

ya es!

T 203
W 61
U 379
2002

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA

Tesis de Grado para Optar al Título de.
Master en Salud Pública

**Satisfacción de las usuarias del Programa de Atención
Integral a la Mujer en el Centro de Salud de Diriamba.
SILAIS Carazo / 1995-2001**

Autoras:

- Lic. Aura Regina Martínez Alemán
- Lic. María Inés Serrano Alvarenga
- Lic. Cheril Rose Smith Dixon

*Amor darte 11
Ri...
Alma Lila... 3.*

Tutor :
Dr. Lorenzo Muñoz García.
Docente Investigador
CIES-UNAN

T
203
W61
M379
2002

Managua, Agosto 2002

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA**

**Tesis de Grado para Optar al Título de.
Master en Salud Pública**

**Satisfacción de las usuarias del Programa de Atención
Integral a la Mujer en el Centro de Salud de Diriamba.
SILAIS Carazo / 1995-2001**

Autoras:

**Lic. Aura Regina Martínez Alemán
Lic. María Inés Serrano Alvarenga
Lic. Cheril Rose Smith Dixon**

**Tutor :
Dr. Lorenzo Muñoz García.
Docente Investigador
CIES-UNAN Managua**

Managua, Enero 2003.

INDICE

	Pag.
AGRADECIMIENTO.	
DEDICATORIA.	
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACIÓN	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V. OBJETIVOS	11
VI. MARCO DE REFERENCIA	12
VII. DISEÑO METODOLOGICO	28
VIII. RESULTADOS	34
IX. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	42
X. CONCLUSIONES	55
XI. RECOMENDACIONES	57
XII. BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS.	

Agradecimiento

A Dios nuestro Señor, nuestro Guía y Salvador por siempre,

A nuestro tutor Dr. Lorenzo Muñoz García, ya que sin sus sabios consejos, su entusiasmo y su sabiduría, jamás hubiésemos concluido y presentado esta tesis.

A nuestra Familia, por su apoyo, comprensión y sacrificios.

Al Personal de salud del Centro de Salud de Diriamba que amablemente nos facilitó la información necesaria para este estudio.

Dedicatoria

A mi familia en especial a mi madre Doña Juana Antonia que me impulsó a continuar mi preparación académica, a mi esposo Winston y a mi hijo Winston Jr. que me brindaron su apoyo , a todos Gracias.

Aura R. Martinez Aleman

Dedicatoria

A dos seres muy especiales para mi que ya no están presentes entre nosotros, mis padres “**Maria Luisa y José Maria**” que desde el cielo, se dan cuenta que he llegado a la meta. A mis hijos Kathy y Dagoberto, por tantos sacrificios y ausencias, para realizar los estudios necesarios,, a mi esposo Dagoberto, por su apoyo y comprensión, gracias

Maria Inés Serrano Alvarenga

Dedicatoria

A mis hijos Frank y Mónica,, mi madre Doña Catalina, que me han impulsado a seguir adelante y me han servido de inspiración para cumplir mis metas.

Cheril Rose Smith Dixon

RESUMEN.

La satisfacción de la Usuaría está en estrecha vinculación con la calidad de los servicios y la respuesta a sus necesidades, por lo tanto, si en Diriamba existen dificultades de abastecimiento, escasez de recursos humanos e infraestructura no satisfactoria, es razonable que las usuarias hayan manifestado en mayor porcentaje que la satisfacción era considerada como regular, no obstante manifiestan los proveedores del servicio, percibir que la calidad de la atención ha mejorado y que esta es integral.

Es un estudio descriptivo de corte transversal, en el que se estudiaron 51 usuarias del programa de Atención Integral a la Mujer en el Centro de Salud de Diriamba, para conocer su satisfacción con respecto a los servicios brindados, teniendo en cuenta la solución de problemas y/o las respuestas recibidas a su demanda de atención.

Se pretendió dar respuesta a las siguientes interrogantes.

¿Como es la satisfacción de la Usuaría con respecto a la oferta del servicio?

¿ Cómo es la percepción de los proveedores del servicio con relación a la atención que se brinda en la Unidad?

Las fuentes de obtención de la información tuvieron en cuenta la opinión de las usuarias externas y de los proveedores del servicio. Los datos provinieron de encuestas realizadas al proveedor, testimonios obtenidos de las usuarias del programa de Atención Integral a la Mujer, en el mes de Marzo del año 2001, esto fue enriquecido con la observación directa realizada por las investigadoras en el servicio y la revisión de documentos del programa.

La satisfacción se determinó en base a los criterios vertidos tanto de la usuarias del programa como de los proveedores del servicio.

Entre los principales resultados podemos citar:

- Las mujeres que mas demandan atención en la unidad de Salud son usuarias cuya edad oscila entre 15-29 años, amas de casa y estado civil acompañadas.
- Existe un alto porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención durante su período gestacional, conforme a las normas de control prenatal establecidas por el Ministerio de Salud.
- La gran mayoría de mujeres acudió a la Unidad de salud, en demanda de atención prenatal y llegan a la Unidad de manera espontánea.
- El tiempo que tuvieron que esperar para ser atendidas, fue mayor de una hora en la mayoría de las mujeres entrevistadas, las que refieren que hay déficit de equipos y recursos para la atención..
- La percepción del trato recibido por la usuaria es regular y entre las causas de insatisfacción citaron la falta de Insumos en el Programa de Atención Integral a la Mujer y de atención a casos de morbilidad

Se recomienda extender las actividades de promoción y educación a todas las mujeres, independientemente de su edad, promoviendo acciones en todos los componentes del programa, a los proveedores el fomento en el cambio de actitudes, priorizar el abastecimiento de insumos médicos y equipos necesarios para el programa así como la realización de supervisiones periódicas a las personas que brindan la atención en el programa.

I. INTRODUCCIÓN

El modelo de atención en salud en el ámbito mundial, es la combinación de normas específicas de las normas internas del proceso de atención sanitaria presente dentro del comportamiento de los grandes agregados económicos, sociales y políticos de la sociedad.

Existen importantes desigualdades en la oferta y la demanda, en la cobertura de los servicios, fallas en la eficacia y en la eficiencia de las respuestas institucionales, a las demandas de la población, así como un incontrolable aumento en los costos de estos servicios que amenazan la viabilidad futura de los modelos actuales y su aporte al desarrollo nacional.

En el marco de las transformaciones que ha venido impulsando el Ministerio de Salud, con el objetivo de mejorar la atención que se brinda en los servicios desde 1990, se han realizado una serie de cambios dirigidos sobre todo a dotar de instrumentos que orienten el proceso de reorganización de los servicios, establecer normas y procedimientos técnicos para la prestación de una atención integral. Dentro de esas transformaciones se prioriza la atención a grupos poblacionales desprotegidos, como son la mujer y la niñez en Nicaragua, se piensa así en la creación e implementación de un modelo de atención que permita alcanzar de manera progresiva, un amplio grado de integralidad en la prestación de los servicios, de manera tal que permita transformar la visión materno infantil en la atención de la mujer y del niño con un enfoque de género, incorporando como problema de salud pública el tema de la violencia intra familiar en la atención, promoviendo la prevención y control de las diversas formas de mal nutrición, así como incrementar la atención del parto institucional de alto riesgo y fortalecer la atención del parto domiciliario, prevenir el embarazo en adolescentes y fortalecer las acciones de planificación familiar y educación sexual.

La Política Nacional de Salud, esta dirigida a fortalecer la capacidad de identificación y control de riesgos sociales, epidemiológicos y de daños a la salud de la población, causados por el deterioro del medio ambiente, la deficiencia en el saneamiento básico y por riesgos biológicos, físicos y químicos; considerando como principal eje de acción, la salud integral a la mujer y a la niñez, haciendo énfasis especial en la mujer cabeza de familia y los niños y niñas en condiciones especialmente difíciles.

Institucionalmente, es el ordenamiento y la integración de servicios y actividades para la atención a la persona, la familia, la comunidad de una manera coherente, armónica y lógica.

Para la implementación del modelo de atención integral a la mujer, se hace necesario:

- Impulsar la aplicación de la atención integral con enfoque de género, procurando calidad y calidez de usuarios y usuarias.
- Reorganizar los servicios de salud de la red primaria de atención, haciendo énfasis en la prevención y promoción, incidir en la reducción de las oportunidades perdidas y fortalecer los mecanismos de articulación con el nivel comunitario.

Para poder cumplir con lo anterior es necesario que las Unidades tengan Personal de salud capaz y consciente, que comparta la información y aporte alternativas de solución en los problemas identificados.

Es lógico suponer, que hay obstáculos y entre ellos los más notorios han sido la carencia de normas e instrumentos que faciliten el trabajo, la supervisión, que sigue siendo no del todo adecuada, la falta de evaluaciones y de colaboración de los actores sociales, sin agregar que en algunos lugares se carece de la estructura mínima adecuada para las atenciones.

Este estudio tiene como finalidad valorar la satisfacción de las usuarias externas del programa de atención integral a la mujer y caracterizar a los proveedores de servicio, que trabajan en el Programa de Atención Integral a la Mujer en el Centro de salud de Diriamba, el estudio se enmarcó en el período de Septiembre 2000 a Marzo del 2001. ¹

¹ Ministerio de Salud de Nic. Manual Operativo, Modelo de Atención Integral a la Mujer , Cap.III, Pag.15

II. ANTECEDENTES

En el desarrollo del Sistema de Salud de Nicaragua se hace mención de tres etapas o periodos en los que el Ministerio de Salud ha desempeñado un papel importante y su rol ha tenido que ver con el sistema político imperante.

I Periodo (1950 - 1979)

Entre los años 1950 – 1979 el papel del Ministerio de Salud estaba orientado hacia la Atención a trabajadores de los polos productivos de desarrollo ubicados en las minas de oro, ingenios, algodones, estaban relacionados a las prestaciones de la seguridad social, existían Juntas Locales de Asistencia Social (JLAS) y su principal eje de atención era la población de escasos recursos económicos, cada junta local, tenía una unidad de atención hospitalaria, existían además La Junta Nacional de Asistencia Social (JNAS), que era el ente rector, normatizador y superior, existían hospitales para la atención a pacientes crónicos (Hospital Psiquiátrico Nacional, Hospital Dermatológico, Hospital Rosario Lacayo y Atención a Pacientes TB).

El papel esencial del Ministerio de Salud de esa época estaba orientado a la protección de la salud, el desarrollo de acciones de erradicación de enfermedades transmitidas por vectores (malaria), atención materno infantil, programas de planificación familiar, consultas por morbilidad, el sistema no contaba con una red de información estadística por lo que se desconoce el impacto de las acciones realizadas, se desarrollaban muy pocas acciones de prevención y promoción de la salud, no había coordinación con sectores importantes de la comunidad y con otros entes institucionales, las acciones eran aisladas y disgregadas, no existían planes y políticas nacionales de salud y la diversidad de instituciones prestadoras de

servicios constituían las principales características de esa época

II Periodo (1979 - 1990)

Este período se inicia con el triunfo de la Revolución Popular Sandinista y estuvo caracterizado por ser de participación popular y democrática.

Se basa en primer lugar en los derechos constitucionales que los individuos tienen de recibir acciones de salud y la obligatoriedad del sistema político imperante, de proporcionarlo, en primer lugar, se institucionaliza la prestación de servicios de salud, dejando solo un pequeño margen a instituciones privadas, el MINSA se reconoce como el ente rector de programas / servicios y acciones de salud en el país, en este periodo se crean programas y direcciones específicas para el control, como el programa de atención materno infantil, por la importancia que tiene el binomio madre / hijo, para mejorar los servicios y dar mayor cobertura. Antes de 1979 no existía en forma organizada y Nacional un programa dirigido a la Atención Materno Infantil como tal, tan solo se desarrollaban acciones tendientes al Control Prenatal. A partir de 1980 se elaboró e implementó el Programa Materno Infantil, que dada la prioridad asignada institucionalmente y por las organizaciones comunitarias logró mejorar y extender algunos servicios.²

Administrativamente el Ministerio de Salud se organiza en Direcciones y Divisiones generales, una de las divisiones fue la División Materno Infantil para normar la atención que se brindaría a la Mujer y al niño.

El MINSA es el encargado de normar, planificar y evaluar, para su administración se divide geográficamente en regiones, en cada una habían direcciones regionales que eran los encar-

gados de la planificación, gerencia y evaluación de su ámbito geográfico, se consolidaron las áreas de salud, la planificación, hubo auge en el desarrollo de los recursos humanos y la capacitación de los trabajadores, se puede decir que la participación popular estuvo en su punto máximo en este periodo, sobre todo en los Jornadas Populares de Salud (JPS).

Sin embargo dadas las condiciones, el recrudecimiento de la guerra, el deterioro de los niveles de vida, la falta de un Proceso gerencial y de normas para el desarrollo de las actividades, llevaron a que el sistema impuesto colapsara y diera lugar al inicio de otro período.

III PERIODO.

Se inicia en 1990 con la reestructuración de los servicios en dos niveles de atención: Primer Nivel de atención o Atención Primaria en Salud. Comprende básicamente Centros y Puestos de Salud y Centros de Salud con cama. El segundo nivel de atención que comprende a los Hospitales Generales y especializados, departamentales y Nacionales, considerados como la Unidad de mayor resolución en un territorio.

En el periodo 1990 – 1992 el MINSA define el Modelo de Atención con una mayor descentralización, la unidad básica territorial son los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), que se inicia con 19, posteriormente estos son reducidos a 17 a expensas de Managua que de tres se reducen a uno.³

Los grupos poblacionales de mayor riesgo se priorizan en la atención, se implementan acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, en los dos niveles de atención, se trabaja en la búsqueda de la equidad, la responsabilidad y la solidaridad en la prestación

² UNICEF. Situación de la niñez Nicaragüense. Complejo Papelero Nic. (Companic). Managua Septiembre 1990, p.33

³ Mercado Alejandra Judith, et al Evaluación del Modelo de atención Integral a la Mujer y la Niñez en el Municipio de Boaco. Nicaragua, MINSA. 1998, P.5.

de los Servicios de Salud.

La estrategia fundamental de este nuevo modelo es la búsqueda del “Desarrollo de la Atención Primaria“ y en 1995, se implementa el nuevo modelo de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez (AIMN), definiendo grupos priorizados, trata en su implementación de mejorar la infraestructura tanto como la capacidad técnica de los recursos humanos. En 1997, se integra al modelo el componente de adolescencia ya que este grupo afronta riesgos de enfermar y morir y hasta el momento no se les había dado un espacio donde demandaran servicios, se hace necesario impulsar acciones a favor de este grupo tan vulnerable, incorporando además temas de genero y violencia intra familiar (VIF).

III. JUSTIFICACIÓN

En el marco de las transformaciones que ha venido impulsando, el Ministerio de Salud, con el objetivo de mejorar la atención que se brinda en los servicios, desde 1995 se ha ido realizando una serie de cambios dirigidos sobre todo a dotar de instrumentos, que orienten el proceso de reorganización de los servicios y establecer normas y procedimientos técnicos, para la prestación de una atención integral.

“Estudios realizados en algunos países indican que los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años son normales (Estudios realizados en Uganda, Liberia y Malí revelaron que más de una de cada cinco mujeres entre 15–19 años habían tenido al menos un hijo o estaba embarazada⁴).

En un estudio descriptivo para determinar la relación entre grado de conocimiento, uso de métodos y ocurrencia de embarazo, encontraron que los métodos anticonceptivos más usados fueron condones y píldoras en un 100%, Dispositivo Intrauterino 85%, hormonales inyectables 60%”. En el mismo estudio se encontró que el grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos para condones un 90% considerado bueno, Gestágenos Orales 100% considerado excelente, Dispositivo Intrauterino 65% considerado regular.

La infraestructura limitada de muchos países pobres, hace que la atención sea deficiente, teniendo las usuarias que el centro más próximo se encuentra a mas o menos una hora, no obstante en Tailandia es de 15 minutos, otro problema es la estancia prolongadas en las salas de espera.

En un estudio realizado sobre la Evaluación del modelo de Atención Integral a la Mujer y

Niñez en Boaco, encontraron que las usuarias se sentían bien atendidas en un 88.9% al ser atendidas por el médico y/o la Enfermera en el Programa de la Mujer

Al preguntárseles su opinión acerca de la Atención en el Centro de Salud, manifestaron que las atendían bien el 61%. Y al preguntárseles cuales eran las causas por las que no les gustaba la atención, manifiestan que la causa principal es la falta de medicamentos.

En ese mismo estudio se hace mención que a raíz de la implementación del Modelo de Atención Integral, se dio una serie de capacitaciones y que el principal cambio observado fue la organización de los servicios, mencionando que se había implementado un nuevo flujo de atención.

Los servicios de salud requieren evaluaciones periódicas para poder determinar deficiencias y definir intervenciones, entendiéndose que calidad no es con lo que el servicio cuenta, sino lo que el usuario obtiene de él, por lo tanto es importante señalar que hay barreras en el acceso a los servicios no solo económicas si no informativas, sociales y organizativas.

Sin embargo, en el SILAIS Carazo, en el Centro de Salud de Diriamba, este es el primer intento de medir la atención recibida por las usuarias externas, por lo tanto este estudio tiene como finalidad, valorar la satisfacción de las usuarias externas y caracterizar a los proveedores del servicio, del Programa De Atención Integral a la Mujer, comprende el período de Septiembre 2000 a Marzo 2001, de tal forma que logre medir el grado de eficacia de las actividades de salud realizadas por el personal, desde su implementación hasta el momento actual, tomando en cuenta los siguientes factores que inciden en la calidad, como son, los aspectos Organizacionales, gerenciales, las características generales de las usuarias y la satisfacción de las mismas.

⁴ Dávila Ana Lissette. Evaluación del Programa de Salud Reproductiva, Managua, Nic.MINSA. 1997,

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es importante conocer la satisfacción de las usuarias externas y las opiniones de los proveedores del servicio del programa de Atención Integral a la mujer, en el Centro de Salud del Municipio de Diriamba, para obtener información que permita mejorar la calidad de atención de los servicios que se brindan a esta población.

De acuerdo a este aspecto se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la Caracterización de las usuarias del programa de Atención Integral a la Mujer, en relación con sus condiciones socioeconómicas?.

¿Cómo está organizada la oferta de servicios del programa de Atención Integral a la Mujer?.

¿Cuáles son los aspectos gerenciales vinculados a la ejecución del Programa de Atención Integral a la Mujer?.

¿Qué percepción tienen las usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer?.

¿Qué percepción tienen los proveedores sobre el Programa de Atención Integral a la Mujer?.

¿Cómo es la satisfacción de las usuarias del programa Atención Integral a la Mujer en relación a la atención recibida en el Centro de Salud?.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la satisfacción de las usuarias del programa Atención Integral a la Mujer en relación a la atención recibida en el Centro de Salud "del Municipio de Diriamba, en el SILAIS Carazo, Período Septiembre 2000 - Marzo de 2001".

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterización de las usuarias del programa de Atención Integral a la Mujer, en relación con sus condiciones socioeconómicas.
2. Conocer como está organizada la oferta de servicios del programa de Atención Integral a la Mujer.
3. Identificar aspectos gerenciales vinculados a la ejecución del Programa de Atención Integral a la Mujer.
4. Conocer la percepción que tienen las usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer.
5. Conocer la percepción que tienen los proveedores sobre el Programa de Atención Integral a la Mujer.

VI. MARCO DE REFERENCIA

La familia constituye el principal foco de interés de las actividades, en los programas de atención en salud, ya que comparte los mismos elementos de la comunidad, en cuanto a que son grupos de personas con costumbres, intereses, orígenes y características similares. La familia esta sujeta a cambios sociales y a problemas de adaptación, tanto en el campo, como en la ciudad.

En un Sistema de Salud, el personal planifica sus actividades, en las comunidades donde se dan los tres niveles de atención:

Primaria.

Secundaria

Terciaria

En el caso del presente trabajo, nos situaremos en el primer nivel de atención en salud, que es donde se realizan las acciones de prevención, promoción, diagnóstico precoz y tratamiento correspondiente, que en general son acciones sencillas que demandan menos recursos técnicos, que los otros niveles de atención, sin embargo, es necesario tener en cuenta la importancia fundamental que tiene en la protección y mantenimiento de la salud.

Los servicios del primer nivel de atención comprenden: los Centros de Salud, los Puestos de Salud, los Centros de Salud con cama, casas base, red de Brigadistas y parteras y la comunidad organizada; ya que con el fin de ofrecer la atención de salud necesaria, el personal, necesita estar en contacto con todos los miembros de la comunidad, haciéndola participe lo más posible en sus actividades, identificando los problemas principales que afectan la salud de las personas en general, y en especial de la mujer en edad fértil y de las embarazadas.

Las actividades destinadas al mantenimiento, fomento y preservación de la salud, implican dos aspectos importantes:

La prevención de las enfermedades.

La intervención en las diferentes etapas, para evitar el progreso de enfermedad, disminuir daños y evitar la muerte.

Un programa: Es la parte de un plan donde se enumeran las actividades que hay que cumplir en el área de salud, se entiende por programa a aquella parte de la planificación general que describe las actividades que se cumplen, a través de los servicios de salud.

La atención materna, comprende la atención a la mujer embarazada, en el puerperio, y en la vida fértil. Sin embargo, en la última década, el Ministerio de salud ha venido impulsando cambios y reflexiones, referente a la organización de los servicios y la priorización de los grupos vulnerables o más desprotegidos.

En 1994 se profundiza la reorganización del Ministerio de Salud, dando paso a una revisión de los mecanismos y procedimientos de entrega de servicios a la población, iniciándose así la formalización de un nuevo Modelo de Atención que alcanzará progresivamente un alto grado de integralidad en la prestación de los servicios que se brinden a la mujer, al niño y al adolescente.

Es importante señalar una concepción más amplia, con relación a la mujer, reconociendo que sus problemas de salud están vinculados, no solo en relación con el proceso de gestación, sino que están estrechamente relacionados con la condición de género, y sobre todo con la cultura de la población.

El Ministerio de Salud, centró sus esfuerzos en garantizar la atención a la mujer a la niñez y a la adolescencia, dirigiendo sus esfuerzos a garantizar la atención integral en todas las

unidades de salud, con el objetivo de:

- Transformar la visión materno- infantil en la atención a la mujer, al niño, al adolescente con un enfoque de genero, promoviendo el auto-estima y el auto-cuidado.
- Incorporar como un problema de salud Pública, el tema de la violencia intra familiar, en la atención a la mujer, al niño y al adolescente.
- Incrementar la atención del parto de alto riesgo, en las unidades de salud.
- Fortalecer la atención del parto domiciliario.
- Promover la captación y prevención del embarazo precoz, en la adolescencia.
- Fortalecer las acciones de planificación familiar y educación sexual acompañadas de consejería orientadora.

Se estableció a partir de 1995, que todas las unidades de salud (hospitales, Centros y Puestos de salud), deberían brindar atención integral a la mujer y a la niñez, basándose en normas establecidas en el nuevo modelo de atención, para ello se debe contar con el registro y caracterización de los principales problemas de salud, en especial de aquellos que se relacionan con la violencia intra familiar, a la mujer y la niñez, garantizar además el 90%, de los insumos médicos normados para la atención, con énfasis en la atención de la embarazada y del niño menor de 5 años.⁵

Contar con personal capacitado, que maneje la atención integral, a partir de la identificación y la Priorización de los problemas, siendo necesaria la participación de las comunidades y de todos los sectores involucrados en la solución de los mismos; así como propiciar el fortalecimiento de los líderes en las comunidades.

Es importante para el éxito del modelo, ejecutar acciones conjuntas con otros centros alternativos de atención a la mujer y a los niños, con los Brigadistas y Parteras, mejorar los mecanismos de referencia y contra referencia de los usuarios, sin rechazo a la demanda.

Para que el modelo tenga éxito, se hace necesario la capacitación del personal, el Monitoreo y la Supervisión constante, para la solución de los problemas.

Los lineamientos generales, del modelo de atención integral a la mujer, consisten en promover acciones sobre las causas que afectan la salud de la mujer, con enfoque de género, de auto-cuidado y de educación sexual; así como aumentar la cobertura de disposición de opciones de planificación familiar, para evitar los embarazos no deseados con respeto a la libertad del individuo y de la pareja, también se impulsará la captación precoz, la detección y la referencia oportuna del alto riesgo obstétrico, la vigilancia y atención adecuada del parto y del puerperio, y la dispensarización de las patologías de alto riesgo.

Se debe Desarrollar y fortalecer las bases y mecanismos, para formular y ejecutar acciones intersectoriales, en apoyo de las actividades del sector salud, promover de manera efectiva la participación de la comunidad, fomentando su intervención en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones dirigidas a la solución de los problemas de salud.

Para poder implementar este modelo, es necesario reconocer que la salud es un indicador esencial de las condiciones de vida de la población, y que para mejorarla es necesario analizar esas condiciones en el territorio, conocerlo, tener en cuenta las necesidades de acuerdo a la realidad en que vivimos y de acuerdo a la capacidad de gestión de salud que se tenga en los servicios; se hace necesaria la participación activa del equipo de salud, de la comunidad, de otras organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, para que tenga éxito, saber que la salud es una necesidad compartida y no solo responsabilidad del sistema de salud.

⁵ Ministerio de Salud de Nic. Manual Operativo, Modelo de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez, P.2

Además es necesario tener personal de salud capaz y consciente, que comparta la información y de aportes para frenar el deterioro de las condiciones de vida de la población.

ACTIVIDADES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER

Son las acciones dirigidas a la personas, familia y comunidad y su relación con el medio, en que se consideran ejes importantes, la promoción, la prevención, rehabilitación de la enfermedad y prevención de discapacidades.

Atención Integral de la Mujer Acciones orientadas al abordaje integral de los problemas de salud de la mujer, con enfoque de genero;

- ↗ Atención a las personas
- ↗ Atención al territorio.
- ↗ Integralidad de los programas.
- ↗ Acciones interinstitucionales / intersectoriales.
- ↗ Participación comunitaria.

El embarazo y el nacimiento son procesos fisiológicos normales, que podrían significar algún grado de riesgo, un peligro grave de perder la vida, lo que suele ocurrir en edades extremas de la vida de las mujeres (- 19 años y > 35), cuando el espacio ínter genésico es corto, cuando el número de embarazos es alto, cuando existen deficiencias nutricionales o cuando son objeto de violencia o maltrato.

Embarazo Precoz versus Embarazo Adolescentes:

Proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo ser en el seno materno, en el que los órganos reproductivos de la mujer están inmaduros.

Atención Prenatal:

Seguimiento programado, brindado a la embarazada por personal de salud, con la finalidad

de brindar una adecuada preparación para el parto y la maternidad, en el que se abordan aspectos integrales de la salud de la mujer (Estado físico, nutricional, emocional, exámenes de laboratorio, etc.).

Esta normado que toda mujer debe tener como mínimo cuatro controles prenatales, debiendo ocurrir el primer control en el primer trimestre del embarazo.

El segundo control entre las 20 y 24 semanas.

El tercer control entre las 28 y 32 semanas.

El cuarto control entre las 36 y 38 semanas.

No obstante la mujer puede recibir hasta ocho controles o más en dependencia del grado de riesgo que represente.

Cada territorio debe tener micro localizados a sus embarazadas y tener planteadas metas de cobertura con relación a los embarazos esperados. Lo idóneo es tener controladas al 100 % de las embarazadas.

Pasos para la atención prenatal: Determinar el riesgo, informar y educar sobre los siguientes temas: Cuidados prenatales, signos y síntomas de alarma, lactancia materna, vacunas, parto institucional, atención del Recién Nacido, planificación Familiar, aspectos Nutricionales, Vestuario / Ejercicios.

Control del Puerperio:

Encuentros de la mujer con el equipo de salud, luego del parto, con el equipo de salud, dura de seis semanas a 42 días.

Planificación Familiar:

Componente del programa de atención integral a la mujer, que permite el espaciamiento de los embarazos, mediante el uso de diferentes métodos u opciones anticonceptivas.

Lactancia Materna Exclusiva:

Alimentación del recién nacido hasta los seis meses de edad con leche materna, excluyendo otro tipo de alimentos.

En Nicaragua, las investigaciones realizadas sobre calidad de atención han sido dirigidas a percepciones y satisfacción usuaria con respecto al programa de Atención Integral a la Mujer⁶,

En 1989, Sánchez Sonia, en un estudio de Utilización de los Servicios de Salud durante el Embarazo encontró que el 78.4% de las mujeres se habían realizado control pre natal y que la escolaridad y la paridad de las mujeres tenían relación con el control prenatal.

Otros estudios realizados en 1997 por Medrano Yadira, de Satisfacción de la usuaria de servicios de salud encontraron que el tiempo de espera de las mujeres era mayor de sesenta minutos en un 37.7%, el trato brindado por personal de admisión es bueno en un 87.3%, el 70.2% de las mujeres refirieron que les habían explicado procedimientos a realizarse y un 84.2% que había comprendido el problema, el 58% opino sentirse conforme con el trato recibido, un 76% considero que los prestadores de servicios son amables y que habían brindado algunas recomendaciones.

En estudio realizado por Medina Cajina Tomasita y Amador Moraga Misael, sobre calidad de la Atención del Aborto en el Hospital Berta Calderón Roque, en 1999,⁷ se encontró que la disponibilidad de recursos humanos, equipo imprescindible y adecuado suministros y medicamentos son indispensables para otorgar servicios de salud seguros y efectivos, de la misma manera se encontró que las condiciones de los servicios no son las mas adecuadas señalando que la iluminación ,la ventilación, la higiene son deficientes

Con relación al sistema de referencia y Contra referencia se encontró que esta no funciona, los funcionarios entrevistados manifestaron no conocer la proporción de pacientes que re-

⁶ Abaunza y Col 1985, Calidad de la atención con respecto al programa de atención integral a la mujer. Pag.35

⁷ Medina Cajina Tomasita y Amador Moraga Misael, Calidad de la Atención del Aborto en el Hospital Berta Caderón Roque, 1999, Managua Nicaragua. Pa.63

gresan a Consulta Externa del Hospital, de la misma forma se desconoce el porcentaje de usuarias que son referidas de las áreas de Salud.

Este mismo estudio refleja en sus resultados que un alto porcentaje de personal ha recibido capacitaciones sobre técnicas de atención en la aspiración endouterina, sin embargo no se les brinda capacitación sobre el abordaje integral a las Usuaris ni sobre aspectos de relaciones humanas.

En el proceso de la prestación de un servicio de salud, intervienen por una parte el personal, los equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico y por otra, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto. Además, en el proceso hay dos aspectos, uno de tipo técnico que tiene que ver con los criterios y procedimientos médico-clínicos, conocidos como **CALIDAD TÉCNICA**; el otro mas subjetivo, se refiere al “trato recibido” por los pacientes, conocido como **CALIDAD HUMANA**.

La infraestructura administrativa afecta el acto medico, pues de ello depende el tener oportunamente disponibles el personal, los equipos y los elementos necesarios para la realización; afecta la calidad técnica pues la oportunidad del contacto entre los servicios y el usuario dependen del diseño y operación de los procesos administrativos y afecta la calidad humana ya que el concepto global de satisfacción del usuario depende del ambiente físico que encuentre y de su contacto con el personal asistencial y administrativo.

Calidad, es el juicio que tienen los usuarios sobre un producto o servicio y comprende también el mejoramiento del proceso ampliado de la organización para incluir a agentes internos y externos para satisfacerlos. El mejoramiento de la calidad depende grandemente

de la habilidad del prestador de servicios para crear una atmósfera que demuestre su dedicación, en comprender su importancia y aceptar la responsabilidad para mejorarla. La calidad en los servicios de salud surge como una necesidad lógica ante los cambios del entorno, al igual que la identificación de problemas, alternativas y soluciones.

Los (as) usuarios (as) utilizan cinco dimensiones de la calidad que son: Confiabilidad, Recursos Tangibles, Diligencia, Garantía y Empatía.

La Calidad se considera como el medio más importante de una organización para lograr los resultados deseados, o sea para lograr la eficacia de los servicios.

La calidad, se puede definir como una característica no tangible, como el resultado de la integración de múltiples factores, relacionados con las características intrínsecas de los servicios y su capacidad para satisfacer los requerimientos de la mujer.

Calidad de atención:

Indicador de reto de los programas de salud, en el que tiene que ver la oportunidad del servicio brindado, la calidez y la aplicación de las normas establecidas.

La garantía de la calidad del servicio debe contemplar aspectos financieros, recursos humanos y de abastecimiento de insumos médicos y no médicos.⁸

Evaluación:

Táctica: Cuando se juzga la utilización de los recursos y las actividades.

Estratégicas: Juzga la adecuación de los objetivos del programa relacionados con los problemas que afectan a la población.

⁸ Di Prete Lori, et al. Garantía de la Calidad de la Atención de Salud en los Países en desarrollo, Que es la Calidad?. Perspectivas del significado de calidad. S.p.i. Pag. 7-8

Operativa: Juzga aspectos relacionados a la implementación y ejecución del programa.

El control de la calidad, se define como el conjunto de esfuerzos de los miembros del sistema de salud para mantener y superar los estándares de calidad, prestando el servicio adecuado con miras a garantizar la satisfacción del usuario externo y de los proveedores de servicios.

Expectativas del significado de calidad.

Que significa la atención de calidad para las usuarias que dependen de ella, los clínicos que lo suministran y los gerentes y administradores que la supervisan.⁹

EXPECTATIVAS DEL PACIENTE.

Las usuarias que acuden a las Unidades de Salud en demanda de atención, esperan contar con servicios médicos accesibles tanto en función de distancia y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; atención con cortesía y de forma oportuna, un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo.¹⁰

Esperan contar además con información suficiente por parte del personal administrativo, médico, de Enfermería y los recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental y material de consumo, suficientes, disponibles, adecuados, funcionando correctamente y en buen estado de conservación, personal médico, administrativo, de enfermería en suficiente cantidad y capacidad técnica y profesional, para el tipo y nivel de atención que se otorga, realización óptima del proceso de atención en cuanto a la valoración integral, determinación de un programa de estudio y tratamiento congruente con el problema de salud de que se trate, establecimiento oportuno del diagnóstico y proposición de un pronóstico probable, así como resultados satisfactorios de la aten-

⁹ Marguet Palomer R. Garantía de la Calidad de Atención Primaria de Salud; La definición de la Calidad de la Atención. Barcelona. España. Ediciones Doyma. 1993. Pag. 7-15

¹⁰ Aguirre Gas H. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica: Expectativas de los Pacientes y de los Trabajadores de las Unidades Médicas. Salud Pública de México, Vol. 32. Pag. 170-180. Marzo-Abril 1990.

ción en cuanto a solución del problema que motivó la consulta, al Diagnóstico, tratamiento o paliación, Egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención.

EXPECTATIVAS DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS.

El proveedor de los servicios de salud, espera lograr satisfacción en la realización de sus labores a través de otorgar atención a las usuarias en las instalaciones, con el equipo y el instrumental adecuado, con el reconocimiento de los superiores por las actividades realizadas y con una remuneración consecuente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

Para los prestadores de servicios de salud, la atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar la condición de las usuarias, de acuerdo a normas establecidas, técnicas actualizadas y recursos disponibles.

Los miembros del equipo de salud, tienden a concentrarse en la competencia profesional, la eficacia y la seguridad, así como el sistema de atención de la salud debe de responder a las perspectivas y las estipulaciones del proveedor de atención de la salud si se desea maximizar la calidad de ésta, en este sentido, los proveedores de la atención médica pueden considerarse como clientes internos del sistema de atención de la salud, necesitan y esperan recibir servicios profesionales, administrativos y auxiliares que sean eficaces y eficientes para estar en condiciones de brindar atención de calidad.¹¹

Los profesionales de la salud aprecian, en primer lugar, una atención científicamente correcta dentro de las limitaciones de la tecnología existente y casi siempre sesgada a la producción de mejora del nivel de salud de cada usuaria de manera individualizada.

EXPECTATIVAS DE LA INSTITUCION.

Las Unidades de Salud que brindan la atención, pretenden que esta sea proporcionada por los trabajadores a las Usuaris, con oportunidad, calidad y conforme a las normas y programas que la propia institución emite, dentro de los rangos de productividad esperados,

¹¹ Di Prete Lori. Et al. Garantía de la Calidad de la atención de Salud en los países en desarrollo. Que es la calidad?: Perspectivas del significado de Calidad. S.p.i. Pag. 7-8

acorde con su presupuesto, con abatimiento de la morbilidad y mortalidad y ausencia de quejas.

En un intento explícito de aunar los tres puntos de vista surge la definición de calidad Asistencial propuesta por Palmer: la producción de mejora de la calidad de la atención y la satisfacción de una población con las limitaciones de la tecnología existente, los recursos y las circunstancias de las usuarias de los servicios.

En Nicaragua el aspecto de Calidad de la Atención en los servicios adquiere especial relevancia a partir de la aprobación de la Política Nacional de Salud: Fortalecimiento de la Calidad de la Atención, por el Ministerio de Salud en 1993, que establece los procesos de Garantía de Calidad. Es a partir de esta aprobación que surge El Programa de Calidad Total de los servicios de Salud en el que se entiende por Calidad de la Atención: La capacidad y oportunidad que tienen los prestadores de servicios de contribuir a mejorar los niveles de Salud esperados, conforme a las normas, conocimiento de la Medicina y la Tecnología vigente, la accesibilidad, la oportunidad, amabilidad, trato personalizado y comunicación permanente entre los participantes del acto médico y las Usuaris de los servicios, para lograr un mayor beneficio y la máxima satisfacción, con los riesgos mínimos posibles y al menor costo.¹²

La satisfacción de un(a) consumidor/a es saber aprovechar adecuadamente los factores humanos, económicos, administrativos y técnicos, de tal forma que se logre un desarrollo integral y armónico del hombre, de la empresa y de la comunidad.

Para una calidad efectiva es necesaria la interacción de:

Nivel de instrucción

Información disponible.

Preferencias personales.

Escala de valores y de prioridades.

La satisfacción de la usuaria externa, además de ser en si objetiva, es un resultado de la atención, pero puede verse además como una contribución a otros objetivos y resultados. Por ejemplo, es más probable que una paciente satisfecha coopere mas eficazmente con el personal de salud y que acepte y siga sus recomendaciones; incluye también el acceso al cuidado, ya que cuando el(a) cliente esta satisfecha del servicio vuelve con frecuencia a buscar la atención.

La satisfacción es también una medida de la calidad, ya que proporciona información sobre el éxito del prestador de los servicios, en alcanzar los valores y las expectativas del paciente.

La valoración de la satisfacción de la usuaria tiene un papel mas importante, si existe una interacción con el personal de salud, ya que se puede utilizar continuamente para guiar y monitorear dicha interacción, y al final hacer una evaluación sobre, que tan eficaz ha sido la relación.

Sin embargo, existen limitaciones en cuanto a la satisfacción completa de las usuarias, que por lo general poseen una comprensión limitada de la ciencia y tecnología de la atención; de manera que sus juicios en relación con estos aspectos pueden ser defectuosos, es mas, los pacientes muchas veces esperar y exigen atenciones que serían incorrectas que el profesional proporcionara y que no es conveniente realizarlas, sin embargo, aún estas limitaciones no le restan validez a la satisfacción de la usuaria, la calidad depende en gran medida de la calidad de los servicios que se ofrecen y del trato personal que las pacientes reciben de los profesionales de la salud.

Otro elemento importante, es el encuentro entre el medio en que se mueven los pacientes, influenciados emocionalmente por una relación de ambos, teniendo en cuenta las características de un buen servicio.

Las Características de un buen servicio son:

Integridad: Es la característica del servicio que lo acredita para identificar todas las necesi-

¹² Nicaragua. Ministerio de Salud. Garantía de la Calidad: Evaluación e indicadores de Calidad Total. Managua. Agosto 1995. Pag.9

dades clínicas de las usuarias y de procurar los medios para tratarlas con las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación

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

Continuidad: Es la característica del servicio de realizar las actividades debidas en la secuencia apropiada y sin interrupción o ruptura del proceso de atención.

Evaluación:

Táctica: Cuando se juzga la utilización de los recursos y las actividades.

Estratégicas: Juzga la adecuación de los objetivos del programa relacionados con los problemas que afectan a la población.

Operativa: Juzga aspectos relacionados a la implementación y ejecución del programa.

El control de la calidad, se define como el conjunto de esfuerzos de los miembros del sistema de salud para mantener y superar los estándares de calidad, prestando el servicio adecuado con miras a garantizar la satisfacción del usuario externo y de los proveedores de servicios.

La satisfacción de un(a) consumidor/a es saber aprovechar adecuadamente los factores humanos, económicos, administrativos y técnicos, de tal forma que se logre un desarrollo integral y armónico del hombre, de la empresa y de la comunidad.

Para una calidad efectiva es necesaria la interacción de:

- Nivel de instrucción
- Información disponible.
- Preferencias personales.
- Escala de valores y de prioridades.

La satisfacción de la usuaria externa, además de ser en si objetiva, es un resultado de la

atención, pero puede verse además como una contribución a otros objetivos y resultados. Por ejemplo, es más probable que una paciente satisfecha coopere más eficazmente con el personal de salud y que acepte y siga sus recomendaciones; incluye también el acceso al cuidado, ya que cuando el(a) cliente está satisfecha del servicio vuelve con frecuencia a buscar la atención.

La satisfacción es también una medida de la calidad, ya que proporciona información sobre el éxito del prestador de los servicios, en alcanzar los valores y las expectativas del paciente.

La valoración de la satisfacción de la usuaria tiene un papel más importante, si existe una interacción con el personal de salud, ya que se puede utilizar continuamente para guiar y monitorear dicha interacción, y al final hacer una evaluación sobre, que tan eficaz ha sido la relación.

Sin embargo, existen limitaciones en cuanto a la satisfacción completa de las usuarias, que por lo general poseen una comprensión limitada de la ciencia y tecnología de la atención; de manera que sus juicios en relación con estos aspectos pueden ser defectuosos, es más, los pacientes muchas veces esperan y exigen atenciones que serían incorrectas que el profesional proporcionara y que no es conveniente realizarlas, sin embargo, aún estas limitaciones no le restan validez a la satisfacción de la usuaria, la calidad depende en gran medida de la calidad de los servicios que se ofrecen y del trato personal que las pacientes reciben de los profesionales de la salud.

Otro elemento importante, es el encuentro entre el medio en que se mueven los pacientes, influenciados emocionalmente por una relación de ambos, teniendo en cuenta las características de un buen servicio.

Las Características de un buen servicio son:

Integridad: Es la característica del servicio que lo acredita para identificar todas las necesidades clínicas de las usuarias y de procurar los medios para tratarlas con las acciones pre-

ventivas, curativas y de rehabilitación

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

Continuidad: Es la característica del servicio de realizar las actividades debidas en la secuencia apropiada y sin interrupción o ruptura del proceso de atención.

En Nicaragua, las investigaciones realizadas sobre calidad de atención han sido dirigidas a percepciones y satisfacción usuaria con respecto al programa de Atención Integral a la Mujer¹³,

En 1989, Sánchez Sonia, en un estudio de Utilización de los Servicios de Salud durante el Embarazo encontró que el 78.4% de las mujeres se habían realizado control pre natal y que la escolaridad y la paridad de las mujeres tenían relación con el control prenatal.

Otros estudios realizados en 1997 por Medrano Yadira, de Satisfacción de la usuaria de servicios de salud encontraron que el tiempo de espera de las mujeres era mayor de sesenta minutos en un 37.7%, el trato brindado por personal de admisión es bueno en un 87.3%, el 70.2% de las mujeres refirieron que les habían explicado procedimientos a realizarse y un 84.2% que había comprendido el problema, el 58% opino sentirse conforme con el trato recibido, un 76% considero que los prestadores de servicios son amables y que habían brindado algunas recomendaciones.

¹³ Abaunza y Col 1985, Calidad de la atención con respecto al programa de atención integral a la mujer.(35-37)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a) Tipo de estudio.

Se realiza una investigación de tipo descriptiva y de corte transversal, para conocer la satisfacción de las usuarias con relación a la atención recibida en el programa de Atención Integral a la Mujer, en el Centro de Salud del Municipio de Diriamba, del SILAIS Carazo, en el período comprendido de Septiembre del año 2000 a Marzo del año 2001.

b) Universo.

El universo lo constituyen el total de mujeres incluidas en el programa de Atención Integral a la Mujer del Centro de Salud de Diriamba.(Septiembre 2000, Marzo 2001)

c) Muestra. Selección Muestral.

El Municipio de Diriamba tiene una de las Poblaciones mas altas del SILAIS Carazo, la población de Mujeres en edad Fértil en Marzo del 2001 era de 13,819, de acuerdo a datos poblacionales del Instituto Nicaragüense de Estadística y Censos, para calcular la muestra se consideró un nivel de confianza de 99.99%, con una desviación estándar del 1%.

Para el cálculo de la muestra se utilizó una encuesta poblacional de las Mujeres en Edad Fértil del Municipio, usando muestras aleatorias simples.

Los criterios de inclusión que se definieron para el cálculo de la muestra fueron

- ◆ Mujeres que estén incorporadas al Programa de Atención Integral a la Mujer.
- ◆ Que pertenezcan al área Urbano-Rural del Municipio de Diriamba.
- ◆ Se incluye mujeres en edad fértil no embarazadas que son beneficiarias del Programa de Atención Integral a la Mujer.

Criterios de Exclusión

- ◆ Mujeres que llegan eventualmente al Programa.
- ◆ Mujeres que lleguen por demanda de atención al niño.

SELECCIÓN MUESTRAL

Cálculo:

Encuesta Poblacional usando Muestras Aleatorias Simples .

Tamaño Poblacional	1862 MEF.
Prevalencia esperada.....	50%
Peor resultado.....	15%

Fuente: M.E.F. Propia de Diriamba.

Nivel Confianza	Tamaño Muestra
80 %	6
90 %	10
95 %	15
99 %	25
99.9 %	41
99.99 %	56

Fórmula : Tamaño Muestral = $n/(1-(n/población))^{14}$

$$n = Z*Z(P(1-P))/(D*D)$$

n= Tamaño de la Muestra.

Z= Para dos desviaciones estándar.

P= Proporción de la población prevista.

(1-p)q= Proporción de la población no prevista.

D= Error estándar.

La muestra que se totalizó fue de 51 usuarias del programa de atención Integral a la Mujer.

La selección muestral de proveedores de servicio fue a través de un método no probalístico de tipo opinático o por conveniencia, teniendo presentes los siguientes criterios de inclusión.

- ◆ Que correspondan al Municipio de Diriamba.
- ◆ Que sean trabajadores activos.

En cuanto a los proveedores se seleccionaron 4, que corresponden al 100% de los que trabajan en el Centro de Salud, en el programa.

¹⁴ Referencia: Kish & Leslio, Survey Sampling, John Wiley & Sons.

d) Unidad de análisis.

La constituyen cada una de las usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer que acudieron al Centro de Salud del Municipio de Diriamba, los días Lunes, Miércoles y Viernes del Mes de Marzo 2001.

e) Fuentes de información Primaria y Secundaria.

1. Fuente Primaria:

Se elaboraron dos cuestionarios para investigar los aspectos relacionados con las características biológicas y sociodemográficas de las usuarias, la percepción de los servicios, aspectos relacionados con la demanda en el Centro de Salud, la organización y el grado de satisfacción (Anexo No.1). La fuente de información fue la usuaria del programa.

El Segundo Cuestionario (Anexo No.2) fue diseñado para recoger aspectos relacionados con los trabajadores de la salud abordando características sociodemográficas, aspectos laborales, percepción de los servicios, modificaciones observadas en la ejecución de su trabajo con la implementación del Modelo.

Para profundizar algunos aspectos relacionados con la aplicación de normas, prestación de servicios y calidad de los mismos, se elaboró una guía de observación (Anexo No. 3) que se aplicó los días Martes, Miércoles y Jueves por un período de dos semanas.

2. Fuentes Secundarias

Se revisaron otros registros que se llevan en la unidad de salud relacionados con la referencia y contra referencia, trabajo con parteras y brigadistas.

Se revisó tarjeteros para ver el número de pacientes citados y atendidos por día, así como el control de Referencias y Contra Referencias enviadas por líderes de las comunidades o personal de salud.

Se comprobó existencia de censos, mapas del municipio y sectorización de su territorio, planes de trabajo, reportes de supervisiones y otros.

(f) Variables del estudio

Variable Principal

Satisfacción de la usuaria del programa de Atención Integral a la Mujer.

Variable por Objetivos:

1. DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS USUARIAS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER.

Edad
Procedencia
Estado Civil
Ocupación
Número de embarazos
Partos institucionales.
Número de hijos vivos.
Número de abortos.

2. ORGANIZACION DE LA OFERTA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER.

Experiencia laboral.
Organización del Territorio.
Fuentes de información.
Organización de la atención.
Motivos de consulta.
Otras causas.
Mecanismos de Referencia.
Personas que refieren
Tiempo de espera.

3. ASPECTOS GERENCIALES VINCULADOS A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER

Existencia de instrumentos para el desarrollo del trabajo.
Aplicación de normas.
Capacitaciones.
Mecanismos de supervisión.

4. OPINIONES DE LAS USUARIAS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER.

Mecanismos de información.
Trato recibido.
Percepción de la limpieza de la unidad.
Rechazo a la demanda.
Comodidad, privacidad y confort.
Problemas identificados por la Usuaria en relación con el servicio.

5. CONOCER LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS PROVEEDORES EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER.

Capacitaciones.
Percepción de los proveedores.
Problemas identificados por los proveedores.
Evaluación del programa.
Cambios observados por los Proveedores del servicio

h. Plan de análisis

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados se realizó el siguiente cruce de variables:

Variable dependiente y principal: Satisfacción de la usuaria del Programa de Atención Integral a la Mujer.

Variable independiente:

- Número de Embarazos y Ocupación.
 - Número de embarazos y partos institucionales.
 - Número de embarazos y estado civil.
-

- Número de embarazos y numero de abortos.
- Edad y número de hijos.
- Número de embarazos en los últimos dos años y atención recibida.
- Satisfacción y tiempo de espera.
- Nivel que supervisa y periodicidad
- Satisfacción por área de procedencia.
- Satisfacción por ocupación.

VIII. RESULTADOS

A continuación presentamos los resultados de la investigación desarrollada del Programa de Atención Integral a la Mujer, esta investigación tuvo como marco contextual, el período de Septiembre 2000 a Marzo del 2001 en el Centro de Salud de Diriamba en el SILAIS de Carazo.

Relacionamos los principales resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos específicos planteados en el estudio; atendiendo a la caracterización de las Usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer en relación con su condición socioeconómica observamos en la tabla Número uno que el porcentaje mayor de mujeres incluidas en la investigación correspondió al grupo de edad entre 20-24 años con un 27.45% seguido del grupo de 25-29 años con un 23% , en total se entrevistaron 51 usuarias del programa de Atención Integral a la Mujer. (Ver en anexo Tabla No. 1).

En cuanto a la Procedencia de las Usuarias se observó que el 52.94% de las mujeres que demandaron atención pertenecían al área urbana y el 47.06 al área rural. (Ver en anexo Tabla No. 2)

Atendiendo al estado civil de las usuarias estudiadas el 57% son mujeres acompañadas, el 25% casadas, el 16% solteras y el 2% viudas. (Ver en anexo Tabla No 3 y Gráfico No. 1)

En cuanto a la ocupación de las Usuarias del Programa estudiadas, observamos que el 80.39% son amas de casa, el 7.84% profesionales y el resto se distribuye entre domésticas, estudiantes y artesanas (Ver en anexo Tabla No. 4).

En relación al número de embarazos y ocupación de las usuarias del programa estudiadas, observamos que el 31.3% corresponde a las mujeres que han tenido entre 3-4 embarazos aunque el mayor por ciento (43) corresponde a mujeres con 1-2 embarazos, de estas mujeres el mayor número con 1-2 embarazos son amas de casa, al igual que las que han tenido 3-4 embarazos, el resto se distribuye proporcionalmente entre diferentes ocupaciones. Es importante señalar que del total de 51 mujeres estudiadas el 79.5% son amas de casa con una frecuencia de embarazos entre 1 y 5 y más. (Ver en anexo Tabla No. 5)

A continuación observamos los embarazos y el número de partos institucionales que presentaron las usuarias del programa estudiadas del total de 51 mujeres, el 21.4% no tuvo partos institucionales y el 78.2% tuvieron sus partos en instituciones del estado. También observamos que las mujeres que tuvieron entre 1-2 embarazos fueron las que más utilizaron las instituciones de salud para la atención del parto y que las que tuvieron entre 3 y 4 embarazos les siguieron en el orden de utilización de los servicios del sistema de salud. (Ver en anexo Tabla No. 6)

En cuanto al número de hijos vivos y el estado civil de las mujeres del programa estudiadas, observamos que el mayor número de usuarias, el 43% tuvo entre 1-2 hijos vivos, siendo el estado civil de acompañada, el estado predominante. Las mujeres que tuvieron entre 3-5 hijos corresponden al 52.8% del total de mujeres estudiadas, predominando el estado civil de acompañada entre las mismas. (Ver en anexo Tabla No. 7)

Con relación a los embarazos y los abortos de las usuarias del programa estudiadas se observa que las mujeres que han tenido entre tres y cuatro embarazos tuvieron tres abortos para un 5.88% y las que tuvieron 5 o más embarazos tuvieron hasta cuatro abortos para un total de 7.84%. El total de las mujeres estudiadas tuvieron 13.72% de abortos en relación a las 51 mujeres incluidas en el estudio. (Ver en anexo Tabla No. 8)

Relacionando la edad en años de las mujeres estudiadas y el número de hijos de las mismas se observa que las mujeres entre 20-24 años de edad tuvieron el mayor número de hijos (14) para 27.4%, siguiéndoles las de 25-29 con un 23.5% y finalmente las mujeres entre 15 – 19 años que tuvieron un total de 5 hijos para un 11.7%. En resumen podemos decir de esta tabla que las mujeres entre 15-29 años de edad reportaron el mayor número de hijos con 32 para un 62.6% de las 51 usuarias incluidas en el estudio. (Ver en anexo Tabla No. 9)

Observando el embarazo de las usuarias en los últimos dos años con relación a si recibieron atención en la unidad de salud durante este embarazo, podemos concluir que de las 51 usuarias estudiadas, 34 refirieron haber tenido embarazo en los últimos dos años y el 82.3% de las que estuvieron embarazadas respondieron haber sido atendidas en la unidad de salud (Ver en anexo Tabla No 10 y Gráfico No. 2).

A continuación presentamos los principales resultados en cuanto a como esta organizada la oferta de servicios del programa de atención integral a la mujer, entre los principales hallazgos podemos observar con relación a la experiencia laboral de los proveedores que el 50% tienen entre 10 y 14 años de laborar en el programa, el 25% tiene menos de cinco años, y el 25% de seis a 10 años. (Ver en anexo Tabla No. 11)

En relación a la forma de organización de la atención, el personal de salud del Centro de Salud de Diriamba, refirieron el 100% que tiene el territorio sectorizado y actualizado el número de parteras y brigadistas, el 75% refirió tener censo de mujeres en edad fértil actualizado, y un 50% que tiene un sistema de referencia comunitario. (Ver en anexo Tabla No. 12)

Atendiendo a los lugares donde la usuaria recibe información, respondieron el 82.3% que en la consulta médica, el 78.4% que en enfermería, el 68.6% en admisión, el 66.6% laboratorio, el 64.7% en farmacia, y el 21.5% en la puerta de entrada (Ver en anexo Tabla No. 13).

Respecto a los horarios, días de atención y recursos disponibles para la atención de las usuarias, observamos que el programa cuenta con una médico general, una enfermera profesional y dos auxiliares de enfermería, que laboran ocho horas diarias de lunes a viernes y que también existe un auxiliar de laboratorio y uno de farmacia. Estos recursos humanos disponibles aportan un fondo de tiempo de 960 horas al mes para la atención de este programa (Ver en anexo Tabla No. 14)

En cuanto al motivo de consulta de la usuaria del programa de atención integral, podemos observar que el 64.7% de las usuarias asistían al control prenatal, 21.5% a consultas por morbilidad, y el resto a planificación familiar, control puerperal, y detección del cáncer cérvico uterino (Ver en anexo Tabla No 15 y Gráfico No. 3).

Atendiendo a otras causas de demanda de atención expresada por las usuarias estudiadas observamos que el 69% refieren venir porque las vacunan, el 55% por no tener recursos económicos para ir a otro lugar, el 43% por accesibilidad geográfica, y el 39% por satisfacción personal. (Ver en anexo Tabla No. 16)

Atendiendo a los mecanismos de referencia de atención a las usuarias del programa, en la misma el 73% refiere venir de forma espontánea, y el resto de manera referida en un 27% (Ver en anexo Tabla No. 17).

Las usuarias estudiadas plantean en la investigación que las personas que las refieren al programa son: personal de enfermería con un 35.7%, le siguen los brigadistas de salud con un 28.5%, después los médicos con un 21.4 %, y a continuación las parteras, vecinos y familiares con un 7.1%. (Ver en anexo Tabla No. 18)

En relación al tiempo de espera, el 76% de las usuarias manifestaron haber esperado más de una hora para ser atendidos, el 16% de veintiuno a sesenta minutos y solo el 8% menos de 20 minutos (Ver en anexo Tabla No. 19)

En relación al tercer objetivo, referente a los aspectos gerenciales vinculados a la ejecución del programa de atención integral a la mujer, los proveedores del servicio manifestaron en un 100% que existen planes, normas, metas (instrumentos de trabajo), que el personal conoce las normas, y el 75% refiere que existe plan de monitoreo, supervisión y evaluación, y que aplican las normas establecidas. (Ver en anexo Tabla No. 20)

En cuanto a la aplicación de normas se observó que el 100% del personal conocen la existencia de normas, sin embargo en la práctica el 75% no lo registra o lo olvida, entiende técnicas pero necesita práctica, y solo un 50% aplica adecuadamente las normas. (Ver en anexo Tabla No. 21)

Atendiendo a las capacitaciones recibidas, los proveedores de servicio refirieron que el 100% recibieron capacitaciones del modelo de atención integral, el 75% tecnologías perinatales, lactancia materna y normas de atención integral, el 50% sobre temas de citología vaginal, ITS-SIDA, nutrición materna, Género y Desarrollo, y solo un 25% recibió el tema sobre administración logística de los insumos de planificación familiar. (Ver en anexo Tabla No. 22)

Referente a las necesidades de capacitación, el 75% de los proveedores del servicio refieren que necesitan capacitaciones, y de éstos, el 75% prefiere temas sobre relaciones humanas, y atención del parto institucional, el 50% sobre temas de citología vaginal, violencia

intrafamiliar, y nutrición materna, y el 25% restante sobre parto psicoprofiláctico. (Ver en anexo Tabla No. 23)

En cuanto a la periodicidad de las supervisiones que se efectúan en la unidad de salud, el 75% refirió que las supervisiones son trimestrales, y que estas fueron efectuadas por el nivel SILAIS, el nivel municipal lo hace mensual respondió el 75% de los proveedores entrevistados. (Ver en anexo Tabla 24)

Al preguntarle a las Usuarias si recibieron consejería durante la atención, el 74.5% manifestó que si, sin embargo, aún hay un gran número de usuarias,(25.4%) que no reciben ningún tipo de orientación, lo que habrá que mejorar en la unidad de salud. (Ver en anexo Tabla No. 25)

En cuanto a los temas de consejería recibidos, las usuarias refirieron que el tema de mayor frecuencia fue el de métodos de planificación familiar que refirieron 35 usuarias haberlo recibido, seguido del tema de vestuario adecuado y el de alimentación balanceada que lo recibieron 28 usuarias, otros temas de consejería que se han brindado a las usuarias del programa abarcan contenidos sobre control prenatal(22), higiene personal, importancia de las vacunas(20), lactancia materna(18) e importancia del registro del recién nacido.(10) (Ver en anexo Tabla No. 26)

En relación al cuarto objetivo, servicios donde las usuarias reciben información del programa de atención integral a la mujer, se observa que las usuarias reciben dicha información en la consulta de enfermería con un 43%, en consulta médica el 41%, en admisión el 16%, siendo en farmacia y laboratorio donde no reciben información. (Ver en anexo Tabla No. 27)

A continuación se presenta la opinión de la usuaria referente a la calidad de la información brindada, atendiendo a la comunicación recibida y el servicio que la oferta, se observa que el 69% de las usuarias consideran como buena la información brindada en admisión, y en la consulta médica, el 54% consideran regular la información brindada por la enfermera, y el 31% de las mismas consideran también como regular la información brindada por el médico. (Ver en anexo Tabla No. 28)

Seguidamente observamos que las usuarias identificaron como mayor limitación para brindar la información el hecho de que los recursos son pocos (45%), seguidas de las que opinan que la demanda de pacientes es mucha (39.2%), y solo un 15.6% perciben a los proveedores del servicio cansados para brindar la información (Ver en anexo Tabla No. 29).

Respecto a la percepción del trato recibido, el 55% manifestó que es regular, seguido con un 27% que el trato era bueno, y un 18% que el trato era malo (Ver en anexo Tabla No. 30).

En cuanto a la percepción de las usuarias con relación a la limpieza, un 61% perciben la limpieza como regular, un 23% que la limpieza es buena, y solo un 16% que es mala (Ver en anexo Tabla No. 31).

El 43% de las usuarias refirieron que alguna vez han sido rechazadas en la Unidad al demandar atención (Ver en anexo Tabla No. 32).

En cuanto a la percepción de las usuarias en relación al rechazo de la demanda, el 60% manifestaron que es porque no hay médico, el 22% porque han perdido las tarjetas de cita, y el 18% porque llegan tarde al programa. (Ver en anexo Tabla 33 y Gráfico No. 4).

A continuación se presenta información de la percepción de las usuarias en relación a la privacidad, comodidad, y confort en el programa de atención integral a la mujer, teniendo que el 78% refirió que no existe confort, el 71% que no hay privacidad, y el 55% que no hay comodidad. (Ver en anexo Tabla No. 34)

En relación a la satisfacción y el área de procedencia el 53% de las usuarias son de procedencia urbana, y el 47% de procedencia rural, de éstas manifestaron el 53% que su satisfacción es regular, el 29% que su satisfacción es buena, y el 18% que su satisfacción es mala (Ver en anexo Tabla No 35 y Gráfico No. 5).

En cuanto a la satisfacción por ocupación de las usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer se observa que el 80.3% de las usuarias son amas de casa, y de estas el 43.13% considera su satisfacción regular, el 21.5% buena, y el 15.6% considera su satisfacción mala, en general las usuarias refirieron que su satisfacción era regular con un 56.8%, Buena el 25.5 y Mala 18%. (Ver en anexo Tabla No. 36).

En relación a la satisfacción y tiempo de espera, 39 usuarias refirieron haber esperado mas de una hora (76%), 8 usuarias, el 16% entre veintiuno y sesenta minutos, y solo 4 usuarias el 8% menos de veinte minutos, de éstas el 53% refirieron que su satisfacción es regular, el 29% que es buena, y el 18% que su satisfacción era mala. (Ver en anexo Tabla No. 37)

En cuanto a las causas de insatisfacción de las usuarias del programa de atención integral a la mujer, observamos que el 100% manifestaron estar insatisfechas por la falta de citas escalonadas, seguidas con un 69% por la falta de medicamentos, 41% por la falta de recursos médicos, el 25% por las malas condiciones higiénicas de la unidad, el 12% por el horario de atención y el 6% por los cobros, y el rechazo a la demanda. (Ver en anexo Tabla No. 38)

Al preguntarle al personal si había sido capacitado en el modelo de atención integral, el 75% refirieron que sí, y el 25% que no había sido capacitado. (Ver en anexo Tabla No. 39)

En relación a la evaluación del programa, el 100% del personal refirió que el programa se evalúa periódicamente, sin embargo un 75% de los proveedores refirieron no participar en la evaluación del programa y no conocer los resultados, sin embargo dijeron proponer estrategias para mejorar los indicadores. (Ver en anexo Tabla No. 40)

En relación al comportamiento de los indicadores, se observa que el 100% de los proveedores de servicio manifestaron que hay disminución de la mortalidad materna, aumento de la demanda de atención, aumento de la concentración del cuarto control, aumento de las coberturas del control prenatal, aumento de coberturas de atención a pacientes de Alto Riesgo Obstétrico, y solo un 75% refirieron aumento de las captaciones del control prenatal en el primer trimestre del embarazo. (Ver en anexo Tabla No. 41)

Respecto a los problemas identificados por los proveedores, estos manifiestan como problemas para la atención integral la falta de estructura adecuada, de recursos humanos y financieros en un 100%, el 75% identifica la falta de insumos médicos, y el 50% la falta de citas escalonadas. (Ver en anexo Tabla No. 42)

En relación al quinto objetivo, referente a Conocer los criterios de percepción que tienen los proveedores de servicios con relación a las modificaciones de indicadores en el programa de atención integral a la mujer, se observa en la siguiente tabla que los cambios produ-

cidos en la atención integral a la mujer , el 100% refirieron que la atención es integral, que hay dotación de recursos de enfermería, y ampliación de consultorios, el 75% refirieron que hay cambios positivos en la actitud del personal, capacitaciones, dotación de equipos y medicamentos, el 50% refirieron que hay organización del flujo de atención, abastecimiento de materiales y tecnología, el 25% que el usuario está satisfecho y que existe ampliación de horarios para la atención (Ver en anexo Tabla No. 43).

IX.- ANÁLISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

La valoración de la satisfacción de la Usuaría tiene un papel importante si existe una interacción con el personal de salud, ya que esta interacción se puede utilizar para guiar y monitorear dichas relaciones y al final, hacer una evaluación para ver que tan eficaz ha sido, teniendo en cuenta que existen limitaciones para que la satisfacción de las usuarias sea completa.

Según los resultados obtenidos en las entrevistas y las encuestas realizadas a las usuarias y a los proveedores del servicio, encontramos que la satisfacción del servicio de Atención Integral a la Mujer en el Centro de Salud de Diriamba, tiene limitaciones que están determinadas por la escasez de recursos humanos y financieros indispensables para prestar servicios de salud seguros y efectivos, si bien existe personal de salud destinado únicamente para atender a la usuaria del programa, éste es limitado para el número de pacientes que demanda atención, por lo que esta no es satisfecha en su totalidad.

Según los resultados obtenidos, se encontró que un alto porcentaje de usuarias se ubica en los rangos de edad de 20-29 años y se encontró que más de tres terceras partes de las mujeres encuestadas han tenido sus hijos en esas edades consideradas óptimas para la procreación, sin embargo hay una tercera parte de mujeres que se encuentran en el rango de menores de 19 años y/o mayores de 35 años, por lo que se considera que el programa debe de incrementar las acciones para la captación en el programa de Planificación Familiar, promocionar el uso de opciones anticonceptivas y espaciar así el número de embarazos, o bien con las mujeres que tienen una paridad satisfecha, promover métodos definitivos como la esterilización quirúrgica.

A pesar que el Municipio de Diriamba tiene una población en rangos de edad estable, las tasas de fecundidad son altas en las mujeres jóvenes.

De acuerdo a estudios realizados por ENDESA 98, es de especial interés el índice de fecundidad en mujeres menores de 20 años, ya que esta tiene claras implicaciones en la salud de la mujer y de los hijos y en el Municipio estudiado las repercusiones en las tasas de Mortalidad Peri natal son altas.

Según el sistema de información estadístico existente, los estudios en otras unidades han demostrado que es poco el porcentaje de mujeres en este grupo de edad que solicita métodos de Planificación Familiar.

De acuerdo a lo expresado por las usuarias acuden a la Unidad de Salud casi en las mismas proporciones las del área Urbana como rural, considerando que esto tiene que ver con la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, De acuerdo a un estudio realizado, sobre la demanda de servicios de Salud, refleja en primer lugar que la población busca atención en el Centro de Salud, por considerar que es el sitio donde le da respuesta a sus problemas de salud.

El estudio reveló además que la mayoría de las usuarias del Programa de atención Integral a la Mujer son " Acompañadas" lo que representa que tienen una vida sexual activa, importante para la Unidad de salud ya que permite la promoción del uso de métodos de planificación Familiar temporales y /o definitivos, sobre todo para el grupo de mujeres con algún tipo de riesgo reproductivo y/o con paridad satisfecha

Estudios realizados en el país demuestran que el 33% de las mujeres tienen unión libre, nuestro estudio revela que en el Municipio de Diriamba mas de la mitad de la muestra tiene unión libre.

En cuanto a la ocupación de las Usuarias es importante observar que el mayor número de mujeres refirió ser ama de casa, que dedican su tiempo al cuidado de la familia, sin embargo esto tiene implicaciones en el orden económico, pues estas mujeres en la mayoría de los casos son dependientes del compañero, no trabajan y no tienen los medios necesarios para desplazarse a las Unidades de salud .Otros estudios han demostrado que es importante que los servicios de salud, en especial los de Salud reproductiva, se oferten a los grupos con menos recursos económicos y culturales, para poder llevar no solo servicios de atención sino de educación prevención y promoción de la salud.

La accesibilidad y posibilidad de acceder a métodos de Planificación Familiar para estas mujeres es importante y la Unidad de Salud estudiada debe de tomarlo en cuenta al momento de la Planificación de su oferta de servicios. Según estudios realizados en Nicaragua, el 52% de las Mujeres no desempeñan actividades económicas y en particular en el Departa-

mento de Carazo, donde el 63.3% de las Mujeres, no realizan ninguna actividad productiva¹⁵

En general las mujeres amas de casa son las que más hijos tienen, en el estudio, entre 1-4, esto coincide con lo señalado anteriormente y con datos de otros estudios en los que relacionaron el número de hijos con la ocupación de las mujeres¹⁶. Las mujeres amas de casa tienen más hijos que aquellas que realizan actividades fuera del hogar y deciden en que ocupar su tiempo y como distribuir sus ingresos.

Las mujeres han tenido al menos un parto Institucional, podemos definir que la mayoría se ubica entre las primigestas, lo que demuestra que mientras mas embarazos tiene una mujer menos posibilidades hay que su parto sea institucional, lo que puede estar relacionado a la calidad de la asistencia del parto, al personal que lo atiende, al lugar en que se desarrolla el evento, todo esto influye en la actitud futura de la mujer en cuanto a ser atendidas en una institución de salud. Según estudios realizados en el país, se plantea que las diferencias sociodemográficas observadas en la asistencia del parto por tipo de personal, son similares a las observadas sobre el lugar del parto. En Carazo se desconoce los motivos por los cuales las mujeres con mayor número de hijos dejan de asistir al Hospital a tener su parto, creemos que esto se debe a factores sociodemográficos, culturales y de atención del parto en si, por lo que este aspecto deberá considerarse para futuros estudios. Así como orientar al personal de salud que promocióne la atención del parto limpio y de bajo riesgo.

El análisis de la relación entre el número de hijos vivos que tenían las mujeres estudiadas y su estado civil, nos permitió reafirmar cuan temprano es el inicio de la vida reproductiva de las mujeres, esto permite al programa la promoción y la oferta de Planificación Familiar.

En relación al número de abortos que las mujeres han tenido y el número de embarazos se encontró que las mujeres con historia de abortos habían tenido la mayoría entre 3 y 4 embarazos y cuatro mujeres mas de 5 embarazos.

15 Ministerio de Salud .Encuesta de Establecimientos de Salud, Nicaragua 2001, Pag.16

16 ENDESA ,Pág. 16

La literatura reporta que únicamente entre el 10 y el 15% de los embarazos pueden terminar en abortos espontáneos.¹⁷

Los niveles de fecundidad mas elevados se relacionan con el número de abortos ya que entre mas embarazos tiene una mujer, existe mayor riesgo de que este termine en aborto, por lo tanto es necesario que los servicios de salud tengan una vigilancia estricta sobre las Mujeres en Edad Fértil y sobre todo en aquellas con alto riesgo reproductivo para una captación temprana y el seguimiento oportuno del embarazo

El estudio realizado demostró que las mayoría de las mujeres estudiadas tenían entre 1-2 hijos o 3-4 y los rangos de edad entre 20-24 y 25-29, , Según estudios realizados en el país, plantean que este grupo a nivel Nacional, corresponde al 51% y aportan el 31% de todos los nacimientos.

Se identificó en el grupo de usuarias, un alto porcentaje de mujeres que se embarazó en los últimos dos años, en el estudio se observó que el 82% recibió atención en las Unidad de Salud durante su embarazo, lo cual nos hace pensar que se están cumpliendo las normativas que se establecen por parte del Ministerio de Salud, de brindar atención a todas las mujeres embarazadas. Cada vez mas las mujeres están conscientes de la importancia del Control Prenatal, lo que es promovido por los trabajadores de la salud, familiares y otros agentes, como las parteras y los brigadistas de salud, para que las mujeres acudan a las Unidades en busca de atención oportuna.

Con relación a los recursos humanos que trabajan en el programa, es notorio que poseen experiencia laboral, pues la mayoría manifestó tener mas de 5 años de trabajar en él, siendo importante además la calificación técnica que poseen , este personal ha potencializado sus capacidades, conoce el territorio, lo que permite tener micro localizadas a las usuarias que demandan atención, No encontramos referencias escritas en cuanto a la importancia que debe de tener la experiencia laboral de los recursos y la poca rotación a otras áreas, no obstante consideramos que esto permite acumular capacidades y modificar actitudes para prestar una atención de calidad y con calidez. ,otro aspecto importante son las capacitaciones en

¹⁷ Medina Cajina Tomasita et al. Calidad de la Atención al aborto en el Hospital Berta Calderón, Managua, Octubre-Dic. 1999, Pag.63

servicio recibidas incluyendo capacitación en el modelo de Atención Integral previo a su implementaron, Los trabajadores manifestaron que uno de los retos mas grandes era la disminución de la Mortalidad Materna, el aumento de las coberturas de control prenatal y el aumento de las captaciones de embarazadas en el primer trimestre de la gestación, no se encontró referencias escritas en cuanto a la importancia que debe tener que los recursos tengan experiencia, así como la poca rotación a otras áreas de trabajo, no obstante el grupo de investigadoras considera que esto permite acumular capacidades y modificar actitudes para prestar una atención con calidad y calidez, además del conocimiento de las usuarias para su ubicación en los diferentes sectores que se atienden y su micro localización

Según el modelo de Atención Integral, es necesario que el personal de salud interiorice que la atención no debe de ser intramuros, sino que debe de volcarse a los territorios y tener pleno conocimiento de la población estratificada, tener sectorizada su área de influencia e identificados los grupos de riesgo; en el Centro de Salud de Diriamba la forma de organización tiene limitaciones a pesar de los esfuerzos que el equipo de salud realiza, es necesario impulsar este aspecto, mejorar la organización de la oferta y potencializar el trabajo con los líderes de las comunidades.

Desde el punto de vista de la Organización del programa se presentan limitaciones en cuanto al sistema de referencia Comunitaria, lo que consideramos debe de tenerse presente para mejorar la organización de la atención y potencializar el trabajo con los líderes de las comunidades pues para que las acciones en el sector salud tengan el impacto deseado es necesario tener organizadas y planificadas las acciones y tener pleno conocimiento del sector. En todas las Unidades de Salud todos los trabajadores deben de brindar información permanente a todas las personas que acuden para recibir atención, ya que entre las funciones del personal de salud esta fomentar y estimular acciones de información, educación y comunicación efectiva, sin embargo en el Centro de salud de Diriamba únicamente el personal Médico y de Enfermería están parcialmente cumpliendo este mandato, ya que en admisión, servicio de la ruta Crítica del paciente solo el 14% de los Usuarios manifestaron haber recibido algún tipo de información, siendo este servicio la cara externa de la Unidad de Salud.

Al valorar la comunicación recibida y el servicio en que se oferta, hay un buen porcentaje de usuarias que manifestó recibir buena comunicación en la Consulta médica y en la Consulta de Enfermería, lo que se explica por los frecuentes contactos que se tienen durante la atención con este tipo de recursos, ya que está normado que la primera atención a las mujeres embarazadas sea por Médico/a y los siguientes por enfermería, esto permite que los contactos sean personalizados y la comunicación que se logra establecer sea de mejor calidad. En cuanto a la dotación de recursos humanos para la atención el Modelo de Atención Integral plantea que estas acciones pueden ser brindadas por más de dos recursos, uno para atender las visitas subsecuentes, específicamente el control Prenatal y Planificación Familiar y otro para atender a las usuarias de primera vez que demandan mayor cantidad de tiempo para su ingreso al Programa o pacientes catalogadas como de Alto Riesgo que deben de ser evaluadas constantemente por un Médico/a.

En relación a los horarios de atención, al ser de ocho horas, de 8.00 a 5.00 p.m. y de Lunes a Viernes, deja por fuera, al grupo de mujeres que estudian o trabajan y que no pueden en horarios de oficina acceder a los servicios de salud, este hecho es importante, pues las usuarias muchas veces deben acudir a servicios del segundo nivel, emergencias, o servicios privados, por problemas de salud, que podrían solucionarse en el primer nivel de atención, lo que trae como consecuencia la saturación los fines de semana y en horas de la noche de las emergencias en los Hospitales y se relaciona además con la insatisfacción de los usuarios con el sistema de salud.

Al analizar lo planteado en el Modelo de Atención Integral a la Mujer con relación a la promoción de las actividades de salud, el estudio reflejó que las mujeres están demandando en mayor porcentaje, Atención Prenatal, lo que obviamente a mediano y largo plazo incidirá positivamente en la disminución de los riesgos materno fetales, a continuación nos encontramos que una cuarta parte de las mujeres consultaban por morbilidad. Es notorio en el estudio que las usuarias demanden poca atención durante el puerperio, pues apenas un 1.9% buscan ser atendidas en este período, este bajo nivel de captación en el período puerperal, refuerza la preocupación ya expresada por el Ministerio de Salud, con respecto a las oportunidades perdidas de atención, cuando la mujer púérpera acude al Centro de Salud con su

niño para la Vigilancia Promoción Crecimiento y Desarrollo del niño. Este hecho coincide con la poca captación de estas mujeres para el Programa de Planificación Familiar así como para la detección temprana del Cáncer Cervico Uterino.

Se observan diferencias en este componente probablemente porque no se relaciona directamente con la mortalidad materna, sin embargo debe de ser considerado como una debilidad a la que hay que dirigir acciones de fomento para la salud de las mujeres, debido a la trascendencia que esta teniendo este tipo de cáncer durante la etapa reproductiva de las mujeres

Es importante que las usuarias entrevistadas manifiesten que acuden a la Unidad de Salud porque les aplican Vacunas y porque no tienen recursos económicos para asistir a otros centros alternativos, siendo la satisfacción personal la que menos peso tiene en las causas de demanda de atención. Consideramos que ente aspecto la Unidad deberá implementar estrategias para que sus servicios sean mas agradables a la población y las respuestas brindadas a sus necesidades de salud sean efectivas y de mejor calidad.

Con relación a los mecanismos de referencia para la atención se observó que a pesar de que se ha impulsado un sistema de referencia Comunitaria, la mayor cantidad de usuarias demanda atención de manera espontánea, ya que la decisión de buscar atención varía según el problema presentado, lo que pone de manifiesto que hay necesidad de trabajar con los agentes de las comunidades para mejorar la derivación de las usuarias hacia las Unidades de salud.

En cuanto a los agentes que refieren a la Usuaría al programa de Atención integral, se observó en el estudio que es el personal de salud quien los realiza, ya que el trabajo Comunitario es pilar fundamental para las actividades de salud y en el SILAIS Carazo el personal realiza diversas acciones en el terreno, a la vez que incluye las captaciones y referencia oportuna de los casos que ameritan atención en la Unidad de Salud, como el caso de embarazos en los que identifican factores de riesgo que no pueden ser atendidas en el terreno

Con relación al tiempo de espera se considera que es un elemento importante que permite medir la calidad, se encontró en el estudio que en la Unidad de Salud referida, éste es mayor de una hora para la mayoría de los casos, en el Estudio Análisis del Sector Salud, los resul-

tados son similares, las usuarias han tenido que esperar mas de una hora en Centros y Puestos de Salud y treinta minutos en el sector privado. Las causas que originan el problema están relacionadas con la forma de organización de la atención, la alta demanda de usuarias y los pocos recursos humanos para la atención, consideramos que este aspecto debe de ser tenido en cuenta para futuras planificaciones de atención y actualmente aprovechar este tiempo para brindar educación en salud, sobre temas de prevención, promoción, tratamiento y recuperación de la salud así como dar información referente a los servicios que se ofertan en la Unidad.

La organización estructural y funcional en las Unidades de Salud para el funcionamiento adecuado del Modelo de Atención Integral es necesario, ya que los servicios deben de estar orientados a que cada persona reciba una atención integral, lo que implica que cada trabajador de la salud al brindar el servicio practique el proceso de integración de las diferentes normativas del programa, siendo necesario para que las acciones del sector salud tengan impacto contar con planes a desarrollar , compromisos y metas, además el personal debe de conocer y cumplir con las normas nacionales del programa..

El estudio demostró que los proveedores del servicio a pesar de conocer la existencia de normas no las practican en su totalidad y se encontró un porcentaje que no registra aspectos importantes establecidos, lo que refleja que se necesita monitoreo y seguimiento para mejorar la practica.

Se encontró que el 100% de los trabajadores han sido capacitados en el modelo de atención Integral, no así en otros aspectos de la atención como el manejo de Tecnologías perinatales, lactancia materna, temas sobre Citología Vaginal, Nutrición materna, Infecciones de Transmisión Sexual, SIDA, Genero y Desarrollo y Sistema de información Logística, aspectos que los trabajadores consideran importante revisar para cumplir mejor con su trabajo.

La capacitación a los proveedores de servicio en el SILAIS Carazo es un aspecto al cual se le ha dado mucho énfasis, no obstante el 100% de los trabajadores manifestó tener necesidades de capacitarse en aspectos como Relaciones Humanas, ya que reconocen debilidades en ese sentido, consideran que necesitan reforzar conocimientos sobre temas como aten-

ción del parto, toma de Citología Vaginal, atención de parto Psicoprofiláctico y Temas relacionados a Violencia Intrafamiliar para mejorar su quehacer diario.

Es necesario hacer mención que en Diriamba se ha capacitado en estos temas, no obstante, será necesario mantener un plan de capacitación permanente para los trabajadores, ya que un personal desmotivado tiene problemas de actitud, además no trabaja en equipo y tiene dificultades para brindar una atención de calidad.

La supervisión a las Unidades es necesaria para que funcionen adecuadamente y para que se brinden servicios acordes con las normas técnicas establecidas, a la vez permite obtener información directa, periódica y veraz sobre problemas relacionados con el funcionamiento y con el desempeño profesional del personal asignado.

Para una mejor identificación de las áreas donde hay problemas que puedan solucionarse con gestión, es necesario realizarlas periódicamente, estas ayudan a identificar logros y dificultades en el proceso y a tomar medidas correctivas para superar las debilidades encontradas, permite planificar actividades en la Unidad de Salud que le den salida a los problemas detectados y estimular al personal que labora en el programa para mejorar la calidad de la atención que se brinda .

El Centro de Salud recibe supervisiones del Nivel SILAIS al menos una vez al trimestre, lo que si bien no es óptimo, esta dentro de los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud, Sin embargo las autoridades locales, realizan supervisión de manera mensual lo que se considera excelente para el funcionamiento de la Unidad.

Fue particularmente importante los resultados obtenidos en relación con la consejería brindada durante la atención en la Unidad de Salud a las Usuarias del Programa, donde fue notorio que las tres cuartas partes de las entrevistadas manifestaron haberla recibido , los temas sobre los cuales les hablaron, en orden de prioridad fueron: Información sobre métodos de Planificación Familiar, lo que demuestra el alto grado de sensibilización de los trabajadores de la salud; Seguidamente el tema Importancia del Vestuario adecuado, alimentación balanceada, Importancia del Control Prenatal,. con menor énfasis desarrollaron el tema: Importancia de la Lactancia Materna y Registro del Recién Nacido. Es importante resaltar que en el SILAIS Carazo el Único Municipio que falta por acreditarse como Uni-

dad Amiga de la Niñez y de la Mujer, es el Municipio de Diriamba que no cumplió con los requisitos establecidos, por lo tanto inferimos que a nivel general se debe de promover y aconsejar sobre Lactancia materna exclusiva al menor de 6 meses y complementaria hasta los dos años de edad.

De igual forma se debe de impulsar en la consejería la importancia del registro del Recién Nacido para disminuir el porcentaje de registros tardíos o no registrados.

En la literatura revisada no encontramos otro estudio que estableciera la relación con temas de consejería recibidos, por lo tanto debe de ser incluido en posteriores estudios

La información debe de darse para mejorar el conocimiento de la población acerca de los diferentes problemas de salud y formas de abordaje haciendo énfasis en la identificación de complicaciones y la demanda temprana de los servicios de salud, el estudio demostró que las usuarias del centro de salud de Diriamba reciben información en la Consulta de Enfermería, en la Consulta médica y en Admisión, esto se explica por el hecho que todas las mujeres de primera vez son atendidas por médicos/as y las subsecuentes por personal de Enfermería y siempre todas las usuarias deben de pasar por Admisión solicitando su expediente y /o tarjetas perdidas por lo tanto los contactos son frecuentes y se aprovechan para informar y /o educar.

En estudios realizados en el Hospital Bertha Calderón sobre calidad y atención del aborto, los resultados son similares, ya que es el personal médico y el de Enfermería quienes mantienen relación con la usuaria, el estudio destaca que la calidad de la información fue buena en Admisión y Consulta Médica y catalogan como regular la brindada por Enfermería, señalando que la escasez de recursos humanos y la alta demanda de atención no les permite detenerse mucho en explicaciones con los usuarios, por lo tanto las relaciones interpersonales son deficientes lo que se traduce en la calidad de la información y hace que esta no sea adecuada y oportuna.¹⁸

En cuanto a la percepción del trato recibido, el 55% refiere que este es regular, entre las principales causas están las relacionadas con la disponibilidad de recursos humanos, considera que el tiempo que se dedica para la atención no es el adecuado debido a las
18 Medina Cajina Tomasita, Calidad de la atención al Aborto en el Hospital Berta Calderón, 1999, Pag.16.

dera que el tiempo que se dedica para la atención no es el adecuado debido a las múltiples asignaciones del personal de salud.

Otro de los aspectos destacados por las usuarias fue con relaciona a la limpieza de la Unidad de salud ya que la mayoría manifestó que esta era regular, lo que significa que ésta no es del todo adecuada, que la higiene es deficiente.

En todas las Unidades de Salud se debe de garantizar atención a la Usuaría con calidad y oportunidad, sin embargo el 43% refirieron que habían sido rechazadas alguna vez en la Unidad, atribuyendo este hecho a la falta de recursos médicos en su mayoría, lo que tiene su explicación en la reducción presupuestaria existente.

La privacidad, Comodidad y Confort son aspectos importantes que intervienen en la calidad del proceso de atención, encontrándose en este trabajo que las condiciones de privacidad del Centro de Salud de Diríamba no son las mas adecuadas , ya que para que los servicios de salud satisfagan razonablemente las necesidades de las usuarias, es necesario contar con estructuras confortables no solo para la atención sino para que los proveedores sientan seguros del servicio que están brindando.

Mas de la mitad de las usuarias manifestaron que su satisfacción era regular, algunos estudios revisados reflejan una marcada diferencia en la satisfacción por área de procedencia, sin embargo en este estudio el comportamiento es similar, debido posiblemente a que la Unidad esta equidistante para ambos grupos, urbanos y rurales, de manera que la accesibilidad geográfica es uno de los aspectos atender en cuenta en la satisfacción de la usuaria.¹⁹

En cuanto a la satisfacción y ocupación el estudio demostró que mas de la mitad considera como regular su satisfacción, es decir que encontraron parcialmente respuesta a sus problemas de salud, siendo estas usuarias en su mayoría amas de casa, que fue además el grupo predominante en la muestra..

En cuanto a las causas de insatisfacción usuaria, la valoración de ésta, está basada mayormente en el desabastecimiento, lo que demuestra que las usuarias valoraron al momento de medir la atención recibida, la falta de insumos para la atención, aspecto que consideran de importancia en sus demandas, además de considerarlo necesario para la calidad. Como cau-

Las principales de su insatisfacción mencionaron la falta de reactivos de Laboratorio, para los exámenes prescritos durante la visita, siendo la alternativa privada la única vía para su realización, otra causa importante fue la falta de medicamentos, no obstante estar prescrito en el Manual de Atención Integral que a las mujeres embarazadas se les garantiza un paquete básico que incluye vitaminas, hierro, ácido Fólico, antibióticos, vacunas y exámenes. Señalaron además la falta de recursos médicos.

Con relación a las modificaciones observadas en el Programa de atención Integral, los proveedores refieren que la atención es integral, que ha habido modificaciones en la infraestructura de la Unidad y que han dotado de más recursos humanos, lo que está estipulado en el modelo para que la usuaria reciba todos los servicios que requiera en una sola visita a la Unidad. De igual forma manifestaron que estas acciones han contribuido a la disminución de la mortalidad materna ya que durante el año 2000 y primer trimestre del 2001 no se ha registrado ninguna muerte materna, lo que el personal cataloga como un logro importantísimo, consideran además que hay mayor demanda de atención y que han logrado incrementar la concentración de los cuartos controles prenatales lo que significa que las usuarias están recibiendo mayor número de controles durante su embarazo.

La implementación del Modelo de Atención Integral a la Mujer se considera como la ruptura del concepto virtual del programa, en este sentido la percepción que reflejan los trabajadores de la salud es que este esquema aun persiste, considerando el modelo como la asignación de más recursos y mejor calificados, ampliación de la estructura, dotación de equipos, insumos y tecnología.

Con relación a la evaluación, se considera éste como un proceso a través del cual se debe de valorar y verificar en general el grado de cumplimiento de los objetivos y de los resultados esperados establecidos en los planes, esta debe de realizarse periódicamente en función de indicadores establecidos y los resultados deben de darse a conocer a todos los trabajadores. En el estudio realizado, el personal manifestó que si se evalúa el programa, sin embargo, un alto porcentaje manifestó que no participan en la evaluación y que desconocen los resultados, consideramos que es una percepción subjetiva, pues todos los trabajadores del pro-

¹⁹. Ministerio de Salud ^{Estudio} de la Demanda de Servicios de Salud. Nic. 1995. Pag.51

grama registran la información de su quehacer, cumplen metas, participan en la búsqueda de casos, por lo tanto su participación es activa.

Todo lo anterior repercute en la satisfacción de las usuarias, si se tomara en cuenta lo emitido por ellas, donde calificó la satisfacción como regular, para evaluar la calidad en su conjunto hay que tener en cuenta otros aspectos relacionados con la estructura y el proceso de la atención sobre la base de lograr un acercamiento a lo que es la calidad de la atención y la satisfacción de la usuaria encontrándose algunas diferencias con relación al personal que brinda la atención, solo un mínimo porcentaje determinó que la satisfacción de la usuaria podía ser calificada como buena

La satisfacción de la usuaria expresa el escaso valor que se reconoce a la condición humana, por otro lado muestra la esencia del modelo sobremedicalizado, centrado en lo biomédico, que niega otros aspectos.

Este estudio es un reflejo parcial de la satisfacción de las usuarias del sistema de salud, donde se evidencia que los avances del modelo son pocos desde su implementación en 1995, el personal sigue considerando la atención Integral como una serie de acciones en un mismo local, pero sin calidad humana y técnica requerida.

X.- CONCLUSIONES

1.-Las mujeres amas de casa y sin fuentes de ingreso son mas dependientes del compañero, tanto económicamente como culturalmente lo que dificulta su acceso a los Servicios de Salud Reproductiva.

2.-Las usuarias que más demandaron atención en la Unidad de Salud, son mujeres entre 15-29 años, amas de casa y estado civil acompañadas.

3.-Existe un alto porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención durante su período gestacional conforme a las normas de Control Prenatal establecidas por el Ministerio de Salud.

4.-El tema de consejería que menos se imparte es el de Lactancia materna lo cual consideramos que no contribuye a la promoción de la lactancia materna exclusiva por parte de los proveedores de dicha unidad.

5.-Los servicios de Laboratorio y Farmacia no brindan información a la Usuaría del Programa de Atención Integral a la Mujer.

6.-Existe un Control Prenatal relativamente satisfactorio, lo que no ocurre con el control puerperal.

7.-Las usuarias acuden a la Unidad de Salud especialmente por que les aplican vacunas y porque no tienen recursos económicos para acudir a otros sitios, siendo la satisfacción personal la que menos peso tiene en las causas de demanda de atención.

8.-Existen limitaciones en el sistema de referencia y contrarreferencia comunitaria, lo cual debe de tenerse presente para mejorar la atención y potencializar el trabajo con lideres de las comunidades.

9.-La mayor cantidad de usuarias acuden a la Unidad de manera espontánea, habiendo pocas referencias de agentes comunitarios

10.-A pesar de conocerse y contar con Normas de atención , planes y metas, las normas de Planificación Familiar no se aplican en su totalidad.

11.-La percepción del trato recibido por la Usuaría es regular.

12.-Entre las causas de insatisfacción de la usuaria se citan la falta de Insumos en el Programa de Atención Integral a la Mujer y de atención a casos de Morbilidad

13.-Las capacitaciones han abordado temas que los proveedores consideran de importancia para su quehacer diario, sin embargo sugieren que debe de incluirse temas que fortalezcan las relaciones interpersonales y eleven el nivel de calidad de la atención brindada.

14.-Las usuarias identificaron como limitaciones para brindar el servicio, la poca cantidad de recursos asignados, y la alta demanda de pacientes y que deben esperar más de una hora para ser atendidas.

XI.- RECOMENDACIONES.

1. Mantener plan de Educación permanente para las usuarias que incorpore temas de promoción, educación sanitaria y Planificación familiar.
2. Cuando se programe la oferta de servicios debe de considerarse los horarios escalonados que garanticen la disminución de los tiempos de espera así como la adecuada atención y mecanismos de referencia al segundo nivel para la solución de los problemas de las usuarias o para prevenir futuras complicaciones.
3. Es necesario que las autoridades de Salud de la Unidad diseñen un plan de señalización y comunicación para que la usuaria del servicio reciba información oportuna y de calidad.
4. Elaborar un programa de calidad que contemple los aspectos de insatisfacción planteados en el estudio, donde se propongan actividades que garanticen el mejoramiento de la atención desde el punto de vista técnico y de la optimización de los recursos existentes en el Centro de Salud.
5. Elaborar un plan de seguimiento a líderes de las comunidades y fortalecer el sistema de Referencia Comunitaria
6. Que los trabajadores de la salud interioricen el modelo de atención integral a la mujer de manera que se trabaje con integralidad, ínter disciplinariamente y se rompa el esquema tradicional medicalizado
7. Hacer programación de recursos humanos y materiales que considere un incremento de los mismos en relación a la población a atender.
8. Elaborar un plan de educación permanente en función de las necesidades del personal para mejorar la calidad técnica de la atención prestada.
9. Elaborar un plan de Monitoreo y supervisión como una estrategia a partir de la supervisión capacitante que permita no solo el control sino la sistematización adecuada para la mejor aplicación de las normas y el cumplimiento de los planes

XII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Abaunza et. al. 1985, Calidad de la Atención y con respecto al Programa de Atención Integral a la Mujer. s.p.i. pag. 35.
2. Aguirre, Gas H. Evaluación de la Atención de la Calidad Médica: Expectativas de los Pacientes y de los Trabajadores de las Unidades Médicas. Rev. Salud Pública de México. 32 (180); 170 Mayo - Abril, 1990.
3. Alvarado Mariscal, et. al. Calidad de la Atención Integral a la Mujer. s. 1987.
4. Dávila, Ana. Evaluación del Programa de Salud Reproductiva. Managua, Nicaragua. MINSa. 1997. pag. 33.
5. Diprete Lori, et. al. Garantía de la Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo. ¿Qué es la calidad? Perspectivas del significado de calidad, s. p. i. pag. 7-8.
6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta nicaragüense de demografía y salud 1998. Managua, Nicaragua. INEC/MINSa. 1999.
7. Marguert, Palomer. R. Garantía de la Atención Primaria de la Salud: la definición de la calidad de la atención. Barcelona, España. DOIMA. 1993. pag. 7-15.
8. Medina, Cajina, Tomasita. et. al. Calidad e la Atención al Aborto en el Hospital Bertha Calderón. Managua. MINSa. Octubre- Diciembre 1999. pag. 16 y 63.
9. Mercado, Alejandra Judith. et. al. Evaluación del Modelo de Atención Integral a la Mujer y a la niñez en el municipio de Boaco. Nicaragua, MINSa. 1998. pag. 5.
10. Nicaragua. Ministerio de Salud. Encuesta de Establecimientos de Salud. Managua. MINSa. 2001. pág. 16.

11. ----- Estudio de Demanda de Servicios de Salud. Managua. MINSA. 1995. pág. 51

12. ----- Manual Operativo: Modelo de Atención Integral a la Mujer y a la niñez. Managua. MINSA. s, f, pag. 2 y 15.

13. ----- Garantía de la Calidad: El Programa de Calidad Total en los Servicios de Salud. Managua. MINSA agosto, 1995. pag. 9

14. Organización de las Naciones Unidas para la Infancia. Situación de la niñez nicaragüense. Managua, Nicaragua. Complejo Papelero Nicaragüense. 1990. pag. 33.

15. Referencia: Kish & Leslio, Surbay, Sampling, John, Wiley & Sons.

ANEXOS

GUIA NUMERO 1.

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.**

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS USUARIAS EXTERNAS DEL PROGRAMA DE
ATENCION INTEGRAL A LA MUJER.
CENTRO DE SALUD DIRIAMBAA..

MUNICIPIO-----DEPATAMENTO-----SILAIS-----

Este cuestionario se ha elaborado para conocer la opinion de las usuarias externas, acerca de la calidad de los servicios que le ofrece esta Unidad de Salud. Es importante su opinion ya que su respuesta sera de ayuda valiosa para mejorar la atención que se brinda a los /las usuarias.

En los espacios en blanco se consigna la información recibida.

I.-DATOS GENERALES.

- 1.-Fecha-----2.-Edad-----3.-Procedencia-----4.-Estado civil---
-----5.-Ocupación-----6.-Número de embarazos-----
7.-Número de hijos-----8.-Número de hijos vivos-----
9.-Número de partos institucionales-----10.-Número de abortos-----
11.-Ha estado embarazada en los últimos dos años? Si-----no-----
12.-Recibió atención en la Unidad? Si-----no-----

II MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA ELEGIDA

1. Ha recibido atención en la Unidad anteriormente? Si -----no-----.
2. Cual fue el motivo de la consulta-----

3. Porque otras causas ha demandado atención en la unidad?-----

4. Ha esperado mucho tiempo para ser atendido?
a)menosde20minutos
b)De21a60minutos.
C)Mas de una hora
5. De los siguientes servicios que se describen a continuación en cual de ellos recibió información?
a)Admisión.
b)Consulta Médica.
c) Consulta de Enfermería.
d)Laboratorio.
e)Farmacia.

Satisfacción de las Usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer

6.-Cuando paso consulta le ordenaron exámenes de Laboratorio? Si----no-----.
 7.-Los exámenes ordenados fueron realizados en la Unidad? Si----no-----Si
 la respuesta es negativa, explique porqué?-----

8.-Llega a la Unidad por su cuenta? Si-----No-----.
 9.-Fue referida para acudir a la Unidad? Si-----No-----.
 10.-De los siguientes actores sociales, Por quién fue referida?
 a) Médicos.
 b) Personal de Enfermería
 c) Brigadistas.
 d) Parteras.
 e) Vecinos.
 f) Familiares.

11.-Considera usted que el trato recibido de parte del personal que lo atendió en los siguientes lugares fue:

DEPENDENCIA	BUENO	REGULAR	MALO
Admisión			
Programa o Consulta a) Medica b) Enfermería			
Laboratorio			
Farmacia			

12.-Alguna vez a sido rechazada en la Unidad cuando solicita atención? Si----No-----
 13.-Cual ha sido la causa del rechazo?-----

14.-De los siguientes temas que se citan a continuación, Cuando es atendida en la consulta o el Programa, de cuales le han hablado?
 a) Importancia del control prenatal
 b) Alimentación balanceada de la embarazada.
 c) Uso de vestuario adecuado durante el embarazo
 d) Importancia de la Vacuna Toxoide Tetánica.
 e) Importancia de la Higiene personal
 f) Lactancia Materna.
 g) Cuidados del Recien Nacido.
 h) Planificación Familiar.
 i) Importancia del registro del recién nacido.
 15.-Como considera la limpieza de la Unidad?
 a) Buena
 b) Regular
 c) mala.

Satisfacción de las Usuaris del Programa de Atención Integral a la Mujer

16.-Como valora usted las condiciones de comodidad del servicio?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala,

17.-Considera usted que los Consultorios ofrecen privacidad? Si-----No-----

18.-El centro de salud es confortable? Si-----No-----.

19.-Recibió información cuando llegó a la Unidad? Si-----No-----

20.-De los lugares que se citan a continuación, En que dependencia recibió la información?

DEPENDENCIA	SI	NO
CONSULTA DE ENFERMERIA		
CONSULTA MEDICA		
ADMISION		
FARMACIA		
LABORATORIO		

21.-Considera usted que la información que le suministraron fue:

DEPENDENCIA	BUENA	REGULAR	MALA
CONSULTA DE ENFERMERIA			
CONSULTA MEDICA			
ADMISION			
FARMACIA			
LABORATORIO			

22.-Porque considera usted que la información que le brinda el personal es:

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala.

23.-Cuales son las causas mas comunes por las cuales sale insatisfecho, cuando usted demanda atención en la Unidad?-----

23.-Su nivel de satisfacción en relación a las respuestas recibidas en la Unidad es?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala..

GUIA NUMERO 2.

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD.
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NICARAGUA**

Encuesta dirigida al proveedor de servicios de la Salud cordiales,
CENTRO DE SLUD,DIRIAMBA.

I.-DATOS GENERALES.

- 1.- Fecha-----2.-SILAIS-----
- 3.-Profesión-----4.-Tiempo de Laborar-----
- 5.-Edad del trabajador.

II.-ORGANIZACIÓN DE LA DEMANDA

- 1.-Territorio Sectorizado? Si----no-----
- 2.-Tiene mapa del sector? SI-----No-----
- 3.-Tiene censo de parteras y brigadistas actualizado? Si---No-----.
- Tiene Sistema de Referencia y Contra referencia Comunitaria? Si-----No-----.

III IDENTIFICACION DE LA POBLACION

- 1.-Tiene Censo de Mujeres embarazadas? Si---No-----
- 2.-Conoce metas de Mujeres en edad Fertil? Si-----No-----.
- 3.-Cual es la meta de embarazos esperados del Municipio para el año 2001?

IV.-ORGANIZACIÓN DE LA OFERTA.

- 1.-Numero de referencias enviadas por brigadistas y parteras en un mes-----
- 2.-Numero de referencias enviadas por otros agentes.-----

- 3.-Cual es el horario de atención en la Unidad.-----
- 4.-Cuales son los días de atención en la Unidad?-----
- 5.-Existen limitaciones para cumplir con la atención a las usuarias?Si---No-----Cuales?
 - a)Recursos Humanos-----
 - Insumos Médicos-----
 - c) Infraestructura-----
 - d) Financiamiento.-----
 - e) Equipos -----.
 - f) Tecnologías actualizadas-----

V.-CAPACITACION.

1.- Ha recibido capacitaciones? Si---no-----

Chequee cuales tmas ha recibido.

- Modelo de atención Integral.
- Lactancia MATERNA.
- Inmunizaciones.
- Tecnologías perinatales.
- Normas de Atención Integral ala Mujer.
- Toma de citología Vaginal.
- Infecciones de Transmisión Sexual, Sida.
- Nutrición Materna.
- Genero y desarrollo.
- Sistema de Información y Administación Logística.

2.-Necesita ser capacitado actualmente? Si---No-----.

3.-En que temas necesita ser capacitado?-----

VI.-ORGANIZACIÓN.

1.-Existen instrumentos de organización del trabajo en la Unidad? Si-----No-----

Cheque en la siguiente lista los que existen.

- Plan de Trabajo Anual/Mensual
- Normas de los Programas.
- Metasa actualizadas.
- Plan de Supervisión, Monitoreo y Evaluación.

2.-Conoce las metas del Programa? Si-----No-----Explique-----

3.-Se cumple con la Atención Integral en el Programa? Si-----No-----Explique---

4.-Que cambios ha observado desde la implementación del Modelo de Atención Intagrал?---

Satisfacción de las Usuaris del Programa de Atención Integral a la Mujer

5.-EL Programa de Atención Intagral ala Mujer se evalúa? Si-----No-----.

6.-Participa usted en la Evaluación? Si-----No-----Porqu?-----

7.-Conoce los resultados de las Evaluaciones-¿ Si-----No-----

8.-Propone estrategias para mejorar? Si-----No-----.

9.- Como considera usted el comportamiento de los siguientes aspectos e indicadores del programa?

- Mortalidad materna'
- Demanda de atención?
- Concentración IV Control Prenatal.
- Cobertura del Control Prenatal
- Cobertura Pacientes ARO
- Captación Precoz de embarazos.

10.-Que aspectos considera usted que limitan la oferta de los servicios?

A) Falta de estructura adecuada.

b)Falta de recursos Humanos.

c)Falta de recursos Financieros.

Falta de Insumos Médicos.

Falta de Organización de la Atención

VII APLICACIÓN DE NORMAS

A) No registra y olvida.

B) Desarrolla ALGUNOS ASPECTOS.

C) Entiende Técnicas pero necesita práctica

D) Desarrolla adecuadamente.

VIII.-SUPERVISION Y CONTROL

A) Es supervisada en su actividades de atención Si-----No-----

B) Por quien es supervisada? -----

C) Con que periodicidad se realiza la supervisiones-----

GUIA NUIMERO 3

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA S ALUD
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NICARAGUA.

GUIA DE OBSERVACION

1-Como se observa la limpieza de la Unidad-----

2.-El equipo para la atención Intagral a la Mujer esta.

- A) Completo
- B) Incompleto Especifique.
- C) Disponible
- D) En buen estado.

3.-Emplea el equipo para la atención? Si-----No-----

4.-Utiliza el equipo adecuadamente?-----

5.-Usa la Tecnica Correcta de atención? Si----No-----.

6.-Fue interrumpida la Consulta y/o el Control? Si-----No-----

7.-Los cubiculos tienen privacidad? Si-----No-----

8.-La infraestructura es adecuada? Si-----no-----

9.-Existen planes escritos? Si-----No-----.

10.-Tienen listado de actores sociales? Si-----No-----

TABLAS

TABLA No. 1.
Edad de las usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer.
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAIS CARAZO

EDAD	FRECUENCIA	%
-15 AÑOS	1	1
15-19 AÑOS	6	12
20-24 AÑOS	14	28
25-29 AÑOS	12	23
30-34 AÑOS	8	16
35 Y MAS	10	20
TOTAL	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarias externas.

TABLA No. 2
Procedencia de las Usuarias del Programa de Atención Integral al Mujer.
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAIS CARAZO.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
URBANA	27	52.94
RURAL	24	47.06
TOTAL	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 3
Estado Civil de la Usuaría del programa de Atención Integral a la Mujer.
Centro de Salud, Diriamba. Septiembre 2000 Marzo 2001
SILAIS Carazo

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
SOLTERA	8	16
CASADA	13	25
ACOMPAÑADA	29	57
VIUDA	1	2
TOTAL	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 4
Ocupación de las usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

OCUPACION	FRECUENCIA	%
Ama de casa	41	80.39
Domestica	3	5.88
Estudiante	2	3.92
Profesional	4	7.84
Artesana	1	1.96
Total	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 5
Número de Embarazos y Ocupación de las usuarias del Programa de
Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

No. de Embarazos	OCUPACIÓN											
	Ama de casa		Domestica		Estudiante		Profesional		Artesana		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	2	3.9	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3.9
1-2	17	33	2	3.9	2	4	1	1.9	-	-	22	43.13
3-4	13	25	-	-	-	-	2	3.9	1	1.9	16	31.3
5 y +	9	17.6	1	1.9	-	-	1	1.9	-	-	11	21.56
Total	41	79.5	3	5.8	2	4	4	7.7	1	1.9	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 6
**Número de Embarazos y Partos Institucionales de las usuarias del
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAIS CARAZO.**

No. EMBARAZOS	No tuvo parto Institucional		PARTOS INSTITUCIONALES								Total	
			1		2		3		4 y +			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	2	3.9	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3.9
1-2	4	7.8	10	19.6	8	15.6	-	-	-	-	18	35.2
3-4	3	5.8	5	9.8	2	3.9	3	5.8	3	5.8	13	25.4
5 y +	2	3.9	5	9.8	-	-	2	3.9	2	3.9	9	17.6
TOTAL	11	21.4	20	39.2	10	19.5	5	9.7	5	9.7	40	78.2

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 7
**Número de Hijos vivos y Estado civil de las usuarias del Programa de
Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAIS CARAZO.**

No. Hijos vivos	Estado civil									
	Soltera		Casada		Acompañada		Viuda		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	-	0	2	3.9	0	0	-	-	2	3.9
1-2	3	6	7	13.7	12	25.4	-	-	22	43.13
3-4	4	8	2	3.9	10	19.6	-	-	16	31.3
5 y +	1	2	2	3.9	7	11.76	1	1.9	11	21.56
Total	8	16	13	25.4	29	56.76	1	1.9	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 8
**Número de Embarazos y Abortos de las usuarias del Programa de
Atención Integral a la Mujer**
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

No. de Embarazos	No.	%	ABORTOS						
			1		2		3		
			No.	%	No.	%	No.	%	
0	2	3.9	-	-	-	-	-	-	-
1-2	22	43.3	-	-	-	-	-	-	-
3-4	16	31.3	-	-	3	5.88	-	-	-
5 y +	11	21.5	-	-	4	7.84	-	-	-
Total	51	100	-	-	7	13.72	-	-	-

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 9
**Edad en años y número de Hijos de las usuarias del Programa de Atención
Integral a la Mujer**
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

Edad En años	NÚMERO DE HIJOS									
	0		1-2		3-4		5 y +		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
-15 años	1	1.9	-	-	-	-	-	-	1	1.9
15-19	-	-	6	11.7	-	-	-	-	6	11.7
20-24	-	-	10	19.6	4	7.8	-	-	14	27.4
25-29	-	-	6	11.7	6	11.7	-	-	12	23.5
30-34	-	-	-	-	6	11.7	2	3.9	8	15.6
35 y+	1	1.9	-	-	-	-	9	17.6	10	19.6
Total	2	3.8	22	43	16	31.2	11	21.5	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 10
Embarazo en los Últimos dos años y atención en la Unidad de Salud de las
Usuaris del
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

EMBARAZO	Embarazo en los Últimos dos años		Atención en la Unidad de Salud durante este embarazo			
	No	%	Si	%	No	%
Si	34	67	28	82.3	6	17.6
No	17	33	-	-	-	-
Total	51	100	28	82.3	6	17.6

Fuente: Encuesta a Usuaris

TABLA No. 11
Experiencia laboral de los Proveedores
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

AÑOS DE EXPERIENCIA	#	%
- DE 5 AÑOS	1	25
6-10 AÑOS	1	25
10-14 AÑOS	2	50
+ DE 15 AÑOS	-	-
TOTAL	4	100

Fuente: Encuesta a Proveedores

TABLA No.12
Forma de organización de la Atención
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

FORMA DE ORGANIZACIÓN	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Territorio sectorizado	4	100	-	-
Censo de mujeres en edad fértil actualizado	3	75	1	25
Parteras y Brigadistas actualizadas	4	100	-	-
Sistema de Referencia Comunitaria	2	50	2	50

Fuente: Encuesta Proveedores.

TABLA No. 13
LUGARES DONDE EL USUARIO RECIBE INFORMACION
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

LUGARES		
	No.	%
Consulta Médica	42	82.3
Enfermería	40	78.4
Admisión	35	68.6
Laboratorio	34	66.6
Farmacia	33	64.7
Puerta de Entrada	11	21.5

Fuente: Encuestas a Usuarías externas

TABLA No. 14
HORARIOS, DIAS DE ATENCION Y RECURSOS DISPONIBLES
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

RECURSOS DISPONIBLES	HORAS DIA	DIAS DE ATENCION	HORAS MES RECURSO
1 Médica General	8 Horas	Lunes a Viernes	160
1 Enfermera Profesional	8 Horas	Lunes a Viernes	160
2 Auxiliares de Enfermería	16 Horas	Lunes a Viernes	320
1 Personal de Laboratorio	8 Horas	Lunes a Viernes	160
1 Técnico de Farmacia	8 Horas	Lunes a Viernes	160
TOTAL	8 Horas	Lunes a Viernes	960

Fuente: Encuesta a Proveedores.

TABLA No. 15
Motivos de Consulta de las Usuaris
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

MOTIVOS DE CONSULTA POR LOS QUE DEMANDA ATENCION	No	%
Control Prenatal	33	64.7
Morbilidad	11	21.5
Planificación Familiar	5	9.8
Control Puerperal	1	1.9
Detección de Ca Cu	1	1.9
Total	51	100

Fuente: Encuestas a Usuaris externas

TABLA No. 16
OTRAS CAUSAS POR LAS QUE DEMANDA LA ATENCIÓN
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

OTRAS CAUSAS POR LAS QUE DEMANDA ATENCIÓN		
	No.	%
Porque les aplican vacunas	35	69
No tiene recursos económicos	28	55
Por accesibilidad geográfica	22	43
Por satisfacción personal	20	39

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 17
REFERENCIAS DE ATENCION
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

REFERENCIA DE ATENCION		
	No.	%
Espontánea	37	73
Referida	14	27
Total	51	100

Fuente: Encuestas a Proveedores.

TABLA No. 18
PERSONAL QUE REFIERE
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

PERSONAL QUE REFIERE		
	No.	%
Personal de Enfermería	5	35.7
Brigadistas de Salud	4	28.5
Médicos	3	21.4
Parteras	1	7.1
Otros (vecinos, familiares)	1	7.1
TOTAL	14	100

Fuente: Encuesta Usuarias Externas.

TABLA No 19
Tiempo de espera de las Usuarias del
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

Tiempo en Minutos	No	%
Menos de 20 minutos	4	8
21 a 60 Minutos	8	16
Mas de 1 hora	39	76
Total	51	100

Fuente: Encuesta Usuarías Externas.

TABLA No. 20
Existencia de Instrumentos de Trabajo para el desarrollo del Programa de
Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

DESCRIPCION DE INSTRUMENTOS	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Existe plan de actividades	4	100	-		4	100
Existen Normas.	4	100	-		4	100
Existen Metas actualizadas	4	100	-		4	100
Existe plan de Monitoreo, supervisión y Evaluación	3	75	1	25	4	100
El personal conoce normas	4	100	-	-	4	100
El personal aplica normas	3	75	1	25	4	100

Fuente: Encuesta a Proveedor.

TABLA No. 21
Aplicación de Normas Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

Aplicación de Normas	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conoce existencia de normas	4	100	-	-	4	100
Omite y Olvida	3	75	1	25	4	100
Entiende técnica pero necesita práctica	3	75	1	25	4	100
Desarrolla adecuadamente	2	50	2	50	4	100

Fuente: Encuesta a Proveedor.

TABLA No. 22
Capacitaciones recibidas por los Proveedores
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

Temas de capacitación	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
1. Modelo de atención Integral	4	100	-	-	4	100
2. Toma de Citología Vaginal	2	50	2	50	4	100
3. ITS/SIDA	2	50	2	50	4	100
4. Sistema de Información y Administración Logística	1	25	3	75	4	100
5. Tecnologías Perinatales	3	75	1	25	4	100
6. Lactancia Materna	3	75	1	25	4	100
7. Nutrición Materna	2	50	2	50	4	100
8. Normas de Atención Integral a la Mujer.	3	75	1	25	4	100
9. Género y desarrollo	2	50	2	50	4	100

Fuente: Encuesta a Proveedor.

TABLA No. 23
Necesidades de Capacitación y Temas solicitados por los Proveedores
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

Necesita Capacitación	No.	%	TEMAS SOLICITADOS	SI		NO	
				#	%	#	%
SI	3	75	Relaciones Humanas	3	75	1	25
NO	1	25	Atención del Parto Institucional	3	75	1	25
			Toma de Citología vaginal	2	50	2	50
			Parto psicoprofiláctico	1	25	3	75
			Temas de Violencia Intra familiar	2	50	2	50
			Temas de Nutrición Materna	2	50	2	50

Fuente: Encuesta a Proveedor.

TABLA No. 24
NIVEL QUE SUPERVISA Y PERIODICIDAD DE LAS SUPERVISIONES
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

NIVEL QUE SUPERVISA	PERIODICIDAD					
	MENSUAL		TRIMESTRAL		SEMESTRAL	ANUAL
	No.	%	No.	%	-	-
MINSA CENTRAL	-	-	-	-	-	-
SILAI	-	-	3	75	-	-
MUNICIPAL	3	75	-	-	-	-

Fuente: Encuesta a Proveedor

TABLA No. 25
Reciben consejería durante la Atención
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

CONSEJERIA	No.	%
SI	38	74.5
NO	13	24.5
TOTAL	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 26
Temas de Consejería recibidos por las usuarias.
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

CONSEJERIA	No.
Planificación Familiar	35
Alimentación balanceada	28
Vestuario adecuado	28
Control Prenatal	22
Importancia de las vacunas	20
Importancia de la higiene personal	20
Importancia de la Lactancia Materna	18
Importancia del registro del recién nacido	10

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 27
Servicios donde la Usuaría recibe la Información del Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

SERVICIOS	FRECUENCIA	%
Admisión	8	16
Consulta Médica	21	41
Consulta de Enfermería	22	43
Farmacia	-	-
Laboratorio	-	-
Total	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarías externas

TABLA No. 28
Opinión de las Usuarías sobre la Información recibida, Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

Calidad de la Información	No.	%
Información brindada en Admisión		
Buena	35	69
Regular	6	11
Mala	10	20
Total	51	100
Información brindada en Consulta Médica		
Buena	35	69
Regular	16	31
Mala	-	-
Total	51	100
Información brindada en Consulta de Enfermería		
Buena	14	28
Regular	28	54
Mala	9	18
Total	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarías externas

TABLA No. 29
Limitaciones identificadas por las Usuarias para recibir Información adecuada
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAIS CARAZO.

Limitaciones identificadas	No.	%
Mucha demanda de pacientes	20	39.2
Pocos recursos para la atención	23	45
Están cansados	8	15.6
Total	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 30
Percepción del trato recibido por las Usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAIS CARAZO.

Percepción	No.	%
Bueno	14	27
Regular	28	55
Malo	9	18
Total	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarias externa

TABLA No. 31
Percepción de la Limpieza de la Unidad, percibido por las Usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAIS CARAZO.

LIMPIEZA	No.	%
BUENA	12	23
REGULAR	31	61
MALA	8	16
TOTAL	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarias externas

TABLA No. 32
Rechazo a la demanda, usuarias del
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAIS CARAZO.

Rechazo	No.	%
SI	22	43
NO	29	57
Total	51	100

Fuente: Encuestas a Usuaris externas

TABLA No. 33
Percepción de la Usuaris con relación al rechazo a la demanda de atención
Usuaris del Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAIS CARAZO.

Percepción	No.	%
No hay médicos	31	60.7
Llegan tarde	9	17.6
Perdida de tarjeta	11	21.5
TOTAL	51	100

Fuente: Encuesta a usuarias externas

TABLA No. 34
**Percepción de la Usuaría con relación a la Privacidad, comodidad y
 Confort en el servicio.**
Usuarías del Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

Percepción de la Usuaría con relación a:	SI		NO		Total	%
	No.	%	No.	%		
Privacidad	15	29.4	36	71	51	100
Comodidad	23	45	28	55	51	100
Confort	10	19.6	40	78	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarías externas

Tabla No 35
Satisfacción por Ocupación de las
Usuarías del Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

Satisfacción	PROCEDENCIA					
	URBANA		RURAL		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Buena	8	15.6	7	13.7	15	29
Regular	14	27.4	13	25.4	27	53
Mala	5	9.8	4	7.8	9	18
Total	27	53	24	47	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarías externas

TABLA No 36
Satisfacción por Ocupación de las
Usuarías del Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

Satisfacción	OCUPACIÓN											
	Ama de casa		Doméstica		Estudiante		Profesional		Artesana		Total	
	No.	%	#	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Buena	11	21.5	-	-	-	-	2	4	-	0	13	25
Regular	22	43.13	3	6	2	4	2	4	-	0	29	56.8
Mala	8	15.6	-	-	-	-	-	-	1	2	9	18
Total	41	80.3	3	6	2	4	2	8	1	2	51	100

Fuente: Encuestas a Usuarías externas

TABLA No. 37
SATISFACCIÓN Y TIEMPO DE ESPERA DE LAS USUARIAS
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

SATISFACCION	Menos 20 min.		21- 60 min.		Más de 1 hr		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Buena	2	50	2	25	11	28	15	29
Regular	1	25	4	50	22	56	27	53
Mala	1	25	2	25	6	16	9	18
TOTAL	4	100	8	100	39	100	51	100

Fuente: Encuestas a Usuaris externas

TABLA No. 38
Causas de Insatisfacción de las Usuaris del Programa de Atención
Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

CAUSAS DE LA INSATISFACCIÓN	TOTAL No.
Citas no escalonadas	51
Falta de exámenes de Laboratorio	45
Falta de medicamentos	35
Falta de recursos médicos	21
Malas condiciones Higiénicas	13
Horarios de atención	6
Rechazo a la demanda	3
Cobros por reposición de tarjetas	3

Fuente: Encuestas a Usuaris externas

TABLA No. 39
Capacitación en el Modelo de Atención Integral.
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

FUE CAPACITADO EN EL MODELO		
	No.	%
SI	3	75
NO	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Encuestas a Proveedor.

TABLA No. 40
Evaluación del Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

EVALUACION DEL PROGRAMA	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Se evalúa el programa periódicamente	4	100	-	-
Participa el personal del programa en la evaluación	1	25	3	75
Conoce los resultados	1	25	3	75
Propone estrategias para mejorar indicadores	1	25	3	75

Fuente: Encuestas a Proveedor.

TABLA No. 41
**Percepción de los Proveedores del servicio, en el comportamiento de los
 indicadores del Programa de Atención Integral a la Mujer
 Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
 SILAIS CARAZO.**

INDICADORES DEL PROGRAMA	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Disminución de la Mortalidad Materna	4	100	-	-
Aumento de las Captaciones de Control Prenatal en el primer trimestre del Embarazo	3	75	1	25
Aumento de la demanda de atención	4	100	-	-
Aumento de la Concentración del cuarto control	4	100	-	-
Aumento de cobertura de Control Prenatal	4	100	-	-
Aumento de la Cobertura de atención pacientes ARO	4	100	-	0

Fuente: Encuestas a Proveedores.

TABLA No. 42
**Problemas identificados por los Proveedores del servicio con relación a la oferta de servicios.
 Programa de Atención Integral a la Mujer
 Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
 SILAIS CARAZO.**

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	SI		NO		TOTAL	
	N o.	%	No.	%	No	%
Falta de Insumos Médicos	3	75	1	25	4	100
Falta de estructura adecuada	4	100	-	-	4	100
Falta de recursos Humanos	4	100	-	-	4	100
Falta de recursos financieros	4	100	-	-	4	100
Falta de citas escalonadas	2	50	2	50	4	100

Fuente: Encuestas a Proveedores.

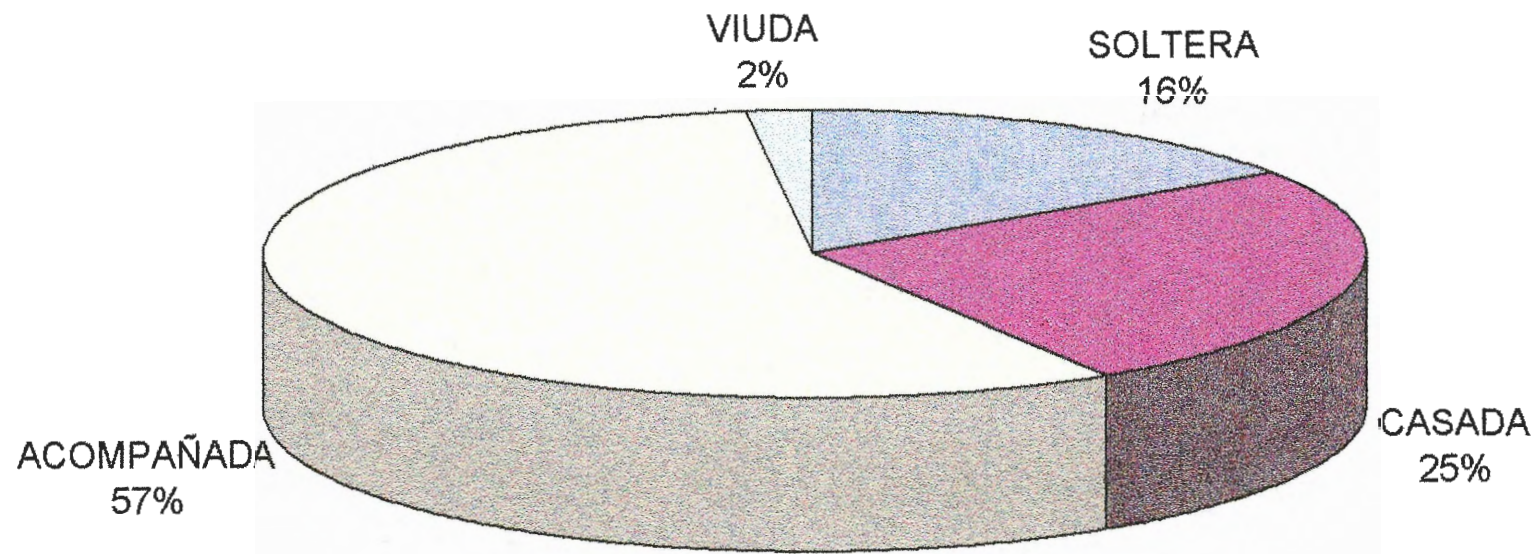
TABLA No. 43
Cambios observados por los Proveedores del servicio
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAI CARAZO.

MODIFICACIONES OBSERVADAS	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Organización del flujo de la atención	2	50	2	50
Organización de la atención Integral	4	100	-	-
Cambios positivos en la actitud del personal	3	75	1	25
El usuario esta satisfecho	1	25	3	75
Dotación de recursos de enfermería	4	100	-	-
Ampliación de horarios de atención	1	25	3	75
Ampliación de consultorios	4	100	-	-
Capacitación al personal	3	75	1	25
Abastecimiento de materiales	2	50	2	50
Dotación de equipos médicos	3	75	1	25
Dotación de medicamentos	3	75	1	25
Dotación de Tecnología	2	50	2	50

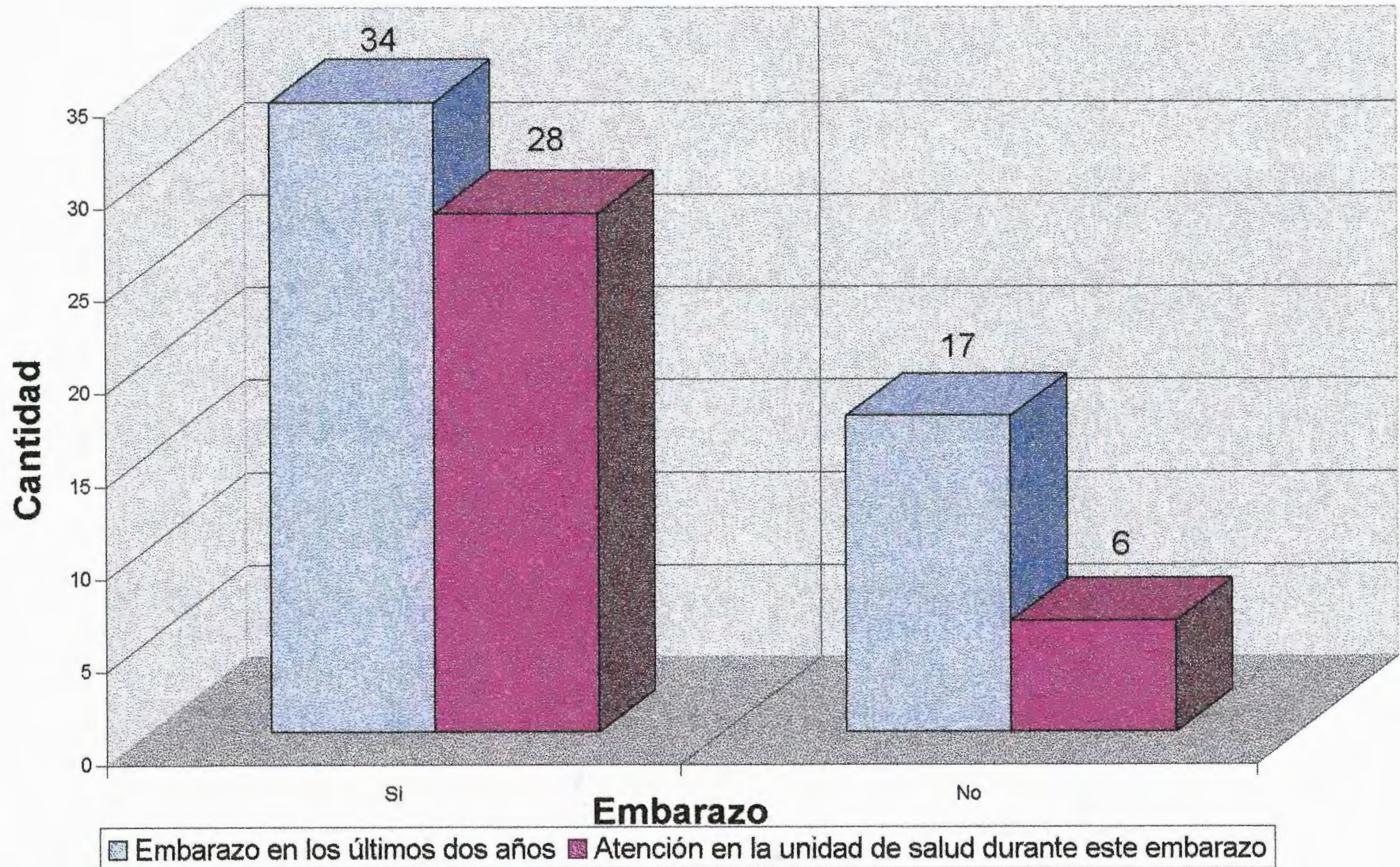
Fuente: Encuestas a Proveedores.

GRAFICOS

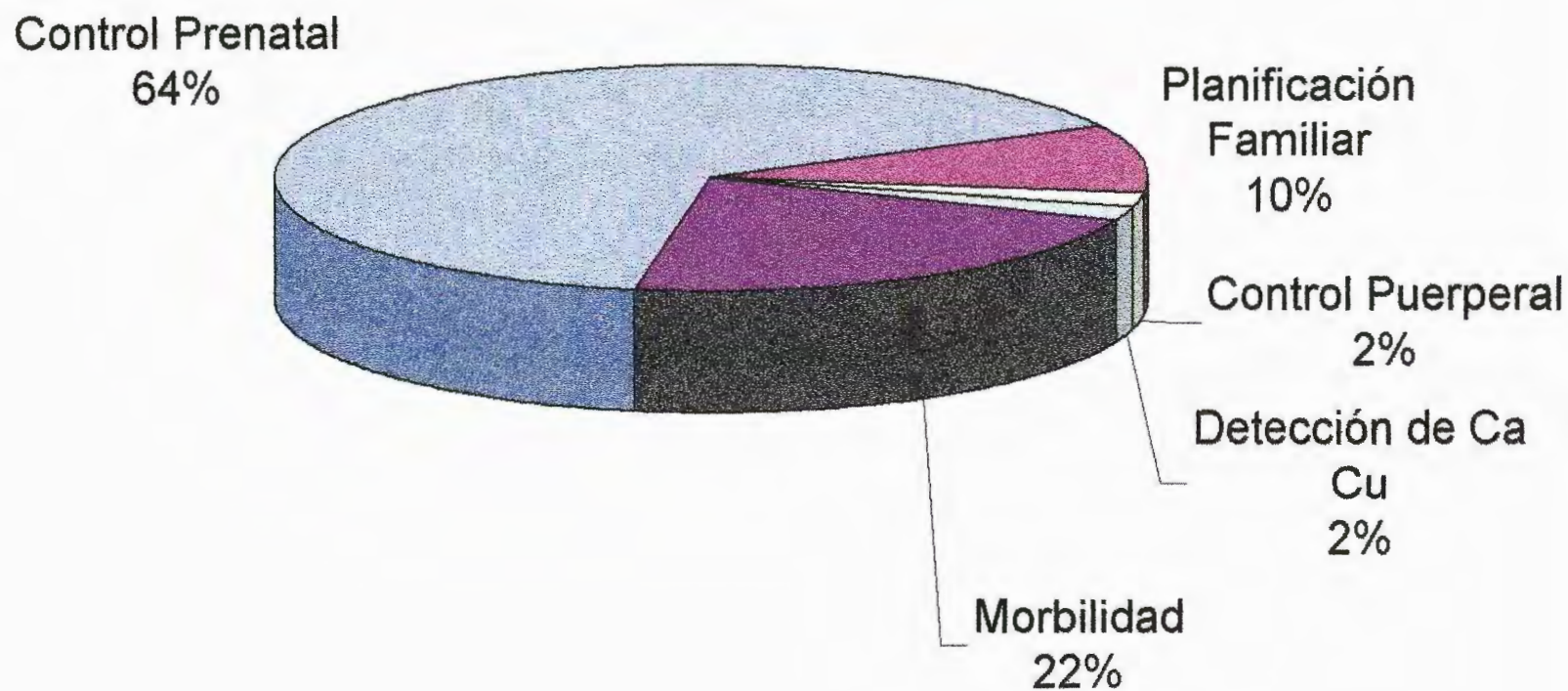
**Estado Civil de las Usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud de Diriamba, Septiembre 2000 a Marzo 2001
SILAIS Carazo**



**Embarazos en los últimos dos años y atención en la unidad de Salud de las usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer.
Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 - Marzo 2001
SILAIS - CARAZO**



Motivos de Consulta de las Usuarias
Programa de Atención Integral a la Mujer
Centro de Salud, Diriamba. Septiembre 2000 - Marzo 2001
SILAIS - CARAZO



**Percepción de la Usuaría con relación a las causas del rechazo a la demanda de atención.
Usuarías del Programa de Atención Integral a la Mujer.
Centro de Salud, Diriamba. Septiembre 2000 - Marzo 2001.
SILAIS - CARAZO**

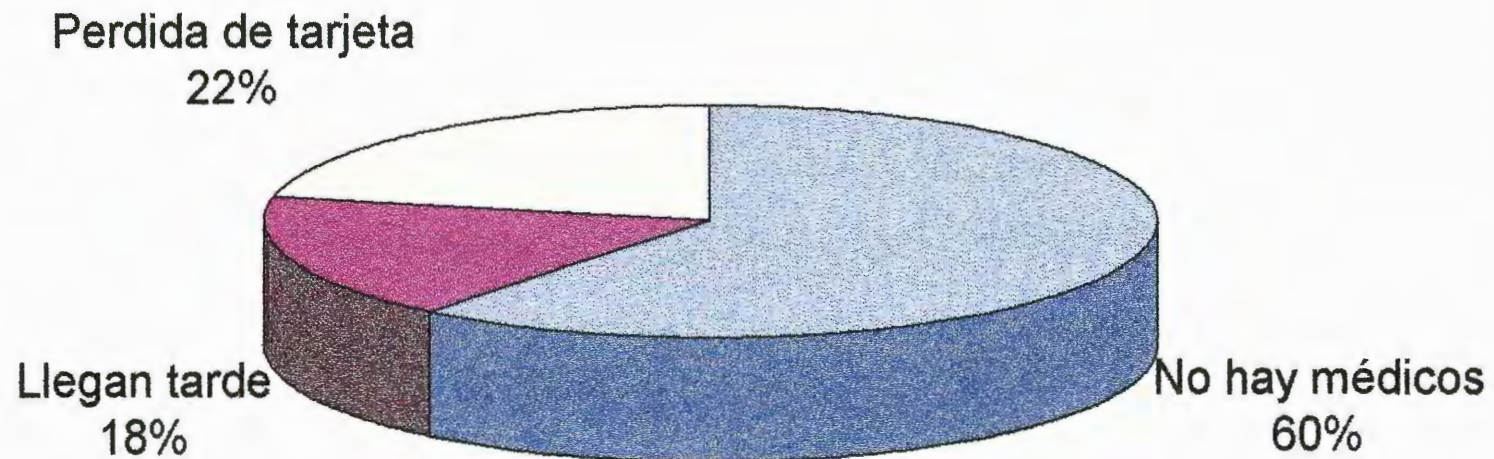
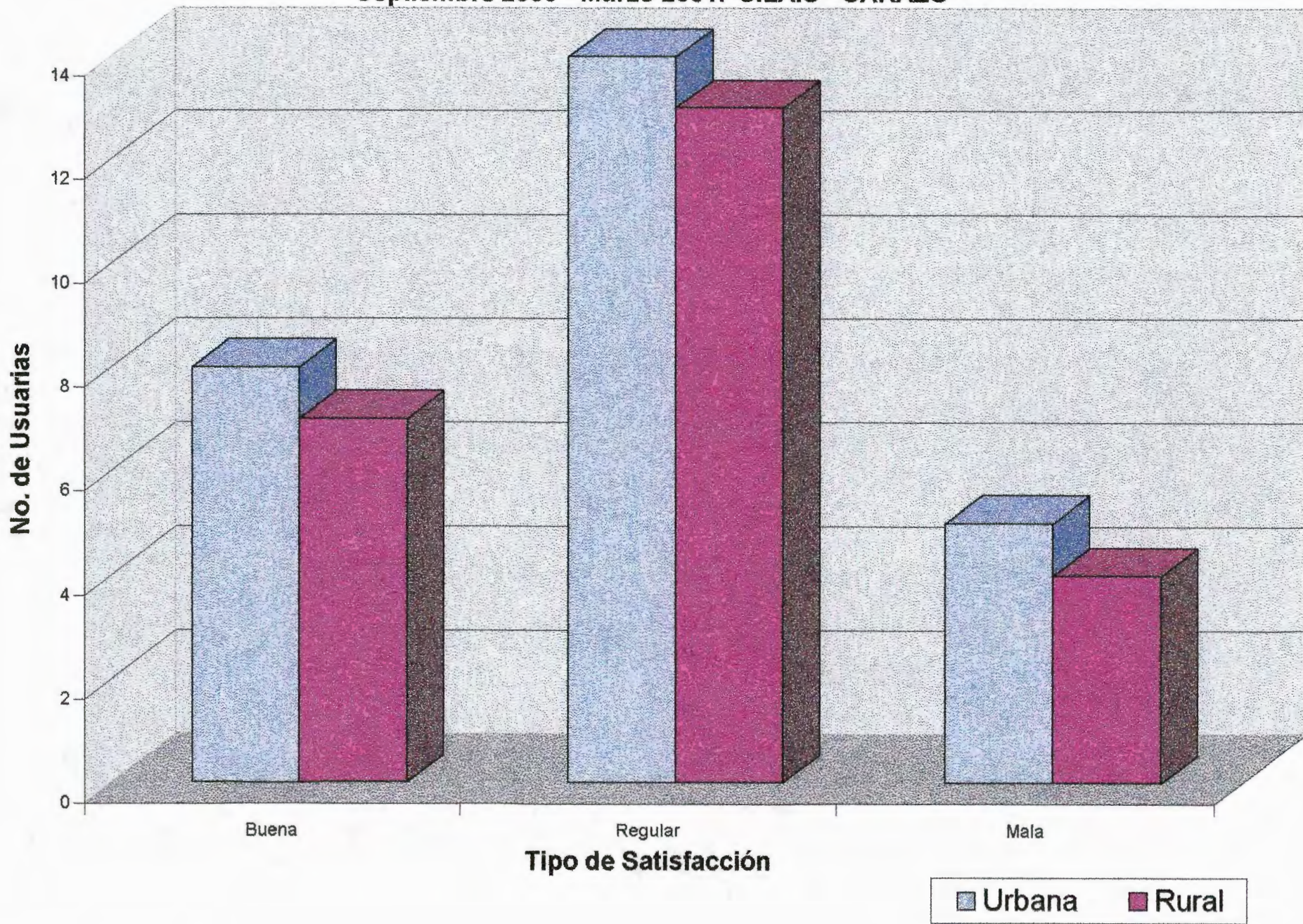


Gráfico No. 5

Satisfacción por Area de Procedencia de las Usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer. Centro de Salud, Diriamba, Septiembre 2000 - Marzo 2001. SILAIS - CARAZO



Fuente: Tabla No. 35

MAPA



SIL AIS CARAZO