siendo sus tres objetivos principales:

1.- Mejorar la salud de la población a la que sirven.

2.- Responder a las expectativas de las personas.

3.- Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

Según lo expresa la Organización Mundial de la Salud (2000) p.9

1.3. Niveles de Atención

El Sistema Nacional de Salud ha sido estructurado en tres niveles de atención organizados jerárquicamente determinando así una estrategia en la prestación del servicio con tendencia a mantener al beneficiario en la atención ambulatoria de primer contacto o primaria, asesorado por otro nivel, de mayor complejidad o de tipo secundario, identificándose de la siguiente manera:

- Primer nivel de atención: corresponde a la atención primaria para la cual la población es dividida en comunidades que son atendidas por un establecimiento asistencial ubicado en su zona geográfica. A nivel primario la atención es de tipo general y comprende un enfoque integral de salud, con aplicación de prevención y promoción

asistencial. Se estima la capacidad de resolver los casos en un 80% a un 85%.

- Segundo nivel de atención: Es la atención especializada, recibe los casos que le son enviados por referencia desde el primer nivel. Las especialidades del segundo nivel son: Medicina Interna, Dermatología, Ginecología, Cardiología, Urología, Psiquiatría, Oftalmología, Pediatría, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia, Odontología, Laboratorio y Rayos X.

- Tercer nivel de atención: Es la atención especializada que se realiza en los Hospitales tipo II, III, IV, y muy parcialmente en los hospitales tipo I.

1.4. Hospitales.

Definición: Según la Organización Mundial de la Salud "El Hospital es parte integrante de una organización médica social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia, médico-sanitaria completa tanto curativa como preventiva,

cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. El Hospital es también centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social.

Los Hospitales pueden clasificarse en sistemas abiertos, son un conjunto de elementos interrelacionados (recursos humanos, tecnología, información) que están orientados a metas comunes: mejorar la salud y la satisfacción de los pacientes y de la comunidad así como serían enseñanza e investigación. El elemento más importante de entrada y salida del sistema hospitalario es la población que solicita y recibe atención.

El enfoque de analizar la estructura, los procesos y los resultados como método para evaluar la calidad de atención fue ampliamente expuesto por Donavedian, A. (1966) la cual guarda estrecha relación con la teoría de sistemas la estructura del sistema de atención de la salud se relaciona con la población y produce los procesos de atención, lo cual orienta hacia un cambio particular en el estado de salud del individuo o de su

comunidad, es decir los resultados o elementos de salida del sistema.

La mayoría de los hospitales tienden a estar organizados, según la teoría de la Burocracia, desarrollada en el siglo XVIII por el sociólogo alemán Max Weber (c.p. Chiavenato, 1999) por el uso de principios burocráticos:

- La división del trabajo y especialización del trabajo
- La agrupación de posiciones individuales y grupales dentro de una jerarquía piramidal, línea de autoridad del nivel más alto hacia los niveles inferiores.
- La existencia de un sistema de reglas y normas que guían y limitan las acciones dentro del hospital.
- Determinaciones de los intervalos de control o sea un número delimitado de personas que el supervisor puede controlar efectivamente.

Según Gaceta Oficial Número 32.650 de Enero de 1983, en Decreto Número 1.798 de la Republica

Bolivariana de Venezuela, el sistema hospitalario venezolano se clasifica en Hospitales tipo I, II, III y IV, de acuerdo a diferentes características entre las que destacan: población a servir, número de camas y nivel de complejidad.

Hospital Tipo I, se encuentran ubicados en poblaciones hasta de 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 60.000 habitantes. Tienen entre 20 y 50 camas y están organizados para prestar los servicios de medicina, cirugía, pediatría y ginecología y obstetricia.

Hospital Tipo II, se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 100.000 habitantes. Tienen entre 50 y 150 camas y están organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo.

Hospital Tipo III, se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 400.000 habitantes. Tiene entre 150 y 300 camas y están

organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo.

Hospital Tipo IV, se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 100.000 habitantes. Tienen más de 300 camas y están organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo.

1.5. Hospital "Maternidad Concepción Palacios".

La Maternidad Concepción Palacios, fue inaugurado el 17 de diciembre de 1938 ,por lo que este año cumplirá 65 años. Esta ubicada en la Avenida Principal de San Martín, en Caracas, Venezuela.

Es un hospital urbano, centro de referencia nacional, especializado tipo IV, que brinda atención primaria, secundaria y terciaria a mujeres de cualquier edad, su producto de la concepción y niños hasta los 6 años. Cuenta actualmente con 332 camas de hospitalización en funcionamiento, consulta externa y especializada en diferentes

disciplinas. Realiza funciones de Docencia e investigación en el área médica y de enfermería.

En su sede se dictan dos (2) Post-Grados Universitarios y una (1) Residencia Asistencial Programada (R.A.P.) y el cuerpo médico esta conformado por: Médicos Especialistas 196 y Médicos Residentes 95. Los ochenta y cuatro (84) residentes cursantes de los Post-Grados Universitarios están financiados por el Hospital. El Post-Grado Universitario de Gineco-Obstetricia tiene una duración de tres (3) años; la evaluación es cuatrimestral y se exige Trabajo de Investigación Especial, como requisito de culminación. El Post-Grado de Neonatología tiene una duración de dos (2) años, la evaluación es trimestral y se exige Trabajo de Investigación Especial. La Residencia Asistencial Programada que se dicta en la Maternidad Concepción Palacios cuenta con el reconocimiento del Colegio de Médicos del Distrito Federal. El financiamiento de los once (11) residentes cursantes actualmente depende del Hospital . La evaluación académica se realiza cuatrimestral y se exige Trabajo de

Investigación Especial como requisito de culminación.

Área de Influencia: Es ilimitada, a él acuden usuarios de todo el país e incluso de países cercanos. Del Distrito Federal, sólo cuarenta por ciento (40%) de las madres atendidas en la Maternidad Concepción Palacios son del Distrito Metropolitano, porque el sesenta por ciento (60%) restante son de los estados Miranda y Vargas.

Área Geográfica: Se refiere al número de habitantes del país, mujeres, por encima de los 10 años de edad.

Servicios de Atención del Hospital:

Servicios de Obstetricia y Ginecología:

- Prenatal.
- Embarazo de alto riesgo.
- Fertilidad.
- Ginecología.
- Planificación familiar.

Otros Servicios:

- Medicina Interna y Cardiología
- Neonatología
- Anestesiología
- Radiología
- Ultrasonido
- Endocrinología general de la reproducción
- Investigación
- Hematología
- Psiquiatría
- Odontología
- Cirugía General y Neonatal
- Cardiología Infantil
- Venereología
- Ortopedia Infantil
- Urología
- Bacteriología
- Laboratorio
- Nutrición y
- Dietética

Estructura Organizativa: La estructura organizativa del Hospital por su gran departamentalización es muy compleja.

1.6. Evaluación de los servicios de salud.

Evaluar es medir un fenómeno, o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios pre-establecidos, y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia. (Pabón, 1987).

Para calificar o emitir un juicio se puede utilizar diversos criterios como: 1) las políticas, metas o normas de la organización, 2) la situación de la organización en épocas anteriores, 3) los estandares establecidos por grupos de expertos y 5) los problemas de la comunidad y las posibilidades de sus instituciones. (Pabón, 1987).

Muchas veces los informes de investigaciones evaluativos terminan con recomendaciones sobre las acciones a tomar. A primera vista el proceso de evaluación es pesimista en el sentido de que buscas problemas, pero en el fondo es optimista pues está basado en la posibilidad del progreso perpetuo; en la premisa de que nada es perfecto y que todo puede mejorar. El cambio, la acción, el perfeccionamiento son

los objetivos últimos de la evaluación así como el "status quo" es su enemigo. El que quiera mantener la situación que prevalece no tiene motivos para hacer evaluación pero si muchas razones para rechazarlas. (Pabón, 1987).

El modelo a utilizar para evaluar la situación actual de atención materno-neonatal en la Maternidad Concepción Palacios será el modelo-PRIDE, de la Universidad del Valle. Facultad de Salud. Departamento de Medicina Social de Colombia.1985, por tener como rasgos distintivos, destacar ciertos conceptos y medidas esenciales: La cobertura de los servicios, indicador fundamental para medir la universalidad y equidad en los logros del sistema; la eficacia determina si la prestación de los servicios produce algún beneficio en quienes lo reciben y es por lo tanto una noción esencial que condiciona doctrinariamente a todas las demás: si los servicios son ineficaces pierden sentido otras consideraciones y la eficiencia de los recursos mide finalmente, la magnitud del esfuerzo requerido para lograr un resultado. PRIDES considera que los conceptos e indicadores contenidos en este modelo se refieran a asuntos fundamentales para la comunidad,

que es posible estimarlos con recursos relativamente simples y que en todo caso, su presentación y discusión pueda contribuir a lograr un consenso sobre los problemas críticos que afectan a los servicios de salud .(Pabón, 1987).

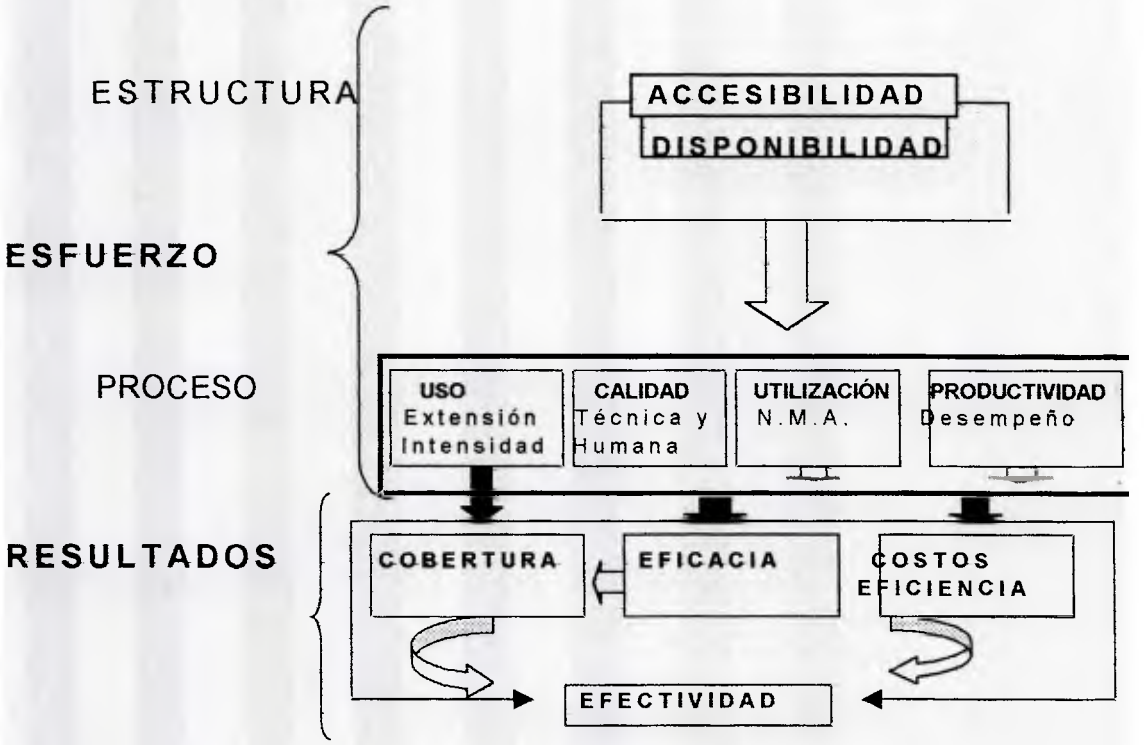
1.7. Marco Conceptual de Evaluación

La evaluación de los servicios comprende dos grandes temas:

a) La evaluación de la gestión en términos del esfuerzo de la agencia.

Esto es la estructura y el proceso que conducen al logro de los resultados esperados.

b) La evaluación de la gestión en términos de sus resultados frente a la población. Como se muestra en el siguiente diagrama:



Los componentes principales del modelo con un ordenamiento lógico que sigue la clasificación sugerida por varios autores (Pabón, 1987) son:

Evaluación del esfuerzo o energía invertida por un sujeto (programa, servicio, institución, función, actividad) en lograr un objetivo o resultado(s).

En la dimensión esfuerzo se distinguen dos componentes:

Uno tangible y relativamente estático que es la Estructura de los servicios

Y otro intangible y dinámico que es Proceso administrativo envuelto en su producción.

La Estructura: Disponibilidad y accesibilidad.

La disponibilidad define los recursos existentes en función de la población a servir. El análisis de la disponibilidad debe tener en cuenta todo los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio. Los indicadores de disponibilidad señalan el número de recursos por un número determinado de personas en la población objetivo. Para que la disponibilidad tenga un significado válido los recursos deben aludir a los existentes, en capacidad de funcionamiento y dedicados a las actividades de los servicios. Tienen por ello poco significado determinaciones globales tales como el número de médicos o de camas totales que se usan con tanta frecuencia. Mas obvia es la enorme disparidad que existe entre los conceptos de disponibilidad y de cobertura ya que el primero es independiente de si los recursos se traducen en servicio y si quien usa los servicios los necesita.

Además de la disponibilidad de recursos se requiere que estos recursos sean accesibles a la población a la cual están dirigidos. La accesibilidad está entonces íntimamente ligada con la disponibilidad, a pesar de ser conceptos distintos. En el estudio de accesibilidad de servicio, se deben considerar las diversas barreras que puedan impedir o dificultar el uso de los servicios por parte de la población, obstáculos económicos determinados por la capacidad adquisitiva de la población, frente a las tarifas establecidas, obstáculos de la organización de los servicios de la agencia determinados por su localización física, o los horarios de atención; barreras culturales determinadas por actitudes negativas o creencias desfavorables respecto de los servicios.

La disponibilidad y accesibilidad afectan tanto las variables que determinan la eficiencia de la agencia (productividad y utilización) como las variables que determinan los resultados sobre la población (calidad y uso).

El Proceso: Extensión e intensidad del uso, utilización cuantitativa, utilización organizacional, productividad y rendimiento, calidad.

La Extensión del uso señala la proporción de la población objetivo que hizo contacto con un determinado servicio durante cierto periodo, pero no dice si el contacto era necesario (o si tuvo el efecto esperado).

La extensión de uso se calcula dividiendo el número de usuarios por la población objetivo en un periodo dado. Erróneamente, se confunde con frecuencia el concepto de cobertura con el de extensión de uso cuando se contabiliza en el denominador a toda la población que usa los servicios y no aquella que tiene "real" necesidad de los mismos.

La distinción entre los dos conceptos se representa por la población total, la población con necesidades de servicios de salud y la población que hace uso de los servicios. Idealmente, la población con necesidades de servicio debería coincidir con la población que hace uso de los servicios, o sea que todos los que necesitan los servicios deberían usarlos y éstos debían usarlos sólo por quienes lo necesitan. En la realidad, solo una parte de quienes los necesitan los usan, por lo cual existen proporciones considerables de personas que necesitan

los servicios y no los usan, y de personas que usan los servicios y no los necesitan. La extensión de uso se define como la parte de la población que usa los servicios de la población total. La cobertura se refiere a la proporción de personas que necesita los servicios y los usa.

En efecto, el uso de los servicios por parte de personas que no los necesitan y el no uso por parte de quienes los necesitan, explican por qué una baja cobertura de los servicios puede coexistir con un alto o creciente uso por la población. Cuando esto sucede, se encontrará simultáneamente un incremento de la intensidad del uso, o sea del número de unidades de servicios prestados a cada usuario por unidad de tiempo.

La intensidad del uso se encuentra dividiendo el número de unidades de servicio (o de actividades) por el número de usuarios de los mismos, y se expresa en el número de consultas por consultante, de días de estancia por paciente hospitalizado, de dosis o tipo de vacunas aplicadas por persona vacunada.

La noción de intensidad o concentración del uso es una noción opuesta a la extensión del uso y por consiguiente a la ampliación de las coberturas: incrementar la intensidad equivale a concentrar más servicios en las mismas personas, mientras que incrementar la extensión de uso, equivale a llegar a más número de personas con los servicios. Ante las inevitables limitaciones de recursos, un incremento en un sentido, causa reducción en el otro.

El nivel del uso de los servicios por la población es la resultante de la acción de numerosos factores que se pueden sintetizar en un modelo analítico en el cual se asume que para que el individuo demande los servicios debe estar favorablemente predispuesto a recibirlos y debe percibir en alguna forma la necesidad del servicio. De acuerdo con la percepción que los individuos tiene de sus necesidades de salud y el conocimiento que tengan de los servicios tradicionales y modernos, deciden: automedicarse, consultar o no hacer nada, cuando deciden consultar generan una demanda

de servicios. En esta decisión influyen en cierta forma la capacidad del individuo y de las propias agencias.

La capacidad de las agencias para prestar los servicios está representada por la disponibilidad de recursos humanos, físicos y financieros y por su accesibilidad a la población. Tanto la disponibilidad como la accesibilidad configuran la oferta de servicios la cual determina que la demanda se traduzca finalmente en el uso. Así toda una serie de factores que influyen en la demanda de servicios y la oferta de la agencia y la capacidad de los individuos son los que determinan el uso de los servicios por la población.

Utilización cuantitativa: se define como la relación entre el recurso ocupado y el recurso existente por unidad de tiempo. Este indicador mide el empleo real de los recursos de la agencia, y por consiguiente, permite identificar el recurso existente no utilizado o sub-utilizado. Como indicadores de utilización se tiene la proporción de camas existentes que son ocupadas con

pacientes y la proporción de horas médico contratadas que son efectivamente trabajadas.

Utilización organizacional: Los indicadores de productividad, utilización y rendimiento, muestran el aspecto cuantitativo de la gestión pero no indican la existencia o no de cierta lógica entre el recurso utilizado y la actividad que se ejecuta con ellos. Por uso apropiado o lógico se indica que el usuario es atendido por un servicio cuya complejidad es consistente con las necesidades del primero. El concepto de uso apropiado es consecuencia del hecho de que para atender cada una de las diferentes necesidades de salud, existen una variedad de opciones que producen el mismo resultado en términos científicos y humanos, pero varían sustancialmente en sus costos. Obviamente no se necesitan especialistas en un Hospital Universitario para tratar pacientes con resfriado común. Tampoco se aconsejaría que promotoras hagan intervenciones quirúrgicas en los puestos de salud.

Para aplicar este concepto a la evaluación de los servicios de salud se desarrolla el indicador del nivel mínimo de atención mediante el cual se determina para cada condición de salud, cuál clase de institución menos sofisticada donde la atención sería todavía suficiente y adecuada.

Productividad y rendimiento: Se define como productividad, el número de actividades o servicios desempeñados por unidad de recurso existente en un tiempo dado. Los promedios de egresos por cama-año, de consultas por hora médico, de dosis aplicadas por vacunador al día, de placas radiológicas por hora-equipo son indicadores comunes de este concepto. Al analizar la productividad de un programa, servicio o agencia el estudio de su comportamiento histórico puede servir para establecer metas sobre lo que es deseable y posible. En muchos casos conviene comparar los datos de productividad de agencias similares para un mismo servicio.

El análisis de la productividad es esencial antes de considerar un incremento de recursos, pues en ocasiones es posible aumentar la productividad y esto resulta lo más indicado. La productividad es función de dos conceptos estrechamente relacionados: el rendimiento y la utilización de los recursos. Mientras que el rendimiento depende de factores intrínsecos a la estructura y organización de la agencia, la utilización depende también de factores exógenos entre los cuales el más importante es la demanda de los servicios por la población.

Rendimiento: se define como el número de actividades producidas por unidad de recurso utilizado.

Es semejante a la productividad, pues en ambos casos el numerador es el número de actividades o servicios realizados, pero mientras en la productividad el denominador es el recurso disponible, en el rendimiento lo es el recurso realmente utilizado. Por lo mismo cuando la utilización de un recurso es cien por ciento (100%), el rendimiento coincide con la productividad. Esta sin embargo, es una situación desusada en la practica en la que por ejemplo, el tiempo realmente trabajado es apenas una fracción del tiempo

de las personas contratadas o de los equipos disponibles.

Cuando la productividad de los recursos es baja, una solución podría consistir en reducir los recursos. En muchos casos, especialmente cuando se trata de recursos humanos, esto es muy difícil o inconveniente por lo cual se debe pensar en una asignación más baja de los mismos para optimizar su contribución al sistema.

Calidad: La calidad técnica se define en término de cuatro variables:

a) La integridad: es decir, satisfacer todas las necesidades de los pacientes.
b) Los contenidos: es decir, hacer todo lo que se debe hacer en cada caso.
c) La destreza: es decir, hacer bien lo que se debe hacer y
d) La oportunidad: es decir, hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer.

En el proceso de atención se tienen dos tipos de elementos cuya calidad es posible de evaluar unos de carácter técnico y otros de carácter humano y ambiental. Los elementos de carácter técnico tienen que ver preferencialmente (pero no exclusivamente) con la eficacia clínica de los servicios. Lo propio puede decirse de los elementos humanos y ambientales que determinan preferencialmente la satisfacción del usuario pero que pueden afectar de manera notable los resultados clínicos esperados.

Los elementos de interrelación personal y de las comodidades son la medida que los usuarios pueden sobre estimar para evaluar un servicio, pues asume que la calidad técnica depende de ella. Por el contrario, el personal científico con frecuencia centra su interés en la evaluación de la calidad técnica, dejando los componentes humanos de la atención que pueden condicionar la misma validación científica de los esfuerzos técnicos.

La calidad del servicio depende esencial (pero no exclusivamente) del acto "médico" en términos de sus especificaciones técnicas, la oportunidad en la prestación del servicio, la continuidad del tratamiento, la integridad de la atención y las relaciones interpersonales entre el paciente y quienes prestan el servicio.

El acto médico es influido notablemente por la infraestructura administrativa pues de ella depende disponer oportunamente del personal, los equipos y los elementos necesarios para su realización.

La infraestructura administrativa afecta directamente la calidad técnica pues por ejemplo la oportunidad del contacto entre los servicios y el usuario dependen del diseño y de la operación de los procesos administrativos. Así mismo afecta directamente la calidad humana, ya que la apreciación del usuario depende del ambiente físico que encuentre (limpieza, orden, iluminación, etc.) y de su contacto con el personal administrativo. En

resumen ante problemas de calidad inadecuada debe mirarse primordialmente a factores internos de la agencia.

Los Resultados: La evaluación de los servicios debe fundamentarse en una apreciación de sus resultados o de su impacto sobre las personas que son el objetivo final o la razón de ser de los servicios. La verdad es que si no se obtienen resultados benéficos tangibles para la población, la gestión de la agencia debe ser cuestionada así los demás aspectos de la gestión parezcan favorables.

El resultado último de las acciones de los servicios de salud sobre la población, objeto de los mismos se define como efectividad. La efectividad es un concepto último ya que el flujo operacional se inicia en la población donde algunos individuos perciben cierta necesidad, hacen contacto con los servicios diseñados para resolverla (preventivos, curativos, de rehabilitación) y regresan a la población con su necesidad resuelta o con la misma u otras necesidades.

Efectividad: Para determinar la efectividad de un servicio, se debe conocer la situación de salud de la población-objetivo (necesidad) antes y después de realizar las acciones que se pretenden evaluar.

En estricto sentido la efectividad se refiere a la diferencia entre la situación de salud existente y la que existiría de no haberse llevado a cabo o prestado el servicio, sin embargo, como esto no es fácil de establecer se utiliza, en su lugar, el grado en el cual las condiciones de salud hayan variado para medir la efectividad de las acciones.

Los indicadores de efectividad que miden retrospectivamente el impacto de los servicios, sirven así mismo para reflejar en gran parte las necesidades que prospectivamente les corresponde satisfacer a los dichos servicios.

La determinación de la efectividad de los servicios solo se puede hacer con datos relativos a las condiciones de salud de la población. Los datos de

mortalidad por causa, representan los índices más accesibles debido a la existencia de su sistema de registro ya montado. Aparte de algunas enfermedades especiales, los índices basados en la morbilidad se consideran como índices más depurados que los de mortalidad pero requieren encuestas clínicas en la población, las cuales por sus altos costos y su complejidad; están muchas veces fuera del alcance de la mayoría de las agencias de salud.

Los datos sobre condiciones de salud de la población adecuadamente clasificados permiten establecer:

a. La frecuencia (prevalencia o incidencia) de los problemas.

b. La trascendencia o sea el grado de daño que, en términos de defunciones, invalidez o transmisibilidad, tiene cada uno de los problemas según su naturaleza y severidad.

c. Su vulnerabilidad, esto es, la facilidad de ser controladas, prevenidas, disminuidas o erradicadas con los recursos disponibles.

Cuando el análisis muestra que un determinado problema vulnerable a la acción de los servicios de salud no decae en el tiempo o alcanza niveles superiores a los observados en lugares con condiciones similares caben dos posibilidades: o el servicio no es eficaz, es decir, no logra el efecto deseado en quienes lo reciben o el servicio no tiene una cobertura suficiente, es decir, no llega a las personas que lo necesitan.

Cobertura: Se define como la proporción de personas con necesidad de servicios que han recibido para dicha necesidad. Indica en otras palabras, si los servicios de salud están llegando a la población que realmente los necesita y por consiguiente dista sideralmente de las nociones de afiliación o población asignada, con las cuales se confunde tan frecuente como incorrectamente. Cobertura sería en un programa de atención materna, la proporción de embarazadas que están bajo control prenatal.

La determinación cuantitativa de la cobertura plantea problemas debido a las dificultades para

especificar el denominador, es decir, las personas con necesidad. En ocasiones, es difícil definir el concepto y establecer las características de la población con determinadas necesidades y cuando se aclara este punto, se presenta todavía el problema de la falta de datos para establecer su magnitud.

La cobertura está determinada parcialmente por la extensión del uso de los servicios para la población, concepto con el cual frecuentemente se confunde.

Eficacia: El segundo gran factor que condiciona la efectividad de los servicios es su eficacia o resultado en los usuarios. Si por ejemplo, la efectividad de un programa de salud es baja a pesar de los esfuerzos para incrementar la cobertura, hay razones para sospechar que no es buena la eficacia de los servicios.

La eficacia se mide en términos del resultado deseable o del propio objetivo del servicio. Así cuando el objetivo del servicio es curar, su eficacia se mide en términos de las pacientes atendidos que logran su curación, por ejemplo, la proporción de personas

curadas sobre el número de personas tratadas. Si el objetivo del servicio es prevenir, la eficacia se mide en términos de las personas protegidas, por ejemplo, la proporción de personas inmunizadas sobre el número de personas vacunadas.

Para cuantificar la eficacia es importante definir claramente el resultado deseado con el servicio, pues los resultados esperados de un servicio preventivo, son diferentes a los de uno curativo, o a los de uno de control de pacientes crónicos.

Para establecer la eficacia es necesario realizar estudios especiales, tales como el seguimiento de casos o experimentos clínicos controlados, muy específicos para cada uno de los servicios y tipos de necesidades de salud. Como no puede existir un indicador global, se sugiere elegir "condiciones indicativas" para cada una de las cuales se determina la eficacia y de los resultados obtenidos, se infiere la situación general de los servicios en este sentido. En ciertos casos se puede conocer el resultado de la acción del servicio sobre el

usuario, cuando este éste "cautivo", por ejemplo, el resultado de determinadas intervenciones quirúrgicas.

Existen además de los criterios médico-clínico de clasificación del estado del paciente, otros criterios más subjetivos que se refieren a otra dimensión de la eficacia, en términos del grado de satisfacción que el usuario obtiene como consecuencia del "trato recibido". Al primer resultado que llamamos "eficacia clínica", podemos entonces agregar un segundo resultado o eficacia en términos humanos comúnmente llamado "satisfacción".

Los aspectos humanos se pueden determinar por medio de entrevistas, de buzones de sugerencias, de registro de quejas y reclamos de usuarios o de mecanismos especialmente constituidos para supervigilar los servicios (comités de vigilancia, "ombusmen", etc.).

La eficacia de los servicios está determinada por dos factores principales:

a.- La calidad, que depende fundamentalmente de factores internos de la agencia (humanos, físicos, tecnológicos) y

b.- Factores externos relacionados con la constitución y capacidad de los pacientes, sus condiciones de vida, sus actitudes frente a la enfermedad y los servicios.

Eficiencia: La relación entre los resultados logrados o los productos producidos con los insumos utilizados se conoce como la eficiencia de la agencia, el servicio o el programa.

Por otra parte el esfuerzo de la agencia se puede expresar en los recursos consumidos o en su traducción económica, el dinero gastado, que tienen la enorme ventaja de que permite una comparación entre resultados que se obtienen por la prestación de servicios que exigen recursos de distinta naturaleza.

El concepto de costos unitarios o sea el cociente que resulta de dividir los gastos incurridos por el

volumen de resultados o productos, resulta particularmente útil para evaluar la eficiencia entre estrategias de diversas índoles que producen resultados del mismo tipo: aquella que muestra los menores costos unitarios tienen la mayor eficiencia.

La eficiencia de un servicio, programa o actividad, es mayor, cuando logra el mismo impacto en la población con menores recursos, o cuando con iguales recursos se logran mejorares resultados.

Es importante así mismo verificar que el resultado tenga relación de causalidad directa con el esfuerzo realizado, pues se presentan casos en los cuales el resultado es el fruto de otros esfuerzos en salud, o incluso de acciones tomadas por otros sectores.

La evaluación en salud de las necesidades de una población permite a una agencia dar respuestas a dos preguntas fundamentales:

a. ¿Qué grupo de población requieren Servicios de Salud?

b. ¿Qué prioridad se debe dar a estos servicios?.

Frecuentemente la necesidad se confunde con la demanda, pero ésta muestra las necesidades sólo en función de la fracción de población que llega a los servicios.

En la definición de necesidades de salud (y por ende de servicios) se establecen tres grandes niveles de lo general a lo particular.

El primero es el demográfico. El segundo el nivel epidemiológico (que determina la frecuencia de los eventos: incidencia y prevalencia de condiciones de salud), el tercero, el clínico-administrativo, que identifica grupos y personas de alto riesgo por factores determinantes conocidos y en los cuales se considera deben concentrarse las estrategias de servicio.

Finalmente se debe anotar que los indicadores de necesidad en general son los mismos de efectividad.

Se mantienen conceptualmente aparte para no introducir el posible sesgo administrativo de observar efectos en los programas existentes, es útil analizar la necesidad un poco independiente de los servicios existentes y (sus efectos), puesto que no siempre los servicios existentes consultan o se orientan a resolver las necesidades. Esta simple actitud de evaluar, obliga a enderezar y dar la prioridad debida a las necesidades más reales de la población. (Pabón, 1987).

CAPITULO II
EL PROBLEMA

2.1 . Justificación del Problema

La salud materna y perinatal representan un gran problema para los países de América Latina y el Caribe. A pesar del potencial existente en la región, al analizar las cifras de mortalidad materna y perinatal se encuentra un panorama alarmante.

En 2003, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicaron el plan de desarrollo del centro latinoamericano de perinatología (CLAP) (1998-2001), exponiendo que en el último decenio, la mortalidad infantil mostró una persistente disminución a expensas del componente postneonatal.

En 17 países de la Región de las Américas se produjo la transición epidemiológica en donde el componente neonatal de la mortalidad infantil es mayor que el postneonatal. La mortalidad neonatal se modificó

menos y lo hizo principalmente por la fracción neonatal tardía, con escasos o nulos cambios en la mortalidad neonatal precoz. La mortalidad perinatal (suma de la fetal más la neonatal precoz) es la que menos cambios tuvo en este período, debido a que la mortalidad fetal en general no se modifico.

Se estima que cada año nacen muertos alrededor 4.3 millones de niños y 3.3 millones mueren en la primer semana de vida extrauterina. De estos 7.6 millones de muertes perinatales el 98% ocurren en países subdesarrollados. El período perinatal a pesar de su relativo corto tiempo de duración, tiene una influencia decisiva en la calidad de vida del individuo, tanto en el desarrollo físico, neurológico y mental condicionando fuertemente su futuro.

Dentro de las causas que más inciden en la mortalidad perinatal se destaca el bajo peso al nacer con sus dos componentes: prematuros y retardos en el crecimiento. En Latino América la prevalencia del bajo peso al nacer en general ha permanecido sin modificaciones en los últimos años alcanzando cifras

que oscilan entre 8% y 14% y es responsable de aproximadamente el 80% de las muertes neonatales. Los que sobreviven, especialmente los de muy bajo peso, presentan en una gran proporción secuelas muchas de ellas invalidantes.

Si bien este es un problema para toda América, los países en vías de desarrollo son los que presentan cifras más elevadas. Esta falta de equidad entre los países centrales y los subdesarrollados se manifiesta ostensiblemente cuando se compara el riesgo de morir de una mujer por sucesos vinculados al proceso reproductivo, el cual es alrededor 150 veces mayor en los países en vías de desarrollo. En lo referente a la mortalidad infantil este exceso de riesgo es de aproximadamente 10 veces mayor. Muchas de esas muertes, son producidas por causas consideradas "reducibles o evitables", con un buen sistema de salud, donde se incremente la cobertura asistencial y optimice la calidad de la atención.

En el área de salud reproductiva se ha considerado a la mortalidad perinatal como un adecuado indicador de calidad y cobertura de atención, es afectado por factores combinados como las condiciones socioeconómicas (educación, nutrición, peso al nacer), factores demográficos (edad de la madre, paridad, y espaciamiento de los hijos), y atención de salud (acción preventiva y curativa). Waaler. (1984).

Venezuela tenía para el año 2000 una tasa de mortalidad materna de 60.1 x 100.000 nacidos vivos, con un número anual de 347 muertes maternas, tasa de mortalidad perinatal de 25 x cada 1.000 nacidos vivos, con 14.425 muertes perinatales anuales y una tasa de mortalidad infantil de 17.7 x cada 1000 nacidos vivos, con 10.231 muertes infantiles anuales. CLAP, (2003), en OPS.OMS (3/6/2003).

MORTALIDAD MATERNA, PERINATAL E INFANTIL PARA VENEZUELA EN EL AÑO 2000.

AÑO 2000	MORTALIDAD MATERNA X 100.000 N.V	MUERTES MATERNAS ANUALES	MORTALIDAD PERINATAL X 1.000 N.V	MUERTE PERINATAL ANUALES	MORTALIDAD INFANTIL X 1.000 N.V	MUERTES INFANTILES ANUALES
	60.1	347	25	14.425	17.7	10.231

Fuente: CLAP, (2003), en OPS.OMS.

Según el Servicio de Estadísticas y Archivo de la Maternidad Concepción Palacios, para los años 2000, 2001, 2002, el total de pacientes ingresadas fueron respectivamente: 22.334, 22.628 y 22.156, para un promedio de 22.372, la tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, fue de 150.37, 156.86 y 112.36, con un promedio de 139.86 x 100.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad fetal (componente de la mortalidad perinatal) fue de 29.07, 28.37 y 31.33, con un promedio de 29.59 x 1000 nacidos vivos.

MORTALIDAD MATERNA Y FETAL EN LA MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS. 2000-2003

ANO	PACIENTES INGRESADAS	MORTALIDAD MATERNA X 100.000 N.V	MORTALIDAD FETAL X 1.000 N.V
2000	22.334	**150.37**	**29.07**
2001	22.628	**156.86**	**28.37**
2002	22.156	**112.36**	**31.33**

Fuente: Servicio de Archivo y Estadísticas de la MCP

Notándose la diferencia entre lo reportado internacionalmente para Venezuela y las tasas reales de un Hospital del IV nivel, centro de referencia nacional como lo es la Maternidad Concepción Palacios, justificando por ello la evaluación de la atención materno-neonatal en dicho centro.

2.2. Planteamiento del Problema

Evaluar la atención materno-neonatal en un hospital de IV nivel: Maternidad Concepción Palacios, con el Modelo de Evaluación de los Servicios de Salud PRIDES de la Universidad del Valle, Colombia, en el

período 2002 (retrospectivo) y Octubre-Enero (2003-2004) (prospectivo).

2.3. Objetivos de la Investigación:

2.3.1. Objetivo General

Evaluar la situación actual de atención materno-neonatal en la Maternidad Concepción Palacios.

2.3.2. Objetivos Específicos

- Evaluar la cobertura que existe para el control prenatal en la Maternidad Concepción Palacios.
- Analizar los requisitos exigidos para la consulta de alto riesgo obstétrico.
- Evaluar el curso del proceso existente entre la orden de hospitalización y la resolución del embarazo

- Monitorear y evaluar el tratamiento materno integral indicado durante la hospitalización.

- Comparar los cuidados inmediatos por parte del personal profesional del recién nacido en la Maternidad con los establecidos por el Grupo de Trabajo del Cuidado Esencial del Recién Nacido de la OMS (1996).

- Explorar el nivel de capacitación profesional en perinatología en el personal de la Maternidad Concepción Palacios.

- Conocer el seguimiento de las pacientes con embarazos de alto riesgo obstétrico.

- Obtener datos sobre la información que manejan los médicos acerca de cuidados perinatales durante el trabajo de parto y parto.

2.4. Conceptos y/o variables

Para evaluar la situación actual de atención materno-infantil en la Maternidad Concepción Palacios, se utilizaré el Modelo PRIDES, descrito en el marco teórico, el cual presenta dos componentes: Esfuerzo y Resultados.

En esta dimensión existen dos componentes:

- La Estructura de los servicios (tangible y relativamente estático).
- El Proceso administrativo envuelto en su producción (intangible y dinámico).

En la Estructura de los servicios se evaluará la Disponibilidad y Accesibilidad de los servicios.

La Disponibilidad es definida como la relación entre los recursos existentes y el sujeto o la población a la cual están destinados.

Indicadores: La tasa de disponibilidad se calcula dividiendo la cantidad de un determinado recurso por la población correspondiente.

Recursos básicos de servicios:

Cama hospitalaria en Sala de Partos : No. de camas Sala de parto / No. pacientes en Sala de parto.

Consultorio Prenatal: No. de horas médicas contrat. / No. pacientes en control prenatal.

Consultorio Admisión: No. de horas médicas contratadas / No. pacientes que acuden a la Admisión

Laboratorio en Sala de Partos: Número horas labor contrat. / No. pacientes en Sala de parto.

Equipo de Rayos X para Sala de Partos: No. horas radiólogo / No. pacientes en Sala de parto.

Equipos ecosonográficos en Sala de Partos: No. horas ecoftas. / No. pacientes en Sala de parto.

Equipos ecosonográficos en Prenatal: No. horas ecoftas. / No. pacientes en control prenatal.

Equipos ecosonográficos en Admisión: No. horas ecoftas. / No. pacientes en Admisión.

Ambulancias: No. ambulancias / No. de pacientes que acuden a la Admisión de la M.C.P.

Se obtendrá dicha información en un período de un mes a través de la observación directa, la Dirección de Recursos Humanos de la M.C.P. y la Dirección de Administración (Registro de Bienes) del hospital.

La Accesibilidad es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud.

Indicadores:

Económicos:
Tarifas y costo del servicio:
Profesión y/o ocupación de las pacientes que ingresan al Control Prenatal, Sala de Partos y Servicio 8.

Dicha información se obtendrá de las historias clínicas de las pacientes que ingresan al control prenatal, Sala de Partos y Servicio 8, en un período de un mes, presentados en valores absolutos y relativos con respecto del total de la muestra y se relacionara

con el sueldo mínimo vigente estipulado por el Gobierno Nacional para ese mismo período así como la tasa de desempleo existente para el momento de la recopilación de la muestra.

Localización geográfica del servicio con respecto a la población a cubrir:

Lugar de procedencia o dirección del usuarios, cuya información se obtendrá de las historias clínicas de las pacientes ingresadas en Control Prenatal, Sala de Partos y Servicio 8, en un periodo de un mes, calculándose por valores absolutos y relativos las diferentes zonas procedentes de las pacientes .

Organización de Servicios:
No. de rechazos en Control Prenatal:
No. pacientes atendidas en el Control Prenatal por primera vez/ No. de pacientes que acuden para el Control Prenatal por primera vez x 100 – 100.

Se obtendrá la información por observación directa del número de pacientes que acuden por primera vez al

control y número de pacientes no atendidas ese mismo día en un periodo de un mes.

Tiempo de espera: Se obtendrá dicha información por observación directa y encuesta de hora de llegada y hora de atención en Control Prenatal, Sala de Partos, Admisión y Hospitalización en Servicio 8, en un período de un mes.

El Proceso administrativo envuelto en la producción del servicio, se evaluará el uso, utilización, productividad y rendimiento y calidad en los servicios prestados.

El uso:

Extensión de uso es la proporción de la población que usa un servicio determinado en un periodo de tiempo.

Indicadores:

Control Prenatal:

No. consultantes por primera vez / No. de mujeres en edad fértil (15-49 años) del Distrito Capital x 1.000.

Admisión:
No consultantes / No. de mujeres en edad fértil (15-49 años) del Distrito Capital x 1.000.

Se obtendrá la información del Servicio de Archivo y Estadísticas de la M.C.P. para el año 2002 y del Censo del Distrito Capital hecho por el Instituto Nacional de Estadísticas de Venezuela para el mismo año.

Número de Partos / Nacidos vivos, la cual se calculara en un período de un año (2002), tomando como fuente el Servicio de Archivo y Estadísticas de la M.C.P, para ese año.

La intensidad de uso es el número promedio de servicios recibidos por cada usuario durante cierto período de tiempo o durante un episodio de una causa específica.

Indicadores:

Control Prenatal:
Total de consultas / Total de consultantes x 100

No. de consultas para emb. norma l / Consultantes de emb. normal x 100

No. consultas para emb. Con morb. / Consultantes de emb. con morb. x 100

Se tomará como consultante el número de consultas por primera vez en un período de un mes, y se obtendrá la información a través del Servicio de Archivo y Estadísticas de la M.C.P.

Hospitalización en Servicio 8:

Día-Cama-Ocupada (D.C.O) total en Servicio 8 – D.C.O partos en Servicio 8 / Total de egresos en Servicio 8 – partos del Servicio 8 x 100.

DCO parto normal / Egresos de partos normales

DCO partos complicados / Egresos partos complicados.

Se obtendrá dicha información a través el Servicio de Archivo y Estadísticas de la M.C.P. del Servicio 8, en un período de un mes.

El concepto de **utilización** se define como la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad o un servicio por unidad de tiempo. Es la fracción del recurso disponible que se utiliza realmente.

Indicadores:

Cama Hospitalaria en Servicio 8:
No. de camas ocup. x t./ No. de días cama disp. x t.

Control Prenatal:
No. horas médicas trab.x t /No. horas méd. contrat.x. t.

Equipos ecosonograficos en Control Prenatal:
No. horas eco. utilizados en Control Prenatal x t. / No. horas eco. disponibles en Control Prenatal x t.

Equipos ecosonograficos en Sala de Partos:

No. horas eco. utilizados en Sala de Partos x t. / No. horas eco. disponibles en Sala de Partos x t.

Equipos ecosonograficos en Admisión:
No. horas eco. utilizados en Admisión x t. / No. horas eco. disponibles en Admisión x t.

El tiempo trabajado se estimará por la asistencia (hora de entrada y salida), dicha información se recogerá por observación directa en un tiempo de un mes.

Desempeño cuantitativo de camas en Servicio 8: el promedio de estancia (o intensidad de uso de la cama) y la productividad de la cama para un período de un mes.

Indicadores:
% Ocupación:
No. días cama ocupada en Servicio 8 / No. días cama disponible en Servicio 8 x 100.

Promedio de Estancia:
No. días cama ocupada en Servicio 8 / No. egresos en Servicio 8.

Productividad:
No. egresos en Servicio 8 / No. camas en Servicio 8.

Se obtendrá dicha información por observación directa y Servicio de Archivo y Estadística de la MCP, en el Servicio 8, en un período de un mes.

Productividad y Rendimiento: Se define productividad como el número de servicios o actividades producidas por unidad de recurso disponible por unidad de tiempo. Rendimiento se define como el número de servicios o actividades producidas por unidad de recurso utilizado por unidad de tiempo.

Indicadores:
Control Prenatal:
Productividad:
No. consultas en Control Prenatal /Horas contrat. en Control Prenatal.

Rendimiento:
No. consultas en Control Prenatal / Horas trabajadas en la consulta de Prenatal.

Se obtendrá la información por observación directa y el Servicio de Archivo y Estadísticas de la MCP en un período de un mes.

Cama Hospitalaria en el Servicio 8:

Productividad:
No. egresos en el Servicio 8 / No. cama-año-disp. en el Servicio 8

Rendimiento:
No. Egresos en el Servicio 8 /días-cama ocup. en el Servicio 8.

Se obtendrá dicha información por observación directa y el Servicio de Archivo y Estadística de la MCP, en el Servicio 8, en un período de un mes.

Equipo ecosonográficos en Control Prenatal:
Productividad:
No. ecos en Prenatal / Horas equipo disp. en Prenatal.
Rendimiento:
No. ecos. en Prenatal /Horas equipo trabajadas en Prenatal.

Se obtendrá dicha información por observación directa en la Consulta de Prenatal, en un período de un mes.

Laboratorio en Sala de Partos:
Productividad:
No. de exámenes hechos en Sala de Partos / Hora lab. disp. en Sala de Partos
Rendimiento:
No de exámenes hechos en Sala de Partos / Horas lab. trabaj. en Sala de Partos

Se obtendrá dicha información por observación directa en Sala de Partos, en un período de un mes.

Laboratorio en Admisión:
Productividad:
No. de exámenes hechos en Admisión / Hora lab. disp. en Admisión.
Rendimiento:
No de exámenes hechos en Admisión / Horas lab. trabaj. en Admisión.

Se obtendrá dicha información por observación directa en Admisión, en un período de un mes.

La Calidad es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto por los proveedores como por los usuarios.

Integridad: Es la característica del servicio que lo capacita para identificar todas las necesidades clínicas del usuario y de procurar los medios para tratarlas con las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación prioritarias.

Indicadores:

- Control Prenatal
- Admisión
- Sala de Partos
- Hospitalización

Necesidades presentes pero no identificadas

Necesidades identificadas pero no tratadas

Se evaluará en un período de un mes las historias clínicas en Sala de Partos; comparando los diagnósticos de Admisión y del Control Prenatal con los diagnósticos hechos en Sala de Partos, sus coincidencias y diferencias, así como el tiempo posible de aparición de dicho evento, para tratar de determinar si el problema estuvo presente pero no diagnosticado como también si fue diagnosticado pero no tratada. Se contará con la ayuda de un mínimo de cinco (5) especialistas de Sala de Partos que apoyen dicho diagnóstico sostenido por exámenes paraclínicos.

Oportunidad: Es la característica del servicio de intervenir con sus acciones a su debido tiempo en el proceso de atención al usuario.

Indicadores:
Control Prenatal:
Tiempo de espera en paciente por primera vez:
Tiempo en minutos desde la llegada al servicio y la entrada a la consulta médica en pacientes por primera vez.

Al tiempo en minutos se le calculará la media o promedio aritmético (medida de tendencia central, que

se obtiene simplemente sumando un conjunto de observaciones dividida entre el número de observaciones).

Tiempo de espera en pacientes controles:
Tiempo en minutos desde la llegada al servicio y la entrada a la consulta médica en pacientes controles.

Percepción de tiempo de espera expresada en porcentaje (%) (larga, corta, adecuada).

Se tomará dicha información por observación directa y encuesta hecha a las pacientes, para medir su percepción de espera por tres parámetros corta, larga, adecuada, en un período de un mes.

Admisión:

Tiempo de espera para ser atendidas por el médico según si viene referida de otro centro, con orden de hospitalización, o por emergencia (minutos).

Tiempo de espera de pacientes con referencias:

Tiempo desde la llegada a la admisión con una referencia hasta ser atendida por el médico, en minutos.

Tiempo de espera de pacientes con una emergencia:
Tiempo desde la llegada a la admisión por emergencia hasta ser atendida por el médico (minutos)

Tiempo de espera de pacientes con orden de hospitalización:
Tiempo de llegada con la orden de hospitalización a la admisión y de ser hospitalizada por el médico.

Se obtendrá dicha información por observación directa y encuestas a las pacientes en un período de un mes.

Hospitalización en el Servicio 8:
Tiempo de espera desde su llegada a el servicio 8 y ser instalada en su cuarto (minutos; media).

Laboratorio en Sala de Partos:

Tiempo en minutos entre hecha la orden de laboratorio por parte del médico y el recibo de los resultados en Sala de Partos.

Laboratorio de Admisión:
Tiempo entre hecha la orden de laboratorio y el recibo de los resultados en la Admisión.

Se obtendrá dicha información por observación directa y encuesta a las pacientes en un período de un mes.

Continuidad: Es la característica del servicio de realizar las actividades debidas en la secuencia apropiada y sin interrupción o ruptura del proceso de atención del usuario desde el ingreso hasta que se le da de alta.

- Identificación de necesidades diagnósticas

Fallas del usuario:
Indicadores:
Laboratorio:

Número de pacientes que acuden a la cita para tomar muestra de laboratorio / Número de pacientes citadas x 100 - 100 (% de incumplimiento de ordenes de laboratorio).

Control Prenatal:
Número de pacientes que acuden a la cita de control / Número de pacientes citadas para control x 100 - 100 (% de Incumplimiento de citas para controles).

Del Proveedor:
Hospitalización del Control Prenatal:
Número de pacientes hospitalizadas por orden del Control Prenatal / Número de ordenes de hospitalización del Control Prenatal x 100 – 100.
(% de Interrupción del proceso entre la orden de hospitalización y el no cumplimiento del mismo).

Esta información se obtendrá por encuesta diaria durante un mes en el Control Prenatal de las ordenes emitidas para hospitalización y la Admisión de las pacientes hospitalizadas ese mismo día por dicha orden.

- Tratamiento Evolución y Resultados

Fallas del usuario:

Hospitalización en Servicio 8:

% de suspensión del tratamiento.

Se obtendrá dicha información a través de la revisión de las ordenes médicas en las historias clínicas de los tratamientos indicados y los reportes de enfermería de los tratamientos cumplidos por un mes.

% de no aceptación de ordenes.

Esta información se obtendrá a través del reporte de enfermería de las pacientes que no aceptaron tratamiento por voluntad propia, dicho registro se hará en un período de un mes.

Control Prenatal:

Número de pacientes que acuden a controles sucesivos / Número de pacientes citadas para controles sucesivos x 100 – 100.

(% de Incumplimiento de citas para evaluación).

Del Proveedor:

Hospitalización en Servicio 8:

% de no registro o no uso del registro de tratamientos.

Se evaluará este parámetro en un mes a través de observación directa del registro de enfermería de

tratamientos de los tres turnos (mañana, tarde y noche) solicitado a la Enfermera Graduada diariamente.

% de fallas en cambio de turno de enfermería.

Se obtendrá dicha información a través de la Supervisión de Enfermería de lo programado y lo no cumplido en cambio de turnos de Enfermería durante un mes en el Servicio 8.

% de no información al paciente de su tratamiento evolución y resultados.

Se obtendrá dicha información a través de encuesta sencilla a las pacientes hospitalizadas en el Servicio 8, donde trate de explicar si conoce las razones de su hospitalización, cual es su enfermedad y que tratamiento esta recibiendo en un período de un mes.

Contenidos técnicos: Se refiere a la serie de criterios, conocimientos teóricos y prácticos, actitudes, habilidades, destrezas y elementos de trabajo que es necesario aplicar para diagnosticar y prestar tratamiento a las necesidades del usuario, en todas y cada una de las actividades requeridas en el proceso.

En este sentido se aplicara para la evaluación de los contenidos técnicos, indicadores que puedan medir en cierta forma, la capacitación e información del personal tanto médico como enfermería en cuidados mínimos neonatales y vigilancia de trabajo de partos, como atención del mismo, así como el porcentaje de autopsias y porcentajes de casos en tribunales por mala praxis médica.

Indicadores:

% de información enfermería de cuidados inmediatos del recién nacido. (satisfactoria, mediana, deficiente)

% de información residentes post-grado de cuidados inmediatos del recién nacido. (satisfactoria, mediana, deficiente)

% de información enfermería de cuidados embarazadas durante el trabajo de parto. (satisfactoria, mediana, deficiente)

% de información residentes de post-grado de cuidados embarazadas durante el trabajo de parto. (satisfactoria, mediana, deficiente)

% de información enfermería de cuidados embarazadas durante el parto.
(satisfactoria, mediana, deficiente)

% de información residentes de post-grado de cuidados embarazadas durante el parto. (satisfactoria, mediana, deficiente).

Para obtener el porcentaje (%) de información de los residentes del postgrado y del personal de enfermería, se aplicará una encuesta sencilla de diez (10) preguntas de verdadero o falso con referencia a los cuidados de las pacientes durante el trabajo de parto y parto así como del recién nacido, basado en lo aconsejado por los Grupos de Trabajo en Cuidados esenciales del Recién Nacido y Cuidados en el Parto Normal de la OMS (1996). Se evaluara en base a 20 puntos, tomando como deficiente del 0 al 8, mediana del 10 al 14 y satisfactoria del 16 al 20, dicha encuesta se aplicará en un mes tomando el 10% como muestra representativa del personal a evaluar.

% de autopsias fetales.

% de autopsias maternas

Se obtendrá dicha información a través del Servicio de Anatomía Patológica y de Archivo y Estadísticas de la MCP, para el año 2002.

% casos en tribunales mala praxis / total de pacientes atendidas.

Se obtendrá dicha información a través de la Dirección Médica y Servicio de Archivo y Estadísticas de la MCP, para el año 2002.

La evaluación de los **Resultados**, comprende la **Eficacia**, que se define como el logro del objetivo del servicio sobre los usuarios del mismo.

Indicadores:

Control Prenatal:
No. *pacientes curados / No. pacientes tratados x 100
*Pacientes curados: Partos normales (eutocicos).

No de *pacientes incapacitados / No. pacientes tratados x 100

*Pacientes incapacitados: su función fértil. (histerectomizadas)

No. de defunciones / No. pacientes tratados x 100.

Se obtendrá dicha información a través del Servicio de Archivo y Estadísticas de la MCP, en el período 2002.

Hospitalización en el Servicio 8:

No. pacientes infectados / No. pacientes tratados x 100.

Dicha información se obtendrá a través del Servicio de Archivo y Estadística de la MCP, en un periodo de un mes.

Cobertura es la proporción de personas con necesidades de servicio de salud que recibe atención para tales necesidades. Se determina la tasa dividiendo el número de personas que hacen uso de un determinado servicio, por el número de personas que tienen estas necesidades. La cobertura indica si el servicio de salud está llegando a la población que realmente lo necesita.

Indicadores:

Control Prenatal:

No. de embarazos en control de bajo Riesgo Obstétrico / No. total de embarazadas x 100

No de embarazos en control de Alto Riesgo Obstétrico / No. total de embarazadas x 100

Sala de Partos:

No. partos atendidos / No. partos esperados x 100.

Se obtendrá dicha información a través del Servicio de Prenatal de pacientes controladas con sus fechas probables de partos, corroborando a través de la Admisión del Hospital, su ingreso para su atención o no en un período de un mes, desde el alta por el control y su ingreso o no por la Admisión del Hospital

Hospitalización:

No. mujeres con control post-parto / No. total de partos x 100.

Se obtendrá dicha información a través del número de partos en un mes y el número de pacientes atendidas

por la consulta de Planificación Familiar en el mismo tiempo.

La **eficiencia** muestra la relación entre los efectos de un programa o servicio de salud y los gastos correspondientes de recursos e insumos.

Indicadores:
Hospitalización en Servicio 8:
Gastos hospitalarios por paciente día / No. días camas ocupada.
Gastos hospitalarios / No. de egresos (vivos)

Laboratorio:
Gastos de laboratorio / No. de exámenes.

Admisión:
Gasto en serv. de Emergencia / No. de consultas en emergencias.

Se obtendrá dicha información a través de la Dirección de Administración de la MCP y del Servicio de

Archivo y Estadísticas, para el mes de Septiembre del año 2003.

La **efectividad** se define como el resultado de las acciones de salud, sobre la población objeto de los mismos.

Se mide a través de las tasa de mortalidad materna, perinatal y morbilidad materna.

Las tasas de mortalidad ya están determinadas para el año 2002; las causas de morbilidad y sus porcentajes, se determinarán a través del Servicio de Archivo y Estadísticas de la MCP, par el año 2002.

2.5. Tipo y Diseño de Investigación

Estudio descriptivo-prospectivo, entre octubre y enero del año 2003-2004, pues su propósito es delimitar los hechos que conforman el problema y retrospectivo del año 2002 para poder evaluar la gestión en términos de sus resultados frente a la población expresando su eficacia, cobertura, eficiencia y efectividad y el método a utilizar será de análisis y síntesis, ya que se identificara cada una de las partes que caracterizan una realidad, y se relacionaran los

elementos componentes del problema tratando de proponer explicaciones.

2.6. Población y Muestra

La población estará representada por la Maternidad Concepción Palacios, hospital de IV nivel, ubicada en la Avenida San Martín, Caracas. Venezuela.

La Muestra estará representada por el departamento que tienen relación directa con la atención materno-neonatal, que por su estructura organizacional es: Él Departamento de Obstetricia y Ginecología con sus servicios: Servicio de Sala de Partos y su unidad de Admisión, Servicio de Prenatal y Servicio de hospitalización 8.

Los médicos que se encuestarán deberán ser especialistas en Gineco-Obstetricia y/o residente del último ano del postgrado de la misma especialización, representando por lo menos el 10% del total para el servicio en estudio.

Las enfermeras que se encuestarán, estarán representadas por al menos el 10% de las mismas para el servicio a estudiar.

El tamaño de la muestra de pacientes para la aplicación de las encuestas será extrapolado de al menos el 10% del total de pacientes que fueron asistidas por el servicio en estudio en el año anterior (2002), dato obtenido a través del Servicio de Archivo y Estadísticas de la M.C.P.

2.7. Instrumentos/Materiales

Por ser un proyecto teórico-practico, se necesitará como fuente de información tanto secundaria (Servicio de Estadísticas y archivo de la Maternidad Concepción Palacios, Censo del Instituto Nacional de Estadística, Venezuela) como primaria (Observación, encuestas).

La observación se realizará en el período de un mes para el estudio de la evaluación de los procesos, como son la utilización de los servicios y la calidad en la prestación de los mismos (oportunidad, continuidad).

Se utilizarán registros diarios para evaluar la Estructura (accesibilidad), los Procesos: intensidad de uso, utilización de servicios, productividad y rendimiento y calidad (integridad, oportunidad, continuidad), dicha información será vaciada semanalmente en una sabana (hoja estadística) durante cuatro (4) semanas consecutivas de los servicios en estudio.

Como material de referencia para conocer la información que manejan los médicos y enfermeras en los cuidados de las pacientes durante el trabajo de parto, parto y del recién nacido se utilizará las normas establecidas por los Grupos de Trabajo en Cuidados Esenciales del Recién Nacido y Cuidados en el Parto Normal de la OMS (1996).

Para las auditorias médicas en la evaluación de los procesos: la calidad (integridad, continuidad), se solicitará la participación de cinco (5) especialistas en Ginecología y Obstetricia del Servicio de Sala de Partos de la MCP con más de 5 y menos de 10 años de experiencia en la especialidad.

Las encuestas a realizar a los pacientes serán diseñadas de una forma sencilla, corta y cerrada, donde expresen en máximo tres alternativas lo que se quiere evaluar.

2.8. Procedimiento

1. Contactar e informar a:

- Las autoridades directivas de la Maternidad Concepción Palacios (Directora general y Directora Médico)

- Comisión Técnica y Auditoria interna del Hospital.

- El Jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia.

- Los Jefes de Servicios de Sala de Partos, Control Prenatal, Hospitalización piso 8, Pediatría en Sala de Partos, Laboratorio, Anatomía Patológica y Archivo y Estadísticas.

- El Jefe de la Unidad de Ultrasonografía.

- La Jefa del Departamento de Enfermería.

2. Recopilación de la muestra
3. Análisis de los resultados.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

1.- Diseño de encuestas para pacientes, personal médico y enfermería. Un mes: Octubre 2003.
2.- Obtención de los datos: Observación, aplicación de encuestas, recolección de estadísticas. Tres meses: Octubre 2003- Enero 2004.
3.- Análisis de los resultados y Conclusiones. Un mes: Febrero 2004.
4.- Entrega del Proyecto: Febrero 2004.

2.9. Consideraciones Éticas

La información obtenida será manejada con confidencialidad, no se les pedirá identificación en las encuestas realizadas a los pacientes, personal médico y de enfermería para tratar de obtener los resultados más confiables. No se tratara de obstaculizar el trabajo durante las observaciones directas en la evaluación de los procesos (utilización de los servicios y calidad de los mismos: oportunidad, continuidad) ni se harán sugerencias que puedan repercutir en la observación. Se tratará que la Comisión Técnica y Dirección del Hospital estén al tanto de las observaciones, pero no así los servicios en estudio, para evitar errores en el muestreo.

CAPITULO III
ANÁLISIS DE DATOS PROPUESTOS

Los resultados de la investigación serán analizados en frecuencias absolutas y relativas y presentados en cuadros y/o tablas. Las tasa serán expresadas por cada 1.000, 10.000 y 10.000 nacidos vivos, de acuerdo a lo que se este señalando.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bernal, C. (2000). Metodología de la Investigación para Administración y Economía. Colombia. Editorial Nomos S.A.

Chiavenato, I. (1999). Introducción a la teoría General de la Administración. Segunda Edición. Mc. Graw Hill. Colombia.

Donabedian, A. (1980) Explorations in Quality Assement and Monitoring. Volumen 1: Definition of Quality and Approaches to its Assement. Ann Arbor, Michigan: Health Administrations.

Faneite, P. J. (2000). Impacto socioeconómico sobre la salud evaluado con la mortalidad perinatal. Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela, 60 (2), 85-88.

Faneite, P.J. (2000). Mortalidad maternal y perinatal. Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela, 4 (3), 1-10.

Faneite, P.J. (2000). Mortalidad perinatal. Análisis quinquenal de 30 años (1969-1998). Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela, 60 (1), 23-25.

Gaceta Oficial Número 32.650 de Enero de 1983. Decreto Número 1.798. Clasificación de Sistemas Hospitalarios Venezolanos.

Hospitales - Maternidad Concepción Palacios. (5/6/2003). MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS. Disponible en Internet. Versión de caché de Google: www.susalud.gov.ve/hospitales/maternidad.html

Kerlinger, F. Lee, H. (2002). Investigación del Comportamiento. 4ta Edición. México. Mcgraw-Hill/Interamericana.

MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS. SERVICIO DE ESTADISTICA Y ARCHIVO. BOLETIN ESTADISTICO. SALA DE PARTOS. AÑOS 2000, 2001, 2002.

Organización Mundial de la Salud (2000). Informe sobre la Salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud. Washington D.C.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (3/6/2003). Plan de desarrollo del CLAP (1998-2001)Justificación. Disponible en Internet. Versión caché en Google: www.paho.org/spanish/clap/acejus.htm.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (3/6/2003). CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO (CLAP) 4- MORTALIDAD MATERNA - PERINATAL - INFANTIL (América Latina y Caribe) .Disponible en Internet. Versión en caché de Google: http://www.paho.org/spanish/clap/05mort.htm.

Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud. ANALISIS PRELIMINAR DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE VENEZUELA. Disponible en Internet. Versión en caché de Google: Versión encaché

de Google: www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-sit-salud-nuevo.htm.

Pabón, H. (1987). Evaluación de los servicios de salud. 2da Edición, Colombia: Fondo de Investigación. Fundación para la Educación Superior (FES) y Centro de Apoyo para el desarrollo en Salud. (CEPADS) de la Universidad del Valle.

Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de Salud.(3/6/2003).
PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1ª. ed., 20 de Octubre de 1999) (2ª. ed. 14 de Mayo de 2001). Disponible en Internet. Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat - Versión en HTML. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/venpres.pdf.

Waaler H, Sterk.G. (1984). ¿Cuál es el mejor indicador de la atención de salud?. Foro mundial de la salud, (5), 318-321.