

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



EFICACIA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN PRENATAL DE LA RED ASISTENCIAL PUNO ESSALUD AÑO 2013.

TESIS PRESENTADA POR:

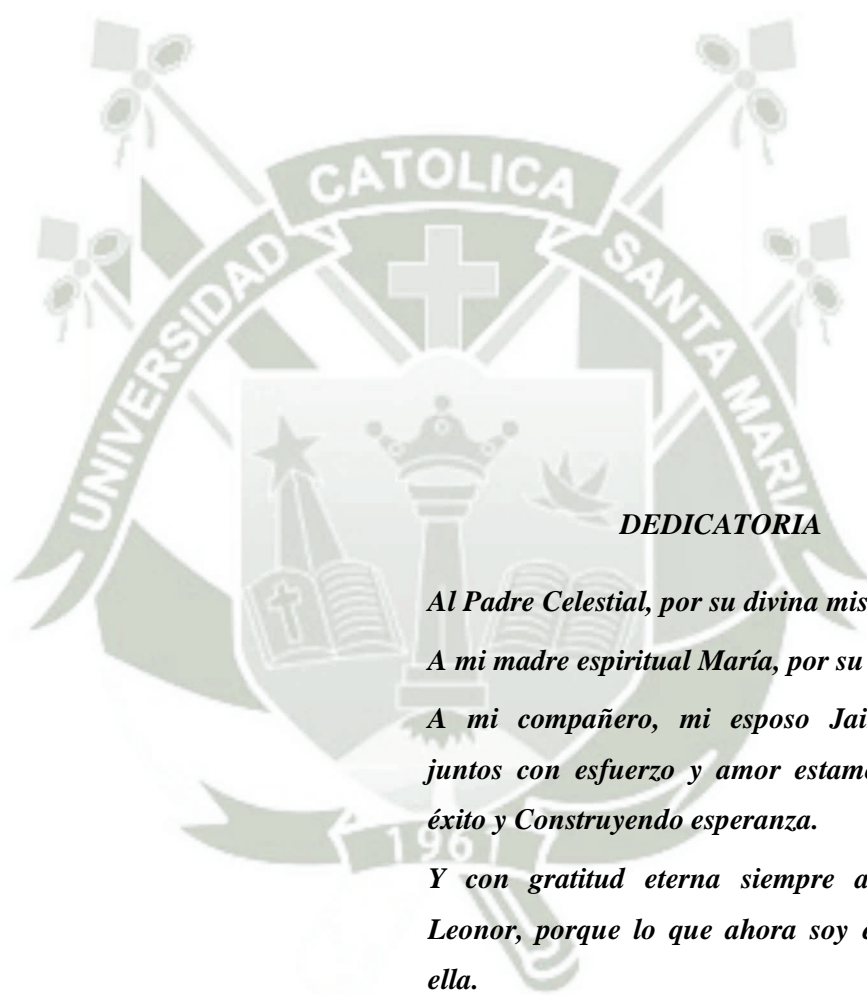
Obstetra: CECILIA ACO ZEA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ESTIMULACIÓN PRENATAL
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y
DEL CLIMATERIO.

AREQUIPA – PERÚ

2015



DEDICATORIA

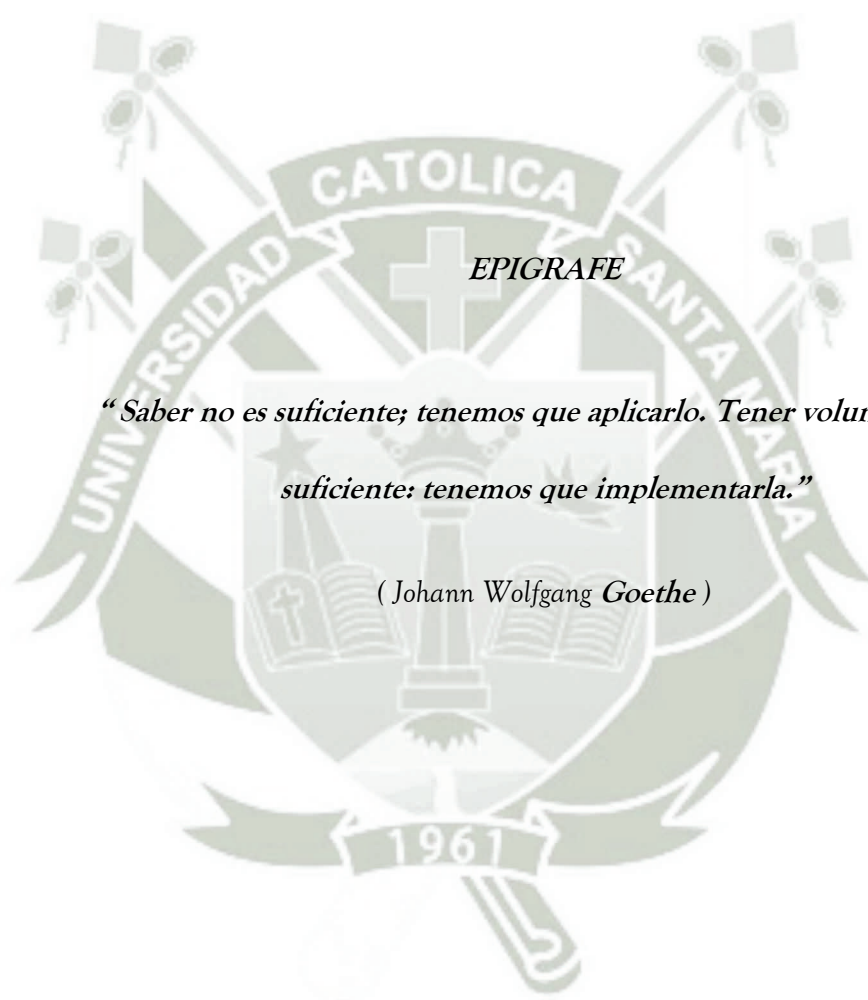
Al Padre Celestial, por su divina misericordia,

A mi madre espiritual María, por su protección.

*A mi compañero, mi esposo Jaime, porque
juntos con esfuerzo y amor estamos logrando
éxito y Construyendo esperanza.*

*Y con gratitud eterna siempre a mi mama
Leonor, porque lo que ahora soy es gracias a
ella.*

*Dedicado también a mis queridas pacientes,
deseo darles siempre más de mi.*



EPIGRAFE

“Saber no es suficiente; tenemos que aplicarlo. Tener voluntad no es suficiente; tenemos que implementarla.”

(Johann Wolfgang Goethe)

INDICE GENERAL

	pag.
DEDICATORIA	ii
EPÍGRAFE	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	
1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	01
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	01
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	03
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	12
2 OBJETIVOS	05
3 MARCO TEÓRICO	05
3.1 MARCO CONCEPTUAL.....	05
3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS. ...	29
4 .HIPÓTESIS.....	31
 CAPÍTULO II : PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
MATERIALES Y MÉTODOS	45
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	33
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	33

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
CAPÍTULO III: RESULTADOS	37
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	57
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	63
ANEXOS	66



RESUMEN

El presente estudio tiene por objeto la evaluación de la calidad en la aplicación del programa de estimulación prenatal de la Red Asistencial Puno EsSalud en el periodo I semestre 2013, considerando a la eficacia como herramienta que contempla sus aspectos más importantes y permitan su monitorización. La evaluación de eficacia por indicadores es un instrumento que se ha demostrado útil para esta finalidad. Siguiendo el orden lógico de la evaluación se inicia con verificar la estructura, los procesos y resultados.

Se trabajó con una muestra de 527 gestantes, repartidas entre los tres establecimientos considerados en el estudio, utilizamos la Clasificación y ordenamiento de la información, para la cual se usa la matriz de sistematización y Organización de los datos a través de cuadros y gráficos, explicando los resultados, y sus recomendaciones.

El cumplimiento de **Estructura** del programa de Estimulación Prenatal por la Red Asistencial Puno – EsSalud, en el Primer Semestre 2013 es eficacia media (60.31), el aspecto más deficiente es por la Infraestructura.

Destacando el consolidado de eficacia del cumplimiento de Resultado, 99.99 % es de eficacia alta (99.99%), aspecto que resalta e incrementa la eficacia en la Red.

El consolidado de cumplimiento del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud, en el periodo de Primer Semestre 2013, resulta eficacia alta (83.24 %)

PALABRAS CLAVES: Estimulación Prenatal – eficacia - Proceso - estructura – resultado.

ABSTRACT

The present study aims at evaluating the quality of implementation of the program of prenatal stimulation EsSalud Puno Assistance Network in the first half 2013 period, considering the effectiveness as a tool that provides the most important aspects and allow monitoring. Evaluating efficacy indicators is an instrument that has proved useful for this purpose. Following the logical order of evaluation begins with verifying the structure, processes and results.

We worked with a sample of 527 pregnant women, divided between the three institutions considered in the study, we used the classification and management of information, for which the matrix of systematization and organization of the data used by tables and charts, explaining results, and recommendations.

Compliance Program Structure Prenatal Care Network Stimulation Puno - Essalud, in the first half 2013 is average efficiency (60.31), the weakest aspect is the infrastructure.

Highlighting the effectiveness of compliance Consolidated Result, 99.99% is high efficiency (99.99%), aspect that stands out and increases network efficiency.

Consolidated Compliance prenatal stimulation program in Puno Essalud Healthcare Network in First Half 2013 period, it is high efficiency (83.24%)

KEYWORDS: Prenatal stimulation - effectiveness - process - structure - result.

INTRODUCCIÓN

El tema principal de este trabajo es la calidad del programa de estimulación prenatal, evaluada mediante la eficacia, estimo conveniente empezar definiéndola, para lograr total claridad sobre la eficacia, hace falta precisar lo que constituye un “objetivo”. Particularmente, necesitamos estipular que un objetivo bien definido explicita lo que se busca generar, incluyendo la calidad de lo que se propone. Así mismo, un objetivo debe delimitar el tiempo en que se espera generar un determinado efecto o producto. Por tanto, una iniciativa resulta eficaz si cumple los objetivos esperados en el tiempo previsto y con la calidad esperada.

Cabe destacar que la eficacia contempla el cumplimiento de objetivos, sin importar el costo. Una determinada iniciativa es más eficaz según el grado en que cumple sus objetivos, teniendo en cuenta la calidad y la oportunidad, y sin tener en cuenta los costos.

La estimulación prenatal se puede definir como el conjunto de acciones que proporcionarán al ser humano desde la concepción hasta su nacimiento, las experiencias que éste necesita para potenciar las capacidades y habilidades y con la calidad esperada.

Si bien se ha implementado el programa de Estimulación Prenatal para un adecuado cumplimiento; la red Asistencial Puno, de ESSALUD, aún presenta barreras que dificultan el cumplimiento de atención con calidad; no se ha cuantificado la eficacia desde su implementación, motivada por ello es que se realiza el siguiente trabajo de investigación para conocer la calidad mediante la evaluación de la eficacia del programas de estimulación prenatal en la Red Asistencial Puno, permitirnos mejorar y potenciar este servicio.

El presente trabajo, está desarrollado por capítulos, Capítulo I, Planteamiento Teórico desarrollando Problema de la Investigación, objetivos, Marco Teórico, y la hipótesis; seguidamente, Capítulo II Planteamiento Operacional desarrollando material, métodos; finalizando con Capitulo III con resultados, utilizando cuadros y gráficos seguidos de discusión, conclusiones y recomendaciones.



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

EFICACIA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN PRENATAL DE LA RED ASISTENCIAL PUNO ESSALUD AÑO 2013.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1 Campo, Área y línea de acción.

Campo : Ciencias de la Salud.

Área general : Obstetricia

Área Específica : Salud Materno Perinatal

Línea : Calidad de la atención en el programa de Estimulación Prenatal.

1.2.2 Análisis de las variables

Variables Indicadores Sub-indicadores

Variables	Indicadores	Sub-indicadores	
EFICACIA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN PRENATAL (Logro de los objetivos hacia un manejo adecuado y con calidad del Programa de Estimulación Prenatal.)	Estructura	<input type="checkbox"/> Infraestructura <input type="checkbox"/> Mobiliario - Equipos <input type="checkbox"/> Recursos Humanos	
	Proceso	Actividades de Estimulación Prenatal	N° Grupos N° de participantes
	Resultados	N° de Actividades Programadas	N° de Actividades Realizadas

1.2.3 Interrogantes Básicas

Las interrogantes que guiaron la investigación son las siguientes:

- a. ¿Cuál es la eficacia respecto a la estructura del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial – EsSalud – 2013?
- b. ¿Cuál es la eficacia respecto al proceso del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial – EsSalud – 2013?
- c. ¿Cuál es la eficacia respecto a resultados del Programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial – EsSalud - 2013?
- d. ¿Cuál es la eficacia total del cumplimiento del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial – EsSalud – 2013?

1.2.4 Tipo y nivel de la investigación

- a) El tipo de problema a investigar es de campo.
- b) El nivel es explicativo y comparativo.

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio del problema es justificado por:

a. Relevancia humana.

Uno de los retos que hay que enfrentar para poder contribuir a mejorar la calidad de vida de la gestante, y de la población, requiere cambios, positivos que le permita participar activamente en la evolución del embarazo, parto y puerperio.

Motivando un estado de auto-cuidado, desarrollado a través de la educación en salud, en el área materna, lo que contribuye a detectar signos de alarma con enfoque preventivo de riesgos durante el embarazo.

Contribuyendo a mejorar adecuadamente el adecuado cumplimiento de un Programa de Estimulación Pre natal, que alcance objetivos en cuanto a la estructura y organización programados.

b. Relevancia Contemporánea

Actualmente este programa de Estimulación Pre natal se realiza en los Centros Asistenciales de la Red Puno de EsSalud, tratando de incrementar el vínculo del trinomio madre padre y el bebe desde su formación intrauterina, ayudando a evitar daño posterior.

Muchas escuelas han planteado que la educación de la madre durante la gestación, respecto a la estimulación prenatal, constituye una forma positiva de ayudar a la madre a enfrentar este evento fisiológico y a disminuir la carencia de estimulación y el vínculo madre bebe.

c. Relevancia institucional.

A través de este, programa se desarrollará habilidades interpersonales, escucha activa y empatía de las gestantes que asisten.

Como la capacidad para el trabajo en equipo, capacitación continua y de desarrollo de una cultura de calidad.

Conociendo la eficacia del cumplimiento de las actuales normas del Programa de Estimulación Prenatal, se podrá colocar a la Estimulación Prenatal como base para la promoción, a través de material, equipamiento y estructura adecuados para el desarrollo de dicho programa en toda la Red Asistencial.

2. OBJETIVOS

4.1. Determinar la eficacia respecto a la estructura del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial – EsSalud – 2013.

4.2. Determinar la eficacia respecto al proceso del programa Estimulación Prenatal en la Red Asistencial – EsSalud – 2013.

4.3. Determinar la eficacia de resultados del programa de Estimulación Prenatal de la Red Asistencial-EsSalud – 2013

4.3. Determinar la eficacia total de cumplimiento del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial – EsSalud – 2013.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 EFICACIA DE UN PROGRAMA

La evaluación de la calidad de la aplicación de un programa requiere herramientas que contemplen sus aspectos más importantes y permitan su monitorización. La evaluación por indicadores es un instrumento que se ha demostrado útil para esta finalidad. Siguiendo el orden lógico de la evaluación se inicia con verificar la estructura, los procesos y resultados, encontrando el uso de la eficacia dentro de los indicadores más importantes del último. (1)

3.1.1 Concepto

Para su definición se deberán tener en cuenta las principales variables que determinan la infraestructura, proceso, recurso humano y equipamiento. Expresa, de diferentes maneras, el grado de obtención de los beneficios previstos con el programa. Su importancia radica en que suministran información para la obtención de parámetros de operación.

Este indicador mide la contribución del programa al cambio en los indicadores de diagnóstico del problema, como resultado de su utilización. Este indicador se

obtiene comparando las variables del indicador de diagnóstico con los resultados del programa en cuestión y su resultado es la diferencia con el indicador de diagnóstico. Se expresa en porcentajes pero se interpreta como "alta, media o baja eficacia" dependiendo de la mayor o menor diferencia con los indicadores de diagnóstico que se toman como base para el análisis¹.

Se define como el logro del objetivo o meta del programa sobre los usuarios del mismo. Permiten determinar cuantitativamente el grado de cumplimiento de una meta con los recursos disponibles en un tiempo determinado².

$$Eficacia (E) = \frac{Meta\ alcanzada \times 100}{Valor\ basal\ idóneo}$$

Rango de valoración:

Se obtiene considerando el consolidado de la Eficacia obtenida en cada criterio respectivamente. Se han establecido 3 rangos cada una con sus respectivos márgenes porcentuales³:

Rango 1 EFICACIA ALTA: La puntuación de la eficacia consolidada de la estructura y proceso es mayor o igual a 75%. Siendo posible que se continúe llevando a cabo el programa en forma sostenible.

Rango 2 EFICACIA MEDIA: La puntuación de la eficacia consolidada de la estructura y proceso es mayor del 50% y por debajo del 75%. En este caso será necesario realizar ajustes al Programa y volver a aplicarlo.

¹ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. (2006). Indicadores de diagnóstico, seguimiento evaluación y resultados. Elementos conceptuales para su definición y aplicación. Departamento Nacional de Planeación Unidad de Inversiones y Finanzas Públicas * Red Nacional de Bancos de Programas y Proyectos. Santa Fe Bogotá. <http://www.cepis.org.pe/bvsahi/fulltext/indicadores.pdf>

² GARCÍA, RÁEZ L, CASTRO M, VIVAR L Y OYOLA L. (2003). Sistemas de Indicadores de calidad I. Rev. Industrial Data Vol. (6) 2: pp. 66-73. Publicación del Instituto de Investigación de la Fac. de Ing. Industrial de la UNMSM. Perú.

³ FERNANDEZ RIOS M, SANCHEZ GARCIA J. (1998). Eficacia organizacional: Concepto, desarrollo y evaluación. Ed. Díaz de Santos. p. 179-214. España.

Rango 3 EFICACIA BAJA: La puntuación de la eficacia consolidada de la estructura y proceso es por debajo del 50%. Requerirá rediseñar todo el programa, validarlo y aplicarlo como si fuera uno nuevo.

3.1.2 Conceptos de calidad de atención en salud

Se han hecho muchos intentos de definición, persiste la dificultad para expresar claramente la noción de calidad.

Donabedian⁴ define la calidad de la siguiente manera:

“La calidad técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología medida de manera que maximice el beneficio para la salud, sin incrementar correspondientemente los riesgos”.

También añade que existen tres elementos estrechamente interrelacionados: La dimensión técnica en términos de efectividad (no tiene calidad lo que no es efectivo) la dimensión humana, relativa a la relación entre el profesional y el paciente, en aspectos como el respeto, la privacidad y la amabilidad.

La tercera es la dimensión del confort, inclusive estética, de los servicios de salud brindados.

Maxwell define las dimensiones de la calidad de atención de salud como

Aceptabilidad: El servicio debe orientarse hacia el usuario, en términos de libre elección, privacidad y servicio personalizado.

Efectividad: Hacer las cosas correctas. El servicio proporcionado debe resolver las necesidades de los usuarios a atender.

Eficiencia: Hacer las cosas correctamente. Usar cuidadosamente y con razonables márgenes de seguridad los recursos y la tecnología disponible.

⁴ DONABEDIAN A. (2003). Una exploración conceptual. En: la calidad de la atención médica. La prensa Médica Mexicana. p. 1-39. México DF.

Equidad: Que los recursos se distribuyan proporcionalmente a las necesidades de salud.

Adecuación: Que las tecnologías, métodos y recursos sean los apropiados a la problemática que debe abordarse.

Accesibilidad: Que los servicios se encuentren al alcance de la población a que supone deben servir.

a. Calidad objetiva

Es la dimensión técnica de la calidad de Donabedian, Calidad del Producto o calidad de atención.

Es llamada también calidad objetiva y tiene que ver con el logro de un máximo de eficacia con un mínimo de riesgo. Se refiere a la eficacia y seguridad de la atención en salud.

b. Calidad percibida o subjetiva

Corresponde a la “dimensión humana” y de confort de Donabedian, y la llamada “calidad de servicio” Para suraman, esta es definida como un juicio global de valor, elaborado por el usuario de un servicio acerca de su grado de excelencia o superioridad. Dicho juicio resulta de la comparación que el usuario realiza subjetivamente entre las expectativas que tenía del servicio y lo que realmente percibe al momento de utilizarlo. El grado de satisfacción que ofrece el servicio con relación a las exigencias del usuario.

3.1.2 Dimensiones de la calidad

a. Dimensiones de la calidad técnica⁵

Estructura.- Condiciones físicas o institucionales para brindar calidad, comprende infraestructura física, equipamiento médico, mantenimiento, personal, comunicaciones y transporte.

⁵ DUEÑAS ARAQUE OSCAR LEONCIO. (2003). Dimensiones de la calidad en salud. Revista virtual Gerencia en Salud. Colombia. <http://www.gerenciasalud.com/art260.htm>

Diseño.-Bosquejo de calidad, comprende la planificación, formulación y comunicación de normas.

Proceso.-La manera como se organizan los recursos y se ejecutan las acciones orientadas a la prestación de la atención.

Resultados.- El impacto en el estado de salud de la persona o la comunidad.

Por su carácter técnico resulta fácil medirla en un conjunto de técnicas e instrumentos de medición.

b. Dimensiones de la calidad percibida

Esta segunda dimensión de la calidad lo que presenta mayores problemas para su medición. Las dificultades se derivan al mismo tiempo de la naturaleza del objeto de estudio, que es el servicio, en sí mismo y la subjetividad de quien evalúa, que es el propio usuario.

En cuanto a la subjetividad de quien percibe y juzga, debe tenerse en cuenta las expectativas como las percepciones pueden variar considerablemente de persona a persona, e incluso podrían diferir para el mismo individuo en diferentes momentos o bajo distintas condiciones externas o emocionales⁶.

3.1.3 Modelos de la gerencia de calidad

Existen dos grandes modelos de gestión de la calidad: Garantía de la calidad y el de Gerencia de la calidad Total.

a. Garantía de la calidad

En realidad, la noción de garantía de la calidad en salud ha venido cambiando durante los últimos años; actualmente equivale al monitoreo continuo del desempeño de acuerdo a estándares.

⁶PRIEGO-ÁLVAREZ H., MENESES-HERNÁNDEZ J.L., LOPEZ- NARANJO J.I. (2006).Calidad percibida y nivel de confianza con los servicios médicos de la CMF Casa Blanca del ISSSTE. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 2006;12 (32):17-22.

El planeamiento de las principales funciones para la garantía de la calidad cada servicio y unidad tienen funciones bien definidas en relación a resultados de calidad de la provisión de salud. Son responsables de determinados resultados, para lo cual deberán ajustar sus estructuras y procesos.

La identificación de los indicadores de desempeño, que darán lugar a reestructuraciones en el sistema de información institucional, con la finalidad de proveer de datos necesarios para las decisiones y ajustes. Para cada indicador debe fijarse estándares, de acuerdo con la experiencia internacional y con el grado de desarrollo del servicio.

Evaluación continua del desempeño de acuerdo con los indicadores y estándares prefijados, a través de un monitoreo permanente.

La producción de la respuesta entendida como la acción tomada ante los problemas identificados en el proceso de evaluación continuada. Esto implica una clara definición de atribuciones para los diferentes niveles, en el sentido de medidas que pueden ser tomadas o en la obligación de reportar los problemas a niveles superiores dentro de plazos determinados.

b. La Gerencia de la Calidad Total

Este modelo viene del campo industrial, bajo la influencia del ambiente de creciente competencia. La calidad es definida como anticipar, satisfacer y exceder las necesidades y expectativas de los clientes. En tanto tal, implica una completa revolución en la concepción empresarial, que también se aplica al campo de la salud⁷.

La continua rotación del ciclo del mejoramiento de la calidad. La calidad alcanzada nunca es suficiente.

La centralidad del cliente y su satisfacción y por lo tanto la importancia de su participación en el diseño de la producción.

⁷ABREUL MANUELA DE LA C, CAÑEDO ANDALIA RUBÉN. (2005). Gerencia de calidad total en las organizaciones. Rev. ACIMED 6(2):79-92. http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol6_2_001/aci02298.htm

3.1.4 Proceso Administrativo

Tomando las definiciones del área administrativa formulada por Fayol, hay que tener en cuenta los siguientes términos.

- a. **Planear:** visualizar el futuro y trazar el programa de acción.
- b. **Ejecutar:** Dirigir, guiar y orientar.
- c. **Controlar:** Verificar que todo suceda de acuerdo con las reglas establecidas y las órdenes dadas.
- d. **Acciones Correctivas:** Redireccionamiento.

Las anteriores actividades, tal como se mencionó anteriormente hacen parte del proceso administrativo, es decir estas son las funciones que deben realizar el administrador sin importar cuál sea su nivel.

Para que el proceso administrativo sea efectivo, el administrador debe tener muy presente que no es lo mismo una función administrativa que una función contable, financiera, de seguridad o técnica.

La función administrativa, tiene una cualidad importante, está asegurada por la dirección y es de gran importancia en los cargos de altos ejecutivos, pero no quieren decir que sea solo de incumbencia de la alta dirección, por el contrario las funciones administrativas se reparten de manera equitativa en todos los niveles de la jerarquía empresarial.

La distribución de las funciones administrativas se realiza dependiendo las capacidades y el nivel jerárquico que se tenga.

3.1.5 Indicadores de calidad

Un indicador de calidad es una medida cuantitativa que puede utilizarse como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes en la práctica asistencial.⁸

a. De estructura

La evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal médico y métodos para su evaluación).

Su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva pues engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, sobre la base de conseguir una calidad aceptable para un momento dado. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión hospitalaria.

Dentro de los indicadores que se consideran como “de estructura” están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales.

b. De proceso

Los indicadores que miden la calidad del proceso ocupan un lugar importante en las evaluaciones de calidad. De hecho el proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el médico (como exponente del personal que brinda atención) sobre el paciente para arribar a un resultado específico que, en general, se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último. Se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, debe jugar un papel relevante.

⁸SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA. (2004). Indicadores Pediátricos Para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Barcelona. España.
<http://www.seup.org/seup/pdf/publicaciones/indicadoresCalidad.pdf>

También se analizan variables relacionadas con el acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización de los servicios, la habilidad con que los médicos realizan aquellas acciones sobre los pacientes y todo aquello que los pacientes hacen en el hospital por cuidarse a sí mismos. Por otro lado, es en el proceso donde puede ganarse o perderse eficiencia, de modo que los indicadores de eficiencia, en cierto sentido, son indicadores de la calidad del proceso.

Entre los indicadores de proceso más naturales se encuentran los que evalúan la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud. Como ejemplo específico y elocuente está la evaluación de la historia clínica, documento básico donde se refleja todo el proceso que atraviesa el paciente durante su estancia en el hospital.

c. De resultados

Los indicadores basados en los resultados han sido el eje central de la investigación para la monitorización de la calidad pues tienen la enorme ventaja de ser fácilmente comprendidos; su principal problema radica en que para que constituyan un reflejo real de la calidad de la atención, deberán contemplar las características de los pacientes en los cuales se basan, algo que puede resultar complicado.⁹

El resultado, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida.

De manera amplia, Donabedian define como resultados médicos “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual”. Pero también apunta que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como, por ejemplo, el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes. A

⁹10 DELAMOTHE T. (2004). Using outcomes research in clinical practice. *BMJ*. 1;308:1583-84. Estados Unidos.

esta última se le otorga gran importancia ya que, además de constituir el juicio de los pacientes sobre la calidad de la asistencia recibida tiene una influencia directa sobre los propios resultados.¹⁰

Dentro de los indicadores de resultados se pueden identificar dos grandes grupos: los llamados "Indicadores Centinela" y los "Indicadores basados en proporciones o de datos agrupados".¹¹

- Indicadores centinela: Son aquellos que representan un suceso lo bastante grave e indeseable del resultado de la atención, como para realizar una revisión individual de cada caso en que se produzca.

Identifican la aparición de un evento serio cuya ocurrencia debe ser investigada inmediatamente. Son importantes para garantizar la seguridad del paciente, pero son menos útiles para medir el desempeño global de una institución.

Los sucesos centinela se caracterizan por una baja probabilidad de ocurrencia y una alta probabilidad de ser atribuibles a un fallo en la atención y, por tanto, deben tener una excelente validez.

En ocasiones se distingue entre "evento centinela" e "indicador centinela". Un evento centinela es el suceso propiamente dicho y el indicador centinela es el que resume información de eventos considerados centinela. Por ejemplo, el número de muertes maternas por número de partos ocurridos en un período se considera un indicador centinela pero el suceso o evento centinela es la muerte materna.

- Indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas): Son aquellos que indican la necesidad de una revisión detallada, sólo si la proporción de casos en que se presenta el suceso de base sobrepasa un límite considerado aceptable por los propios profesionales (umbral).

Los indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas) son los que miden el desempeño basándose en eventos que ocurren con cierta frecuencia. Son

¹⁰DONABEDIAN A. (2003). Op. Cit.

¹¹FELIU ELINEL, LIC. RIOS MARIA. (2004). Propuesta de un modelo de sistema de información gerencial para mejorar el proceso de selección de personal en la dirección de relaciones de trabajo de la Universidad de Carabobo. Venezuela.

los más importantes para determinar el nivel de desempeño de una institución, detectar tendencias, hacer comparaciones con el desempeño pasado, con otras instituciones o con puntos de referencia establecidos.

Los programas de garantía de calidad de hospitales comúnmente proponen una lista de mediciones de resultados que suelen ser indicadores de datos agregados, entre los cuales destacan la Tasa de mortalidad hospitalaria (general o por servicios), Tasa de reingreso por la misma enfermedad, Tasa de infecciones intrahospitalarias, Tasa de complicaciones relacionadas a la hospitalización (úlceras de decúbito, dehiscencia de sutura), Tasa de incapacidad (física o psíquica al egreso), Tasa de accidentes quirúrgicos por número de operaciones, Tasa de mortalidad por complicaciones anestésicas (por número de operaciones), Tasa de mortalidad por resecciones pancreáticas, Tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva y Tasa de mortalidad por infarto del miocardio.

- Indicadores basados en la opinión de los pacientes: Si pensamos que la atención sanitaria está dirigida especialmente a mejorar la salud de las personas y de las comunidades, es natural que la opinión de los pacientes constituya uno de los indicadores principales de su calidad. En esto se basan los actuales esfuerzos hacia los llamados “sistemas orientados al cliente” o la llamada “capacidad de reacción” (en inglés “responsiveness”) a las expectativas de la población como cualidad importante de los sistemas de salud.

Donabedian señalaba: “la satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente que son asuntos en los que éste es la autoridad última”.

- Indicadores positivos y negativos: Otra clasificación de los indicadores de resultados es la que los divide según su interpretación o la reacción a que den lugar en los evaluadores. Así se consideran:

Indicador positivo: Aquel que se basa en un suceso considerado deseable. Por ejemplo, el volumen de revascularizaciones coronarias por año en un hospital o

servicio es un indicador que puede considerarse positivo ya que se espera que cifras altas de este volumen se asocien a una buena calidad de la atención.

Indicador negativo: Aquel que se basa en un suceso considerado no deseable, según el estado del conocimiento científico. Las tasas de mortalidad por complicaciones o por procedimientos terapéuticos son generalmente indicadores negativos.

3.1.6 Indicadores de eficiencia

Es obvio que la eficiencia resulte una condición importante para los sistemas de salud ya que los recursos son limitados y obtener de ellos el máximo resultado es la garantía de que puedan mejorarse los servicios. Por tanto, la eficiencia de un sistema o subsistema de salud cualquiera habrá que tener por lo menos información sobre los recursos y tiempo empleado y los costos en relación a los resultados alcanzados.

En los hospitales, la cama es el recurso central que constituye la base de su estructura y su concepto. Muchas de las medidas globales de la eficiencia hospitalaria se basan en el empleo que se le dé a este recurso.

3.1.7 Estimulación Prenatal

2.1.1 Concepto

“Conjunto de actividades que constan de varias técnicas (auditivas, táctiles, visuales y motoras) que facilitaran la comunicación y el aprendizaje del bebe intraútero.”

Es también un conjunto de actividades que realizadas durante la gestación enriquecen al niño por nacer en su desarrollo físico, emocional y social. Esto se logrará a través de una comunicación afectuosa y constante entre el niño y sus padres desde el embarazo.

Conjunto de acciones, que proporcionan al niño las experiencias, que este necesita para potenciar sus capacidades y habilidades desde la fecundación hasta el parto, para desarrollar al máximo su potencial físico, mental y sensorial.

Es toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño por nacer en su desarrollo físico y mental; busca una comunicación afectuosa y constante entre el niño y sus padres desde el embarazo, su nacimiento y a lo largo de su crecimiento y desarrollo.

Produce respuestas en el organismo, y se puede definir como un acercamiento directo, simple y satisfactorio para ayudar al desarrollo del niño, al tiempo que los padres experimentan gozo y alegría.¹²

La estimulación prenatal se basa en la repetición de sonidos que el bebé puede percibir fácilmente. Sin duda, el sonido más habitual para un bebé durante el embarazo es el latido del corazón de su madre. Se trata por tanto de reproducir un sonido similar, pero no idéntico, que el bebé pueda captar y comparar con el latido de su madre.

Por otro lado y para favorecer la estimulación, el sonido debe cambiar con el tiempo, de manera que el bebé no se acostumbre a escuchar siempre lo mismo. Este ejercicio de comparación de patrones auditivos y memoria se ha visto que favorece extraordinariamente el desarrollo de conexiones sinápticas, reduciendo en consecuencia la tasa de mortalidad neuronal.⁴

Es un conjunto de actividades que realizadas durante la gestación enriquecen al niño por nacer en su desarrollo físico, mental, emocional y social. Ello se logra a través de una comunicación afectuosa y constante entre el niño y sus padres desde el embarazo.

3.1.8 Importancia de la Estimulación Prenatal

- Mejora la interacción de la madre, del padre y del bebé en formación.

¹²WWW.minsa.gob.pe/portalminsa/efemerides/ninopornacer/npn.2007.4www.crianzanatural.com/art/art36.html 2006. ⁵www.geocities.com/bebesano/neoestimu.htm 2006

- Optimiza el desarrollo de los sentidos, que son la base para el aprendizaje.
- Promueve la salud física y mental del niño por nacer.
- Desarrolla el vínculo afectivo niño – padres – familia.

- Desarrolla la comunicación, el lenguaje, el vocabulario, la coordinación vasomotora, la memoria, el razonamiento y la inteligencia social.

La intención real de la estimulación es ayudar a formar un niño por nacer que sea capaz de afrontar la vida en el futuro, con sentido común, coherencia, inteligencia y buen humor.

Es fundamental el rol que día a día desempeñan los padres, estableciendo un vínculo sólido y duradero, en un ambiente agradable y tranquilo, donde pueda estar feliz.

Las técnicas de estimulación prenatal enseñan a los padres cómo proveer un ambiente seguro y amoroso que motive a los niños a aprender desde antes del nacimiento.

La persona promedio utiliza el 10% o 12% del cerebro. Ante la pregunta de cómo aprovechar este 88% restante de capacidad, una de las alternativas ha sido la de trabajar con los bebés de manera cada vez más temprana.

La clave está en el estímulo positivo proporcionado por los padres y profesionales encargados del control prenatal, al niño por nacer desde el embarazo y después de nacer.

Sobre la importancia de estimulación prenatal, el especialista indicó: “El niño al recibir estímulos positivos proporcionados por los padres y profesionales empieza a ser motivado a aprender desde antes de su nacimiento”. Cada vez que el cerebro del niño es estimulado se crean nuevas conexiones neuronales que ayudan a determinar su inteligencia y emociones.

3.1.9 Beneficios de la Estimulación Prenatal

Los padres ganan la confianza que necesitan. Las madres se sienten más seguras durante su embarazo y muestran conductas (de respiración y posturas) más adecuadas durante el parto. Después de nacer los niños, las madres sienten que conocen mejor a sus bebés y reconocen fácilmente lo que les gusta o disgusta.

Los bebés que son estimulados muestran un mejor desarrollo visual, auditivo y motor. Tienen mayor capacidad de aprendizaje, atención y manejan mejor las situaciones de stress (por ejemplo: el exceso de ruido). Son dinámicos y relajados al mismo tiempo.

La idea principal no es crear pequeños Einsteins o Mozarts (aunque los resultados muestran una mayor inteligencia en los niños estimulados) busca crear un ambiente amoroso que haga sentir a los niños más seguros para explorar, aprender y expresarse.⁷

Estudios liderados por investigadores como Tomas R. Verny y Rene Van de Carr han revelado que los bebés estimulados muestran, al nacer, mayores desarrollos en el área visual, auditiva, lingüística y motora. En general, duermen mejor, son más alertas, seguros y afables que aquellos que no han sido estimulados. También muestran mayor capacidad de aprendizaje - por el hecho mismo de estar más alertas - y se calman más fácilmente al oír las voces y la música que escuchaban mientras estaban en el útero. Las madres que estimularon a sus bebés se mostraron más seguras, más activas durante el nacimiento y experimentaron mayor éxito durante el amamantamiento. Los bebés estimulados y sus familias mostraron los más altos niveles de cohesión familiar. La estimulación prenatal provee una base duradera para la comunicación amorosa y las relaciones padres hijos.

3.1.10 Bases neurocientíficas de la estimulación prenatal

Las experiencias de estimulación adecuada tienen su base a los conocimientos comprobados del crecimiento y desarrollo del sistema nervioso y, específicamente del cerebro; el órgano más complejo del ser humano, que recoge toda la estimulación natural y cultural. Su crecimiento, maduración y desarrollo han

constituido las bases para la sistematización de las técnicas de estimulación adecuada.

Se sabe que el tejido cerebral madura en forma escalonada, e inclusive a distinto ritmo en su velocidad de crecimiento. Existe definitivamente, una sincronización en las regiones cerebrales. Se dice que a los 6 meses post natal es donde seda el ápice de su crecimiento. Este extraordinario proceso es muy lábil y puede ser positivamente moldeado por un enriquecimiento del medio.

El ultrasonido ha ayudado a resolver el misterio que rodeaba a la matriz. Existe evidencia científica de los beneficios de la estimulación prenatal. Las orejas aparecen en la tercera semana de embarazo. Alrededor de la 16ª semana, el feto comienza a responder al ritmo del sonido; en la 24ª semana, ya escucha activamente.

El oído interno del feto funciona completamente en el último trimestre. El sentido del oído es el más desarrollado antes del nacimiento. El sonido de la voz de la madre es inconfundible, y sienta las bases para establecer el vínculo con el feto. Los sonidos que escucha el feto son el fundamento para el aprendizaje y la conducta ulteriores. Las mujeres de todas partes del mundo le han cantado canciones de cuna a sus bebés, aún antes de nacer. Los elementos que se usan en el lenguaje son también elementos de la música. Estos elementos son el tono, el timbre de la voz, la intensidad y el ritmo. La música estimula el sistema auditivo del bebé y lo calma. Prepara su oído, su cuerpo y su cerebro para escuchar, integrar y producir los sonidos del lenguaje. Hay una conexión documentada entre el sonido y la música y entre la memoria prenatal y el aprendizaje.

Se han realizado algunos estudios sobre los efectos de la música en la matriz. De acuerdo con D.J. Shelter “los bebés que han sido estimulados mediante la música antes de nacer muestran”, “una conducta notablemente atenta, imitación precisa de los sonidos que hace el adulto y parecen estructurar vocalizaciones mucho antes que los niños que no han tenido dicha estimulación”. El programa “Make Way for Baby” (Abran paso al Bebé) busca que los padres aprendan el potencial de los niños antes del nacimiento. Pruebas formales realizadas a intervalos entre el

nacimiento y los 6 años, muestran que los bebés que han sido estimulados son superiores en visión, audición, lenguaje, memoria y habilidades motoras en todo ese período de 6 años. Los bebés fueron estimulados utilizando técnicas de enriquecimiento prenatal tales como cantarle, hablarle y ponerle música al bebé.

Otro programa científicamente probado, llamado Fir Start surgió en Valencia, España. La primera ronda de pruebas mostró que los bebés que tuvieron una estimulación enriquecida comenzando en la semana 28^a de gestación, estaban significativamente avanzados en habilidades motrices, desarrollo del lenguaje, coordinación sensorial y desarrollo cognitivo.

3.1.11 Técnicas de Estimulación Prenatal

Finalidad: Lograr la mayor cantidad de sinapsis, esto se consigue con estímulos agradables, por medio de sonidos, música, a través de la piel, por la luz y el movimiento.

Se han creado las siguientes técnicas que detallaremos según su importancia y fundamento:

- a) Técnica auditiva
- b) Técnica táctil.
- c) Técnica visual
- d) Técnica motora.

Las estimulaciones auditivas pueden ser:

a) **Técnica Auditiva**

a.1. Por la música, a.2. Voz, a.3. Sonidos.

La estimulación auditiva se inicia a partir de la sexta semana de gestación. Se utiliza música con grandes variaciones (no monótona), con tonos agudos y graves muy diferenciados dentro de los rangos razonables. Ejm.: L.V. Beethoven,

W.A.Mozart, R. Wagner, J. Brahms, Y. Strawinsky, A. Dvorak, F. Liszt; música Barroca (aumenta la concentración), música autóctona: Cóndor pasa, Valicha, etc.

Posteriormente, a partir de la décima semana de gestación, se utiliza música moderadamente cadenciosa, estimuladamente melódica. En general se puede utilizar música para niños. Ejm.: F. Chopin, J. S. Bach, J. Haydn, E. Lecuona, E. Lalo, P. I. Chaikowski, J. GersHwin, E. Grieg, E.Granados, P. Mascagni, A. Ponchielli, C. Porter, M. Ravel, G. Puccini, S. Rachmaninov, N. Rimsky, Korsakov, J. Rodrigo, G. Rossini, Saint Saens, P. Sarasate, D. Shostakovich, J. Strauss, V. Suppé, G. Verdi, A. Vivaldi, etc. Música sedante tanto para la madre como para el niño: Ejm.: C.Debussy, Ch.Gounod, G. Haendel, M. Mussorgky, M. Haydn, J. Massenet, B. Smetana, F. Shubert, etc.¹⁵

La audición es uno de los sentidos que conecta al bebe con el mundo exterior y a su vez es uno de los que más se pueden estimular, ya que el aparato auditivo del bebe se desarrolla aproximadamente a las 14 semanas de gestación, siendo entonces cuando empieza a captarlos sonidos externos e internos.

El sonido opera como un neurotransmisor interactivo actuando directamente sobre el sistema neuro vegetativo celular e hipofisiario del feto, dejando impreso un registro a modo de huella. Por Ejm. las sensaciones producidas por la música van a quedar grabadas en el futuro bebe, que lo remitirá una vez nacido a ese estado placentero que vivió durante su gestación. ¹⁶ Ha jugado un papel importante en las diferentes culturas desde tiempos inmemorables. Afecta al ser humano en aspectos físicos, mentales, emocionales y espirituales. Pero solo en este siglo la música llama mucho más nuestra atención. Investigaciones de la universidad de California, nos ha proporcionado información sobre el efecto Mozart frente a la inteligencia espacial y matemática de los niños.

En los años 1998 en los Ángeles el periódico TIMES, informo sobre investigaciones de los efectos neurobiológicos de la música, por lo que de allí en adelante se ha colocado a la música en un papel activo en el futuro de la medicina. El deleite de la música no se experimenta sólo a nivel psíquico. El corazón late aceleradamente, la respiración se hace más profunda, las manos se humedecen,

sobrevienen escalofríos y una que otra vez los pies empiezan a marcar el compás de la música. De este modo se nos revela la existencia de una unidad psicofísica.

El cuerpo de la futura mamá no es silencioso, hay una atmósfera sonora, allí tenemos los sonidos de la circulación de la sangre a través de la placenta, el ruido de los aparatos respiratorios y digestivos, etc.

Los sonidos de la música atraviesan la pared abdominal llegando a los oídos fetales y las vibraciones del cuerpo.

Él bebe por nacer se ira relacionando con las melodías que reconocerá dentro del útero y que una vez nacido lo calmaran remitiéndolo a ese estado placentero que vivió durante su gestación. El sentido de la audición es el que desarrolla en la mayoría de los fetos antes de nacer.¹³

Según el Doctor Tomatis “El oído es el centro del cuerpo porque todos los nervios craneales nos llevan a él y por consiguiente es considerado el órgano del sentido primordial”.

El sonido le llega al bebe, a través de la columna vertebral de su madre, que constituye un puente vibrante entre la laringe y la pelvis. La voz del padre le llega al bebe, a través del tímpano de la madre, sigue el sistema óseo y él bebe la recibe como una modulación, recibe cadencia y el ritmo. 18

La música afecta las emociones, las cuales, a su vez, pueden cambiar el metabolismo, aumentar o disminuir la presión sanguínea, afectar la energía muscular, la digestión, las secreciones internas y hasta la respiración, es decir afecta la totalidad del organismo.

Estos efectos fisiológicos y psíquicos de la música han sido aprovechados como medio terapéutico hace milenios, los pueblos primitivos ponían énfasis en los cantos y danzas para curar a los enfermos. Se cuenta que Hipócrates trataba a los enfermos mentales con terapia musical. Los árabes en el siglo XVII, tenían salas

¹³17YALÁN, Elizabeth. Módulo de Tutoras en Estimulación Prenatal. Colegio de Obstetrices del Perú 2004 Tacna18FEDERICO, Gabriel. Embarazo Musical.Pág.34

de música en los hospitales y los médicos medievales utilizaban trovadores para acelerar la mejoría de los enfermos.

La estimulación prenatal con música permite a la futura mamá disminuir las tensiones y reducir sus miedos. Le enseña a relajarse, a establecer un contacto íntimo con el bebé en gestación y ayuda a proyectarse en el tiempo, lo cual da confianza y seguridad.

La experiencia nos dice que un alto porcentaje de los bebés que fueron estimulados en el embarazo son bebés mucho más alegres, menos llorones, se alimentan mejor, no tienen problemas para conciliar el sueño, son menos miedosos, más conectados y más seguros de sí mismos.

La voz de la madre juega un papel muy importante al ser particularmente poderosa en la comunicación afectiva con su hijo.

El bebé, recibe la voz de su mamá a 24 decibelios aunque la emisión de la madre se haga de 60 decibelios, mientras que otras voces femeninas solo escuchan a 12 decibelios, aunque esto hace que el bebé reconozca bien la voz de su madre. Actualmente sabemos, que el feto vive en una matriz estimulante de sonido, vibración y movimiento. La voz de la mamá es particularmente poderosa porque se transmite al útero a través de su propio cuerpo que alcanza al feto y es más fuerte que el de los sonidos. De allí que es importante motivar a la madre especialmente a que le cante a su bebé, para esto usamos el teléfono del bebé (con embudos).

Otra forma de estimulación, es el canto o la lectura que realice la madre en voz alta, dando diferentes tonalidades y matices a su voz. Es necesario recordar que: el feto se encuentra en un elemento líquido de mucha más densidad que el aire y que los sonidos se escuchan más fuertes, tal es el caso, que escucha tanto los latidos como la respiración materna o cualquier ruido producido fuera del claustro materno si es suficientemente fuerte.

La voz de la madre y el padre es un importante estímulo para el niño por nacer, las frases que se dirijan a él deben ser cortas, modulando la voz, se pueden leer cuentos, realizar ronroneos, etc.

Estimulación con sonidos se comienzan a exponer maracas, tamborcillos, sonajeros, palo de lluvia etc. si el ambiente lo permite utilizar los sonidos reales de la naturaleza: ríos, viento, lluvia, sonidos de las aves y de otros animales que sean del agrado de la madre.

Las condiciones principales a tenerse en cuenta: entre la sexta y décima semana de gestación, se forma el caracol con sus dos rampas (la vestibular y la timpánica. La vía neurológica es el ganglio espinal y finalmente al octavo par o nervio Auditivo.

La música debe ser reproducida con equipos adecuados y de buena calidad, en que se pueda modular el sonido de acuerdo a la intensidad y tonalidad, que se requiera en el momento oportuno.

No es recomendable el uso de equipos de gran cantidad de watts de salida, porque el exceso produce distorsión de las sinapsis neuronales, por lo demás es innecesario, ya que los tonos agudos, solo lo escuchan los perros y ratones, del mismo modo los tonos bajos, los canarios.

b) Técnica Táctil

Se realiza a partir de la sexta a décima semana de gestación, mediante la utilización de diversos instrumentos (masajeadores, texturas), aplicados a nivel del dorso fetal, a través del vientre materno. Su aplicación a diferentes presiones genera vibraciones que se transmiten a través del líquido amniótico y son captados por los nervios periféricos de la piel del bebé. Este estímulo es transmitido a la médula espinal y luego al cerebro, produciendo así cambios físicos como es el movimiento del bebé”

El masaje en la técnica táctil es igualmente importante para el bienestar físico y van más allá que un suave toque, es una forma de influir conscientemente y de mejorar las condiciones fisiológicas y nerviosas de su cuerpo.

Constituye uno de los métodos más antiguos de curación y cuenta con una tradición milenaria. Constantemente estamos utilizando el tacto para comunicarnos con los demás, mostrarles nuestro afecto y consolarlos.

La sensibilidad al tacto se desarrolla muy pronto a partir de las 8 semanas de gestación. La estimulación de las terminaciones nerviosas de la piel por el líquido amniótico le enseña al feto la conciencia de los límites del yo. El tacto despierta los sentidos y relaja la mente. Por eso es una técnica importante practicarla y enseñarla a las madres para realizársela a ellas mismas o a los demás.

En el primer trimestre, el masaje se hace en el vientre pero como una caricia suave, sin mucha presión con movimientos circulares. La palpación del vientre uterino, se realizará a partir de la 8va semana, las primeras 16 semanas de gestación son los más importantes, ya que los sentidos tienen mayor desarrollo.

La percepción fetal a través del tacto abarca a todo su cuerpo, de manera que es capaz de notar la presión o masajes ejercidos sobre el vientre de la madre, debe utilizarse esta técnica con el fondo y el ritmo de la música que se esté utilizando para la información.

Para los efectos de llevar a cabo las prácticas de estimulación por el tacto, es necesario tener en cuenta que la madre no tenga ningún factor de riesgo como amenaza de aborto, o infección urinaria, ya que los estímulos táctiles muy intensos pueden incomodar a la gestante para lo que se recomienda utilizar solo técnicas auditivas y visuales.

A través de la piel se transmite un intercambio de energías y para los bebés por nacer se convierte en una forma de manifestación de amor, por medio de las caricias y mensajes que le brinda su padre, madre y hermanos el tacto despierta los sentidos y relaja la mente.

La estimulación táctil se puede también realizar con instrumentos eléctricos, tipo masajeadores (que se utiliza supliendo el masaje manual, con diferentes presiones e intensidades según el caso y la edad de la gestación).

Recordar, que el feto se le despierta y se le estimula obligándolo a moverse .Es posible identificar selectivamente en el bebe, los movimientos de sus diferentes miembros. Según su posición en el claustro materno. Las estimulaciones táctiles como la parestesia (Sensibilidad cutánea a la presión), dan siempre como resultado la respuesta motora de movimiento y alerta del niño.

La estimulación táctil, debe siempre iniciarse con grandes estímulos y con forme avanza el embarazo, disminuyendo progresivamente, de acuerdo a la respuesta del feto y según la edad gestacional.

c) **Técnica Visual**

En base a múltiples pruebas de visión y de reacción de los bebes, se han observado que en el primer trimestre el feto tiene los párpados fusionados .Por lo tanto es conveniente iniciar estas técnicas a partir de la sexta y décima semana de gestación, por los fotones de luz que llegan al feto a través de la pared abdominal y del cuerpo uterino, estimulando la retina ocular, siguiendo la vía por el nervio óptico hasta la corteza cerebral.

La estimulación visual se realiza en dos formas: con luz natural y luz artificial ya que es percibida por el bebe a través del vientre materno porque el líquido amniótico agudiza la percepción de los sentidos, exponer la mente a la luz .Y es conveniente iniciar entre la sexta y décima semana de gestación, por los fotones de luz que llega al feto a través de la pared abdominal y del cuerpo uterino, estimulando la retina ocular, siguiendo la vía por el nervio óptico hasta la corteza cerebral.

- Con luz natural (rayos solares), directamente sobre la piel, sin protección. Indirectamente a través de ropa o cubiertas con tela.
 - Con luz artificial (de preferencia linternas o lámparas de luz blanca)
- Considerar que los colores más intensos son el blanco, amarillo y azul. Los menos intensos el rojo y el verde

Por otra parte, es necesario considerar la intensidad de la luz, no es conveniente utilizar por mucho tiempo gran intensidad de luz, sino por momentos y con gran control de la misma.

Siempre este tipo de estimulación, es más efectiva a partir de la décimo sexta semana de gestación.

Se realiza por espacios de tiempo que son aumentados gradualmente, sin llegar a lesionar la piel con quemaduras actínicas.

Las intensidades de luz, deben darse progresivamente según el tiempo de gestación y el método a utilizarse, ya sea con luz natural o artificial.

d) Técnica Motora

Es necesario realizar la estimulación, a partir de la sexta semana de gestación, porque a partir de ese momento, comienza la formación del utrículo, en la décimo semana se forman los canales semicirculares (relacionados con el equilibrio) y en la décimo sexta se produce la maduración e integración con el resto del sistema nervioso. Siendo la vía neurológica, por las fibras vestibulares del octavo par craneal o auditivo.

La estimulación se realiza por las diferentes posiciones que toma la madre durante el embarazo, en su vida normal activa o por ejercicios físicos, apoyados con respiración controlada y coordinada (Movimientos del tronco y extremidades con ventilación apropiada), debe cumplirse además, lo planificado en el programa.

El feto, se informa dentro del útero de su posición (por las características de estar casi flotando en el líquido amniótico), recepcionando si la madre se encuentra de pie o en cualquier otra posición que afecte su equilibrio intra-uterino.

Cada vez que se realicen cambios de posición sobre todo en los muy bruscos, se despierta el feto, en estas condiciones, se le enseña a reconocer su posición y a desarrollar, madurar e integrar mejor su vía nerviosa del equilibrio.

Es necesario recordar, que la madre gestante, nota los cambios de posición del feto por los movimientos de sus miembros. De igual modo, una madre en stress,

siente, especialmente en los últimos meses de gestación, que el niño se torna tenso y muchas veces presenta rigidez, en algunos casos deformando el útero y la pared abdominal si esta es flácida y delgada. Es a partir de la décimo sexta semana de gestación, que el niño reconoce su posición con referencia a la de la madre. Al feto le favorece el ejercicio materno porque lo pone en alerta y estimula su sentido de equilibrio.

La técnica motora son aquellos movimientos, ejercicios de la madre que producen estimulación fetal, especialmente del sentido de equilibrio. En el primer trimestre, siempre y cuando el estado físico de la madre lo permita. Se le indicará, caminatas al aire libre, danzas suaves, por espacios cortos, sobre todo en lugares de mucha vegetación o paisajes naturales.

Lo importante de estas técnicas de estimulación prenatal, es que ya están plenamente validadas mundialmente. Necesitan de una motivación materna y familiar plena, se deben realizar en casa una vez al día como mínimo y se deben enlazar en la medida de lo posible, es decir colocar la música recomendada, por unos minutos en silencio, hablara al bebe o cantarle, ir acariciando el vientre con suavidad y si es posible estimular con la linterna o luz solar. Sepodría caminar al aire libre y cantar o acariciar al bebe a través del vientre simultáneamente.

3.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

Eficacia de las disposiciones técnicas del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica de la Red Asistencial Arequipa EsSalud año 2006

Autor : Cano Santander Maerleni María- Tesis Universidad Católica Santa María - Arequipa 2008.

HIPÓTESIS: Es probable que el cumplimiento de las disposiciones técnicas del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, en las Instituciones de salud pertenecientes a la Red Asistencial Arequipa, de EsSalud se cumplan de manera eficaz, en cuanto a estructura y proceso.

RESULTADOS: Se observó que ninguna de las Instituciones pertenecientes a la Red cumple de manera idónea las normas establecidas (100%). Sin embargo, la EFICACIA del cumplimiento en general de las normas del Programa de Psicoprofilaxis obstétrica fue ALTA (86.52%) al consolidar la estructura (infraestructura, mobiliario y recursos humanos) y proceso (actividades del programa) de todas las Instituciones que conforman la Red Asistencial Arequipa – EsSalud. Siendo evidente que el Hospital III Yanahuara fue la institución que mayor eficacia, debido a que alcanzó dentro de la Red (99.43% Eficacia Alta), seguido del Policlínico Metropolitano (89.95% Eficacia Alta), en tercer lugar el Hospital Nacional CASE (82.91% Eficacia Alta) y por último el Hospital I Edmundo Escomel sólo alcanzó una Eficacia Media (73.82%).

PROPUESTA: Implementación del kundalini yoga en el Programa de psicoprofilaxis obstétrica de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud con el objetivo de mejorar los requerimientos de estructura y proceso del Programa.

Aplicación de un programa para la Estimulación Prenatal en el vínculo afectivo materno fetal en gestantes adolescentes que acuden al centro de salud metropolitano Tacna, 2009

Autor: Ascuña Bellido, Miriam del Carmen –Tesis Universidad Católica Santa María Arequipa - 2011

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal, de diseño no experimental; se denomina Aplicación de un Programa para la Estimulación Prenatal en el Vínculo Afectivo Materno Fetal en Gestantes Adolescentes que acuden al Centro de Salud Metropolitano Tacna, 2009. El universo muestral estuvo conformado por 25 adolescentes gestantes para el grupo experimental y control, los datos fueron procesados en el software SPSS y presentados en cuadros estadísticos; para el análisis estadístico y verificación de hipótesis se aplicó la prueba z.

Las conclusiones son las siguientes: La aplicación del programa de estimulación prenatal influye en la mejora del vínculo materno fetal de las gestantes

adolescentes. El nivel del vínculo materno fetal del grupo experimental respecto al grupo de control es deficiente antes de la aplicación de la experiencia. El nivel del vínculo materno fetal después de la aplicación de la experiencia se incrementó en el grupo experimental respecto al grupo de control. Existe diferencia significativa en el nivel del vínculo materno fetal en las gestantes adolescentes estudiadas del grupo experimental del pos test con respecto al grupo experimental del pre test después de la aplicación de la experiencia.

Al hacer la revisión de estudios de investigación por Internet, no se encontraron trabajos similares al presente. Sin embargo existe algunos de los cuales vale la pena tomar en cuenta ya que existe una estrecha relación con el tema tratado.

4. HIPÓTESIS

Dado que para garantizar una atención de calidad a las usuarias del programa de estimulación prenatal es primordial asegurar que se cumplan los indicadores de calidad de estructura, procesos y resultado es probable que el cumplimiento de eficacia del programa de Estimulación Prenatal, en las instituciones de salud pertenecientes a la Red Asistencial Puno, de EsSalud se cumplan de manera eficaz, en cuanto a estructura y proceso y resultado.



1. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

Variables	Indicadores	Sub-indicadores		Técnicas	Instrumentos
EFICACIA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN PRENATAL	Estructura	<input type="checkbox"/> Infraestructura <input type="checkbox"/> Mobiliario - Equipos <input type="checkbox"/> Recursos Humanos		Observación Clínica directa	Ficha de Observación Clínica
	Proceso	Actividades de Estimulación Prenatal	N° Grupos	Observación documental	Ficha de Observación documental
			N° de participantes		
Resultado	N° de Actividades Programadas	N° de Actividades Realizadas	Observación documental	Ficha de Observación Documental	

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación Espacial

La ubicación espacial corresponde al ámbito de la Red Asistencial de Puno - EsSalud: Hospital Base III Puno, situado en la Av. Don Bosco S/N Salcedo de la ciudad de Puno; Hospital I Universitario situado en la ciudad Universitaria de la UNA Puno, CAP METROPOLITANO en Jr. Arequipa N° 525 de la ciudad de Puno.

2.2 Ubicación Temporal

El estudio se realizó en la Red Asistencial Puno de EsSalud, que desarrollan el programa de Estimulación Prenatal, según las disposiciones técnicas durante el tiempo del I Semestre 2013, comprendido del 1ro de Enero al 30 de Junio del 2013.

2.3 Unidades de estudio

a. Universo cualitativo

El Universo Cualitativo estuvo representado por todos los centros asistenciales que realizan el programa de Estimulación Prenatal de la Red Asistencial Puno de EsSalud

b. Universo cuantitativo

El universo cuantitativo estuvo representado por los tres establecimientos como:

Hospital Base III Puno, Hospital I Universitario, CAP METROPOLITANO, considerando **527** gestantes atendidas en los establecimientos durante el año de estudio considerado.

c. Estratificación de la muestra

Se estratificó la muestra teniendo en cuenta el aspecto de la estructura proceso y resultado de cada centro asistencial ordenados según niveles.

d. Determinación de la muestra

Por conveniencia, fueron comprendidos dentro de los centros asistenciales de la Red Asistencial de Puno de EsSalud, los siguientes:

- Hospital Base III Puno con 296 gestantes atendidas.
- Hospital I Universitario con 104 gestantes atendidas.
- C A P Metropolitano, con 127 gestantes atendidas.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización

- a. Autorización para el acceso a las unidades de estudio.
- b. Preparación para las unidades de estudio.
- c. Formulación de la muestra.

3.2 Recursos

a. Potencial Humano

Representado por la investigadora para le recolección de datos.

b. Recursos Físicos

Se aprovecha la infraestructura del ambiente de Estimulación Prenatal De la Red asistencial de Puno.

c. Recursos Institucionales

La Red Asistencial de Puno EsSalud y la UCSM, participan con apoyo técnico.

3.3 Validación del instrumento

Se validó el instrumento mediante una prueba piloto en un Centro asistencial para que este sea objetivo válido y confiable.

3.4 Criterio para el manejo de los resultados

- Clasificación y ordenamiento de la información, para la cual se usa la matriz de sistematización.
- Organización de los datos a través de cuadros y gráficos,

Variable	Indicadores	Escala de Medición	Pruebas Estadísticas
Eficacia del Programa de Estimulación Prenatal	Estructura	Nominal	Descriptiva
	Proceso	Nominal	Descriptiva
	Resultados	Nominal	Descriptiva

a. Cuadros y Gráficos

Teniendo la matriz de tabulación y los cálculos estadísticos se elaborarán cuadros y gráficas con la cual la información queda claramente organizada.

b. Estudio de los Datos

- Jerarquizar la información.
- Establecer vinculaciones entre los datos.
- Apremiar críticamente los datos.



Tabla 1

Características de las usuarias del programa de Estimulación Prenatal según edad y trimestre de gestación. Red Asistencial Puno EsSalud -2013

HOSPITAL III BASE PUNO				
Edad - Trimestre	Primer	Segundo	Tercero	TOTAL
Menos de 18 años	0	4	8	12
18-35 años	111	78	44	233
Mayor de 35 años	26	7	18	51
TOTAL	137	89	70	296
HOSPITAL I CLÍNICA UNIVERSITARIA				
Menos de 18 años	0	0	0	0
18-35 años	53	25	13	91
Mayor de 35 años	4	0	9	13
TOTAL	57	25	22	104
CAP III METROPOLITANO PUNO				
Menos de 18 años	1	1	1	3
18-35 años	52	38	17	107
Mayor de 35 años	12	3	2	17
TOTAL	65	42	20	127

RED ASISTENCIAL PUNO - ESSALUD

Edad/Trimestre	Primer	Segundo	Tercero	TOTAL
Menos de 18 años	1	5	9	15
18-35 años	216	141	74	431
Mayor de 35 años	42	10	29	81
TOTAL	259	156	112	527

FUENTE: FICHA DE OBSERVACIÓN.

Tabla 1 : En el Programa de Estimulación Prenatal se atendió 527 gestantes en el periodo de Primer Semestre del año 2013.

La institución que atendió mayor número de usuarias en el programa de Estimulación Prenatal es el Hospital III Puno (296 usuarias), menos usuarias el Hospital I Clínica Universitaria, atiende a 104 gestantes,

Resaltar que las gestantes que Asisten al Programa de Estimulación Prenatal inician el CPN en su mayoría en el primer trimestre del embarazo.

EFICACIA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTRUCTURA

Tabla 2

Cumplimiento de infraestructura del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud- 2013

DISPOSICIONES de TÉCNICAS DE INFRAESTRUCTURA DE INFRAESTRUCTURA	CUMPLIMIENTO							
	OBSERVADO						IDÓNEO(*)	
	HOSP. III PUNO		HOSP. I UNA		CAP III METROPOLITANO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Construcción adecuada	1	10.00	0	0.00	1	10.0	1	10.00
Distribución de área para el docente de 1.5 m.	1	10.00	0	0.00	1	10.0	1	10.00
Área de trabajo de 22.5 m.	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	10.00
Área por alumna de 4.5 m.	0	0.00	0	0.00	1	10.0	1	10.00
Separación de una colchoneta una a otra de 30 cm	1	10.00	0	0.00	1	10.0	1	10.00
Alfombra que cubra el área de trabajo	0	0.00	0	0.00	1	10.0	1	10.00
Espejos para facilitar la instrucción de gimnasia	0	0.00	0	0.00	1	10.0	1	10.00
Servicios higiénicos exclusivos para el programa	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	10.00
Instalaciones eléctricas con buena distribución de luz	1	10.00	1	10.00	1	10.0	1	10.00
Interconexión	1	10.00	1	10.00	1	10.0	1	10.00
TOTAL	5	50.00	2	20.00	8	80.00	10	100.00
EFICACIA (%)	50.00		20.00		80.00		100.00	

FUENTE: LISTA DE OBSERVACIÓN

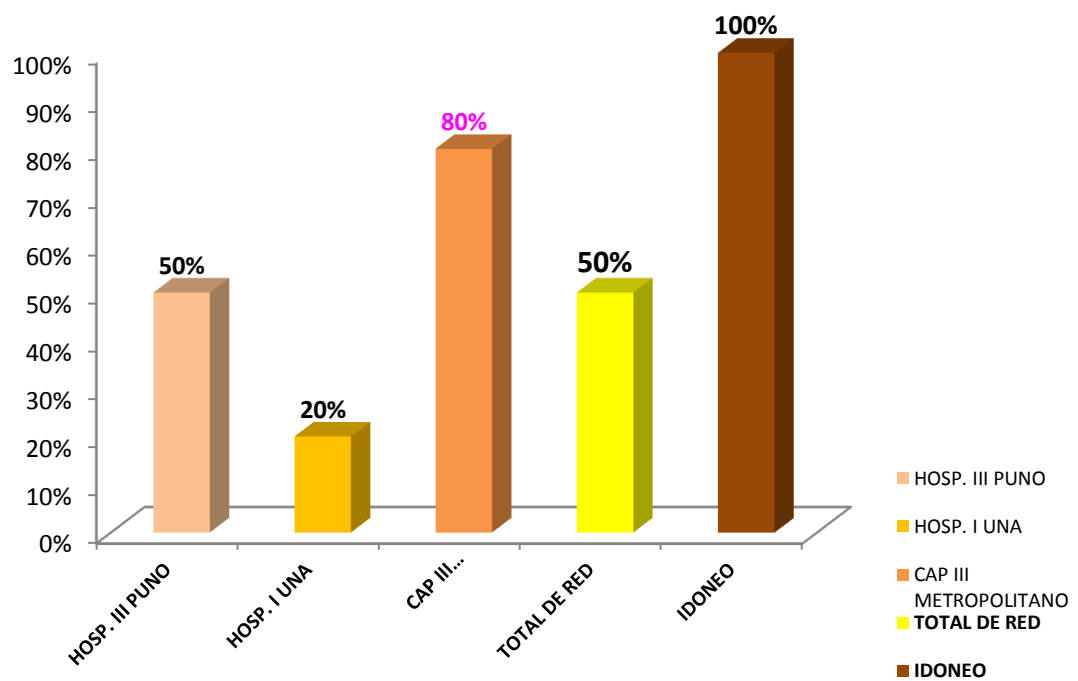
Tabla 2 : Muestra que ninguna de las Instituciones pertenecientes a la Red, cumple de manera idónea la norma establecida. El CAP III Metropolitano, califica, eficacia alta (80.00 %).

El Hospital III Puno alcanzó 50.00 % de eficacia en cuanto al cumplimiento, no se cuenta con espejos, alfombras y la habilitación de servicios higiénicos exclusivo para las usuarias del Programa, considerando que el ambiente es el Auditorio del Hospital.

El Hospital I Universitario, calificó eficacia baja (20.00 %), en vista que no cuenta con un ambiente asignado para el Programa, teniendo que hacer uso de las instalaciones del pasillo.

Gráfico 1

**Cumplimiento de infraestructura del programa de Estimulación Prenatal en la
Red Asistencial Puno EsSalud- 2013**



Fuente: Elaboración Personal

EFICACIA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTRUCTURA

Tabla 3

Cumplimiento de las disposiciones técnicas de mobiliario y equipos del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud-2013

TÉCNICAS MOBILIARIO DISPOSICIONES TÉCNICAS DE MOBILIARIO	CUMPLIMIENTO							
	OBSERVADO							
	Hosp. III PUNO		HOSP. I UNA		CAP III METROPOLITANO			IDONEO
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
16 colchonetas largo 1.8 cm x 0.69 cm	1	7.14	0	0.00	1	7.14	1	7.14
16 almohadillas	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	7.14
16 rodillos	0	0.00	0	0.00	1	0.00	1	7.14
Pelotas	1	7.14	0	0.00	0	0.00	1	7.14
Sillas	1	7.14	1	7.14	1	7.14	1	7.14
Escritorio	1	7.14	0	0.00	1	7.14	1	7.14
Estante para materiales educativos	1	7.14	0	0.00	1	7.14	1	7.14
Rotafolio	1	7.14	1	7.14	1	7.14	1	7.14
Maquetas o modelos anatómicos	1	7.14	1	7.14	1	7.14	1	7.14
Televisor	0	0.00	0	0.00	1	7.14	1	7.14
Equipo de música	1	7.14	1	7.14	1	7.14	1	7.14
Video grabadora con lectora de CD o DVD	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	7.14
KIT de ESTIMULACIÓN PRENATAL	1	7.14	1	7.14	1	7.14	1	7.14
CD de música instrumental	1	7.14	1	7.14	1	7.14	1	7.14
TOTAL	10	78.54	6	42.84	11	74.97	14	100.00
Eficacia (%)	71.4		42.84		78.54			100.00

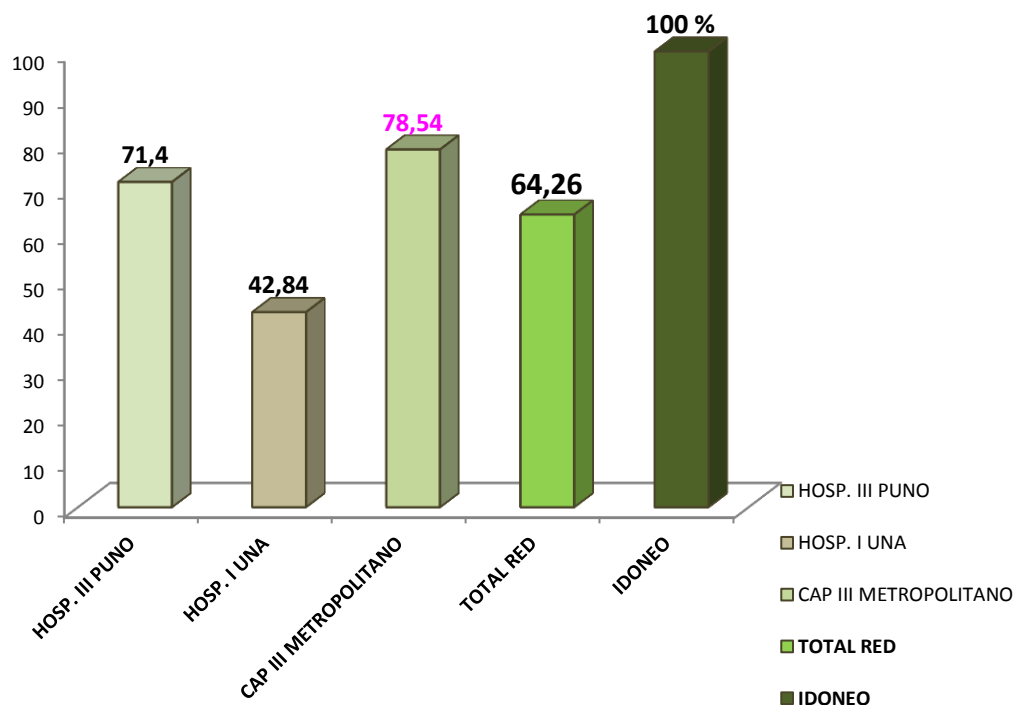
TOTAL DE EFICACIA DE MOBILIARIO Y EQUIPOS (%)	64.26 %	100.00
--	----------------	---------------

FUENTE: LISTA DE OBSERVACIÓN.

Tabla 3, Existente que en las tres Instituciones de la Red Asistencial Puno – EsSalud, no alcanzan el ideal. El Hospital III Puno, con un 71.40 de cumplimiento, el CAP III Metropolitano alcanzaron 78.54 %. El Hospital I Universitario es la institución que alcanzó menor eficacia, (42.84 %),

Gráfico 2

**Cumplimiento de mobiliario – equipos del programa de Estimulación Prenatal
en la Red Asistencial Puno EsSalud-2013**



Fuente: Elaboración Personal

EFICACIA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTRUCTURA

Tabla 4

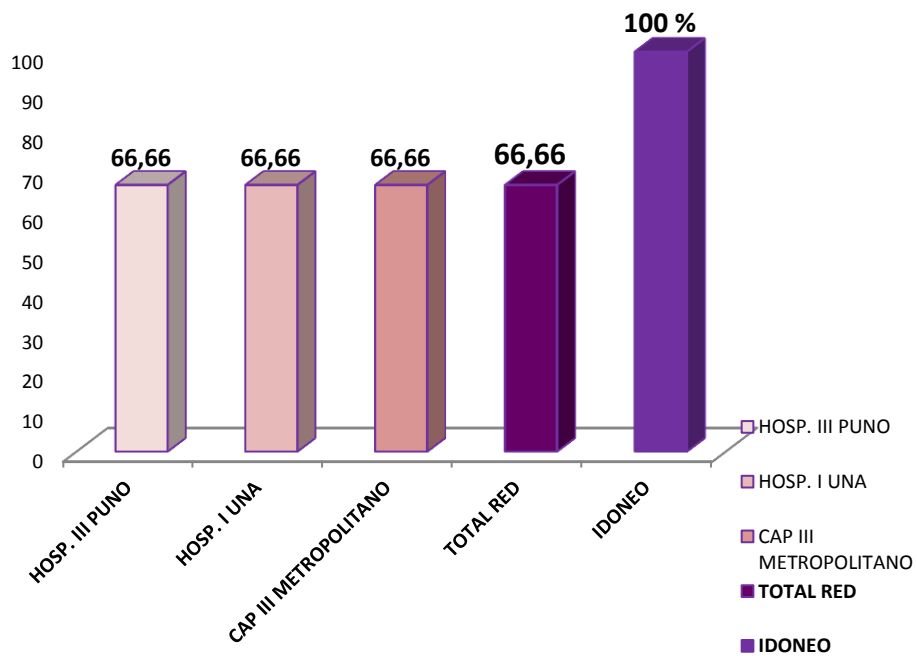
Cumplimiento de eficacia de recursos humanos del programa de Estimulación Prenatal en la red asistencial puno EsSalud-2013

DISPOSICIONES TÉCNICAS DE RECURSOS HUMANOS	CUMPLIMIENTO			
	HOSP. III PUNO	HOSP. I UNA	CAP III METROPOLITANO	IDONEO (*)
	%	%	%	%
Se labora en el programa a tiempo completo	0.00	0.00	0.00	33.33
El horario que dispone el personal es adecuado	33.33	33.33	33.33	33.33
Se conocen y cumplen las Normas del Programa	33.33	33.33	33.33	33.33
TOTAL	66.66	66.66	66.66	100.00
EFICACIA (%)	66.66	66.66	66.66	100.00

FUENTE: LISTA DE OBSERVACIÓN.

Tabla 4, que antecede, cumplimiento de Recursos Humanos se observa eficacia media (**66.66%**), tanto en el Hospital III Puno, Hospital I Universitario y en el CAP III Metropolitano, donde las sesiones del programa de Estimulación Prenatal se realizan con profesional Obstetra a tiempo parcial.

Gráfico 3
Cumplimiento de eficacia de recursos
humanos del programa de Estimulación prenatal en la
Red Asistencial Puno EsSalud-2013



Fuente : Elaboración Personal

Tabla 5

**Consolidado del cumplimiento de estructura del programa de Estimulación
Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud-2013**

DISPOSICIONES TÉCNICAS DE ESTRUCTURA	CUMPLIMIENTO			
	Hosp. III PUNO	HOSP. I UNA	CAP III METROPOLITANO	IDONEO(*)
	%	%	%	%
Infraestructura	50.00	20.00	80.00	100.00
Mobiliario- Equipos	71.4	42.84	78.54	100.00
Rec. Humanos	66.66	66.66	66.66	100.00
*EFICACIA(%)	62.69	43.17	75.07	100.00

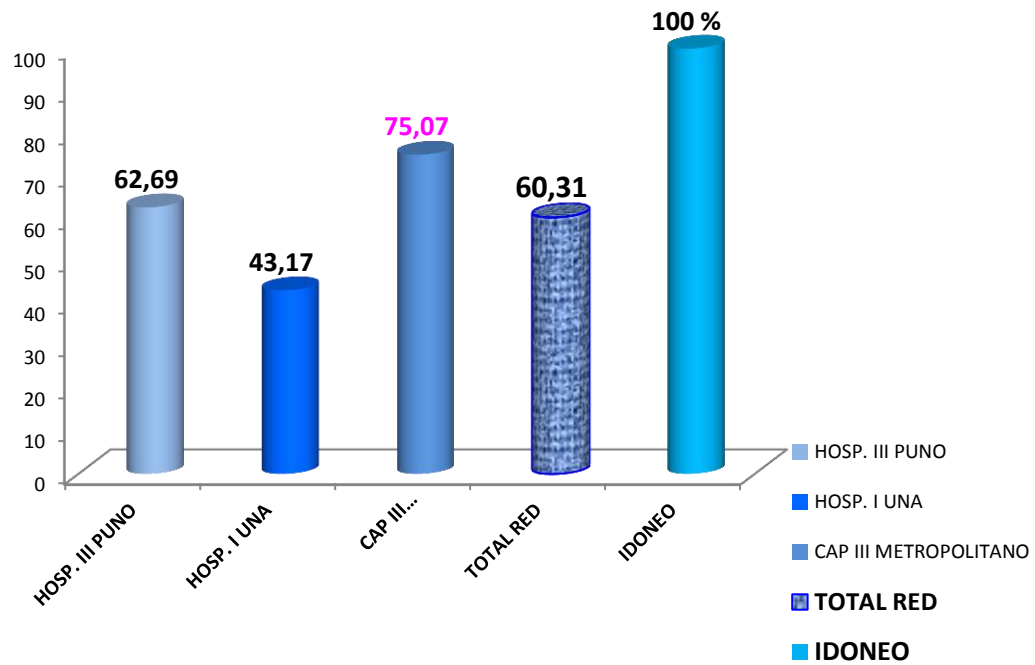
*TOTAL DE EFICACIA DE ESTRUCTURA (%)	60.31	100.00
---	--------------	---------------

FUENTE: LISTA DE OBSERVACIÓN.

Tabla 5, se aprecia el cumplimiento consolidado respecto a la Estructura de la Red Asistencial Puno - EsSalud es de eficacia media (60.31%). Donde el Hospital III Puno (65.27%), fue la segunda en porcentaje, considerada eficacia media, el Hospital I Universitario obtuvo una eficacia del 44.43% eficacia baja, el CAP III Metropolitano, es la más alta (74.99%), considerada eficacia media.

Gráfico 4

**Consolidado del cumplimiento de estructura del programa de Estimulación
Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud-2013**



Fuente : Elaboración Personal

Tabla 6

Cumplimiento de proceso de actividades de Estimulación Prenatal por número de grupos del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud-2013

Actividades Realizadas	N° DE GRUPOS						IDONEO	
	N° DE GRUPOS	Hosp. III PUNO	%	HOSP. I UNA	%	CAP III METRO-POLITANO	%	N° DE GRUPOS IDONEO EN TIEMPO DE ESTUDIO (6 MESES)
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Grupo 1 I TRIMESTE	6	25.00	0	0	0	0	6	25.00
Grupo 2 II TRIMESTE	6	25.00	6	25.00	6	25.00	6	25.00
Grupo 3 III TRIMESTE	12	50.00	6	25.00	6	25.00	12	50.00
TOTAL N°	24	100	12	50	12	50	24	100.00
TOTAL %	100.00 %		50.00 %		50.00 %		24	100.00

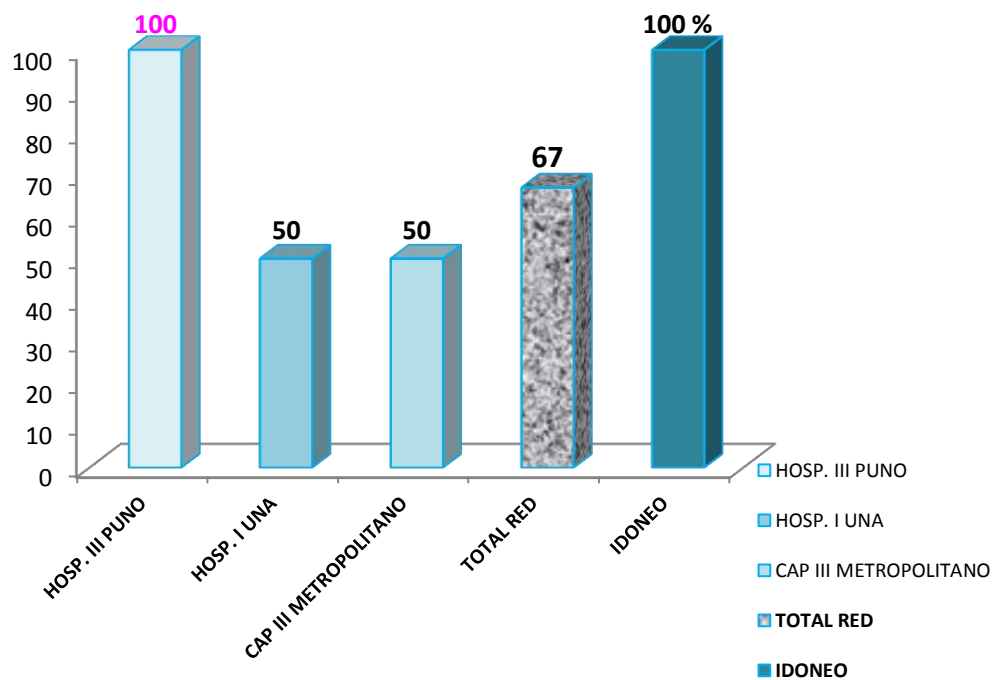
*TOTAL EFICACIA DE PROCESO POR N° DE GRUPOS (%)	66.67 %	100.00
--	----------------	---------------

FUENTE: FICHA DE OBSERVACIÓN

Tabla 6 , se aprecia el cumplimiento de proceso por Número de Grupos de las disposiciones técnicas del Programa Estimulación Prenatal como resultado el Hospital III Puno cumple (**100.00%**), eficacia alta, fue el primero en porcentaje, , el Hospital I Universitario obtuvo una eficacia del 50.00 % se considera eficacia media, y el CAP III Metropolitano, fue también (50.00%), eficacia media.

Gráfico 5

Cumplimiento de proceso actividades de estimulación prenatal por número de grupos del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud-2013



Fuente : Elaboración Personal

Tabla 7

Cumplimiento de proceso de actividades de estimulación prenatal por número de participantes del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud-2013

ACTIVIDADES REALIZADAS	N° DE PARTICIPANTES					
	Hosp. III PUNO		HOSP. I UNA		CAP III METROPOLITANO	
GRUPOS			%			
	Participantes	Idóneo	Participantes	Idóneo	Participantes	Idóneo
Grupo 1 I Trimestre	22	20	0	0	0	0
Grupo 2 II Trimestre	128	100	51	50	51	50
Grupo 3 III Trimestre	168	150	53	50	76	70
Total Nro.	318	270	104	100	127	120
TOTAL %	117.78 %		104.00 %		105.83 %	

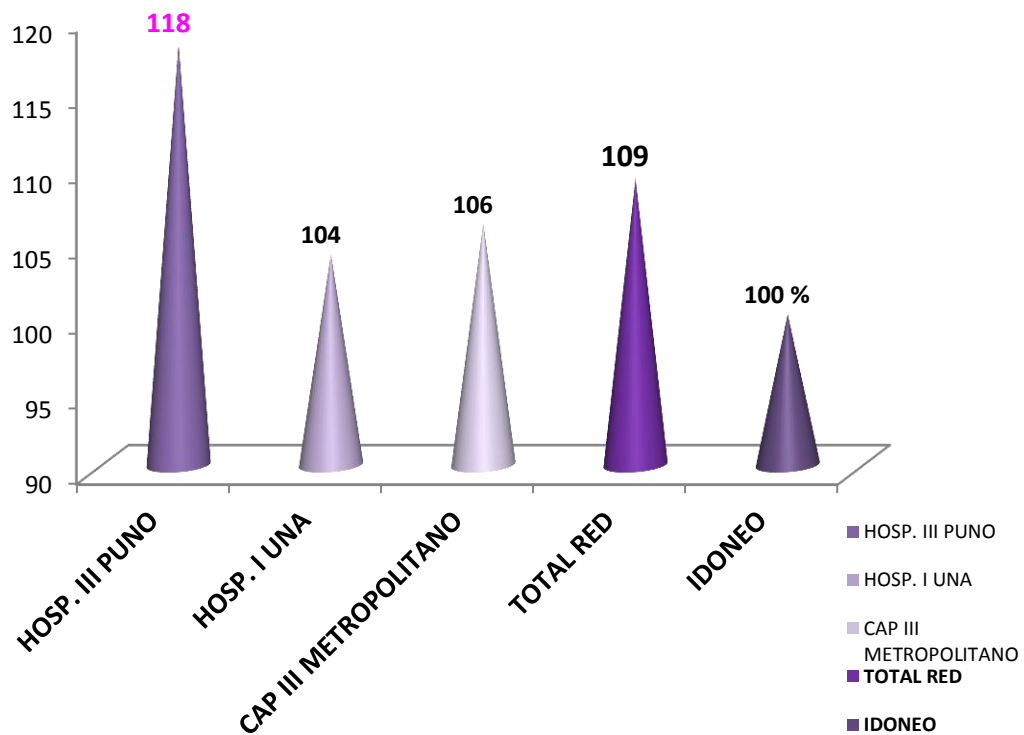
*TOTAL EFICACIA DE PROCESO POR N° DE PARTICIPANTES (%)	109.20 %	100.00
---	-----------------	---------------

FUENTE : LISTA DE OBSERVACIÓN.

Tabla 7, El Hospital III Puno cumple (**1117.78%**), el CAP III Metropolitano, (105.83 %), el Hospital I Universitario obtuvo 104 %, observando que en los tres Establecimientos se logra eficacia alta con un porcentaje consolidado promedio de **109.20 %**.

Gráfico 6

**Cumplimiento de proceso de actividades de estimulación prenatal por
número de participantes del programa de Estimulación Prenatal en la Red
Asistencial Puno EsSalud-2013**



FUENTE : ELABORACIÓN PERSONAL

Tabla 8

**Consolidado de cumplimiento de proceso del programa de Estimulación
Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud-2013**

DISPOSICIONES TÉCNICAS DE PROCESO PROCESO	INSTITUCIONES DE LA RED PUNO			IDONEO
	Hosp. III	HOSP. I	CAP III	Nº DE GRUPOS y PARTICIPANTES EN TIEMPO DE ESTUDIO (6
		%	%	%
Nº De Grupos	100 %	50 %	50 %	100.00
Nº De Participantes	117.78 %	104.00 %	105.83 %	100.00
TOTAL %	108.89	77.00 %	79.92 %	100.00

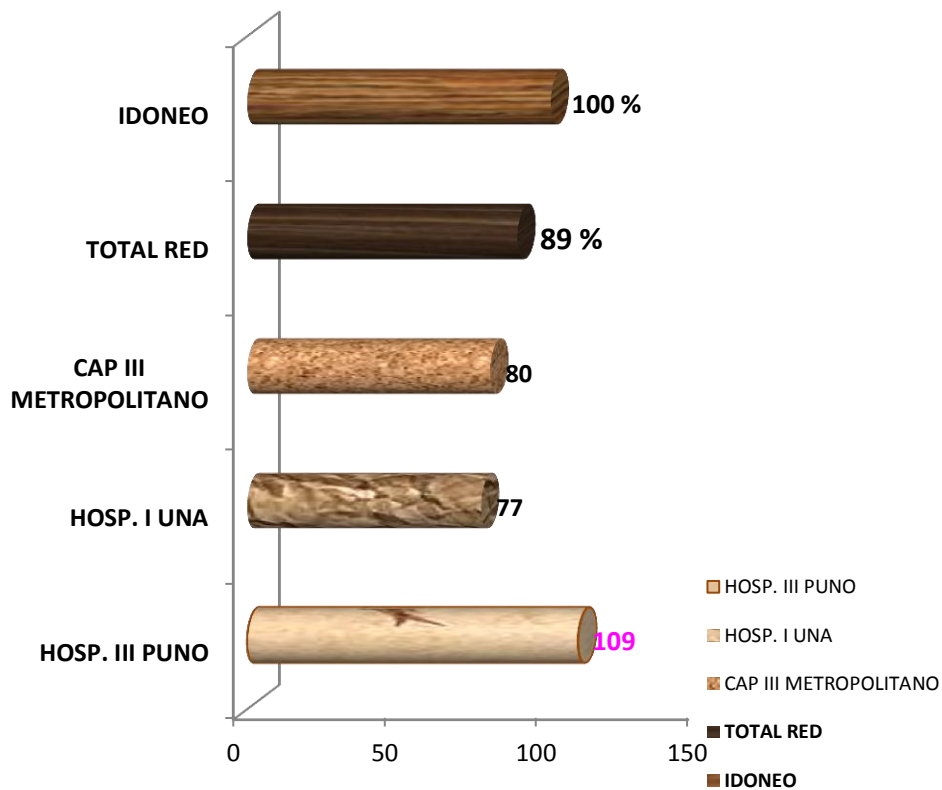
*TOTAL EFICACIA DE PROCESO (%)	88.60 %	100.00
---------------------------------------	----------------	---------------

FUENTE : LISTA DE OBSERVACIÓN.

Tabla 8, Se observa que, total de eficacia respecto a proceso es de eficacia alta (88.60%), donde el Hospital III Puno (108.89%), en primer lugar, CAP III Metropolitano eficacia alta (77 %), y el Hospital I Universitario obtuvo una eficacia del 44.43%.

Gráfico 7

**Consolidado del cumplimiento de proceso del programa de Estimulación
Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud-2013**



FUENTE : ELABORACIÓN PERSONAL

Tabla 9

Cumplimiento de resultado de actividades programadas - actividades realizadas del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud-2013

ACTIVIDADES DE ESTIMULACION PRENATAL	INSTITUCIONES DE LA RED PUNO		
	HOSPITAL III PUNO	HOSPITAL I UNA	CAP III METROPOLITANO
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	280	120	120
ACTIVIDADES REALIZADAS	296	104	127
IDONEO 100%			
AVANCE %	106 %	87 %	106 %

TOTAL EFICACIA DE RESULTADO %	99.99 %	100.00
--------------------------------------	----------------	---------------

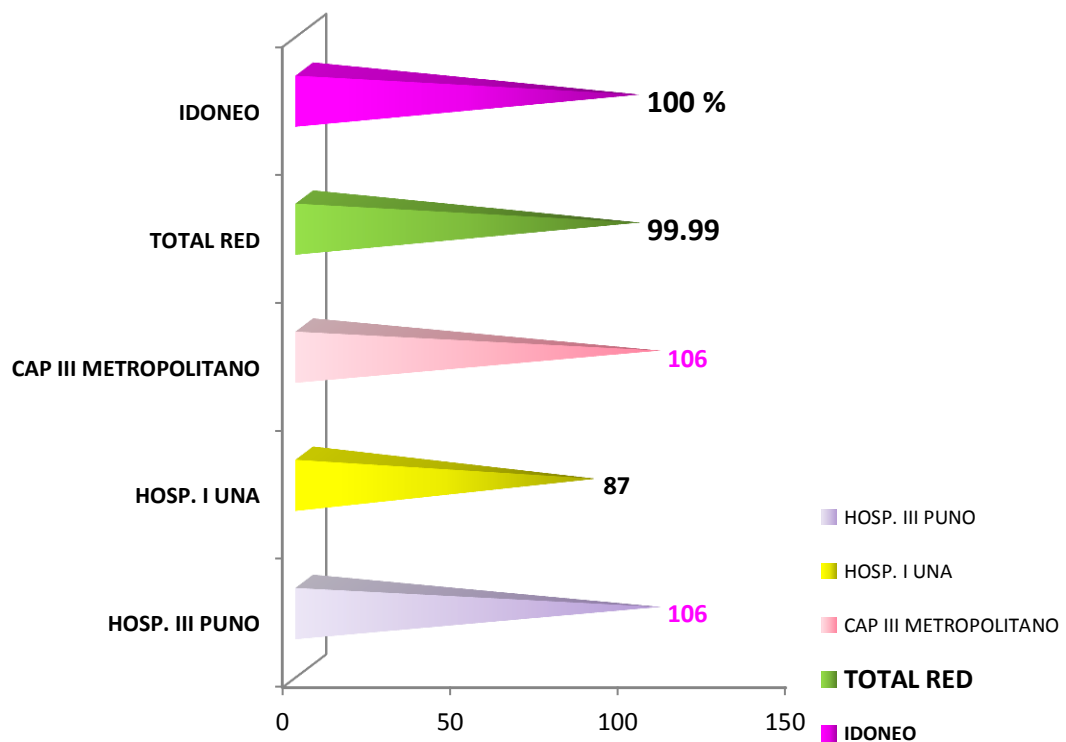
FUENTE : LISTA DE OBSERVACIÓN.

Tabla 9, el Hospital III Puno, alcanza eficacia alta (106.%), el Hospital I Universitario alcanzó 87%, eficacia alta, y el CAP III Metropolitano también eficacia alta (106%).

El total de cumplimiento de eficacia respecto a resultado en la Red Puno EsSalud es de eficacia alta, (106 %).

Gráfico 8

Cumplimiento del resultado de actividades programadas - actividades realizadas del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud-2013



FUENTE : ELABORACIÓN PERSONAL

Tabla 10

Consolidado total de eficacia del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial Puno EsSalud-2013

DISPOSICIONES TECNICAS	CUMPLIMIENTO				
	Hosp. III PUNO	HOSP. I UNA	CAP METROPOLI	TOTAL	IDONEO (*)
	%	%	%		%
ESTRUCTURA					
CONSOLIDADO	62.69	43.17	78.54	61.47	100.00
PROCESOS					
CONSOLIDADO	108.89	77.00	79.92	88.60	100.00
RESULTADOS					
CONSOLIDADO	106.00	87.00	106.00	99.66	100.00
*EFICACIA (%)	92.53	69.06	88.15	83.24	100.00
POR CENTROS					

*EFICACIA (%) CONSOLIDADO RED ASISTENCIAL PUNO	83.24 %	100.00
---	----------------	--------

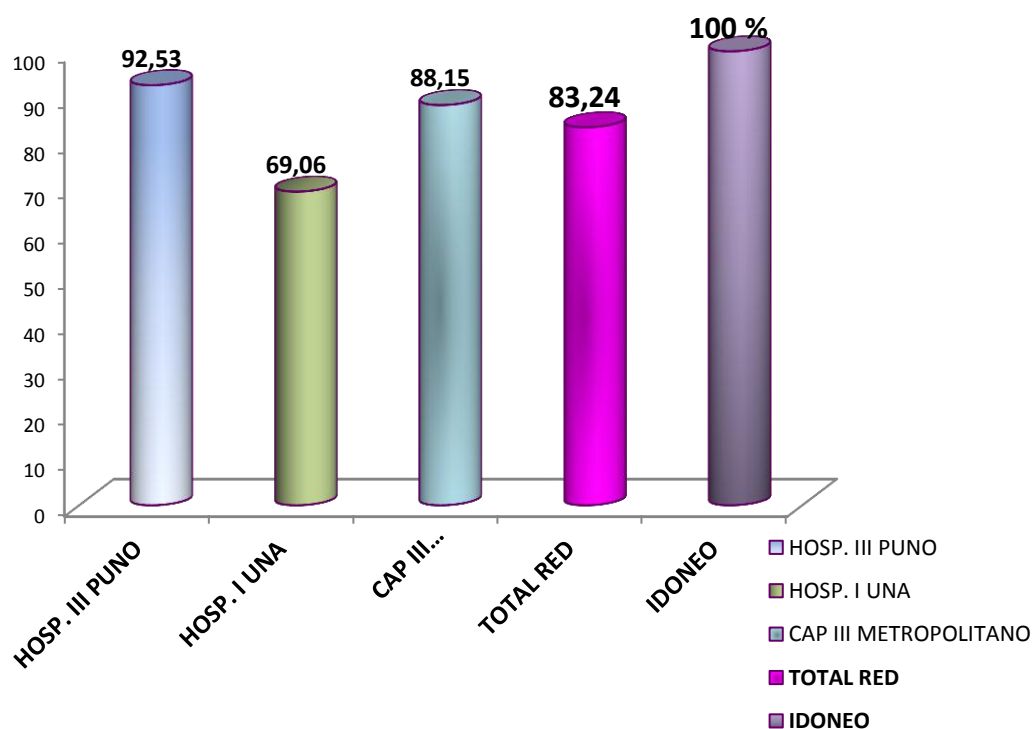
FUENTE : LISTA DE OBSERVACIÓN.

Tabla 10, El consolidado total de cumplimiento del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial Puno, es de eficacia alta (83.24%).

Realizamos el comparativo entre los tres establecimientos, observamos que, es evidente, el Hospital III Puno es la institución de mayor eficacia de la Red Puno EsSalud (92.53%), seguido de CAP III Metropolitano con (88.15%), en tercer lugar el Hospital I Universitario (69.06%).

Gráfico 9

**Consolidado de eficacia del programa de estimulación prenatal en la Red
Asistencial Puno EsSalud-2013**



FUENTE : ELABORACIÓN PERSONAL



El presente trabajo, refleja la falta de un ambiente exclusivo para el programa de Estimulación Prenatal en las tres Instituciones y que además no se cuenta con servicios higiénicos de uso exclusivo para el programa, lo que podría determinar que exista insatisfacción en las usuarias por falta de comodidad en la infraestructura brindada por la institución.

De aquí deriva la importancia de conocer los resultados obtenidos de eficacia, para recomendar un plan de mejoramiento para el programa. de Estimulación Prenatal en los establecimientos de EsSalud de la Red Puno.

En la Investigación de Eficacia de las disposiciones técnicas del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica de la Red Asistencial Arequipa EsSalud año 2006. del autor Cano Santander Maerleni María (20). Se observó que, la eficacia del cumplimiento en general de las normas del Programa de Psicoprofilaxis obstétrica fue de eficacia alta (86.52%) al consolidar la estructura (infraestructura, mobiliario y recursos humanos) y proceso (actividades del programa) de todas las Instituciones que conforman la Red Asistencial Arequipa – EsSalud. donde dos de los Establecimientos cuentan con una Infraestructura permanente para el desarrollo de la actividad.

Comparando con los resultados de la presente Tesis el consolidado de la eficacia del cumplimiento de las disposiciones técnicas del Programa de Estimulación Pre Natal respecto a estructura, es más deficiente en la Red Asistencial Puno.

Consideramos comentar la diferencia entre los tres Establecimientos y es que el Hospital I Universitario es el de menor eficacia con Eficacia Media (69.06), En segundo lugar el CAP III Metropolitano con Eficacia Alta de (88.15), y en Primer lugar el Hospital III Puno con Eficacia Alta de (92.53).

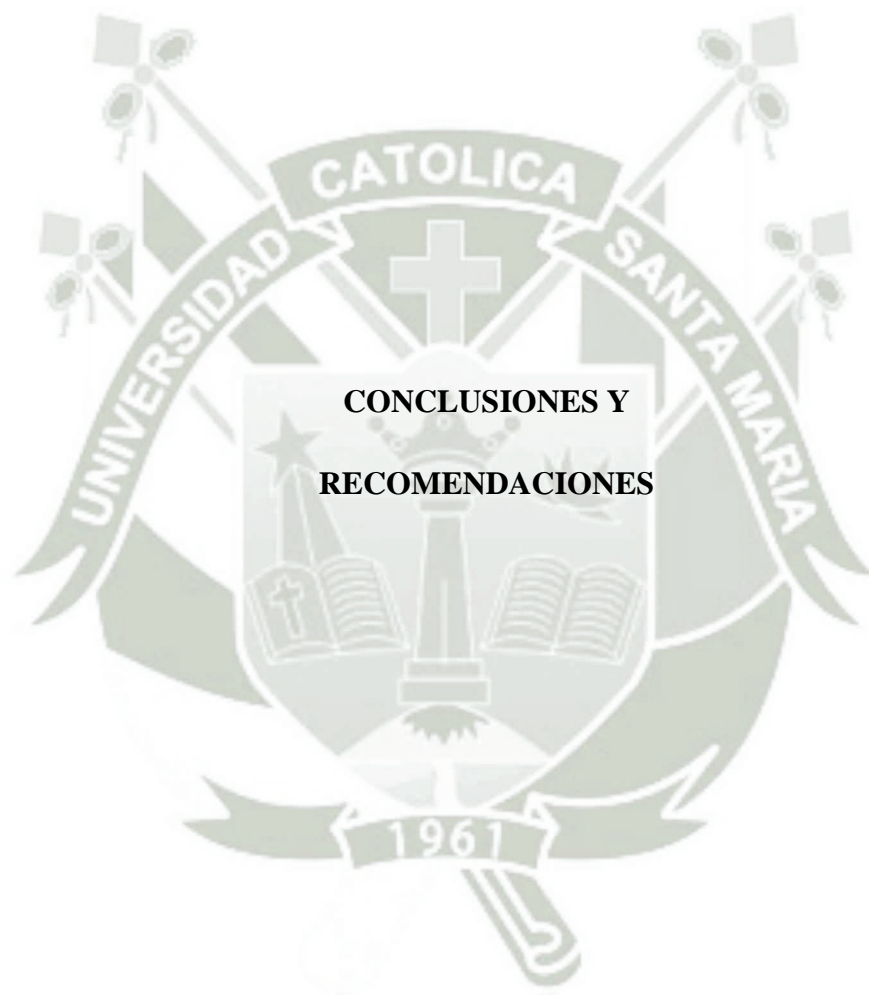
Por otra parte en cuanto a recursos humanos con eficacia media es debido a que se realiza las sesiones del Programa de Estimulación Prenatal con profesional a tiempo parcial; es decir que el profesional encargado, además es encargado de otras labores dentro del Servicio de Ginecoobstetricia y no se cuenta con personal exclusivo para el Programa, a pesar de ello el cumplimiento con los grupos de

gestantes participantes es calificado con eficacia alta, lo cual resalta e incrementa la eficacia del Programa. Consideramos por el compromiso del profesional Obstetra.

Comentar también que las gestantes que son usuarias a control prenatal en la Red Asistencial Puno se atienden en las instituciones mayormente desde el primer trimestre del embarazo. Este grupo de usuarias es mayor en vista que son concientizadas sobre la necesidad de iniciar precozmente el Control y son captadas para la asistencia al programa.

La existencia de recursos materiales de mobiliario y equipos suficientes y adecuados es sumamente importante en la aplicación de los programas de Estimulación Prenatal, ya que muchas sesiones están basadas en el uso de materiales de ejercitación como colchonetas y pelotas y otras actividades se basan en las charlas participativas guiadas de, videos o audios. En el presente trabajo se identifica la insuficiencia de materiales, dificultando que se brinden las actividades de Estimulación Prenatal de manera adecuada y de comodidad para las usuarias asistentes a las sesiones.





CONCLUSIONES

PRIMERA: El cumplimiento de eficacia respecto a Estructura del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial Puno – EsSalud 2013 es de eficacia media (61.47 %). Siendo el Hospital I Universitario el de menor eficacia con (43.17%) eficacia baja.

SEGUNDA: El cumplimiento de eficacia respecto a Proceso del Programa de Estimulación Prenatal por la Red Asistencial Puno – EsSalud 2013 es de eficacia alta (88.60 %). El Establecimiento de mayor eficacia es el Hospital III Puno (117.78) .

TERCERA: El cumplimiento de eficacia respecto a Resultado del programa de Estimulación Prenatal por la Red Asistencial Puno – EsSalud,2013 es de eficacia alta, (99.66 %) . Los tres Establecimientos reflejan eficacia alta. el de menor avance es Hospital I Universitario (87%).

CUARTA: El cumplimiento de eficacia total del programa de Estimulación Prenatal en la Red Asistencial Puno - EsSalud 2013, es de eficacia alta (83.24 %). Siendo evidente que el Hospital I Universitario es el de menor eficacia. (69.06%), y el de mayor eficacia el Hospital III Puno (92.53%).

RECOMENDACIONES

1. Para los directivos de la Red Asistencial Puno EsSalud, dar importancia a la implementación de infraestructura y equipamiento específico para la Educación y preparación de la gestante con ambiente propio como establece la normativa Institucional de Estimulación Prenatal. Con el presente trabajo esperamos consolidar este aspecto tan necesario e importante para brindar servicio de calidad.
2. Para la jefatura de departamento Materno Perinatal y Recurso Humano , considerar que el Profesional que realiza el programa de Estimulación Prenatal sea exclusivo y a tiempo completo, de esa manera pueda ser consecuente, más involucrado y seguramente evitar deserciones de las gestantes, conseguir eficacia del Programa. Tener en cuenta que recursos humanos suficientes y capacitados son la base de la aplicación de un programa, cualquiera que sea su rubro.
3. Directivos de la Red Puno EsSalud, resaltar el cumplimiento de proceso del programa de Estimulación Prenatal que es de eficacia alta, lo cual incrementa la eficacia del Programa, tener en cuenta que las pacientes asisten, la demanda es evidente, tendremos que mejorar la oferta con calidad.
4. Directivos de la Red Asistencial Puno, si mejoramos y tenemos en cuenta estos dos aspectos, primero Recurso Humano a tiempo completo para el Programa, y la implementación de infraestructura específica, para la educación de la gestante en los establecimientos seguramente que en tiempo determinado tendremos resultados de mayor eficacia.
5. A las colegas obstetras de la Red Puno EsSalud continuar con la capacitación y la especialización en Estimulación Prenatal, ello siempre ayudará al resultado óptimo en el trinomio madre padre y bebe y en que el Programa de Estimulación Prenatal sea siempre de eficacia alta.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

1. ARENCIO, LOURDES (2004). Módulo de Estimulación Prenatal Universidad Católica del Perú.
2. DONABEDIAN A. (2003). Una exploración conceptual. En: la calidad de la atención médica. La prensa Médica Mexicana. p. 1-39. México DF.
3. ESSALUD. (2006). Manual de Estimulación Pre Natal Preparación para el parto. Perú.
4. FERNANDEZ RIOS M, SANCHEZ GARCIA J. (1998). Eficacia organizacional: Concepto, desarrollo y evaluación. Ed. Díaz de Santos. p. 179- 214. España.
5. PAREDES, JULIO (2006). Metodología de la investigación. UCSM. Arequipa. Perú.
6. PINO CHÁVEZ, WILFREDO. (2006). Gerencia en Salud (Administración y Gerencia). Universidad Católica de Santa María.
7. POLIT Y HUNGLER.(2000). Investigación científica en ciencias de la salud. Ed. Mc Graw Hill. 6ta edición. pp 325-326. México.
8. SCHWARZL. (1995). Obstetricia. Editorial Ateneo Quinta Edición, Buenos Aires.
9. YALÁN, ELIZABETH. (2008). Guia Metodológica de Estimulación Prenatal para Obstetricas.

Revistas

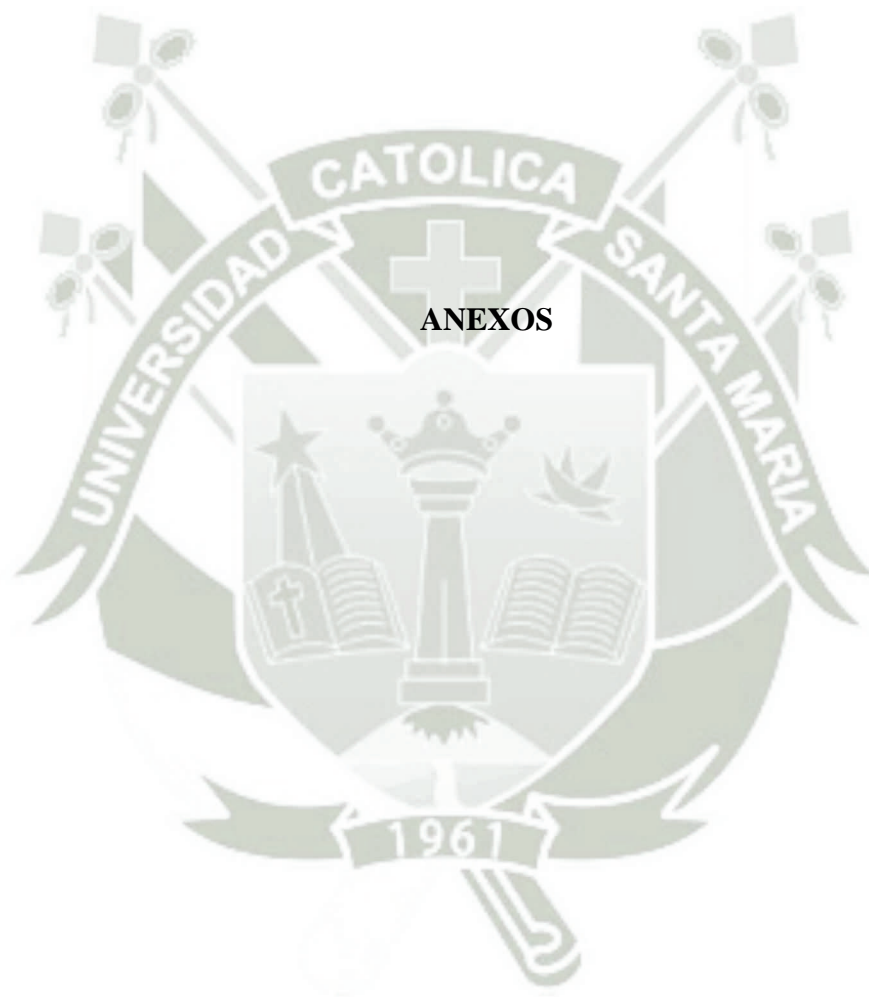
10. DELAMOTHE T. (2004). Using outcomes research in clinical practice. BMJ. 1;308:1583-84. Estados Unidos.

11. FELIU ELINEL, LIC. RIOS MARIA. (2004). Propuesta de un modelo de sistema de información gerencial para mejorar el proceso de selección de personal en la dirección de relaciones de trabajo de la Universidad de Carabobo. Venezuela.
12. GARCÍA, RÁEZ L, CASTRO M, VIVAR L Y OYOLA L. (2003). Sistemas de Indicadores de calidad I. Rev. Industrial Data Vol. (6) 2: pp. 66-73. Publicación del Instituto de Investigación de la Fac. de Ing. Industrial de la UNMSM. Perú.
13. MAURI I, SANTURÉ J. (2004). Proyecto de gestión en el hospital. Todo Hospital. Vol 123. Pp.11-16. Colombia.
14. MCKEE M. (2001). Measuring the efficiency of health systems. BMJ 323:295-6. Estados Unidos.
15. PRIEGO-ÁLVAREZ H., MENESES-HERNÁNDEZ J.L., LOPEZ-NARANJO J.I. (2006). Calidad percibida y nivel de confianza con los servicios médicos de laCMF Casa Blanca del ISSSTE. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 2006;12(32):17-22.

Documentos informáticos

16. ABREUL MANUELA DE LA C, CAÑEDO ANDALIA RUBÉN. (2005). Gerencia de calidad total en las organizaciones. Rev. ACIMED 6(2):79-92, http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol6_2_005/aci02298.htm
17. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. (2006). Indicadores de diagnóstico, seguimiento evaluación y resultados. Elementos conceptuales para su definición y aplicación. Departamento Nacional de Planeación Unidad de Inversiones y Finanzas Públicas * Red Nacional de Bancos de Programas y Proyectos. Santa Fe Bogotá. <http://www.cepis.org.pe/bvsahi/fulltext/indicadores.pdf>

18. DUEÑAS ARAQUE OSCAR LEONCIO. (2003). Dimensiones de la calidad en salud. Revista virtual Gerencia en Salud. Colombia. <http://www.gerenciasalud.com/art260.htm>
19. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA. (2004). Indicadores Pediátricos Para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Barcelona. España. <http://www.seup.org/seup/pdf/publicaciones/indicadoresCalidad.pdf>
20. Cano Santander Maerleni María- tesis Universidad Católica Santa María - Arequipa 2008. Eficacia de las disposiciones técnicas del programa de psicoprofilaxis obstétrica de la Red Asistencial Arequipa EsSalud año 2006.
21. Ascuña Bellido, Miriam Del Carmen –tesis Universidad Católica Santa María Arequipa – 2011 Aplicación de un programa para la estimulación prenatal en el vínculo afectivo materno fetal en gestantes adolescentes que acuden al Centro de salud Metropolitano Tacna, 2009.



ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA

ESTABLECIMIENTO :

Descripción	Si	No	Estado de conservación (*)			Nro	
			Bueno (1)	Regular(0.5)	Malo (0)	Si	No
1. INFRAESTRUCTURA							
Adecuada							
Distribución de área para el docente 1.5mt							
Área de trabajo 22.5 mt							
Área por alumna 4.5 mt							
Separación de una colchoneta una a otra es 30 cm							
Escritorio							
Estante paramaterialeseducativos							
Posee servicios higiénicos exclusivos para el programa							
Alfombra que cubra el área de Trabajo							
Instalaciones eléctricas con buena distribución deluz							
Interconexión							
Posee espejos para facilitar la instrucción de gimnasia							
2. EQUIPAMIENTO MOBILIARIO							
16 colchonetas largo 1.8 cmx 0.69 Cm							
16 almohadillas							
16 rodillos							
Sillas							

Rotafolio de EP							
Pelotas							
Maquetas o modelos anatómicos							
Televisor							
Equipo de música							
Video grabadora con lectora de CD o DVD							
Videoseducativos							
CD de EP TECNICA AUDITIVA							
Palos de Lluvia – Cascabeles							
MAQUETAS de BEBE en tamaños							
Linternas Tec VISUAL							
3. RECURSO HUMANO							
Tiempocompleto							
Tiempo parcial							
Retén							
Horario							
Adecuado							
Inadecuado							
Cumplimiento de las normas de Estimulación Prenatal							
Profesionales CAPACITADOS En ESTIMULACIÓN Prenatal							

FICHA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL

Centro Asistencial.....

Fecha de recolección de datos.....

**ACTIVIDADES DE
ESTIMULACIÓN PRENATAL**

GRUPOS		
1. Primer Trimestre		
1. Segundo Trimestre		
2. Tercer Trimestre		

NÚMERO DE PARTICIPANTES POR GRUPO

MES	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	Asistentes	Preparadas	Asistentes	Preparadas	Asistentes	Preparadas
ENERO						
FEBRERO						
MARZO						
ABRIL						
MAYO						
JUNIO						

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

Edad

Menor de 18 años	18-35 años	Mayor de 35 años

Trimestre del embarazo

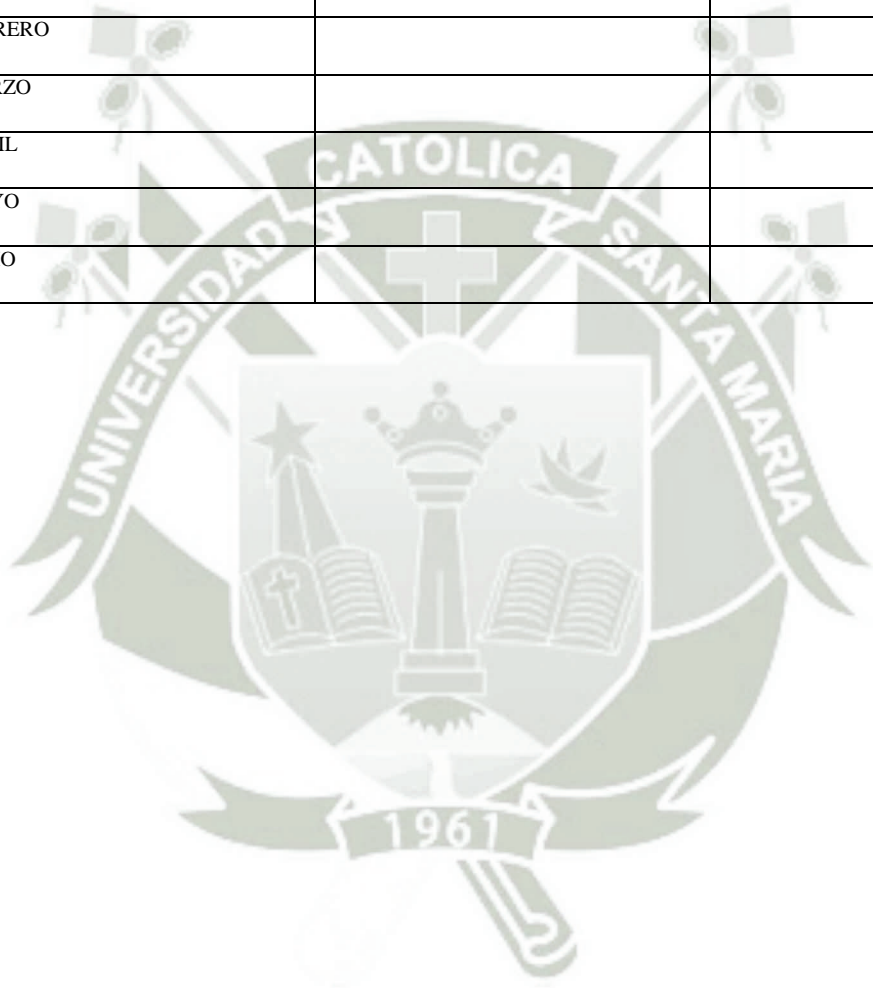
Primero	Segundo	Tercero

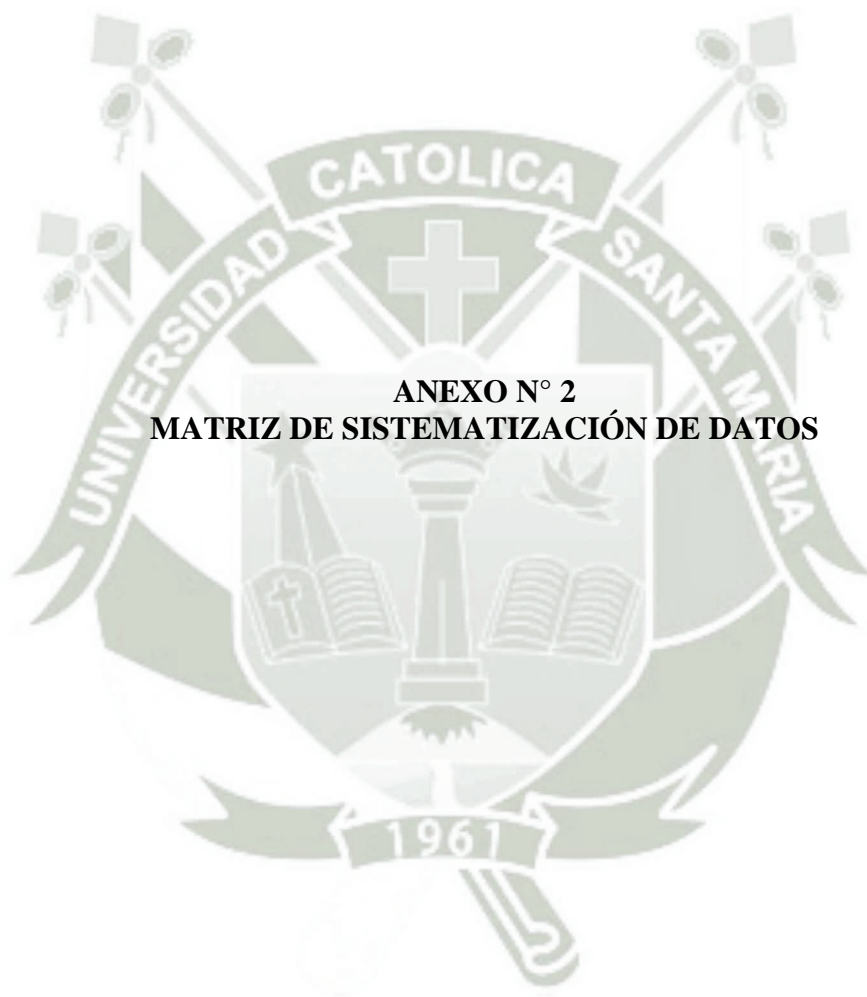
COBERTURA

MES	GESTANTES PROGRAMADAS	AVANCE	COBERTURA
ENERO			
FEBRERO			
MARZO			

ABRIL			
MAYO			
JUNIO			

<u>MES</u>	<u>GESTANTES ATENDIDAS</u>	<u>GESTANTES PREPARADAS en EP</u>
ENERO		
FEBRERO		
MARZO		
ABRIL		
MAYO		
JUNIO		





FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA
ESTABLECIMIENTO ; CAP III METROPOLITANO

Descripción	Si	No	Estado de conservación (*)			Nro	
			Bueno (1)	Regular(0.5)	Malo (0)	Si	No
1. INFRAESTRUCTURA							
Adecuada		X		X			
Distribución de área para el docente 1.5mt	X			X		1	
Área de trabajo 22.5 mt		X					0
Área por alumna 4.5 mt		X					
Separación de una colchoneta una a otra es 30 cm		X					0
Escritorio	X			X		1	
Estante paramateriales educativos		X					0
Posee servicios higiénicos exclusivos para el programa		X					0
Alfombra que cubra el área de Trabajo	X		X			1	
Instalaciones eléctricas con buena Distribución deluz	X		X			1	
Interconexión		X					
Posee espejos para facilitar la instrucción de gimnasia		X					0
2. EQUIPAMIENTO MOBILIARIO							
16 colchonetas largo 1.8 cmx 0.69 Cm	X			X		6	
16 almohadillas		X					0
16 rodillos		X					0
Sillas	X		X			10	
Rotafolio de EP		X					0
Pelotas		X					0
Maquetas o modelos anatómicos		X					0
Televisor	X			X		1	

Equipo de música	X			X		1	
Video grabadora con lectora de CD o DVD	X			X		1	
Videoseducativos	X		X			3	
CD de EP TECNICA AUDITIVA	X		X			3	
Palos de Lluvia – Cascabeles		X					
MAQUETAS de BEBE en tamaños	X			X		2	
Linternas Tec VISUAL	X			X		4	
3. RECURSO HUMANO							
Tiempocompleto		X					
Tiempo parcial	X					2	
Retén		X					
Horario	X						
Adecuado		X					
Inadecuado	X					2	
Cumplimiento de las normas de Estimulación Prenatal	X					2	
Profesionales CAPACITADOS En ESTIMULACIÓN Prenatal	X					2	

FICHA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL

ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN PRENATAL

GRUPOS		
1 Primer Trimestre.	0	
2. Segundo Trimestre	51	
3. Tercer Trimestre	76	

NÚMERO DE PARTICIPANTES POR GRUPO

MES	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	Asistentes	Preparadas	Asistentes	Preparadas	Asistentes	Preparadas
ENERO	0	0	4	4	6	6
FEBRERO	0	0	5	5	6	6
MARZO	0	0	5	5	9	9
ABRIL	0	0	12	12	14	14
MAYO	0	0	14	14	19	19
JUNIO	0	0	11	11	22	22

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

Edad

<u>Menor de 18 años</u>	<u>18-35 años</u>	<u>Mayor de 35 años</u>
3	107	17

Trimestre del embarazo

<u>Primero</u>	<u>Segundo</u>	<u>Tercero</u>
65	42	20

COBERTURA

<u>MES</u>	<u>GESTANTES PROGRAMADAS</u>	<u>AVANCE</u>	<u>COBERTURA</u>
ENERO	20	10	50 %
FEBRERO	20	11	55 %
MARZO	20	14	70 %
ABRIL	20	26	130 %
MAYO	20	33	165 %
JUNIO	20	33	165 %

<u>MES</u>	<u>GESTANTES ATENDIDAS</u>	<u>GESTANTES PREPARADAS en EP</u>
ENERO	10	10
FEBRERO	11	11
MARZO	14	14
ABRIL	26	26
MAYO	33	33
JUNIO	33	33

FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA
ESTABLECIMIENTO ; HOSIPAI I UNIVERSITARIO

Descripción	Si	No	Estado de conservación ^(*)			Nro	
			Bueno (1)	Regular(0.5)	Malo (0)	Si	No
I. INFRAESTRUCTURA							
Adecuada		X			X		0
Distribución de área para el docente 1.5mt		X					0
Área de trabajo 22.5 mt		X					0
Área por alumna 4.5 mt		X					0
Separación de una colchoneta una a otra es 30 cm		X					0
Escritorio	X			X			1
Estante paramateriales educativos		X					0
Posee servicios higiénicos exclusivos para el programa		X					0
Alfombra que cubra el área de Trabajo		X					0
Instalaciones eléctricas con buena Distribución deluz	X		X				1
Interconexión		X					0
Posee espejos para facilitar la instrucción de gimnasia		X					0

2. EQUIPAMIENTO MOBILIARIO							
16 colchonetas largo 1.8 cmx 0.69 Cm	X			X			4
16 almohadillas		X					
16 rodillos		X					
Sillas	X		X				
Rotafolio de EP		X					
Pelotas		X					
Maquetas o modelos anatómicos		X					
Televisor	X		X				1
Equipo de música	X			X			1
Video grabadora con lectora de CD o DVD		X					
Videos educativos		X					
CD de EP TECNICA AUDITIVA	X		X				3
Palos de Lluvia – Cascabeles		X					
MAQUETAS de BEBE en tamaños		X					
Linternas Tec VISUAL		X					
3. RECURSO HUMANO							
Tiempo completo		X					
Tiempo parcial	X			X			
Retén		X					
Horario							
Adecuado		X					
Inadecuado	X						1
Cumplimiento de las normas de Estimulación Prenatal	X						
Profesionales CAPACITADOS En ESTIMULACIÓN Prenatal	X		X				1

FICHA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL
ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN PRENATAL

GRUPOS		
1.	Primer Trimestre	0
2.	Segundo Trimestre	26
3.	Tercer Trimestre	78

NÚMERO DE PARTICIPANTES POR GRUPO

MES	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	Asistentes	Preparadas	Asistentes	Preparadas	Asistentes	Preparadas
ENERO	0	0	2	2	8	8
FEBRERO	0	0	2	2	6	6
MARZO	0	0	4	4	13	13
ABRIL	0	0	6	6	18	18
MAYO	0	0	5	5	20	20
JUNIO	0	0	7	7	13	13

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

Edad

<u>Menor de 18 años</u>	<u>18-35 años</u>	<u>Mayor de 35 años</u>
0	91	13

Trimestre del embarazo

<u>Primero</u>	<u>Segundo</u>	<u>Tercero</u>
57	25	22

COBERTURA

<u>MES</u>	<u>GESTANTES PROGRAMADAS</u>	<u>AVANCE</u>	<u>COBERTURA</u>
ENERO	15	10	67 %
FEBRERO	15	8	53 %
MARZO	15	17	113 %
ABRIL	15	24	160 %
MAYO	15	25	166 %
JUNIO	15	20	133 %

<u>MES</u>	<u>GESTANTES ATENDIDAS</u>	<u>GESTANTES PREPARADAS en EP</u>
ENERO	10	10
FEBRERO	8	8
MARZO	17	17
ABRIL	24	24
MAYO	25	25
JUNIO	20	20

FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA
ESTABLECIMIENTO ; HOSPITAL III PUNO

Descripción	Estado de conservación (*)		Nro				
	Si	No	Buena (1)	Regular(0.5)	Mala (0)	Si	No
I. INFRAESTRUCTURA							
Adecuada	X			X		1	
Distribución de área para el docente 1.5mt	X			X		1	
Área de trabajo 22.5 mt		X					
Área por alumna 4.5 mt		X					
Separación de una colchoneta una a otra es 30 cm		X					
Escritorio	X			X		1	
Estante paramateriales educativos		X					
Posee servicios higiénicos exclusivos para el programa		X					
Alfombra que cubra el área de Trabajo		X					
Instalaciones eléctricas con buena Distribución deluz Interconexión	X		X			1	
Posee espejos para facilitar la instrucción de gimnasia		X					
2. EQUIPAMIENTO MOBILIARIO							
16 colchonetas largo 1.8 cmx 0.69 Cm	X			X		10	

16 almohadillas		X				
16 rodillos		X				
Sillas	X		X			20
Rotafolio de EP	X		X			2
Pelotas		X				
Maquetas o modelos anatómicos		X				
Televisor		X				
Equipo de música	X			X		1
Video grabadora con lectora de CD o DVD		X				
Videos educativos		X				
CD de EP TECNICA AUDITIVA	X		X			5
Palos de Lluvia – Cascabeles		X				
MAQUETAS de BEBE en tamaños	X			X		3
Linternas Tec VISUAL	X		X			5
3. RECURSO HUMANO						
Tiempo completo		X				
Tiempo parcial	X					2
Retén		X				
Horario						
Adecuado		X				
Inadecuado	X					
Cumplimiento de las normas de Estimulación Prenatal	X					
Profesionales CAPACITADOS En ESTIMULACIÓN Prenatal	5					5

FICHA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL
ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN PRENATAL

GRUPOS		
1 Primer Trimestre	0	
2 Segundo Trimestre	139	
3 Tercer Trimestre	157	

NÚMERO DE PARTICIPANTES POR GRUPO

MES	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	Asistentes	Preparadas	Asistentes	Preparadas	Asistentes	Preparadas
ENERO	0	0	13	13	12	12
FEBRERO	0	0	14	14	18	18
MARZO	0	0	18	18	32	32
ABRIL	0	0	24	24	28	28
MAYO	0	0	35	35	44	44
JUNIO	0	0	25	25	33	33

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

Edad

<u>Menor de 18 años</u>	<u>18-35 años</u>	<u>Mayor de 35 años</u>
12	233	51

Trimestre del embarazo

<u>Primero</u>	<u>Segundo</u>	<u>Tercero</u>
137	89	70

COBERTURA

<u>MES</u>	<u>GESTANTES PROGRAMADAS</u>	<u>AVANCE</u>	<u>COBERTURA</u>
ENERO	47	25	53 %
FEBRERO	47	32	68 %
MARZO	47	54	115 %
ABRIL	47	52	111 %
MAYO	47	79	168 %
JUNIO	47	58	123 %

<u>MES</u>	<u>GESTANTES ATENDIDAS</u>	<u>GESTANTES PREPARADAS en EP</u>
ENERO	25	25
FEBRERO	32	32
MARZO	54	54
ABRIL	52	52
MAYO	79	79
JUNIO	58	58



ANEXO N° 3
UBICACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL PUNO ESSALUD

RED ASISTENCIAL PUNO





ANEXO N° 5

FOTOGRAFÍAS DE ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN PRENATAL

RED ASISTENCIAL PUNO

Hospital I UNIVERSITARIO



SESIONES DE ESTIMULACIÓN PRENATAL





TECNICA MOTORA

CAP III METROPOLITANO

PRESENTACIÓN DE ESTIMULACIÓN PRENATAL

TECNICA TACTIL

