

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL EN CINCO UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR

GENARO VEGA-VEGA, M.C.⁽¹⁾

Vega-Vega G.
Evaluación de la atención materno infantil
en cinco unidades de medicina familiar.
Salud Publica Mex 1993;35:283-287.

RESUMEN

En 1991 se llevó a cabo una evaluación de cinco de las 38 Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Distrito Federal. Se evaluó la atención proporcionada a las mujeres embarazadas y a los niños hasta un año de edad a través de la revisión de expedientes clínicos. Se utilizaron cuatro indicadores para evaluar la atención prenatal de las mujeres embarazadas como son: a) semanas de embarazo en la primera consulta prenatal, b) número de consultas prenatales, c) número de veces en que se les tomó la presión arterial a las embarazadas antes del parto, y d) número de veces en que se les realizó un examen general de orina a las embarazadas antes del parto. Para los niños menores de un año se utilizaron los siguientes indicadores: a) número de consultas al finalizar el primer año de vida, b) peso, c) número y tipo de vacunas. El cumplimiento de los estándares fue variable en las cinco unidades. La medición de los indicadores permite identificar desviaciones y concentrar actividades futuras para mejorar el desempeño de las unidades.

Palabras clave: calidad de la atención, indicadores de calidad, atención materno infantil, México

Vega-Vega G.
Evaluation of maternal and child health care
in five units of family medicine.
Salud Publica Mex 1993;35:283-287.

ABSTRACT

In 1991 five of the 38 Family Practice Units of a Social Security Institute in Mexico City were evaluated regarding the care provided to pregnant women and to children under the age of one. The clinical records were reviewed looking for the following indicators: a) weeks of pregnancy at first prenatal visit, b) total number of prenatal visits, c) total number of times the arterial tension was recorded during the prenatal visits, d) total number of urine exams during the prenatal visits, e) total number of visits by the first year of age, f) weight, and g) number and type of vaccines. The five units had a variable compliance with the standards. The measurement of the indicators permits the identification of deviations and to focus future efforts to improve the care provided at the Units.

Key words: quality of care, quality indicators, maternal and child care, Mexico

Solicitud de sobretiros: Dr. Genaro Vega Vega, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Calle San Ramón S/N, Unidad Independencia, 10100 México, D.F.

(1) Asesor académico de la División de Medicina Social, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Fecha de recibido: 18 de agosto de 1992 **Fecha de aprobado:** 5 de enero de 1993

ES DE TODOS conocido que las madres y los niños se encuentran entre los grupos más vulnerables en términos de morbilidad y mortalidad. Esta vulnerabilidad se debe a las condiciones especiales en que se encuentran ambos, durante las etapas del embarazo y de la infancia, relacionados con los procesos biológicos de la reproducción, crecimiento y desarrollo.

La población definida como materno-infantil incluye a las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad) y a los niños hasta los cinco años de edad. En 1990, ambos grupos representaron el 36.9 por ciento de la población usuaria total de los servicios médicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Sin embargo, y reconociendo el compromiso institucional para el bienestar de estos grupos de población, dentro del IMSS la mortalidad perinatal ha permanecido sin mayores cambios durante el periodo de 1981 a 1987, con una tasa de 18.5 a 18.8 muertes por mil nacidos vivos respectivamente. En el periodo de 1982 a 1989, la tasa de mortalidad materna descendió de 59.6 a 46.2 muertes por cien mil nacidos vivos.

Como las principales causas de muerte materna dentro del IMSS se han identificado la toxemia, las hemorragias del embarazo y del parto, la sepsis puerperal, el aborto y otras complicaciones del puerperio. Con respecto a las causas de mortalidad perinatal y por orden de importancia, se encuentran las complicaciones de la placenta, cordón y membranas; las afecciones respiratorias del feto y del recién nacido; el síndrome de dificultad respiratoria; los trastornos derivados del bajo peso y la corta gestación; la anencefalia y, finalmente, la hipoxia intrauterina y la asfixia al nacer.

Los esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de los usuarios se han enfocado básicamente a estos grupos, debido a su susceptibilidad ante las condiciones adversas que podrían ocasionar repercusiones en la salud a largo plazo.

Dentro del IMSS el Programa de Salud Materno-Infantil se guía, en primer lugar, por la administración de los servicios de salud en forma distintiva a los grupos con mayores riesgos y, posteriormente, mediante el seguimiento y la evaluación de las actividades y los programas, a fin de identificar los motivos por los que no se lograron los objetivos inicialmente considerados y reprogramar procedimientos alternativos de trabajo, aunados al reconocimiento de necesidades de capacitación.

De acuerdo con esta estrategia de riesgo, el IMSS cuenta con un programa de vigilancia materno-infantil

para proveer atención y seguimiento tanto a la evolución de las embarazadas, como al crecimiento y desarrollo de los menores.

Las actividades de este programa se llevan a cabo en todas las unidades de medicina familiar del Instituto; destaca la importancia que se ha dado al hecho de brindar dicho servicio con suma eficiencia, tratando de identificar los factores de riesgo para prevenir los eventos que, estando al alcance del médico familiar, disminuyan la morbilidad de estos grupos y concomitantemente la mortalidad. El médico familiar se ocupa, entre otras actividades, del llenado de ciertos formatos-cuestionarios del expediente clínico, que brindan información para el seguimiento del paciente y donde se registra la evolución de su vigilancia; por ello, esta actividad debe realizarse con un máximo de eficacia, acompañada de la exploración del paciente lo cual, en conjunto, debe traducir un adecuado conocimiento y control de los pacientes. Sin embargo, a pesar de ser supervisada por el jefe de departamento clínico, dicha actividad no se realiza en forma integral, lo que influye en la falta de calidad esperada para la atención de esta población. El mismo médico familiar desconoce las desviaciones en la evolución del embarazo, y del crecimiento y desarrollo del niño y sus repercusiones en la población. El propósito del presente estudio fue identificar las diferencias en la atención materno-infantil en algunas unidades de medicina familiar o de primer nivel, para mejorar estos servicios.

Existen muchas ideas, que no son novedosas, para mejorar la calidad en la atención a los pacientes. Existe asimismo interés con respecto al grado en el que los recursos para la atención a la salud, o los servicios incluidos en la misma, corresponden a estándares específicos, pues si se aplican esos estándares, se pueden lograr los resultados esperados.

Se cuenta con una gran variedad y con rangos de indicadores que permiten evaluar los objetivos; en relación a la atención materno-infantil, se pueden citar las tasas de fertilidad e intervalo entre embarazos como indicadores de salud reproductiva; la mortalidad materna como indicador de atención materna y las tasas de mortalidad infantil que reflejan la atención a este grupo y que también ponen de manifiesto las características del desarrollo económico en general.

Además, los indicadores pueden utilizarse para conocer la accesibilidad, la utilización y las condiciones en que se brinde la atención materno-infantil; para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere algunos

indicadores de evaluación del avance en la estrategia de "salud para todos".

En este estudio se intentó probar un grupo de indicadores de salud materno-infantil, sugeridos por la OMS, para medir el desempeño y la calidad de los servicios de atención materno-infantil en cinco unidades de medicina familiar, así como también analizar los resultados y proponer medidas que coadyuven a homogeneizar la calidad de la atención.

Los indicadores utilizados fueron:

Atención materna

- Porcentaje de mujeres embarazadas con la primer consulta antes de la semana 16 del embarazo.
- Porcentaje de mujeres embarazadas cubiertas con por lo menos cuatro consultas antes del parto.
- Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les tomó la tensión arterial por lo menos en cuatro ocasiones.
- Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó examen general de orina por lo menos en cuatro ocasiones

Atención infantil

- Porcentaje de niños con, por lo menos, seis consultas al finalizar su primer año de vida.
- Porcentaje de niños con peso por edad de acuerdo a estándares institucionales.
- Porcentaje de niños con esquema completo de vacunas al finalizar su primer año de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como población de estudio se consideró tanto a las mujeres embarazadas como a los niños hasta de un año de edad que estuvieron bajo control en las unidades de medicina familiar del Distrito Federal seleccionadas, del 1° de enero al 31 de julio de 1991. Para ello, se utilizó la información registrada en los informes de consulta diaria en los consultorios de dichas unidades; se consideró como casos a los pacientes que fueron notificados como consultas de primera vez o subsecuentes, y que acudieron tanto a consulta de vigilancia de embarazo como a consulta de control de niño sano.

Diseño muestral

La población blanco se encontraba en 38 unidades de medicina familiar ubicadas en cuatro delegaciones o distritos del IMSS en el Distrito Federal, de las cuales se seleccionaron cinco en forma aleatoria: las unidades 11, 5, 20, 17 y 22, que para el estudio fueron renombradas como A, B, C, D y E.

Diseño operativo

Para la recolección de los datos se seleccionaron, inicialmente, los expedientes de la consulta diaria de los pacientes que reunían las características antes mencionadas. La selección se hizo en forma aleatoria, sistemática a intervalos de cada cuatro pacientes, a los cuales se les aplicó un cuestionario que incluía las principales características de la atención que habían recibido, basado en el registro de los datos en la forma institucional de vigilancia de embarazo y control del niño sano y en los datos consignados durante su visita al médico familiar. Asimismo se estudiaron otras características de comportamiento prenatal y pediátrico.

Análisis estadístico

Una vez recopilados los cuestionarios, la información se procesó a través de una base de datos con el programa dBase IV; posteriormente se realizó el procesamiento estadístico por medio del paquete SPSS/PC.

RESULTADOS

Se aplicaron 1 089 cuestionarios, divididos en la siguiente forma: 581 en mujeres embarazadas y 508 en niños hasta de un año de edad.

La figura 1 muestra los resultados del primer indicador de atención materna, para el cual la clínica D presenta menor porcentaje (46.9%) de mujeres vistas hasta antes de la semana 16 y la clínica B manifiesta un mayor porcentaje (60.3).

Con respecto al segundo indicador (mujeres con un embarazo de 33 a 38 semanas que tuvieron un mínimo de cuatro consultas prenatales), destaca la clínica E con el 60 por ciento de sus pacientes embarazadas quienes sólo tuvieron tres consultas, y el restante 40 por ciento

con cuatro a siete consultas. La clínica C tuvo un 4.5 por ciento de pacientes que contó con doce consultas o más (figura 2).

Para el tercer indicador se encontró la existencia de un problema de control de las pacientes embarazadas, a las que no se sigue en forma continua y, en consecuencia, no les toma la tensión arterial. En la figura 3 se observa que la clínica E presenta el 65.1 por ciento de pacientes con toma de tensión arterial en sólo tres ocasiones.

Destaca un fenómeno verdaderamente riesgoso, relacionado con el porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó examen general de orina en, por lo menos, cuatro ocasiones (cuarto indicador): únicamente en la clínica C se le realizó a un 1.8 por ciento y en la D a un 0.8 por ciento. La mayoría de las clínicas presenta un mayor porcentaje en la toma de un solo examen general de orina y, en algunas como la C, D y E, un porcentaje bajo de sus pacientes carece de cualquier examen de laboratorio (figura 4).

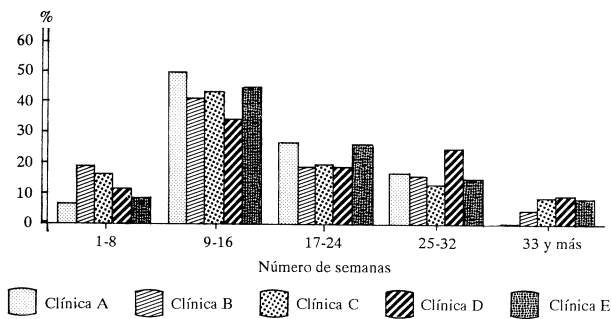


FIGURA 1. Porcentaje de mujeres embarazadas según la semana de embarazo en la primera consulta

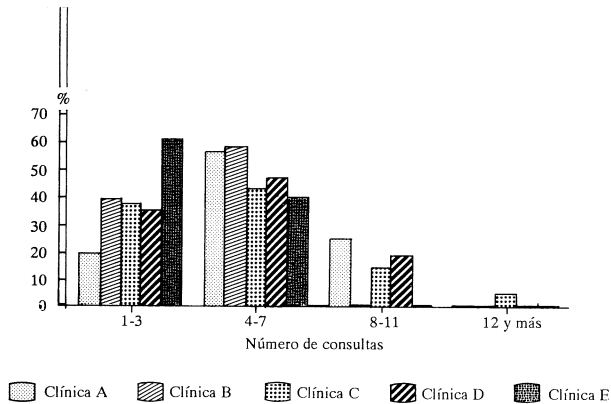


FIGURA 2. Porcentaje de mujeres embarazadas según el número de consultas antes del parto

Los resultados de los indicadores de la atención infantil se muestran en las figuras 5, 6 y 7. En la primera se observa que en la clínica A el 50 por ciento de los niños entre nueve y 12 meses de edad no recibió más de tres consultas y por el contrario, en la clínica E el 60 por ciento de los niños tuvo de siete a nueve consultas. Por otra parte, en la clínica B el 75 por ciento de niños tuvo entre cuatro y ocho consultas; el 25 por ciento restante tuvo 10 y más consultas.

El porcentaje de niños con peso por edad de acuerdo a estándares institucionales indica un elemento sumamente importante en los países en desarrollo. Destaca el hecho de que en todas las unidades predomina el grupo de bajo peso (figura 6).

Por último, en la figura 7 se observa que la mayoría de los niños menores de un año se encuentra en el extremo

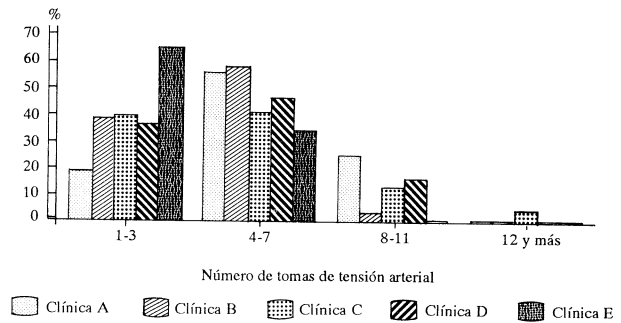


FIGURA 3. Porcentaje de mujeres embarazadas con un periodo de 33 a 38 semanas, según el número de veces que se les tomó la tensión arterial durante su visita para control del embarazo

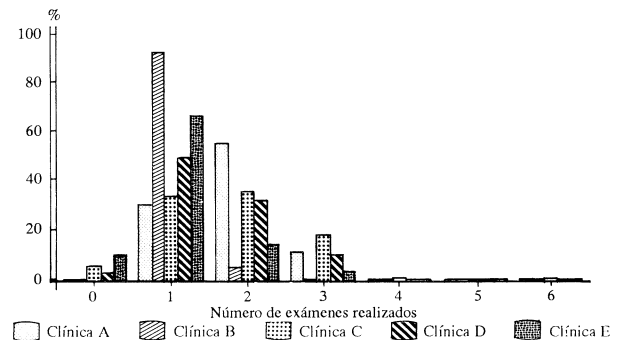


FIGURA 4. Porcentaje de mujeres embarazadas según el número de veces en que se les realizó examen general de orina

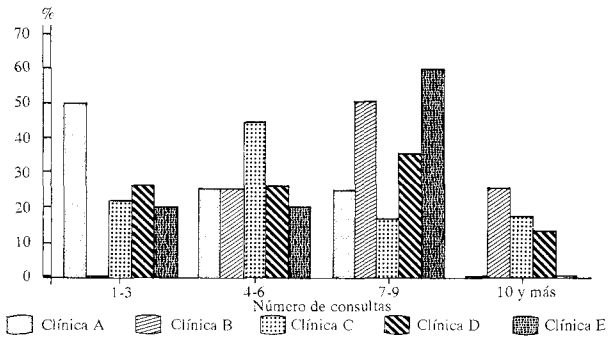


FIGURA 5. Porcentaje de niños según el número de consultas al finalizar su primer año de vida

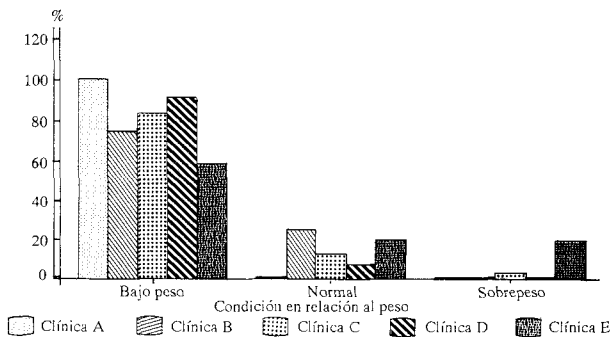


FIGURA 6. Porcentaje de niños con peso por edad de acuerdo a estándares institucionales

del esquema completo de vacunación, aunque cabe tomar en cuenta los casos contrarios.

CONCLUSIONES

La información de este estudio pone de manifiesto, comparativamente, las formas en las que se maneja un pro-

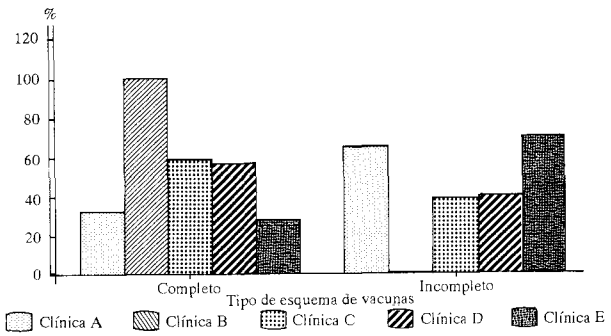


FIGURA 7. Porcentaje de niños según tipo de esquema de vacunas al finalizar su primer año de vida

grama establecido y que cuenta con un patrón bien definido para su desarrollo. Asimismo, se evidencia la necesidad de mejorar los servicios en este nivel, para lo cual habrá que difundir con mayor profundidad los estándares ya definidos, además de intensificar tanto el control como la evaluación del programa. Lo anterior se puede hacer fácil y rápidamente, utilizando instrumentos como los siete indicadores de salud, que han demostrado su utilidad práctica en la atención materno infantil contando con éstos, de preferencia, en un sistema de información. De igual manera, se les puede utilizar para retroalimentar a los productores directos de la información (los médicos familiares), a quienes les permitiría identificar las desviaciones y las condiciones que deben intensificarse, además de las actividades que deben prevenirse.

AGRADECIMIENTOS

A los directores, jefes de departamento clínico y médicos familiares de las unidades referidas, quienes hicieron posible la realización de esta investigación