



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Escuela de Salud Pública de Nicaragua

T- 208
WP
480
B 139
2003



Maestría en Salud Pública 2001 – 2003

**SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DEL SERVICIO DE
DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO,
DEL CENTRO DE SALUD DANIELA MUÑOZ, SAN JORGE,
RIVAS, PRIMER SEMESTRE DEL 2003**

Tesis para optar al título de Master en Salud Pública

AUTORES:

**María Desireé Báez Salmerón
José Joaquín Morales Granja
Ana Francisca Olivera Caldera**

TUTOR:

Dr. Lorenzo Muñoz García, MSc

Agosto, 2003

INDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS	<i>i</i>
DEDICATORIA	<i>ii</i>
RESUMEN	<i>iii</i>
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACION	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V. OBJETIVOS	11
VI. MARCO TEORICO	12
VII. DISEÑO METODOLOGICO	24
VIII. RESULTADOS	31
IX. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	37
X. CONCLUSIONES	42
XI. RECOMENDACIONES	43
XII. BIBLIOGRAFIA	44
ANEXOS	46

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios que nos ha permitido alcanzar una vez más nuestra meta y nuestro propósito, brindándonos salud, tiempo y oportunidades, además de amor y comprensión de nuestros seres queridos mientras duró esta ardua tarea.

También manifestamos nuestro agradecimiento a nuestro Tutor Doctor Lorenzo Muñoz García, quien siempre ha estado anuente a apoyarnos y brindarnos su tiempo.

Agradecemos de manera especial a la Doctora Martha González Moncada y al Doctor René Pérez Montiel, quienes nos brindaron su apoyo incondicional cuando lo necesitamos.

También al Doctor Roberto Vásquez que nos colaboró muy gentilmente en el procesamiento de la información, y a todos los que de una u otra forma realizaron aportes a este estudio.

DEDICATORIA

Dedicamos nuestra tesis a nuestros padres, quienes sembraron en nuestras vidas los pilares como seres humanos y como profesionales y siempre se han sacrificado por nosotros.

También a nuestros seres queridos a quienes hemos privado muchas veces de nuestro tiempo, compañía y atenciones durante la elaboración de esta tesis y estudios de la maestría.

Dra. María Desireé Báez Salmerón

Dr. José Joaquín Morales Granja

Lic. Ana Francisca Olivera

RESUMEN

El cáncer cervico-uterino es una patología de fácil prevención a través del diagnóstico oportuno mediante la citología cervical (Papanicolaou). A pesar de ello, es causa de muchas muertes de mujeres en los países en desarrollo debido a la insuficiente promoción y difusión de los servicios, la mala calidad en la atención, el mal trato a las usuarias, la limitada accesibilidad, entre otros elementos que pueden afectar la satisfacción de las usuarias.

Nicaragua no difiere de esta realidad, presentando alta mortalidad por esta causa y bajas coberturas de los servicios de detección oportuna, hecho que motivó la realización del presente estudio para conocer la satisfacción de las usuarias que asisten al servicio de detección oportuna del CaCU, en el centro de salud Danelia Muñoz del municipio de San Jorge-Rivas, durante el primer semestre del 2003.

El estudio es de tipo descriptivo de corte transversal; de 112 mujeres que asistieron al servicio durante el primer semestre del 2003, se seleccionaron 50 usuarias como muestra que llegaron durante los meses de mayo y junio 2003. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de la entrevista en el servicio de atención usando un cuestionario como instrumento de recolección de la información.

Las variables que se estudiaron se relacionaron a las características socio-económicas, la accesibilidad geográfica, cultural y funcional del servicio, las condiciones ambientales, la relación médico-paciente, la promoción y prevención del servicio. También se valoró la percepción de los proveedores a cerca de la satisfacción de las usuarias.

Para el análisis se utilizaron las pruebas estadísticas de Chi-cuadrado, Test de Fisher, OR e intervalos de confianza del 95%.

La media de edad de las usuarias fue de 32 años, (DE: ± 13), predominaron las de 20 a 39. El ingreso familiar fue de C\$ 845 córdobas y la media de la distancia fue de 0.9 Km. (DE: ± 2.7); el promedio del tiempo usado para llegar al C/S fue de 10 minutos (DE: ± 26). El rango de tiempo de espera para ser atendidas estuvieron comprendidos entre los 5 y 60 minutos.

El 70% de las usuarias tienen buena accesibilidad geográfica, el 88% una buena accesibilidad cultural y el 76% catalogaron el servicio con buena accesibilidad funcional.

El 94% de las mujeres manifestaron sentirse satisfechas con las condiciones ambientales de la unidad de salud, el 96% se sintió satisfecha con la gestiones realizadas para obtener el servicio demandado. Se observó asociación entre el tiempo de espera prolongado y la insatisfacción con las gestiones realizadas (OR: 15.6 [1,2 < OR < 19.3]). 86% de las usuarias recibieron orientaciones en relación a la importancia de la toma del PAP por parte del personal de salud. Una mujer que no recibió orientación sobre la importancia del PAP tiene 1.5 veces más probabilidades de estar insatisfechas con los servicios recibidos.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es un padecimiento de origen multifactorial y actualmente es considerado una enfermedad de transmisión sexual, ya que su principal agente etiológico es el virus del papiloma humano (VPH). A pesar de que se trata de una enfermedad vulnerable que puede ser diagnosticada en una etapa precoz a través de la prueba de citología cervical o Papanicolaou, su elevada frecuencia lo convierte en un problema de salud pública de importancia ⁽¹⁾.

La percepción del riesgo de adquirir cáncer cervicouterino (CaCU) y el conocimiento de la utilidad del examen de detección oportuna de éste, son factores claves que determinan la participación de la población femenina en los servicios para la prevención. Estos factores a su vez dependen de la difusión eficiente de información sobre la prevención de este tipo de cáncer, teniendo presente su pertinencia para grupos sociales determinados (*Lazcano E, 1996*)

La asistencia de las mujeres a los servicios de salud para la realización de la prueba Papanicolaou (PAP), depende además de la percepción del riesgo de adquirir cáncer cervicouterino, de una serie de factores culturales los cuales incluyen la timidez de ser sometidas a un examen ginecológico, la falta de "autorización" de su pareja para la realización del examen, la concepción de que es una prueba dolorosa, o que si le diagnostican cáncer ya es en fase terminal o que no tiene cura. A todo esto se suma las malas experiencias vividas por las pacientes cuando han asistido a los servicios, como son el tiempo de espera para ser atendidas, el trato del personal, las condiciones de comodidad de la sala y el tiempo que tardan los resultados en regresar (si no es que se extravían los resultados). Se adiciona a lo antes mencionado, la mala promoción y difusión de los servicios acerca de los riesgos de adquirir el CaCU y del funcionamiento de los

¹ Estadísticas del Programa de AIM del MINSA Central, Nicaragua, 2002.

mismos, lo cual contribuye a disminuir la satisfacción de las usuarias y por ende su asistencia a los servicios (*Lazcano E, 1996*).

Los conocimientos en materia de salud sexual y reproductiva y la satisfacción de las expectativas de las usuarias que demandan la atención del servicio, contribuyen a mejorar los resultados de la atención, puesto que incrementan el cumplimiento del tratamiento estipulado y el acceso a los servicios y su utilización.

Los servicios de detección oportuna del CaCU deben tener en cuenta la diversidad geográfica, la heterogeneidad de las poblaciones y su susceptibilidad para ser sujetos de diversas estrategias de comunicación (*Actualidad Gerencial, 2000*), se torna necesario entonces, delimitar los escenarios en donde se promueve la detección oportuna del CaCU.

La asistencia tardía al servicio de prevención y control de cáncer cervicouterino, la mala calidad del estudio citológico del Papanicolaou y la deficiencia en la calidad de la atención una vez detectada la enfermedad, constituyen factores relacionados al retraso en el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino que inciden en la disminución de la probabilidad de cura de las pacientes y el aumento de la mortalidad por esta enfermedad, así como en la insatisfacción de las usuarias que hacen uso del sistema.

La prevención, control y tratamiento del cáncer cervicouterino, es un problema actual de salud pública en Nicaragua, el cual se agrava aún más por el retraso del diagnóstico del mismo en las pacientes que acuden a los servicios a nivel nacional ⁽²⁾.

² *Ibíd. 1*

II. ANTECEDENTES

La citología exfoliativa fue introducida por Papanicolaou en 1941 y propuesta para el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer cervical invasor en mujeres con vida sexual activa. A pesar de haber transcurrido 50 años desde la postulación de esta prueba, el cáncer cervicouterino a nivel mundial ocupa el quinto lugar en frecuencia de las neoplasias malignas con 7.3 % (465,600). El principal objetivo de la detección oportuna de cáncer es la reducción de la mortalidad por cáncer cervicouterino. Así, en Islandia, país con una cobertura de Papanicolaou cercana al 100%, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino ha disminuido en más del 80%, por el contrario en Noruega, nación que reportó las coberturas de uso de papanicolaou más bajas en la década de los 70, registró un pequeño cambio (disminución) cercano al 10% en relación con años anteriores (*Lazcano E, 1996*).

El impacto de un programa adecuado se puede notificar también en la reducción de la incidencia del cáncer cervicouterino. Así en Estados Unidos, la incidencia de cáncer cervicouterino se redujo hasta en un 70%; en el noroeste de Escocia la tasa cruda disminuyó en un 75%, en colonia Británica un 60% y en Puerto Rico el decremento fue mayor al 60% (*Lazcano E, 1996*).

Para América Latina se ha estimado que la deficiencia del Programa de Detección de Cáncer Cervicouterino ha generado más del 60% de las muertes por este cáncer. El riesgo de sufrir esta neoplasia se incrementa hasta 10 veces en aquellas mujeres con vida sexual y sin acceso al examen Papanicolaou. La operación de los programas de papanicolaou se ha focalizado hacia grupos de bajo riesgo de cáncer cervicouterino, en las cuales se repite innecesariamente la citología anual, y con una consecuente cobertura baja en mujeres de alto riesgo (*Lazcano E, 1996*).

En Nicaragua el comportamiento es similar al resto de los países de América Latina (más del 65% de las muertes por esta causa se deben a deficiencia de los servicios), según las estadísticas del MINSA año 2002.

Dado que para evaluar calidad de los programas uno de los aspectos más importantes es la satisfacción de las usuarias se analizaron estudios relacionados con el tema.

En la ciudad de México se realizó un estudio sobre “percepción de la calidad de la atención de los servicios de Salud: perspectiva de los usuarios” el cual concluyó que se debe profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención. Los resultados fueron los siguientes: El 81.2 % de los usuarios percibió que la atención fue buena y el 18.8% mala. Los principales motivos que definieron la calidad como buena fueron: el trato personal (23.7%) y mejoría en salud (11.9%). En tanto los motivos aludidos en mala calidad: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%) (*Ramírez T. y Nágera P, 1998*).

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), en Noviembre de 1996, realizó una encuesta en los hogares de la región Heretar Atlántica de Costa Rica, con el fin de conocer los patrones de utilización de los servicios de salud, satisfacción de la población y sus expectativas. Los encuestados expresaron su preocupación por:

1. La necesidad de que mejoren los servicios.
2. Disminuir los tiempos de espera por distintos servicios.

3. Ser informado sobre su padecimiento y diagnóstico en la consulta.
4. Recibir indicaciones y justificación para una cita posterior. (Konstandinova I, 1998).

En Nicaragua no se han publicado estudios de percepción de usuarias del programa de detección oportuna del CaCU, específicamente, pero sí se han realizado estudios sobre satisfacción de usuarios en general, en las unidades de salud en distintos lugares del país.

En enero de 1994 se realizó una encuesta de satisfacción en Managua, por el MINSA / Banco Mundial, para el proyecto de modernización del sector salud nicaragüense, describiendo que el 80% de la población está satisfecha con los servicios del médico y el 18% inconformes con admisión, enfermería, servicios de diagnóstico, medicamentos etc. En relación con el tiempo de espera el 48.4% de los usuarios esperó 30 min. a 1 hora para ser atendido y el 12.8% más de 2 horas. También un estudio sobre satisfacción de usuarios atendidos en cuidados críticos de los hospitales Antonio Lenín Fonseca y Hospital Manolo Morales de Managua, en agosto 1995 expresa la satisfacción como excelente en un 23% y una buena en el 62.5%; de forma prevalente expresaron que la capacidad técnica del personal que los atendió era buena en el 85.5% de casos.

En los meses de Octubre – Nov – 1997 se realizó un estudio sobre “satisfacción de las usuarias del servicio de hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Berta Calderón ” en donde la accesibilidad al centro hospitalario fue buena para la mayoría de pacientes pues tardaban de 5 a 60 minutos en llegar a la unidad e invertían de C\$ 2 – 10 para trasladarse, representado por un 76.6% de las usuarias. La mayoría de usuarias esperó de 25 – 540 minutos para ser atendidas y derivadas al servicio de ARO.

De las mujeres entrevistadas, el 67% refirieron haber acudido al hospital por voluntad propia.

El porcentaje de las que estaban satisfechas con la atención recibida y las gestiones realizadas fue del 82.9%.

La satisfacción de la atención recibida de las usuarias a nivel general según condiciones ambientales demostró un porcentaje del 70.4% de las usuarias satisfechas y un 29.6% de las que no estaban satisfechas con las condiciones ambientales. (10)

La relación interpersonal que la usuaria tuvo con el médico desde su ingreso hasta el momento de la entrevista fue: el 64.4% satisfecha, el 25.1% poco satisfecha, el 6.7% insatisfecha y el 3.8% muy satisfecha. La satisfacción de las usuarias con la atención brindada por enfermería fue 77.2%.

Solamente el 53% recibió orientaciones por parte del personal de salud, de ellas el 52.7% manifestaron que se sienten satisfechas con las orientaciones, el 46.1% poco satisfechas, el 1.2% insatisfecha (Soza S, 1997).

Se realizó un estudio en 1996 en algunas empresas médicas sobre satisfacción de salud ambulatoria del seguro social; se entrevistó a un total de 300 usuarios, de los cuales 104 asistieron al sector público y 106 al sector privado.

Los resultados encontrados indican que la satisfacción con la atención de salud en general entre los usuarios del sector público (85.6%) y privado (90.8%) es similar, los puntos de mayor relevancia fueron: tiempo de espera en admisión de 1 – 10 minutos; tiempo espera en la consulta médica menor de 15 minutos, tiempo de espera en farmacia 1-5 minutos, tiempo espera en las 1-5 y 6-10 minutos, higiene.

Las razones que se mencionaron en relación a porqué los usuarios están poco satisfecho se encuentran: El médico no examinó, no hay seguimiento del problema que presenta el paciente; el médico no mostró interés por el problema que presenta el paciente, entre otros. En el sector privado entre las razones del porqué

están poco satisfechos se encuentran: el médico no mostró interés por el problema del paciente, el médico no examinó, el médico no le ha permitido hablar, no hay privacidad, no hay control completo del niño.

El tiempo de espera de la consulta médica también fue causa de insatisfacción en ambos sectores (cuando era mayor de 11 – 20 minutos). En cuanto a la cita los más satisfechos eran los que se les dio cita en menos de 15 días y los menos satisfechos fueron los que se le dio cita mayor de 30 días (*Galeano N, 1996*).

En los servicios de Salud primarios de Boaco en 1990 se realizó un estudio que aborda la eficiencia y eficacia de los servicios de salud, expresando la poca accesibilidad desde el punto de vista geográfico, económico y cultural ; solamente el 40% de los usuarios asiste a las unidades de atención primaria porque el 60% restante van a curanderos, pulperías, farmacias privadas o porque prefieren acudir al hospital; en éstos servicios hay desabastecimiento de medicamentos, no existe mantenimiento de infraestructura y el equipo existente está en mal estado; hay falta de estímulo a trabajadores por bajos salarios lo que influyó en la disminución del número de consultas y de la cobertura de los programas (*Canales G. y Cano N.1997*).

De 120 usuarias entrevistadas en los centros de Salud Edgard Lang, Silvia Ferrufino y Pedro Altamirano, el 51.7% manifestaron estar bastante satisfechas con los trámites que tuvieron que realizar para obtener los servicios y el 12.5% muy satisfechas. Las principales razones por las que las usuarias refirieron inconformidad están: la poca o falta de rapidez con que se les atendió (17.7%); el horario de consulta que ofrece el centro de Salud (24.2%), las condiciones físicas (37.5%) y, la limpieza (36.7%) fueron poco satisfactorias, el 34.2% refirió estar poco o nada satisfecha con el trato que recibieron en el centro de salud, cuando se preguntó si estaban satisfechas con la atención del personal de las áreas de admisión, laboratorio y farmacia, el 50% refirieron estar poco o nada satisfecho.

Con respecto a intimidad brindada al momento de la consulta el 55.8% refirió que estaban poco o nada satisfechas.

En relación a la satisfacción del tiempo, que les dedicó el médico o enfermera y de la información recibida por éstos, la mayoría expresó estar muy satisfechas (Sánchez A, 1995).

Se realizó un estudio sobre satisfacción del usuario y prestador de servicios en relación con la atención en salud en el primer nivel de atención en Managua, noviembre de 1996, tanto usuarios como prestadores de los servicios valoraron el tiempo de la consulta como insuficiente, además consideraron la falta de medicamento como uno de los motivos de insatisfacción de usuarias. El trato personal que se les brinda en la atención fue satisfactorio. La higiene de las unidades de salud fue insatisfactoria para los usuarios cuando se hizo referencia a los servicios higiénicos. Dentro de las sugerencias están que se mejorara el "trato" y el "tiempo de espera" (Canales G. & Cano N. 1997).

En el estudio sobre satisfacción de las trabajadoras sexuales con la atención en salud recibida en centros alternativos y públicos Managua, Agosto 1998, se encontró que la accesibilidad en las distintas unidades de salud fue considerada como mala en un 65%, la relación personal de salud/usuario fue calificada como regular en un 60% , (la sumatoria de los 3 componentes). La competencia técnica y la aceptabilidad fueron calificadas como malas en un 65%. La sumatoria de los 3 componentes se encuentra en la categoría de mala 58%, regular 29% y buena 12% (Konstandinova, I. 1998).

III. JUSTIFICACIÓN

El cáncer del Cuello Uterino es el tumor maligno más frecuente en las mujeres de los países en desarrollo y el tercero en mortalidad relacionado con neoplasias malignas de la población en general.

En la población femenina el cáncer Cérvico Uterino (CaCU) es la primera causa de muerte por neoplasias malignas particularmente en el grupo de 25-64 años. Sólo en Nicaragua en el último decenio se registran 1,961 muertes por esta patología y más preocupante aún es el hecho de que en los últimos 3 años la cobertura del servicio de Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino (DOCaCU) ha venido decreciendo (³).

Tomando en cuenta la tendencia decreciente de la cobertura del servicio de detección oportuna de Cáncer Cervicouterino, la alta mortalidad en Nicaragua por cáncer Cérvico Uterino, la falta de estudios que evalúen la calidad de la atención de estos servicios y el derecho de las usuarias de recibir servicios de calidad por parte del Ministerio de Salud, se hace necesario realizar un estudio para identificar las posibles causas de inasistencia a los servicios, iniciando por evaluar la calidad de los mismos. Un aspecto importante de la calidad para conocer, es la satisfacción de las usuarias, puesto que el mejoramiento de la calidad de atención debe comenzar en concentrarse en las necesidades de los pacientes para posteriormente desarrollar y utilizar técnicas para evaluar y mejorar otros aspectos de la calidad en los servicios del Ministerio de Salud.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En base a las características del padecimiento del CaCU, se considera necesario conocer:

¿Cuáles son las características socioeconómicas de las usuarias del servicio de detección oportuna de cáncer Cérvico Uterino y cuál es la accesibilidad al servicio?

¿Cuál es la percepción de las usuarias acerca de la relación médico paciente y acerca de las condiciones ambientales?

¿Conocen las usuarias acerca de la promoción y prevención del servicio?

¿Están los proveedores conscientes de los problemas relacionados con la satisfacción de las usuarias?

Por lo tanto, el problema se centró en conocer:

¿Cuál es la satisfacción de las usuarias que asisten al servicio de detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino del Centro de Salud de San Jorge, del Departamento de Rivas durante el primer semestre del 2003?

³ Ibid. 1

V. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la satisfacción de las usuarias del servicio de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino del municipio de San Jorge de Rivas durante el primer semestre del 2003.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Relacionar el nivel socioeconómico de las usuarias con la accesibilidad al servicio.
2. Conocer la satisfacción de las usuarias con relación a las amenidades del servicio.
3. Describir la percepción de las usuarias acerca de la atención brindada y la relación médico- paciente.
4. Identificar si existen conocimientos por parte de las usuarias con relación a los aspectos preventivos que ofrece el servicio.
5. Conocer la percepción de los proveedores del servicio sobre la satisfacción de sus usuarias.

VI. MARCO TEÓRICO

El cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en las mujeres de los países en desarrollo y el tercer cáncer en frecuencia en todo el mundo; cada año se registran unos 500,000 nuevos casos, muchos de los cuales son mortales. La prevención de estas muertes prematuras en las mujeres es, por consiguiente, un objetivo digno de urgente consideración.

En Nicaragua existe el servicio de detección oportuna del cáncer como un componente del Programa de Atención Integral a la Mujer, actualmente se crearon las Normas del servicio y están siendo ya manejadas a nivel de todas las unidades de atención primaria.

En años anteriores se crearon los programas nacionales de la lucha contra el cáncer, cuya ejecución se proyectaba a educación sanitaria para sensibilizar a la población, imponer normas terminantes para las mujeres de > 35 años, identificar a las mujeres de 35- 59 años, enseñar al personal de atención primaria a examinar el cuello uterino e identificar sus alteraciones, combinar la detección de una anomalía con el envío del caso a efectos del diagnóstico, tratamiento y seguimiento, establecer un sistema de información para la vigilancia y la evaluación (*OPS/OMS Nicaragua, 1998*).

Teniendo en cuenta que no se conocen plenamente las causas del cáncer cervicouterino (aunque las investigaciones actuales permiten pensar que el VPH puede desempeñar una importante función) y dado que el principal factor sospechoso de asociación con un aumento de riesgo (actividad sexual de hombres y mujeres) es poco propicio a la regulación o el control, la prevención primaria no resulta factible por el momento.

Sin embargo, la historia natural del cáncer cervicouterino permite afortunadamente detectar sus precursores y adoptar medidas para impedir que evolucione hacia una enfermedad que amenace la vida, es decir, se puede realizar prevención secundaria: diagnóstico adelantado del cáncer cervicouterino.

El cáncer de cuello uterino (CaCU) comienza por una fase curable preinvasora (anomalías epiteliales conocidas por las denominaciones de displasia y carcinoma *in situ* o como grados de neoplasia intraepitelial cervical (NIC)), que evoluciona normalmente de modo lento en un período de años hasta alcanzar la fase invasora, momento en que la curación es mucho más difícil y costosa (y a menudo imposible).⁴

Puede realizarse la detección de las fases preclínicas del cáncer cervicouterino por examen microscópico de las células obtenidas por raspado del cuello uterino y extendido en un portaobjetos. La detección precoz permite realizar un tratamiento relativamente poco costoso y casi siempre de buenos resultados, que conduce a un descenso marcado del número de mujeres que presentan un cáncer invasor mortal.

En Nicaragua, a pesar de no contar con un sistema de registro de cáncer, las estadísticas existentes demuestran que en el último quinquenio (1993-1997), se presentaron un promedio de 191 muertes por año a causa de esta patología.

Aproximadamente el 70% de las pacientes que demandan atención médica en el Centro Nacional de Radioterapia, se presentan en etapas avanzadas del cáncer del Cuello Uterino, lo que implica un aumento en la tasa de mortalidad por esta causa.

⁴ Normas de Prevención del cáncer cervico-uterino, MINSA

En los países que tienen campañas de detección adecuadas con la toma de Papanicolaou, se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer Cervico Uterino, atribuible a la detección de lesiones precursoras y preinvasoras, en las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo tanto social como para los servicios de salud.

6.1 Calidad de la Atención

Donabedian hace referencia a dos enfoques importantes para la evaluación de la calidad: la evaluación de la estructura y de los resultados. El concepto de estructura además de las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y lugares físicos y organizacionales donde trabajan, incluye los recursos humanos, físicos, financieros que necesitan para proporcionar atención médica, el número, distribución y calificaciones del personal profesional, etc. La estructura por lo tanto es importante para la calidad en cuanto que aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación (*Donabedian A, 1984*).

El resultado de la atención médica, en términos de recuperación, restauración de las funciones y supervivencia, se ha utilizado frecuentemente como indicador de la calidad de atención. Los resultados tienden a ser bastante concretos y, como tales, sujetos aparentemente a una medición más precisa. Los resultados siguen siendo en general los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica.

Otra forma consiste en examinar el proceso mismo de prestación, en lugar de los resultados. Esta posición se justifica porque se supone que lo que interesa no es el poder de la tecnología médica de alcanzar los resultados previstos, sino determinar si se ha aplicado lo que ahora se conoce como "buena" atención médica.

Existen tres enfoques principales para la evaluación de la calidad: Estructura”, Proceso y Resultado”. Este triple enfoque es posible porque existe una relación funcional que puede mostrarse esquemáticamente:

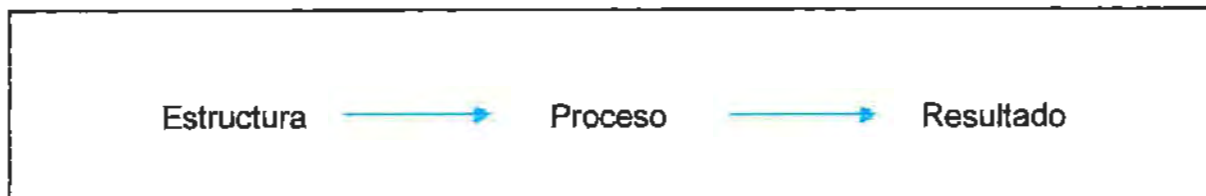


Figura 1. Enfoques para la evaluación de la calidad

Esto significa que las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tienen una propensión a influir sobre el proceso de atención disminuyendo o incrementando su calidad. En forma similar los cambios en el proceso de la atención, incluyendo las variaciones en su calidad, influirán en el efecto de la atención sobre el estado de salud en su definición más amplia.

Es importante la perspectiva del paciente porque es más probable que los clientes satisfechos cumplan con el tratamiento y asistan a los servicios de salud al primer indicio de enfermedad y no que recurran a ellos sólo en última instancia. Además un cliente insatisfecho no colaborará con el médico en cuanto al cumplimiento del tratamiento indicado ni utilizará los servicios de salud primaria, cabe señalar que la calidad de la atención y de los resultados depende tanto del médico como del paciente. Se trata de una relación biunívoca, bidireccional. Es por este motivo que con respecto a todas las demás dimensiones de calidad, la satisfacción del cliente afecta la salud y el bienestar de la comunidad.

Los pacientes y las comunidades a menudo se concentran en la eficacia, la accesibilidad, las relaciones interpersonales, la continuidad y, las comodidades como los aspectos más importantes que tiene la calidad para ellos.

Existe la ambigüedad inherente a considerar la accesibilidad como propiedad ya sea de los recursos para la atención a la salud o de la población de usuarios potenciales de los servicios. Uno de los pocos análisis conceptuales que es consecuente al aspecto se refleja en la definición que hace Donabedian, en la que se indica explícitamente que la accesibilidad es una característica de los recursos de atención a la salud. En efecto, en el modelo de Donabedian la accesibilidad constituye un “factor mediador” entre la capacidad de producir servicios y la producción o el consumo reales de dichos servicios (*Donabedian A, 1984*).

Fundamentándose en estas consideraciones, Donabedian ofrece la siguiente definición: “Se considera la **accesibilidad** como algo adicional a la mera presencia o disponibilidad del recurso en un cierto lugar y en un momento dado. Comprende las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales” (*Donabedian A 1984*).

El acceso a los servicios implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso de atención en salud. Esta dimensión de calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural o lingüística (*Actualidad Gerencial, 2000*).

El acceso geográfico: incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención.

El acceso económico: se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes.

El social o cultural: Se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos; teniendo en cuenta los valores culturales y actitudes locales.

El organizacional: Se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turno, tiempo de espera y modalidad de la prestación de servicios son ejemplo de cómo la organización de éstos últimos pueden crear barrera para el uso de los mismos.

La accesibilidad a los servicios de salud es un factor clave para cualquier programa, ya que las personas no pueden utilizarlos fácilmente si el acceso es limitado o imposible. La accesibilidad se refiere a varios factores del programa: ubicación, disponibilidad de transporte, distancia entre el domicilio y el lugar de entrega del servicio, horario de atención, procedimientos de la clínica, costo de los servicios y artículos suministrados. Todos son factores que determinan si un cliente realmente puede hacer uso del servicio o programa de salud cuando sea necesario.

La satisfacción del usuario y las comodidades son de gran importancia en la calidad de la atención. Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del usuario y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención en el futuro.

Las comodidades se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales, así como las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad, además también son importantes porque pueden influir en las expectativas que tiene el paciente y la confianza que siente a otros aspectos del servicio.

Todo nuestro conocimiento de la realidad, toda la información que poseemos a cerca del mundo comienza con las sensaciones que es energía procedente del exterior y que actúa sobre nuestros órganos sensoriales estimulando y excitando las terminaciones nerviosas correspondientes; como resultado de esta excitación y

de la reacción del propio organismo (sistema nervioso), captamos colores, sonidos, olores formas, etc. Pero el hombre no percibe cualidades sensoriales, percibe los objetos y procesos que se manifiestan en ellos. La unidad psicológica básica del conocimiento sensible no es la sensación, sino la Percepción (13).

Por medio de la percepción captamos objetos, situaciones, totalidades que poseen un sentido para nosotros, la Percepción implica un proceso de organización, integración e interpretación de las sensaciones. En un proceso constructivo por el cual vamos más allá de las sensaciones, organizando y captando conjuntos o totalidades dotados de sentidos.

El análisis sensorial de la realidad culmina a nivel de experiencia en una unidad perceptiva que manifiesta al sujeto algo diferente de un mosaico de impresiones sensoriales inconexas. Realmente la percepción consiste en un proceso de integración psico-física, en cuya virtud la energía estimulante se manifiesta como mundo al sujeto que percibe.

La percepción es pues una aprehensión de la realidad a través de los sentidos; es un proceso senso-cognoscitivo en que las cosas se hacen manifiestas como tales en un acto de experiencia; tal experiencia no es, por otra parte un reflejo pasivo de la acción estimular, ni una captación puramente figural de los objetos; percibir extraña un cierto saber acerca de las cosas percibidas y sus relaciones.

6.2 Características de la Percepción (13)

1. "No es un reflejo pasivo de la acción estimular", muy al contrario, el sujeto se comporta activamente organizando e interpretando las sensaciones.
2. "No es una captación meramente de la figura o forma de los objetos". Aunque la captación de la figura o forma, constituye un elemento fundamental de la percepción, ésta no se limita a captar la configuración de

los objetos. En efecto los objetos percibidos adquieren para nosotros un significado o sentido.

3. Por ello "percibir entraña un cierto saber acerca de las cosas percibidas y sus relaciones", percibimos el objeto en sí porque sabemos que existe.

Los pacientes esperan encontrar en las unidades médicas atención con cortesía y en forma oportuna, un ambiente agradable, buena iluminación, buena ventilación y temperatura, privacidad, comodidad económica y geográfica.

Evidentemente, un programa donde los clientes son tratados cortésmente, reciben información adecuada y pueden contar con un médico o enfermera amable o de confianza, será más aceptable y motivará a más personas a realizarse la prueba del Papanicolaou, que uno que carece estas características. Además los clientes son los mejores promotores.

De la misma manera, un programa que otorgue personal eficiente, que informe de forma clara y sencilla a la usuaria y que le ayude en las consultas de seguimiento a superar sus problemas (en caso que existan), logrará que sus clientes usen el programa por mayor tiempo.

Aunque en general se considera que los medios de comunicación colectivos son los mecanismos básicos de difusión, en tanto que inciden profundamente en las ideas, comportamientos y actitudes de individuos familias, grupos y clases sociales, también tienen una función importante otros medios de comunicación interpersonal. Es precisamente el contenido psicoafectivo de los mensajes encaminados a provocar modificaciones conductuales el que podría aumentar la demanda de Papanicolaou.

La comunicación e información, y por ende la educación en el área de la salud, requieren experiencias evocables en común que cuanto más ricas, más facilitan la

comunicación. El hecho de compartir lenguajes permite codificar la realidad en forma semejante, y aunque esta tenga matices diferentes, los significados de las experiencias pueden ser comunes. De lo anterior se desprende que las estrategias de difusión deben tomar en cuenta las formas de valorar la realidad de los diversos contextos sociales donde se lleva a cabo el programa de detección oportuna.

La disponibilidad de mecanismos para intercambio de experiencias es crucial si el programa ha de extenderse y tener credibilidad. También se puede difundir información por medio de las personas que asisten casualmente a los centros de salud, sean ellas las propias usuarias o los acompañantes, o durante celebraciones de especial importancia para la comunidad.

Cada medio de difusión tiene un modo particular de distribuir mensajes. Los medios audiovisuales permiten lograr una difusión y una respuesta más rápidas. De igual manera la simultaneidad la transmisión permite mayor uniformidad en la interpretación del mensaje.

Los mensajes difundidos deberán elegirse en función de los conocimientos, actitudes y comportamiento de la comunidad en torno a la prevención del cáncer del cuello de útero y el medio socioeconómico de la población destinataria. Su efectividad, reflejada en la búsqueda de servicios de salud, deberá juzgarse a la luz de los esquemas culturales de diversos grupos de población. El mensaje básico debe despertar una sensación de tranquilidad y una actitud positiva.

En cada sociedad puede identificarse cuatro grupos poblacionales que requieren diferentes estrategias de comunicación: 1) mujeres en alto riesgo de cáncer de cuello de útero, es decir mujeres de 35 a 64 años, que viven en condiciones de pobreza tienen baja escolaridad, y nunca se han hecho Papanicolaou, 2) mujeres

con vida sexual activa menores de 34 años (su riesgo es más bajo pero deben ser sometidas a una sensibilización temprana) 3) adolescentes sin vida sexual activa (la educación para la salud sirve para poner a estas mujeres en alerta sobre los factores predisponentes y las conductas y prácticas sexuales riesgosas) y 4) Los cónyuges o compañeros sexuales, que desempeñan un papel decisivo en la promoción y búsqueda de servicios de tamizaje y en la aceptación de la citología cervical por las mujeres. Los hombres constituyen un grupo particularmente importante si se consideran el control social que ejercen y las funciones que la sociedad delega a cada género en este tipo de comunidades.

La misión del programa de detección oportuna de cáncer cervical es disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer del cuello uterino mediante la citología exfoliativa (Papanicolaou).

Para ello es necesario que las mujeres conozcan lo suficiente acerca de la técnica del Papanicolaou, qué es?, para qué sirve?, que no lo vean como un medio diagnóstico solamente sino más bien como un medio de prevención del CaCU, además se deberá corregir una serie de mitos y creencias, vencer barreras culturales, para lo cual es necesario que los programas de detección oportuna de cáncer cervicouterino realicen una adecuada promoción y difusión comunitaria sobre la prueba de Papanicolaou, sus ventajas y de cómo funciona el programa.

Pero la misión del programa no se reduce a eso sino que además se debe extender a satisfacer las expectativas de las pacientes desde su primer contacto con el programa hasta la obtención de los resultados y el seguimiento de las pacientes.

6.3 El Análisis de la calidad desde la perspectiva del usuario

“El consumidor es el eslabón más importante en la línea de producción. La calidad debe reorientarse a las necesidades del consumidor tanto actuales como futuras”. “Decir que la calidad consiste en satisfacer las necesidades del usuario en la gestión de los defectos o errores, es adoptar una actitud neutra, por lo menos pasiva, y sin emoción. No basta reducir las reclamaciones y las quejas para que los clientes nos sigan. Es necesario conseguir que sus ojos brillen de deseo. La calidad incluye también el deseo, la seducción, el placer o encanto, la pasión por la excelencia”.⁵

Al aumentar la continuidad en el uso, los programas logran acumular usuarios. No debe descuidarse la atención a estos usuarios continuos. De nada sirve captar muchas usuarias nuevas si estas abandonan el programa en muy poco tiempo por la mala calidad. Al retenerlas disminuimos los costos y aumentamos la eficiencia (*Vernon R, 1919*).

Además no solamente esperan buena atención médica, buena comunicación médico – paciente, sino esperan buena calidad desde el personal administrativo y paramédico, buena información, materiales: equipo de atención y diagnóstico de laboratorio, medicamentos disponibles y accesibles, valoración integral por parte del médico, que exista un programa de estudio y tratamientos congruentes con el problema de salud que se trate, además de un diagnóstico y tratamiento oportuno que se le brinde un pronóstico a su problema de salud y que no se presenten complicaciones y las menores secuelas posibles.

Si queremos satisfacer al usuario debemos conocer cuáles son sus necesidades. Existen tres tipos de necesidades: Las necesidades existentes, que no reconoce el

⁵ Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud.

usuario, las necesidades sentidas que no originan demanda y las necesidades sentidas que originan demanda.

Solamente la última categoría de necesidades va a originar demanda de servicios y transformar a quién lo siente en un usuario potencial.

Las técnicas de evaluación de las necesidades de los usuarios pueden ser de tres tipos, según la fuente de la información:

- **Las fuentes indirectas** de información o **técnicas documentales** permiten aproximar las necesidades diagnosticables o “problemas de salud”, desde el punto de vista de los profesionales de salud. (Sistema de información, registro civil, censo...).
- **Las técnicas de observación directa**, permiten observar los problemas de salud o de utilización de los servicios, como lo viven los usuarios y describir mejor las necesidades sentidas. (encuesta, entrevista, etc.).
- **Las técnicas de búsqueda de consenso**, permiten seleccionar aquellos problemas importantes para los usuarios, así como para los servicios de salud (grupos focales, asambleas, etc.).

También los trabajadores de salud tienen expectativas pues esperan lograr satisfacción en la realización de sus labores a través de otorgar la atención a los pacientes en instalaciones, equipos e instrumental apropiados; con una remuneración acorde con la magnitud y responsabilidad de su trabajo. El sistema de atención en salud debe responder de igual manera a las expectativas del médico, del personal de salud si se desea mejorar la calidad. (12).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El diseño del estudio es **Descriptivo de corte transversal**, se desarrolló durante el primer semestre del 2003, con la finalidad de conocer la satisfacción de las usuarias que demandan atención en el servicio de detección oportuna de cáncer Cervico uterino al que asisten. La población que no demanda el servicio no fue incluida en este estudio, porque se consideró que el abordaje inicial estaría basado en la necesidad de conocer la percepción de las que realmente asisten, teniendo en cuenta que ellas tienen mayores elementos de juicio para evaluar la atención brindada en el servicio.

Área de estudio

El presente trabajo se desarrolló en el Centro de Salud Danelia Muñoz del municipio de San Jorge del Departamento de Rivas. Está ubicado a 5 Km. Al este del municipio de Rivas y a 1 Km. de las costas del Lago Cocibolca. Tiene una extensión territorial de 30Km cuadrados y una población de 8, 109 habitantes.

Población de Estudio

El universo estuvo constituido por la población que demandó la atención del servicio de detección oportuna del CaCU en el Centro de Salud Danelia Muñoz durante el primer semestre del 2003 (112 usuarias).

La muestra fue conformada por las usuarias que asistieron al Servicio de Detección oportuna de CaCU (50 usuarias), durante los meses de Mayo y Junio del 2003. Estos dos meses representan la regularidad del comportamiento de las usuarias (44.6 %).

Durante los meses de Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo y Junio de 2003 la asistencia de las usuarias al servicio fue de 16, 25, 17, 04, 28 y 22 respectivamente.

El tipo de muestreo usado fue no probabilístico por conveniencia debido a que se incluyeron en el estudio a todas las usuarias que asistieron al servicio durante el período de estudio y que cumplían con los criterios de inclusión.

Selección de las usuarias del estudio

La unidad de análisis fueron las usuarias del servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino en el Centro de Salud Danelia Muñoz y los proveedores del servicio.

Los criterios usados para seleccionar a las usuarias fueron:

1. Pacientes que alguna vez habían asistido al servicio de detección oportuna del CaCU del Centro de Salud Danelia Muñoz.
2. Pacientes que estuvieron anuentes a ser entrevistadas.

Fueron excluidas del estudio:

1. Las Pacientes que nunca se habían realizado la prueba PAP en el servicio de detección oportuna del CaCU en el Centro de Salud Danelia Muñoz.
2. Aquellas pacientes que rechazaron la entrevista.

Para obtener datos se realizó una entrevista a los proveedores del servicio, para los cuales se establecieron criterios de inclusión:

1. Personas familiarizadas con el manejo del servicio.
2. No menos de 1 año de experiencia en el manejo de estas pacientes.
3. Personal anuente a ser entrevistado.

Las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta para el estudio fueron :

1. La entrevista fue realizada por alguien ajeno al servicio.
2. Explicación del propósito de la entrevista antes de realizarla.
3. La entrevista fue en privado.
4. No se preguntó el nombre del entrevistado, fue anónima.

Variables del estudio

Para valorar la satisfacción de las usuarias se definieron variables socioeconómicas, de accesibilidad, de relación médico-paciente, de condiciones ambientales, promoción y prevención. La percepción de los proveedores en relación a la satisfacción de sus usuarias fue valorada en función las variables de accesibilidad, la relación médico-paciente, condiciones ambientales y promoción y prevención.

Las variables relacionadas a las características socioeconómicas estudiadas fueron :

- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Procedencia
- Religión

- ☞ Ingreso Familiar
- ☞ Número de dependientes en el hogar
- ☞ Condición de empleo

Las variables de accesibilidad a los servicios de salud, fueron :

Accesibilidad geográfica:

- ☞ Distancia del Centro de Salud
- ☞ Tipo de transporte
- ☞ Tiempo para llegar al Centro de Salud

Accesibilidad funcional del servicio:

- ☞ Tiempo de espera
- ☞ Ajuste del horario de atención con las actividades de la usuaria
- ☞ Necesidad de cita para ser atendida

Accesibilidad Cultural:

- ☞ Realización del PAP
- ☞ Disposición personal a realizarse la prueba
- ☞ Disposición de la pareja

Para valorar las condiciones ambientales, se abordaron:

- ☞ Comodidad o confort de la camilla
- ☞ Iluminación de la sala
- ☞ Ventilación de la sala
- ☞ Limpieza de la ropa de cama
- ☞ Privacidad de la sala

La relación Médico-Paciente se estudió por medio:

- ☞ Conocimiento del nombre del personal que la atendió
- ☞ Actitud del personal de salud

- ↳ Lenguaje del personal de salud
- ↳ Confidencialidad del examen y los resultados.

Los aspectos de Promoción y Prevención incluidos son:

- ↳ Conocimiento del período de toma del PAP
- ↳ Conocimiento de la importancia de la prueba PAP
- ↳ Utilización de afiches alusivos al PAP

Percepción de proveedores:

- ↳ Accesibilidad
- ↳ Condiciones Ambientales
- ↳ Relación Médico – Paciente
- ↳ Promoción y Prevención

La satisfacción de las usuaria se sistematizó en:

- ↳ Accesibilidad
- ↳ Condiciones Ambientales
- ↳ Relación Médico Paciente
- ↳ Promoción y Prevención

La operacionalización de las variables se muestra en anexo No. 1

Recolección de los datos

Los datos se obtuvieron de fuentes primarias que corresponde a la información brindada por las mujeres que asistieron al servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino.

La técnica usada para la obtención de datos fue la entrevista a las usuarias del servicio de detección oportuna de Cáncer Cervicouterino del Centro de Salud, utilizando como instrumento de recolección de la información el cuestionario.

El cuestionario constó de 35 preguntas de las cuales 27 son cerradas y 8 preguntas son abiertas. (ver anexo 2)

Procesamiento de los datos

El procesamiento de los datos obtenidos para los diferentes objetivos del estudio, se realizó por medio del paquete EpiInfo 6.0, realizándose análisis univariado con las distribuciones de frecuencias para todas las variables y el análisis bivariado según el plan de análisis. Se aplicaron las pruebas de Chi Cuadrado, Test exacto de Fisher cuando el 20% o más de las casillas contenían valores menores de cinco y la probabilidad de factores asociados a la satisfacción con sus respectivos intervalos de confianza, por medio del OR (ODDS RATIO).

El informe final fue elaborado en Microsoft Word y los gráficos en Excel.

Plan de Análisis

El análisis bivariado se presenta a continuación:

1. Edad / Accesibilidad Cultural.
2. Escolaridad / Accesibilidad Cultural.
3. Religión / Accesibilidad Cultural.
4. Condición laboral / Accesibilidad Funcional.
5. Condiciones ambientales / Privacidad.
6. Condiciones ambientales / Ropa de cama.
7. Satisfacción / Condiciones Ambientales
8. Satisfacción / Causas de Satisfacción.
9. Tiempo de Espera / Satisfacción.

10. Satisfacción / Trato recibido.
11. Satisfacción / Lenguaje utilizado.
12. Satisfacción / Veracidad y Confidencialidad.
13. Conocimiento del período de tiempo para realización de PAP / importancia e información del PAP.
14. Importancia e información del PAP / especifique que tipo de información.

La accesibilidad geográfica fue considerada como “Buena” para las usuarias que vivían a menos 1 kilómetro y tardaban menos de 30 minutos en llegar al Centro de Salud.

La accesibilidad funcional fue considerada como “Buena” cuando el tiempo de espera era menor de 30 minutos y el horario de atención del servicio se ajustaba al horario de las actividades o del trabajo de las usuarias.

También se consideró como “Buena la accesibilidad cultural para aquellas usuarias que refirieron haberse realizado alguna vez el PAP y que además su pareja estaba anuente a que ella se realizara la prueba.

El ingreso económico mayor de C\$ 3,000 Córdobas con un número de dependiente no mayor de 2 personas, fueron considerados como nivel económico bueno.

VIII. RESULTADOS

El número de usuarias en el primer semestre del 2003 del servicio de detección oportuna de CaCU en el C/S Danelia Muñoz del Municipio de San Jorge, Rivas fue de 112, de las cuales se les realizó entrevista a 50, que son las que asistieron al servicio durante el período en que se recolectó la información.

La media de la edad de las encuestadas fue de 32 años, DE: ± 13 , y un rango de edad de 18 años a 74 años.

El ingreso familiar mínimo reportado fue de C\$ 200 córdobas, con un máximo de C\$ 3,500 córdobas, media de C\$ 845 córdobas, DE: ± 943 .

Con respecto al número de dependientes en el hogar la media fue de 4 personas, mínimo de 1 y máximo de 11 personas, DE: ± 1.7

En relación a la distancia la media fue de 0.9 Km., DE: ± 2.7 Km, con un rango de 0.10 Km. a 18 Km.

La media del tiempo que tardan en transportarse fue de 10 minutos, mínimo de 3 y máximo de 180 minutos, DE: ± 26

El mínimo del tiempo de espera fue de 5 minutos, máximo de 60, DE: ± 13 y la media de 10 minutos.

Un total de 35 usuarias tienen accesibilidad geográfica buena (70%), viven a < de 1 Km. del C/S y tardan en transportarse 30 min. o menos.

Un total de 44 usuarias tienen accesibilidad cultural buena (88%), se han realizado el PAP anteriormente y su pareja les permite que se realicen esta prueba.

Un número de 38 usuarias tienen accesibilidad funcional buena (76%), para ser atendidas en el servicio esperan 30 minutos o menos y el horario de atención se ajusta a sus actividades.

De las 50 usuarias entrevistadas 21 (42%) tenían entre 30 a 39 años de edad, 15 (30%) entre los 20- 29 años, 11 (22%) mayores de 40 años y sólo 3 menores de 20 años (6%).

De las 21 comprendidas entre los 30 a 39 años de edad 18 tenían una accesibilidad cultural buena (85.7%) y sólo 3 mala (14.3%), de las 15 entre los 20 y 29 años, 14 tenían accesibilidad cultural buena (93.3%) y 1 mala (6.7%), de las 11 de 40 años y más, 10 accesibilidad buena (90.9%) y 1 mala (9.1%), de las menores de 20 años, 2 tenían accesibilidad cultural buena (66.7%) y 1 mala (33.3%). No se encontró asociación estadística entre la edad y al accesibilidad cultural. ($p>0.05$) (Ver cuadro 1).

Al observar la relación de escolaridad / accesibilidad cultural, podemos observar que de las 19 de escolaridad primaria 17 tienen acceso cultural bueno (89.5%) y 2 mala (10.5%), de las 18 de escolaridad secundaria 14 (77.8%) tienen accesibilidad cultural buena y 4 (22.2%) mala, 7 son analfabetas y todas con accesibilidad cultural buena (100%), de las 6 técnicas- universitaria todas tienen accesibilidad cultural buena (100%). Cada uno de los niveles de escolaridad presentó más del 77% accesibilidad cultural buena. Las analfabetas presentaron en el 100% buena accesibilidad cultural al igual que los técnicos universitarios. No se encontró asociación estadística entre la escolaridad y al accesibilidad cultural. ($p>0.05$) (Ver cuadro 2)

De las 50 usuarias, 36 (72%) refirieron profesar la religión católica, 11 (22%) la evangélica y sólo 3 (6%) otras religiones. De las 36 católicas, 31 (86.1%) tenían accesibilidad cultural buena y 5 (13.9%) malo; de las 11 evangélicas todas tenían accesibilidad buena para un 100% y de las 3 de otras, 2 tenían accesibilidad

cultural buena (66.7%) y 1 mala (33.3%). Del total de usuarias que profesan religión (47), 42 tienen buena accesibilidad cultural. No se encontró asociación estadística entre religión y accesibilidad cultural. (Ver cuadro 3)

La condición de que si trabaja o no, predominó la que sí trabaja con 27 usuarias (54%) y 23 (46%) las que no trabajan; de las que sí trabajan 23 tiene accesibilidad funcional buena (85.2%) y 4 mala (14.8%), de las que no trabajan, 15 tienen accesibilidad funcional buena (65.2%) y 8 mala (34.8%). La accesibilidad funcional estuvo determinada principalmente por el tiempo de espera no por el hecho de estar ocupada. No se encontró asociación estadística. ($p > 0.05$) (Ver cuadro 4)

Un total de 47 usuarias refirieron sentirse satisfecha con las condiciones ambientales, para un 94% y sólo 3 (6%) poco satisfecha, de las satisfechas, la gran mayoría (45) refirieron que hay privacidad en la consulta (95.7%) y las otras 2 (4.3%) refirieron que hay poca privacidad; de las pocas satisfechas el 100% refirió que hay privacidad completa. ($p > 0.05$) (Ver cuadro 5)

Al relacionar las condiciones ambientales con la limpieza de la ropa de cama donde se realiza el PAP, observamos que de las 47 que están satisfechas, 43 (91.5%) encontraron la ropa de cama muy buena y 4 (8.5%) regular; de las 3 que se encuentran poco satisfechas, 2 (66.7%) refieren que la ropa de cama está muy buena y sólo 1 (33.3%) como mala. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas. ($p < 0.001$) (Ver cuadro 6)

De las usuarias que se sienten satisfechas (47) con las condiciones ambientales, 46 también se sienten satisfechas con las gestiones que realizó para hacer uso del servicio para un 97.9% y sólo 1 (2.1%) se sintió poco satisfecha. De las 3 usuarias poco satisfechas, 2 de ellas (66.7%) se sintieron satisfechas con la gestión y 1 (33.3%) gestión poco satisfactoria. Además es importante señalar que de las 50 usuarias 48 (96%) se sienten satisfechas con la gestión que realizaron y sólo 2 (4%) poco satisfechas. El OR del grupo de las poco satisfechas con las condiciones

ambientales es de 12 con respecto a las satisfechas, IC 95% [1.7 <OR< 8.3]. Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas. ($p>0.05$) (Ver cuadro 7)

Del por qué se sienten satisfecha con la gestión, 18 respondieron que era debido al buen trato (36%), 13 por la confiabilidad de la prueba (26%), 7 por la rapidez con que se dan los resultados (14%), 5 (10%) por la amabilidad y el resto en otros (10%). Dos de las usuarias refirieron que la poca satisfacción con la gestión, era por la falta de amabilidad (una de ellas) y de mal trato por otra usuaria (2%). (Ver cuadro 8)

Es importante señalar que de las 48 usuarias con gestión satisfactoria, 46 (95.8%) tuvieron un tiempo de espera < o igual a 30 minutos y 2 (4.2%) un tiempo de espera de 31 minutos a 90 min. De las poco satisfecha con la gestión 1 de ellas (50%) fue atendida antes de los 30 minutos y la otra (50%) entre los 31-90 minutos. OR= 15.6 para las que esperaron de 31-90 min. Con respecto a las que esperaron < de 30 minutos, el IC 95% fue [1.2 < OR 19.3]. Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas ($p>0.05$) (Ver cuadro 9).

De las 48 usuarias que se sienten satisfecha con su gestión, 47 (97.9%) recibieron un trato amable por parte del personal de salud que las atendió y apenas 1 (2.1%) recibió un trato poco amable, de las 2 que se sienten poco satisfechas, el 100% o sea las 2 recibieron un trato amable. 49 de las 50 entrevistadas recibieron un trato amable para un 98% y apenas 1 (2%) se quejó de un trato poco amable. ($p>0.05$) (Ver cuadro 10).

De las que se encuentran satisfechas con su gestión (48), 47 (97.9%) dicen que el lenguaje empleado por el médico o enfermera que las atendió fue comprensible y sólo 1 (2.1%) dijo que fue nada comprensible, las 2 poco satisfecha refieren que el lenguaje fue comprensible para un 100%. ($p>0.05$) (Ver cuadro 11)

Resultados de PAP y sólo el 6% (3) no confía. De las 47 que confían, 46 de ellas (97.9%) se sienten satisfechas con la gestión y 1(2.1%) poco satisfecha. De las que no confían (3), 2 (66.7%) se sienten satisfechas con la gestión y 1 (33.3%) poco satisfecha. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p>0.05$). (Ver cuadro 12).

Al relacionar que si el personal de salud le ha indicado en cuanto tiempo debe volverse a realizar el PAP, con respecto a la importancia del mismo, encontramos que de las entrevistadas, 43 de ellas (86%) han recibido información de la importancia de la toma del PAP y 7 (14%) no recibieron. De las 43 que si recibieron, 40 (93%) refieren que deben repetirse el PAP entre los 6 meses y 1 año, las otras 3 (7%) no saben.

De las 7 que no recibieron información sobre de la importancia del PAP, 5 de ellas (71.4%) dicen que deben repetírselo entre los 6 meses y 1 año, las otras 2 usuarias (28.6%) no saben. Se encontró que la falta de información se asocia con la toma tardía del PAP. $OR=1.5$ IC95% [$1.7 < OR < 3.6$] ($p:0.13$) (Ver cuadro 13)

Con respecto a que especificaran que tipo de información recibieron, el 53.5 % (23) dijeron que la información obtenida acerca de la prueba PAP es para prevenir el CaCu, el 30.1% (13) es para diagnóstico del CacCu, el 9.4% (4) que sirve para prevención y tratamiento, el 4.7% (2) que es diagnóstico y tratamiento, el 2.3% (1) que es diagnóstico y preventiva. (Ver cuadro 14).

Con respecto a lo que dicen los proveedores, tenemos que de los 4 que atienden este servicio, 3 de ellos (75%) piensan que las usuarias están satisfechas y 1 (25%) que están regularmente satisfechas. De los que piensan que las usuarias están satisfechas es por que las mismas regresan al servicio y el que dijo que están regularmente satisfechas es debido al tiempo de entrega de los resultados, según lo que expresaron las usuarias.

Dentro de las medidas que hay que realizar para mejorar la calidad del servicio, según los proveedores, están: las amenidades, accesibilidad funcional y cultural, a diferencia de las usuarias que sugirieron mejorar el tiempo de entrega de los resultados.

IX. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La satisfacción de las usuarias de los centros de salud o de los servicios, es un aspecto de la calidad difícil de medir o evaluar por el hecho que consta de un componente subjetivo, el cual a su vez depende de otros muchos factores personales como educación, escolaridad, nivel socioeconómico; y de un componente objetivo basado en las necesidades o expectativas del usuario según su problema de salud además de los problemas o limitaciones propios de la institución o servicio que se está evaluando.

El C/S Danelia Muñoz del Municipio de San Jorge, es uno de los 10 Centros de Salud más importante del departamento de Rivas, que tiene a su cargo la atención de aproximadamente 8,000 habitantes de este bello puerto.

Las edades de las usuarias entrevistadas oscilaron entre los 18 años y 74 años no coincidiendo con un estudio realizado por la OPS en 1998 en donde sólo había mujeres mayores de 35 años en el Servicio.

Las usuarias con edades comprendidas entre 30 y 39 años representaron el 42% de la muestra seguidas de las usuarias con edades de 20 a 29 años (30%). La literatura internacional reporta que la prevalencia de las lesiones intraepiteliales ocurren en el grupo de edad entre los 20 y 30 años con un pico de incidencia de los 30 años de edad. Si el sistema de salud logra establecer servicios de calidad en la captación y atención de este grupo de riesgo logrará disminuir la tasa de morbimortalidad por esta patología.

Las accesibilidades calificadas como buenas (culturales, geográficas y funcionales) estuvieron entre el 70% y 88%. Coincidiendo con lo consultado en el Hospital Berta Calderón en 1997 donde se encontró el 75%, no así con los de *Konstandinova* en 1998 y *Canales G y Cano N* en 1997 que estuvieron por debajo del 65% para el primero y 40% para el segundo. *Sánchez A* en 1995 realizó un

estudio de Accesibilidad en el C/S Edgar Lang encontrando que el problema de accesibilidad funcional se debe principalmente a que los horarios de consulta no se ajustan a las necesidades de los usuarios. Esto no coincide con el presente estudio debido a que la accesibilidad funcional fue buena, y los pocos problemas existentes en relación con la accesibilidad funcional, se debieron al tiempo de espera y no al horario de atención del programa.

El tiempo en que tardan en transportarse al C/S anduvo entre los 3 minutos y 180, ésta considerable diferencia se debió a que algunos barrios quedan cerca del centro y otros alejados a como lo demuestra la distancia en que viven, que anda entre los 100 metros y 18 Km. Sin embargo, al evaluar la accesibilidad geográfica en su conjunto, el centro fue accesible para el 70% de las usuarias. Cabe señalar que independientemente del barrio o comarca de procedencia, la accesibilidad geográfica fue buena en general por la ubicación del centro, la disponibilidad de transporte, las distancias entre el domicilio y el centro.

El tiempo de espera tuvo un mínimo de 5 minutos y máximo de 60 coincidiendo con el estudio realizado sobre accesibilidad en 1997 en el Hospital Berta Calderón de Managua que obtuvo los mismos resultados.

El bajo nivel de escolaridad no fue un problema para que las usuarias asistieran y se realizaran la prueba del PAP, no coincidió con lo referido por *Eduardo Lazcano* en 1996 que la toma del PAP es directamente proporcional con el nivel de escolaridad de las mujeres.

El 94% de las usuarias están satisfechas con las condiciones ambientales del servicio muy por encima de lo encontrado por *Soza, S* en 1997 en el Hospital Berta Calderón en donde apenas el 70.4% de las usuarias entrevistadas estaban satisfechas con las condiciones ambientales. También difieren de los resultados del estudio realizado por *Sánchez, A* en 1995 en los centros de salud Edgar Lang, Silvia Ferrufino y Pedro Altamirano, en donde el 37.5% de usuarias refirieron

inconformidad con las condiciones físicas y el 36.7% refirieron inconformidad con la limpieza.

La gran mayoría de estas usuarias satisfechas con las condiciones ambientales (96%) refirieron que la privacidad a la hora de la consulta influyó en su decisión, a como lo cita *Bárbara Bate* en su 5ta Edición "con sólo brindarle al paciente una consulta en donde se sienta que goce de privacidad, estaremos ganando la confianza del mismo". Esto coincide con lo encontrado por *Sánchez A* en su estudio, en donde la insatisfacción se debió a la poca privacidad a la hora de la consulta.

La probabilidad de estar insatisfecha con la gestión realizada es 12 veces mayor para las usuarias que están poco satisfechas con las condiciones ambientales que para las que están satisfechas con las mismas.

La satisfacción con la gestión se debió principalmente al buen trato (36%), confiabilidad (26%), rapidez (14%) y amabilidad (10%) coincidiendo con la bibliografía consultada (*Ramírez T y Nágera P*) en donde el buen trato y la amabilidad fueron los motivos de satisfacción encontrados.

En lo referente a los tiempos de espera el 94% esperaron 30 min. ó menos para ser atendidas, lo que significó que por ese motivo existe un alto grado de satisfacción. Esto coincide con los hallazgos hechos por *Galeano N* en 1996 en donde el 90.8% de los usuarios privados que asisten al Seguro Social estaban satisfechos debido a que esperaron 15 min. o menos para ser atendidos; es tanto así la importancia de los tiempos de espera que la Caja Costarricense del Seguro Social disminuyó los tiempos de espera para mejorar la atención.

En el presente estudio la probabilidad de estar insatisfecho con la gestión fue de 15.6 veces mayor en las usuarias que esperaron más de 30 minutos.

Con respecto al trato, el 98% de las entrevistadas refirió que el personal de salud que las atendió les dio buen trato, no coincidiendo con ninguno de los estudios consultados que el buen trato anduvo por debajo del 85% (Hospital Lenín Fonseca) y hasta en el 82% en el Berta Calderón, en este mismo estudio del Berta refieren que el 64.4% dijo que el lenguaje empleado por el médico o enfermera fue poco comprensible, contrastando con los resultados encontrados en este estudio en que el 98% de las usuarias refirió que el lenguaje fue comprensible.

47 de las 50 usuarias del servicio confían en la veracidad y confidencialidad de la prueba, esto hace también que el grado de satisfacción hacia el servicio sea alto (96%).

Se concluyó que la relación médico/paciente fue satisfactoria para la mayoría de las usuarias, pues al evaluarse la actitud médica, privacidad, confidencialidad, información brindada la mayoría de las usuarias estuvieron satisfechas, esto viene a aumentar en gran medida la satisfacción general puesto que lo más importante y a la vez el aspecto más lábil es el de la relación médico paciente, ya que cualquier detalle en la expresión oral o corporal del médico puede anular la satisfacción en general de las pacientes. Además en este programa la enfermera y el personal que atiende tiene varios años de laborar en el mismo lo que ha fomentado mayor confianza por parte de las usuarias.

En un hospital de referencia nacional como es el Berta Calderón se entrevistó a las usuarias sobre si reciben orientaciones o información por parte del personal de salud y solamente el 53% refirieron recibir orientaciones, no coincidiendo con lo encontrado en este estudio donde el 86% de usuarias entrevistadas refirió que había recibido información; se corroboró al preguntarles acerca de la importancia del PAP y el período de toma del PAP y ciertamente el 80% contestó correctamente, pero aún así esta por encima de lo consultado.

La probabilidad de realizarse tardíamente el PAP es 1.5 veces mayor en las que no recibieron información sobre los aspectos preventivos del PAP con respecto a las que sí recibieron, coincidiendo con lo expresado por la OMS en 1998.

En Actualidad Gerencial 2000 refieren que una manera sencilla de saber si las usuarias de un servicio están satisfechas o no con el mismo, es ver si regresan, coincidiendo con lo expresado por los proveedores del servicio de detección oportuna del cacu, en donde el 75% piensan que están satisfechas por que regresan al Centro de Salud.

X. CONCLUSIONES

1. La edad, la escolaridad, el hecho de profesar alguna religión y de estar ocupada no estuvieron relacionadas con la buena o mala accesibilidad cultural ni funcional del servicio para las usuarias.
2. La privacidad, la ropa de cama limpia, la iluminación y ventilación del consultorio y la comodidad de la camilla en donde se toma el PAP, hacen que el 94% de las usuarias estén satisfechas con las Amenidades que brinda el servicio.
3. El trato amable, el tiempo de espera < de 30 minutos, el lenguaje comprensible empleado por el personal de salud y la veracidad y confidencialidad de la prueba PAP, fueron los elementos que influyeron en la satisfacción en general de las usuarias. El mayor riesgo de estar poco satisfecha está representado por el tiempo de espera mayor de 30 minutos y en el tiempo que tardan en regresar los resultados.
4. Un alto porcentaje de las usuarias tienen conocimiento en relación a los aspectos preventivos del servicio por la información recibida en el servicio de detección oportuna del Cacu. El riesgo de estar insatisfechas es mayor en las que no reciben información.
5. Los proveedores en su mayoría (75%), piensan que las usuarias están satisfechas con el servicio que ellos ofrecen por que regresan al servicio de detección oportuna del CaCu que se brinda en el C/S Danelia Muñoz del municipio de San Jorge, Rivas.

XI. RECOMENDACIONES

1. Dar a conocer los resultados de este estudio al Silais – Rivas, en especial al C/S Danelia Muñoz del municipio de San Jorge, para que en base a los resultados obtenidos tanto de satisfacción, así como de insatisfacción mantengan y mejoren el servicio que brindan a las usuarias.
2. Comunicar al MINSA las necesidades y la percepción de la calidad de la atención que tienen las usuarias que acuden a este servicio, para aumentar los recursos humanos cito tecnólogos en el departamento de Rivas y otros departamentos para disminuir de esta forma el tiempo de entrega de los resultados. También mejorar las condiciones de infraestructura, equipo, medios diagnósticos y capacitación al personal para dar un mejor servicio a las usuarias, las cuales tiene derecho a ser atendidas con un alto nivel de calidad.
3. Es necesario que se realice una mayor cobertura del servicio a nivel local, departamental, y nacional haciendo énfasis en las mujeres mayores de 30 años de edad, en las que no asisten a los servicios y en aquellas con factores de riesgo, para que de esta manera se disminuya la mortalidad por esta causa.
4. Es necesario hacer un estudio con las mujeres que no asisten al servicio para saber cuáles son los factores y problemas que influyen en ellas.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Actualidad Gerencial. "Cómo centrar la atención en el servicio al cliente". Junio 2000. Management, Sciences for Health. 1- 33 p
2. Canales, Guadalupe ; Cano, Nancy." *Satisfacción del usuario y del prestador de servicio en relación con la atención de salud en el primer nivel de atención.* Tesis. Managua 1997, 4-23 p
3. Donabedian, Avedis. *La calidad en la atención médica: Definición y métodos de evaluación.* México DF Ediciones Coplico S.A. 1984, 4-151 p
4. Edmunds, Marilyn. *Cientes satisfechos en planificación Familiar: Una Guía para mejorar los servicios.* USA 1987, 7- 28 p
5. Galeano, Norma. "Satisfacción de usuarios del Seguro Social con la atención de salud ambulatoria en empresas médicas del sector público y privado." Tesis. Managua CIES, 1996.
6. Gutiérrez, G.; Morales, R. "Satisfacción de usuarias atendidos en cuidados críticos y observación en el HALF y HMM". Managua, Nicaragua. 1995.
7. Konstandinova, Ilonka. "Satisfacción de las trabajadoras sexuales con la atención de salud recibida en centros alternativos y públicos". Managua. Agosto 1998. 33-40 p
- 8 . Lazcano, Eduardo."Factores relacionados con la familiaridad de las pacientes con la función del pap, promoción y difusión del programa de DOC cervicouterino.". 1996. 1-9 p

- 9 . Pitkin, roy ; Scott, James. *Relación médico paciente: toma de decisiones en atención en salud* en Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol 1. Editorial Interamericana Mc Graw Hill.1994. 127- 161 p
- 10 .Sánchez, Ángel. *Análisis de la calidad de atención a partir de la percepción de las usuarias y de los profesionales en tres centros de salud públicos de la ciudad de Managua, Nicaragua, 1995.*
11. Soza, Sofía. *Satisfacción de las usuarias del servicio de Hospitalización de alto riesgo obstétrico del HBCR durante los meses Octubre-Noviembre de 1997.*
49-70 p
12. Vanormelingen, K. *La Gerencia de la Calidad en Salud.* Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Quito: OPS, 1994. 36-40 p
13. Verenguer, Ramón. *Enciclopedia Barsa: de consulta fácil.* Tomo XIII. Buenos Aires, Argentina. William Benton. 1965

Anexos

- Anexo 1 Operacionalización de las variables**
- Anexo 2 Instrumentos de colecta de datos
“Percepción de las usuarias”**
- Anexo 3 Instrumento de colecta de datos dirigida a
“Proveedores del servicio de DOCaCU”**
- Anexo 4 Tablas de resultados**
- Anexo 5 Gráficos**

Anexo 1

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	SUB-VARIABLE	INDICADOR	VALOR/ ESCALA
Edad	Años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista.		Años.	Edad en años
Estado Civil	Situación conyugal al momento de la entrevista.			Casada/Acompañada, Soltera/separada.
Escolaridad	Estudios cursados en el sistema formal de educación.		Ultimo año aprobado	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Procedencia	Lugar en donde habita la usuaria		Tipo de urbanización	Urbana Rural
Religión	Conjunto de creencias o dogmas que		Tipo de ideología religiosa	Católica Evangélica Testigo de

<p>Ingreso Familia</p> <p>Persona dependiente</p> <p>Condición de empleo</p>	<p>profesa el individuo</p> <p>Cantidad de dinero que entra en el hogar mensual independientemente que trabaja o no.</p> <p>Persona que no tiene ningún ingreso económico.</p> <p>Económicamente activa</p>		<p>Cantidad de dinero</p> <p>Número de personas</p> <p>Lo referido por la usuaria</p>	<p>Jehová Otros</p> <p>< C\$ 1000 C\$ 1000-1999 >C\$ 2000</p> <p>< ó = 2 person 3 – 4 personas > ó = 5 person</p> <p>Si No</p>
<p>Accesibilidad</p>	<p>Facilidad o dificultad de los usuarios para obtener un servicio</p>	<p>Geográfica</p> <p>Funcional</p> <p>Cultural</p>	<p>Distancia entre el Centro y la casa del usuario.</p> <p>Minutos de espera, para ser atendido.</p> <p>Aceptación voluntaria de venir al servicio, conocimiento del programa</p>	<p><1 Km. 1 – 5 Km. > 5 Km.</p> <p>< 30 min. 30 – 90 min. > 90 min.</p> <p>Si No</p>

			o realización de la prueba PAP.	
Condiciones Ambientales	Sensación de Bienestar en el local, cantidad de aire, luz, aseo.	Confort (comodidad)	Lo referido por la usuaria.	Muy buena Regular Mala
		Ventilación	Lo referido por la usuaria.	Muy buena Regular Mala
		Iluminación	Lo referido por la usuaria.	Muy buena Regular Mala
		Limpieza	Lo referido por la usuaria.	Muy buena Regular Mala
		Privacidad	Lo referido por la usuaria	Completa Poca No hay
Atención y relación Usuaría-personal de salud	Forma en que se relaciona el médico / enfermera con las usuarias.	Actitud del personal	Lo referido por la usuaria	Amable Poco amable Nada amable
		Lenguaje	Lo referido	Comprensible

			por la usuaria	Poco Comprensible Nada Comprensible.
		Confidencialidad	Lo referido por la usuaria	Si No
		Conocimiento del nombre de quien la atendió	Lo referido por la usuaria	Si No
Promoción y Prevención	Oferta de información a las usuarias sobre su situación de salud.	Promoción	Lo referido por la usuaria	Si No
Satisfacción de Usuarios	Percepción positiva o negativa que tiene la usuaria de sus expectativas y sus necesidades del centro de salud donde ella acude.		Valoración positiva o negativa de la accesibilidad, la sensación de bienestar del lugar, atención, la educación y promoción.	Satisfecha Poco satisfecha Insatisfecha O bien Muy Bueno Regular Malo

Anexo 2

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS EN SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

**CUESTIONARIO PERCEPCION DE USUARIO
DEL SERVICIO DE DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE CERVIX DEL
CENTRO DE SALUD DANIELA MUÑOZ**

Número de entrevista:

Fecha: //

A. DATOS GENERALES

1. Barrio o comarca:
2. Zona: Urbana Rural:

B. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

3. Edad años
4. Estado Civil
 Soltera/ separada
 Casada/Acompañada
5. Escolaridad
 Analfabeta
 Primaria
 Secundaria
 Universitario
6. Religión
 Católica
 Evangélica
 Testigo de Jehová
 Otras _____
7. Ingreso Familiar _____
8. No. Personas dependientes en el hogar: _____
- 8ª. Trabaja actualmente
 Sí
 No

C. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

Accesibilidad geográfica

9. A qué distancia queda el puesto o centro de salud en Km.

10. Tipo de Transporte:

11. Tiempo que tarda en transportarse: _____ min.

Accesibilidad Funcional del servicio

12. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para ser atendida?

13. ¿El Horario de atención del programa se ajusta a su horario de trabajo o de las actividades que ud realiza?

- SI
- NO

Accesibilidad Cultural

14. ¿Se ha realizado el PAP anteriormente?

- SI
- NO

15. ¿Usted se realizaría la prueba Papanicolaou?

- Si
- No

16. ¿Cree usted que su pareja aceptaría que Usted se realice la prueba?

- Si
- No

17. ¿Cómo se sintió Usted con todas las gestiones que tuvo que realizar para hacer uso del servicio de detección oportuna del cáncer?

- Satisfecha
- Poco Satisfecha
- Insatisfecha

¿Por Qué?

18. ¿Necesitó cita para tomarse el PAP?

- SI
- NO

D. CONDICIONES AMBIENTALES

19. ¿Cómo considera UD La iluminación de la sala donde fue atendida?

- Muy buena
- Regular
- Mala

20. ¿Cómo considera la ventilación de la sala donde fue atendida?

- Muy buena
- Regular
- Mala

21. ¿Cómo valora ud. las condiciones de comodidad de la camilla donde le tomaron el examen PAP?

- Muy Buena
- Regular
- Mala

22. ¿Cómo valora ud. la limpieza de la ropa de cama de la camilla do donde se tomó el PAP?

- Muy buena
- Mala

23. ¿Qué grado de privacidad le proporcionaron al examinarla?

- Hay privacidad completa
- Poca privacidad
- No hay privacidad

24. En general ¿cómo se siente ud. con las condiciones ambientales de la sala?

- Satisfecha
- Poca satisfecha
- Insatisfecha

Actitud médica

25. Conoce el nombre del médico(a) o enfermera que la atendió

- SI
- NO

26. El médico(a) o enfermera que lo atendió fue:

- Amable
- Poco amable
- Nada amable

27. El lenguaje que utiliza el medico o enfermera ha sido:

- Comprensible
- Poco comprensible
- Nada comprensible

28. ¿Se le explica a ud. por qué debe hacerse la prueba del PAP y en qué consiste?

- SI
- NO

29. ¿Confía Ud. En la veracidad y confidencialidad de los resultados de su PAP?

- SI
- NO

Conocimiento

30. ¿Cuál es el período de tiempo que el personal de salud le ha indicado para que vuelva a tomarse el PAP?

- Menos de 6 meses
- 6 meses a 1 año
- 2 ó más años
- 3 años
- no sabe

31. ¿El personal de salud le informa sobre los riesgos para desarrollar cáncer?

- SI
- NO

32. ¿Ha recibido información sobre la prueba PAP y su importancia?

- Si
- No

Especifique _____

33. ¿En el centro o puesto de salud se usan afiches o carteles alusivos a la prueba PAP y cómo evitar el cáncer cervical?

- SI
- NO

34. De los siguientes aspectos, ¿cuáles considera son necesarios de mejorar?

- Instalaciones Físicas (edificio)
- Tiempo de espera
- Información brindada
- Trato del personal
- Tiempo de entrega resultados
- Otro _____

Especifique

Anexo 3

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS EN SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

**CUESTIONARIO PARA LOS PROVEEDORES
DEL SERVICIO DE DETECCION OPORTUNA DEL CANCER DE CERVIX DEL
CENTRO DE SALUD DANIELA MUNOZ**

Número de entrevista:

Perfil Ocupacional del entrevistado:

1. ¿Qué tan satisfechas considera Usted que están las usuarias con el servicio que reciben.

- Satisfechas
- Regularmente Satisfechas
- Insatisfechas

2. Mencione las razones por las que la paciente se encuentra Satisfecha, Regularmente Satisfecha, Insatisfecha:

- Amenidades
- Accesibilidad
- Relación Médico- Paciente
- Conocimiento del Programa

3. ¿Qué medidas recomendaría para mejorar la calidad de atención a las usuarias en este programa?

- Amenidades
- Accesibilidad
- Relación Médico- Paciente
- Conocimiento del Programa

4. ¿De qué forma se da usted cuenta de cómo se sintió el usuario con la atención que recibió en el programa?

- Por que la usuaria regresó al programa.
- Por que la usuaria lo expresó al final de la consulta.
- Por que recomendó a otras mujeres visitar el Programa del C/S

Fecha: //

Anexo 4

Cuadro 1. Distribución de frecuencias según edad de las usuarias y accesibilidad cultural.

Edad	Accesibilidad Cultural					
	Bueno		Malo		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Menor 20 años	2	66.70	1	33.30	3	6.00
20 a 29 años	14	93.30	1	6.70	15	30.00
30 a 39 años	18	85.70	3	14.30	21	42.00
Mayor de 40 años	10	90.90	1	9.10	11	22.00
Total	44	88.00	6	12.00	50	100.00

Fuente: Primaria.(Usuaría) C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 2. Distribución de frecuencias según escolaridad de las usuarias y accesibilidad cultural

Escolaridad	Accesibilidad Cultural					
	Bueno		Malo		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Analfabeta	7	100.00	0	0.00	7	14.00
Primaria	17	89.50	2	10.00	19	38.00
Secundaria	14	77.80	4	22.20	18	36.00
Técnico-Universitaria	6	100.00	0	0.00	6	12.00
Total	44	88.00	6	12.00	50	100.00

Fuente: Primaria.(Usuaría) C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 3. Distribución de frecuencias según religión de las usuarias y accesibilidad cultural

Religión	Accesibilidad Cultural					
	Bueno		Malo		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Católica	31	86.10	5	13.90	36	72.00
Evangélica	11	100.00	0	0.00	11	22.00
Otra	2	66.70	1	33.30	3	6.00
Total	44	88.00	6	12.00	50	100.00

Fuente: Primaria.(Usuaria) C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 4. Distribución de frecuencias según condición laboral de las usuarias y accesibilidad funcional.

Trabaja	Accesibilidad Funcional					
	Bueno		Malo		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Si	23	85.20	4	14.80	27	54.00
No	15	65.20	8	34.80	23	46.00
Total	38	76.00	12	24.00	50	100.00

Test Fisher $p: 0.0941$

Fuente: Primaria.(Usuaris)
 C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 5. Distribución de frecuencias de satisfacción con condiciones ambientales según la privacidad

Satisfacción Condiciones Ambientales	Privacidad					
	Completa		Poca		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Satisfecha	45	95.70	2	4.30	47	94.00
Poco Satisfecha	3	100.00	0	0.00	3	6.00
Total	48	96.00	2	4.00	50	100.00

Test de Fisher p : 0.8824

Fuente: Primaria.(Usuaría) C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 6. Distribución de frecuencias de satisfacción con condiciones ambientales según limpieza ropa de cama

Satisfacción Condiciones Ambientales.	Limpieza Ropa de Cama							
	Muy Buena		Regular		Mala		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Satisfecha	43	91.50	4	8.50	0	0.00	47	94.00
Poco Satisfecha	2	66.70	0	0.00	1	33.30	3	6.00
Total	45	90.00	4	8.00	1	2.00	50	100.00

Fuente: Primaria.(Usuaría) C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 7. Distribución de frecuencias de satisfacción con condiciones ambientales según satisfacción general

Condiciones Ambientales	Satisfacción					
	Poco Satisfecha		Satisfecha		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Poco Satisfecha	1	33.30	2	66.70	3	6.00
Satisfecha	1	2.10	46	97.90	47	94.00
Total	2	4.00	48	96.00	50	100.00

OR: 12 Test de Fisher $p: 0.1175$

Fuente: Primaria.(Usuaría) C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 8. Distribución de frecuencias de causas según la satisfacción

Causas	Satisfacción					
	Satisfecha		Poco Satisfecha		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Buen Trato	18	36.00	1	2.00	19	38.00
Confiabilidad	13	26.00	0	0.00	13	26.00
Rapidez	7	14.00	0	0.00	7	14.00
Amabilidad	5	10.00	1	2.00	6	12.00
Otros	5	10.00	0	0.00	5	10.00
Total	48	96.00	2	4.00	50	100.00

Fuente: Primaria.(Usuaría) C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 9. Distribución de frecuencias tiempo de espera según satisfacción

Tiempo de Espera	Satisfacción					
	Satisfecha		Poco Satisfecha		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Menor o igual a 30 Minutos	46	95.80	1	50.00	47	94.00
31 a 90 Minutos	2	4.20	1	50.00	3	6.00
Total	48	96.00	2	4.00	50	100.00

OR: 15.6 Test de Fisher p : 0.1175

Fuente: Primaria.(Usuaría) C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 10. Distribución de frecuencias de satisfacción según trato recibido

Satisfacción	Trato Recibido					
	Amable		Poco Amable		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Satisfecha	47	97.90	1	2.10	48	96.00
Poco Satisfecha	2	100.00	0	0.00	2	4.00
Total	49	98.00	1	2.00	50	100.00

Test de Fisher $p: 0.1175$

Fuente: Primaria.(Usuaría) C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 11. Distribución de frecuencias de satisfacción según lenguaje utilizado por el personal de salud

Satisfacción	Lenguaje Utilizado					
	Comprensible		Nada Comprensible		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Satisfecha	47	97.90	1	2.10	48	96.00
Poco Satisfecha	2	100.00	0	0.00	2	4.00
Total	49	98.00	1	2.00	50	100.00

Test de Fisher p : 0.9600

Fuente: Primaria (Usuaría)
 C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 12. Distribución de frecuencias de satisfacción según veracidad – confidencialidad de los resultados

Satisfacción	Veracidad / Confidencialidad					
	SI		NO		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Satisfecha	46	97.90	2	66.70	48	96.00
Poco Satisfecha	1	2.10	1	33.30	2	4.00
Total	47	94.00	3	6.00	50	100.00

Test de Fisher $p:0.1175$

Fuente: Primaria.(Usuaris) C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 13. Distribución de frecuencias según conocimiento del periodo de toma y conocimiento de la importancia del PAP

Período de Tiempo para Realización del PAP	Importancia e información de la Toma del PAP					
	SI		NO		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
6 Meses a 1 Año	40	93.00	5	71.40	45	90.00
No Sabe	3	7.00	2	28.60	5	10.00
Total	43	86.00	7	14.00	50	100.00

OR: 1.5 Test de Fisher p : 0.1379

Fuente: Primaria.(Usuaría) C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Cuadro 14. Distribución de frecuencias según conocimiento de la importancia del PAP y obtención de información sobre el PAP

Importancia del PAP	Obtención de Información.	
	Número	Porcentaje
Prevención	23	53.50
Diagnóstico	13	30.10
Prevención y Tratamiento	4	9.40
Diagnóstico y tratamiento	2	4.70
Diagnóstico y prevención	1	2.30
Total	43	100.00

Fuente: Primaria. (Usuaris) C/S Danelia Muñoz, San Jorge, Rivas

Anexo 5

Gráfico 1.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN EDAD DE LAS USUARIAS Y ACCESIBILIDAD CULTURAL.

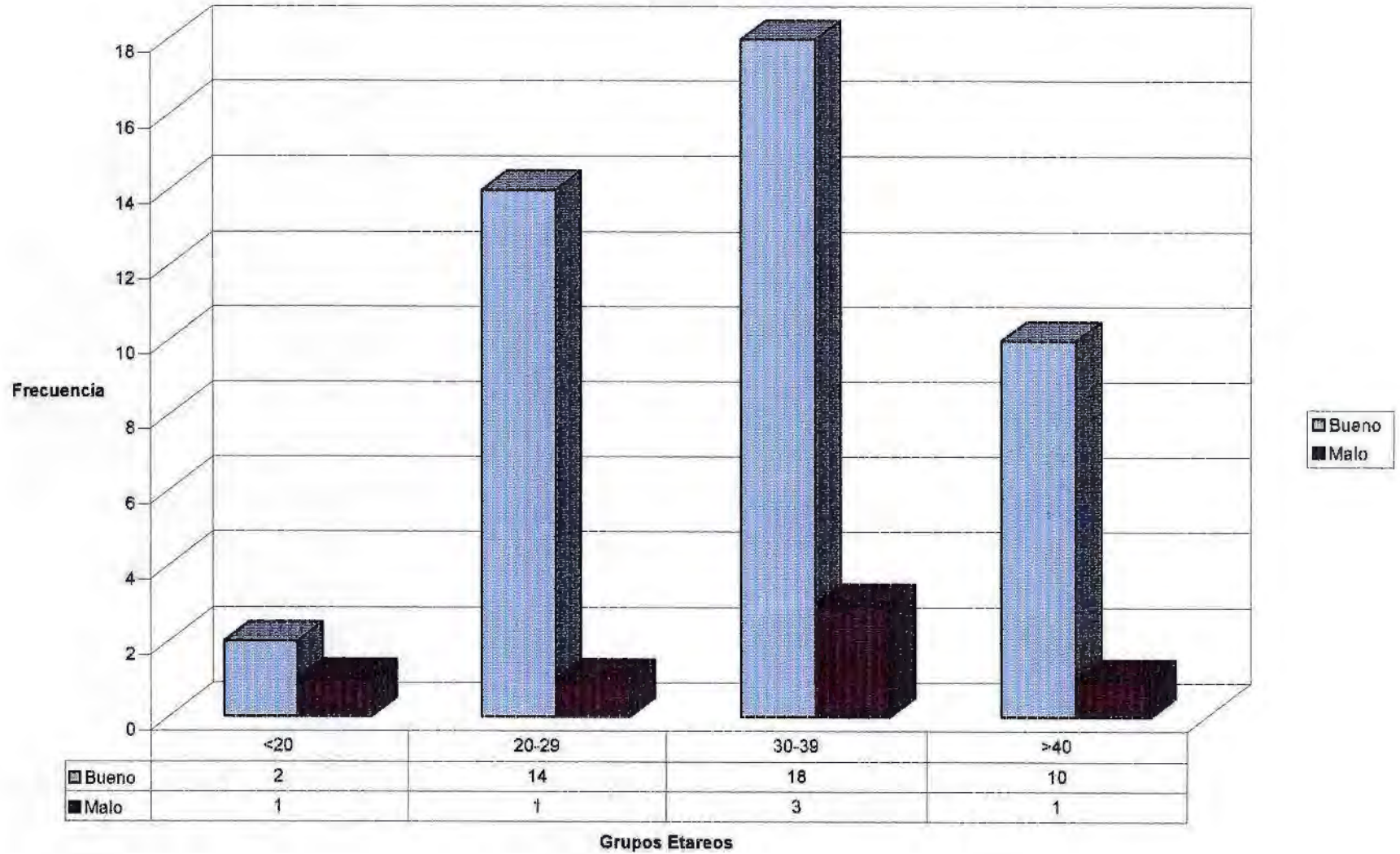


Gráfico 2.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN ESCOLARIDAD DE LAS USUARIAS Y ACCESIBILIDAD CULTURAL

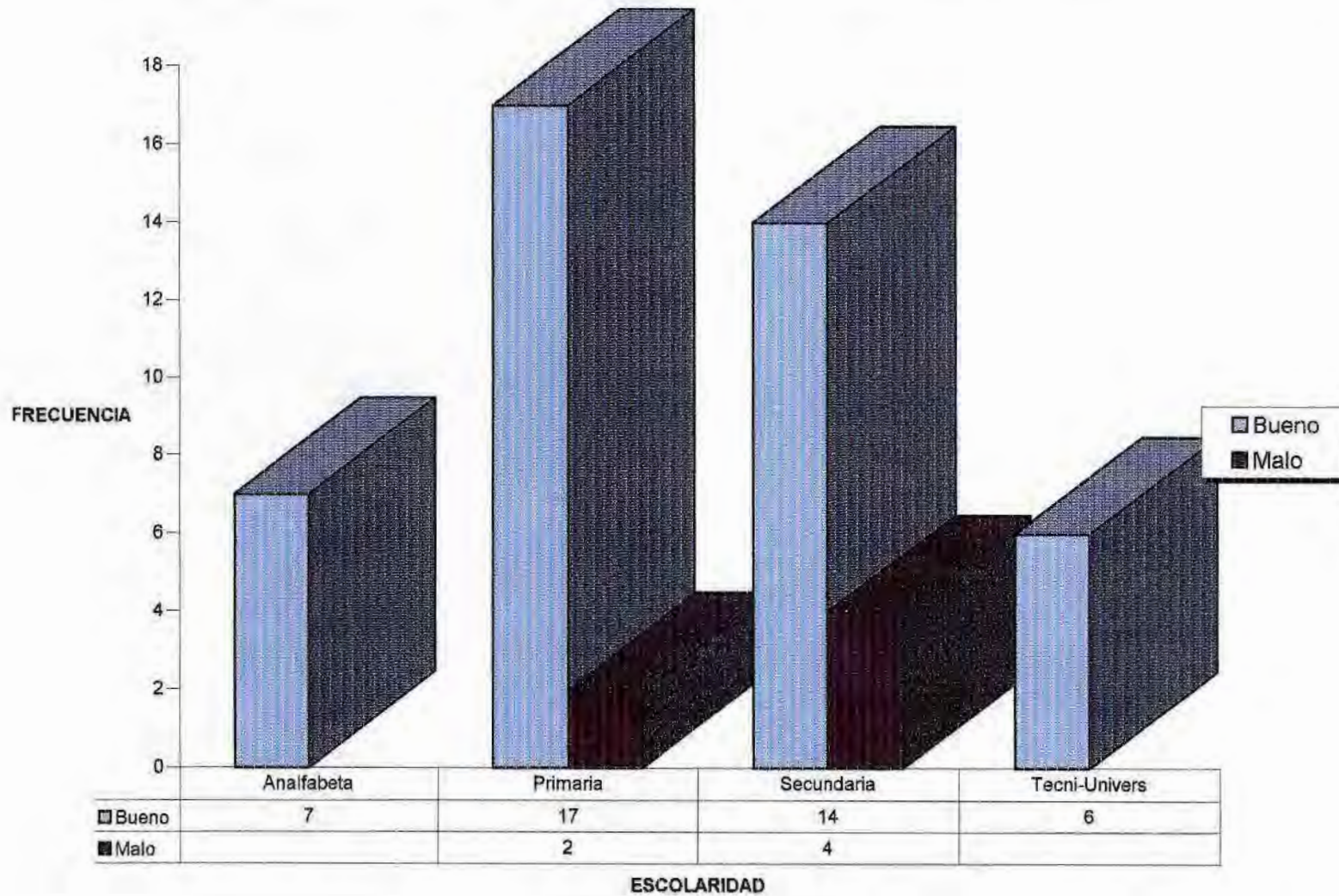


Gráfico 3.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN RELIGIÓN DE LAS USUARIAS Y ACCESIBILIDAD CULTURAL

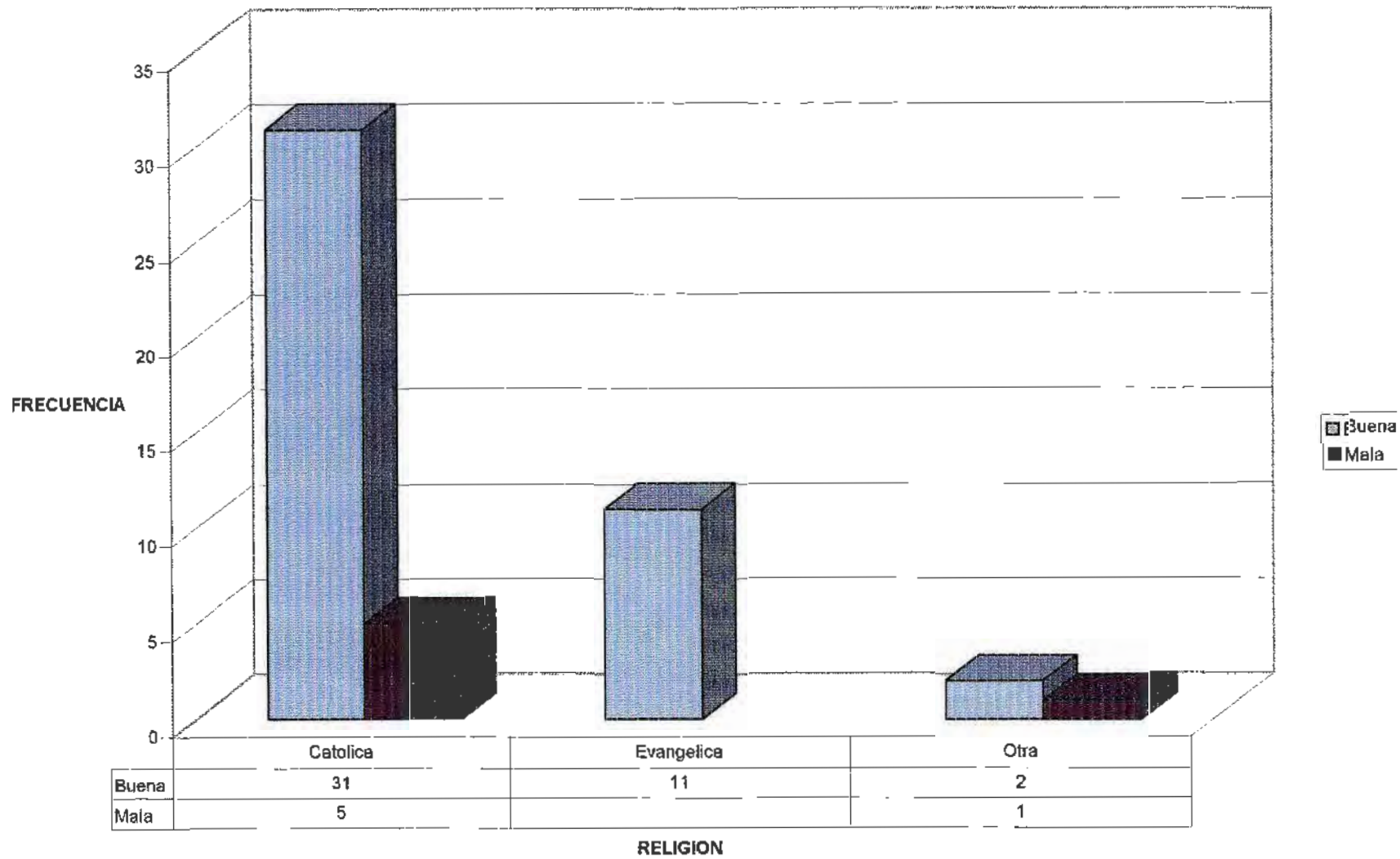


Gráfico 4.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN CONDICIÓN LABORAL DE LAS USUARIAS Y ACCESIBILIDAD FUNCIONAL.

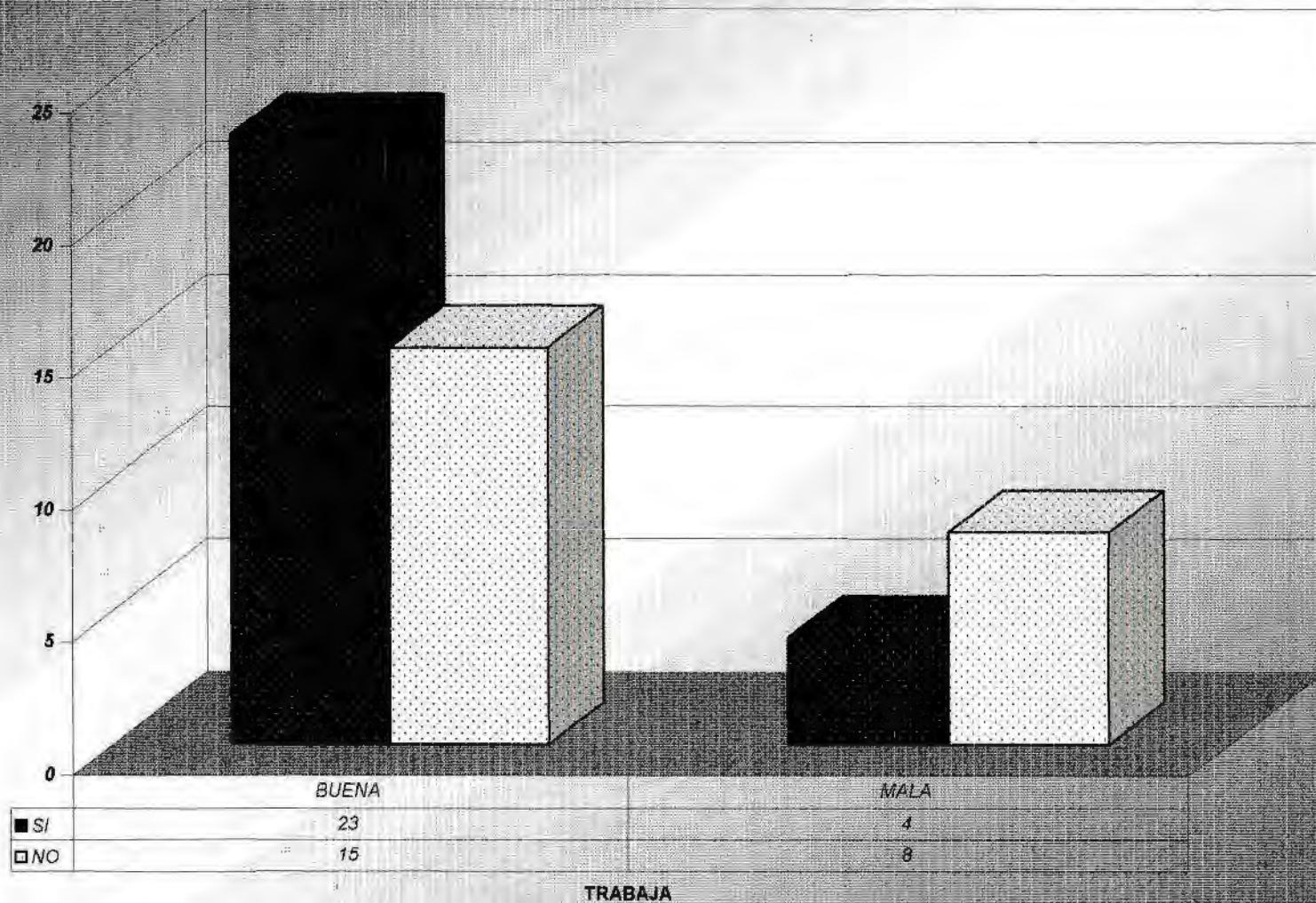


Gráfico 5.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE SATISFACCIÓN CON CONDICIONES AMBIENTALES SEGÚN LA PRIVACIDAD

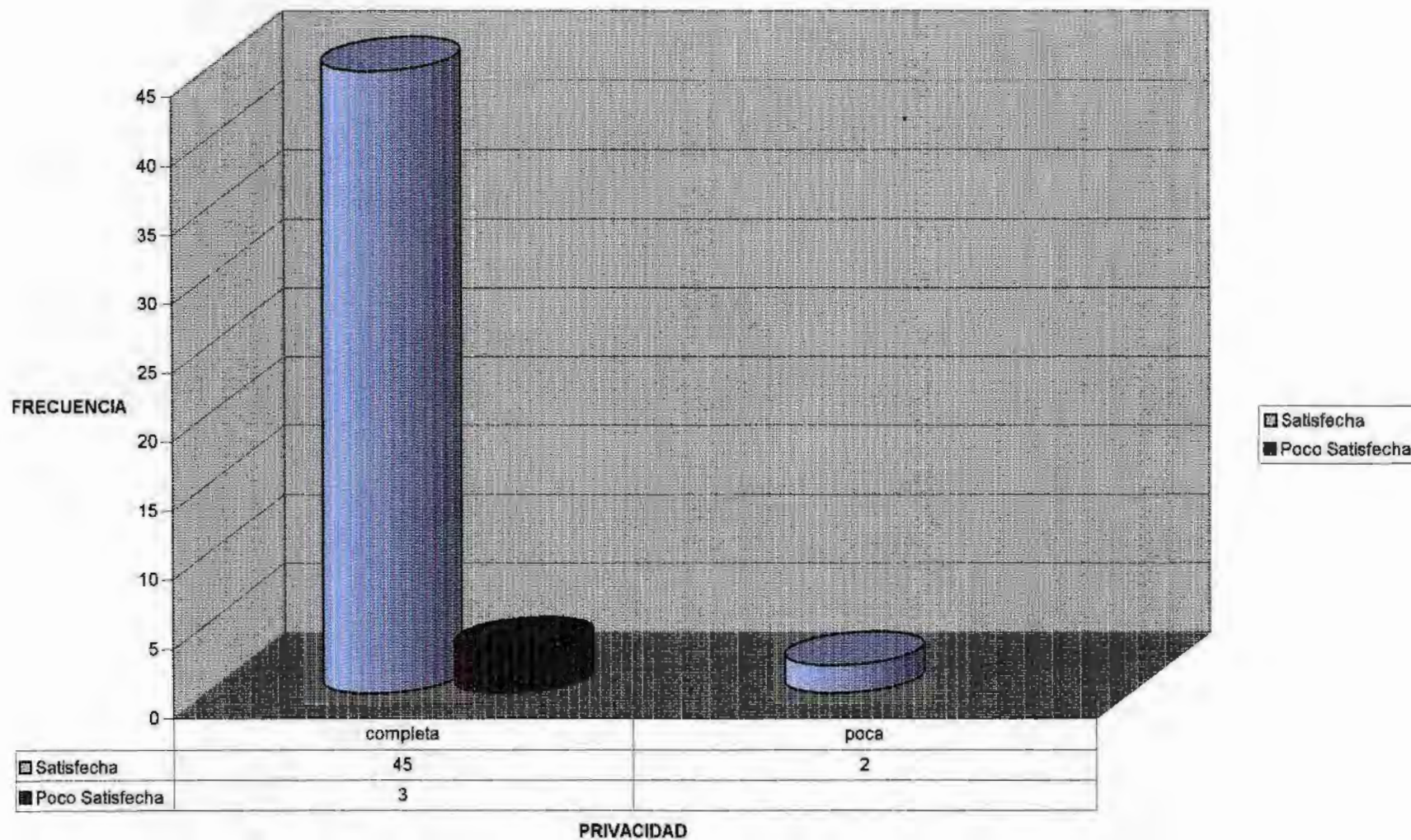


Gráfico 6.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE SATISFACCIÓN CON CONDICIONES AMBIENTALES SEGÚN LIMPIEZA ROPA DE CAMA

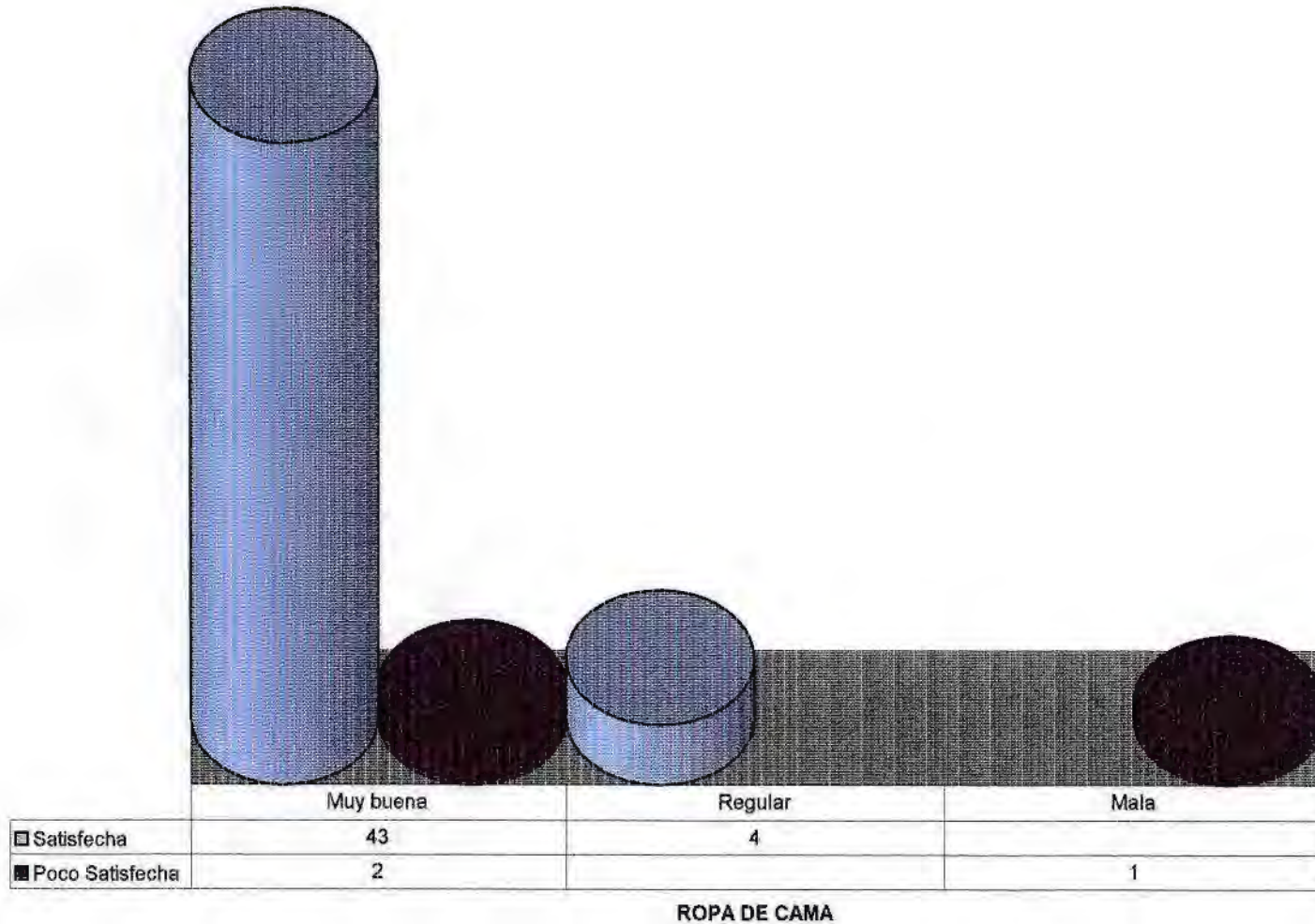
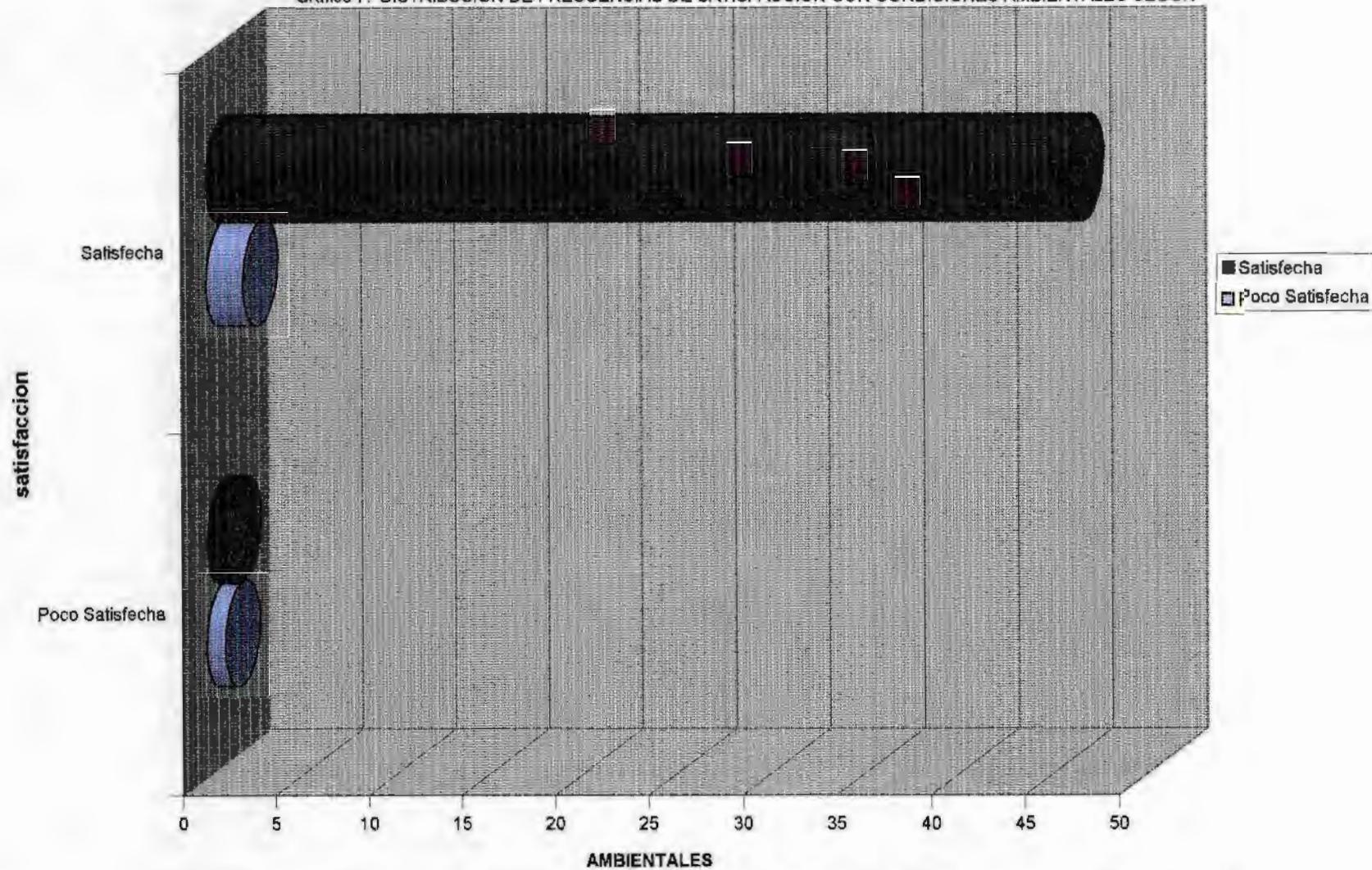


Gráfico 7. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE SATISFACCION CON CONDICIONES AMBIENTALES SEGÚN



	Poco Satisfecha	Satisfecha
■ Satisfecha	1	46
□ Poco Satisfecha	1	2

Gráfico 8.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE CAUSAS SEGÚN LA SATISFACCIÓN

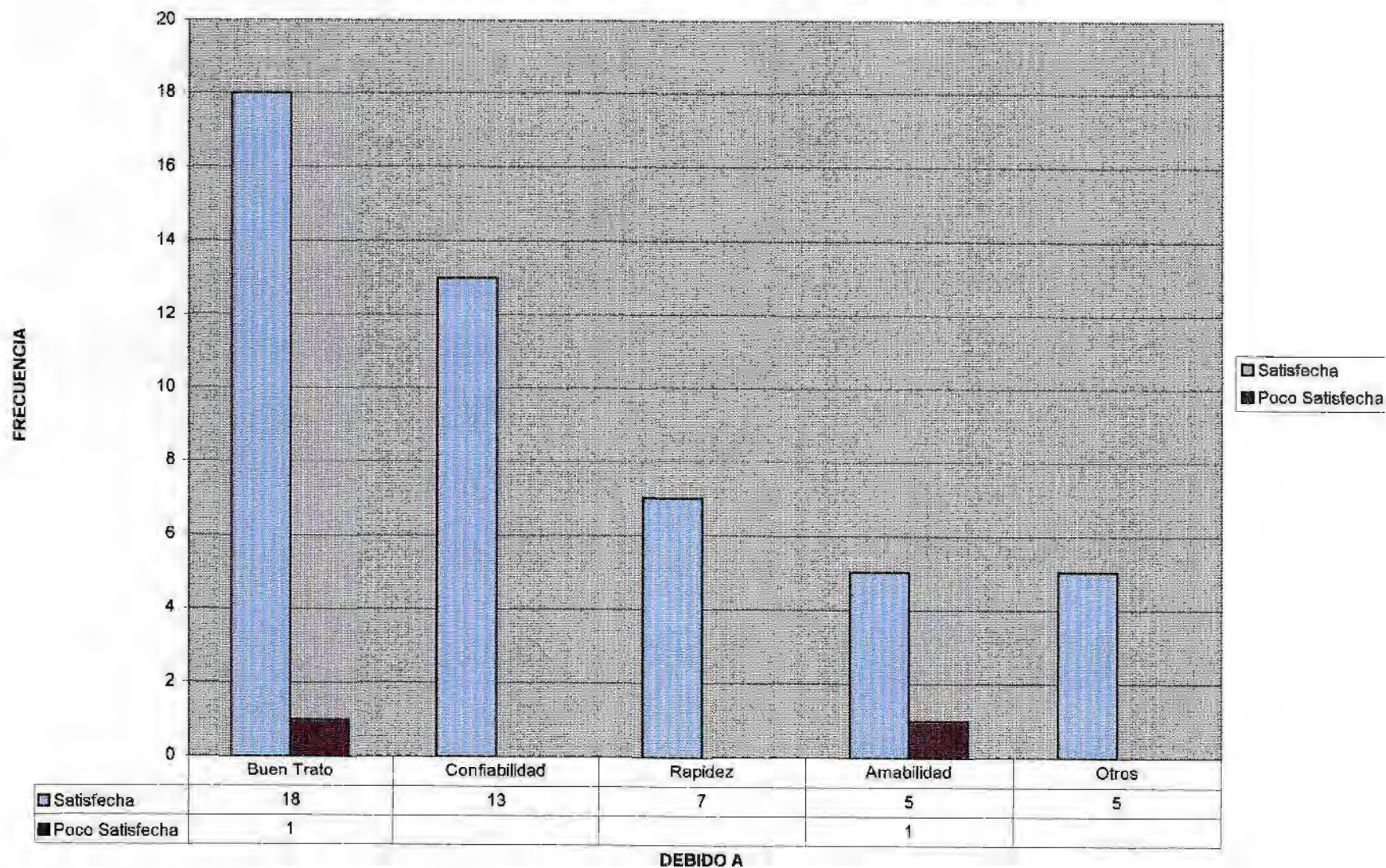


Gráfico 9.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS TIEMPO DE ESPERA SEGÚN SATISFACCIÓN

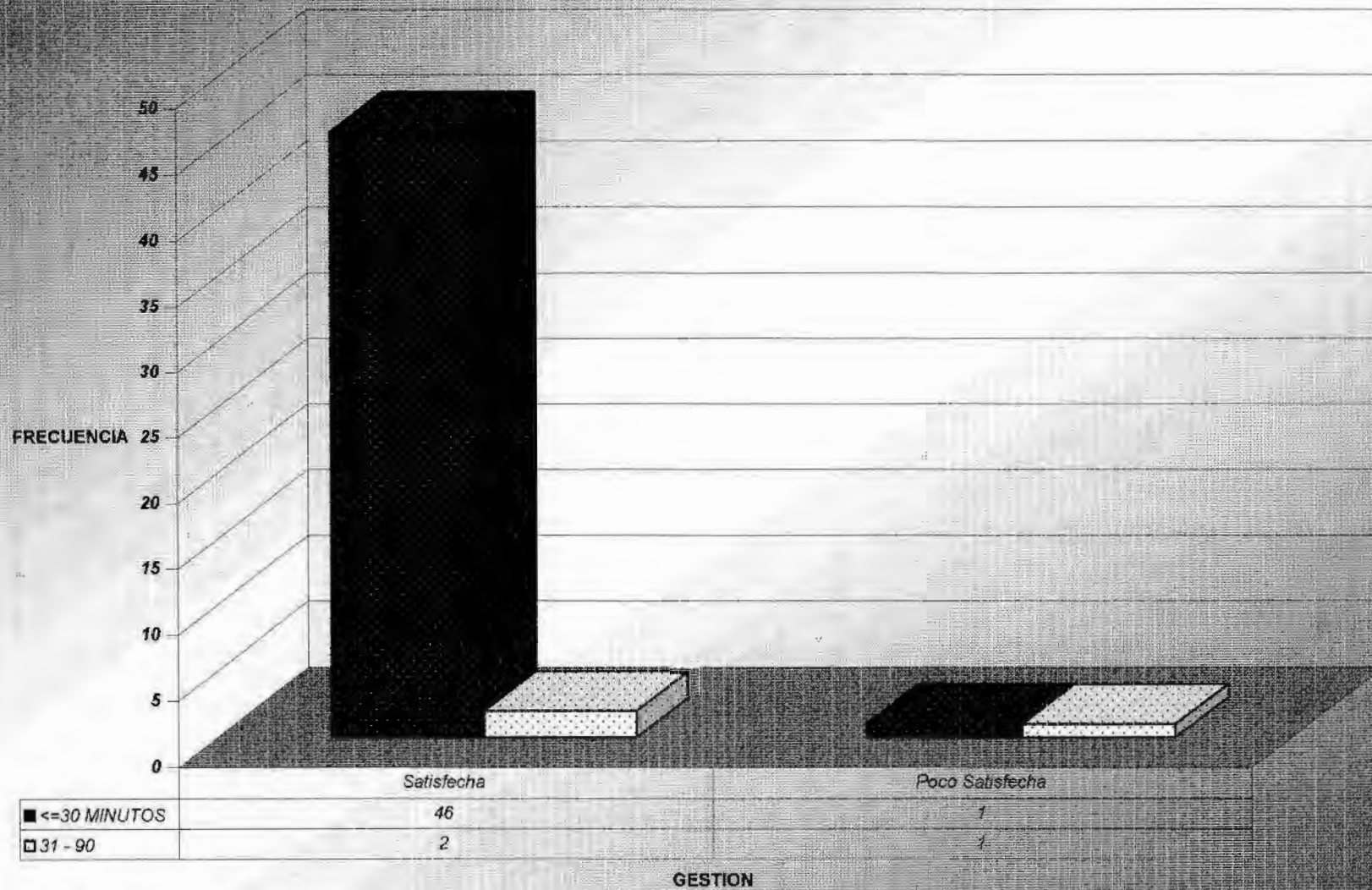


Gráfico 10.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE SATISFACCIÓN SEGÚN TRATO RECIBIDO

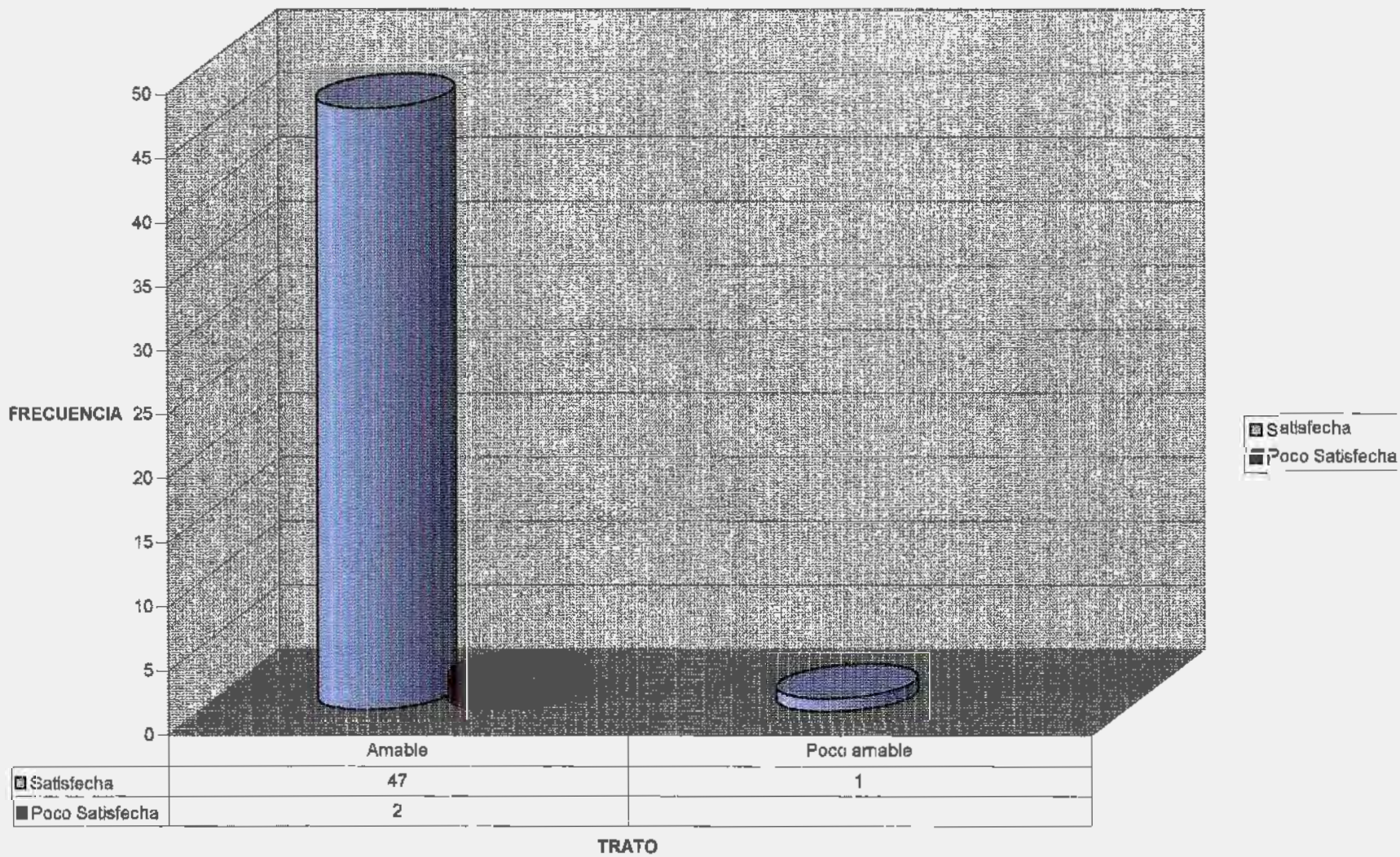
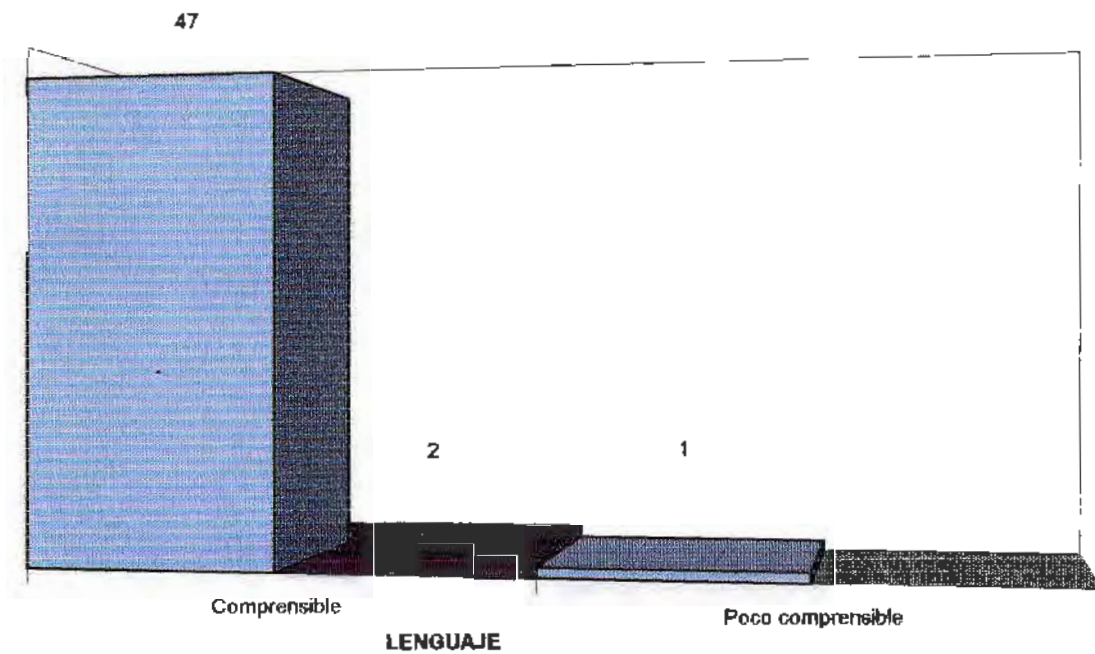


Gráfico 11.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE SATISFACCIÓN SEGÚN LENGUAJE
UTILIZADO POR EL PERSONAL DE SALUD



	Comprensible	Poco comprensible
■ Satisfecha	47	1
■ Poco Satisfecha	2	

Gráfico 12.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE SATISFACCIÓN SEGÚN VERACIDAD – CONFIDENCIALIDAD DE LOS RESULTADOS

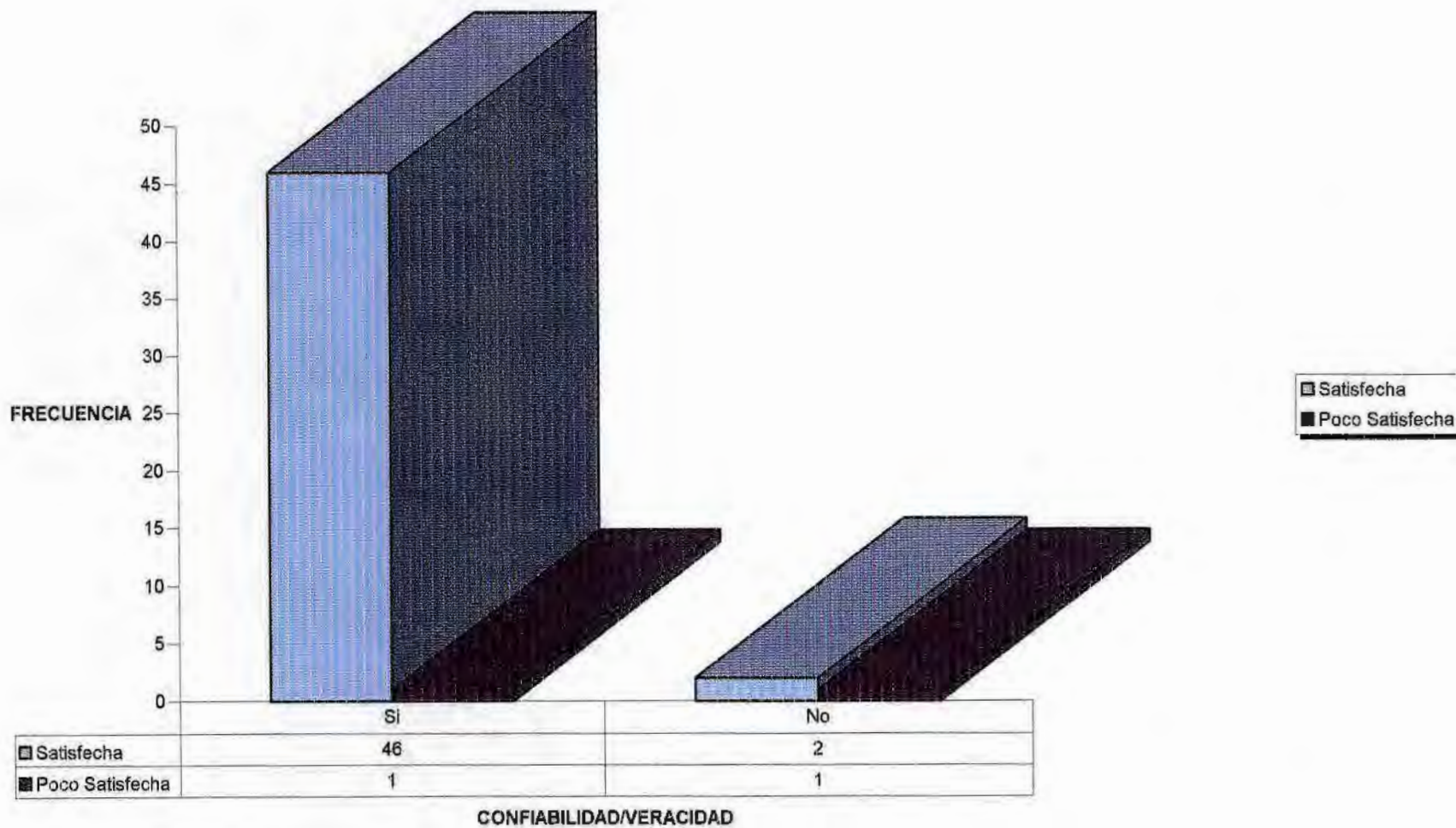


Gráfico 13.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN CONOCIMIENTO DEL PERIODO DE TOMA Y CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DEL PAP

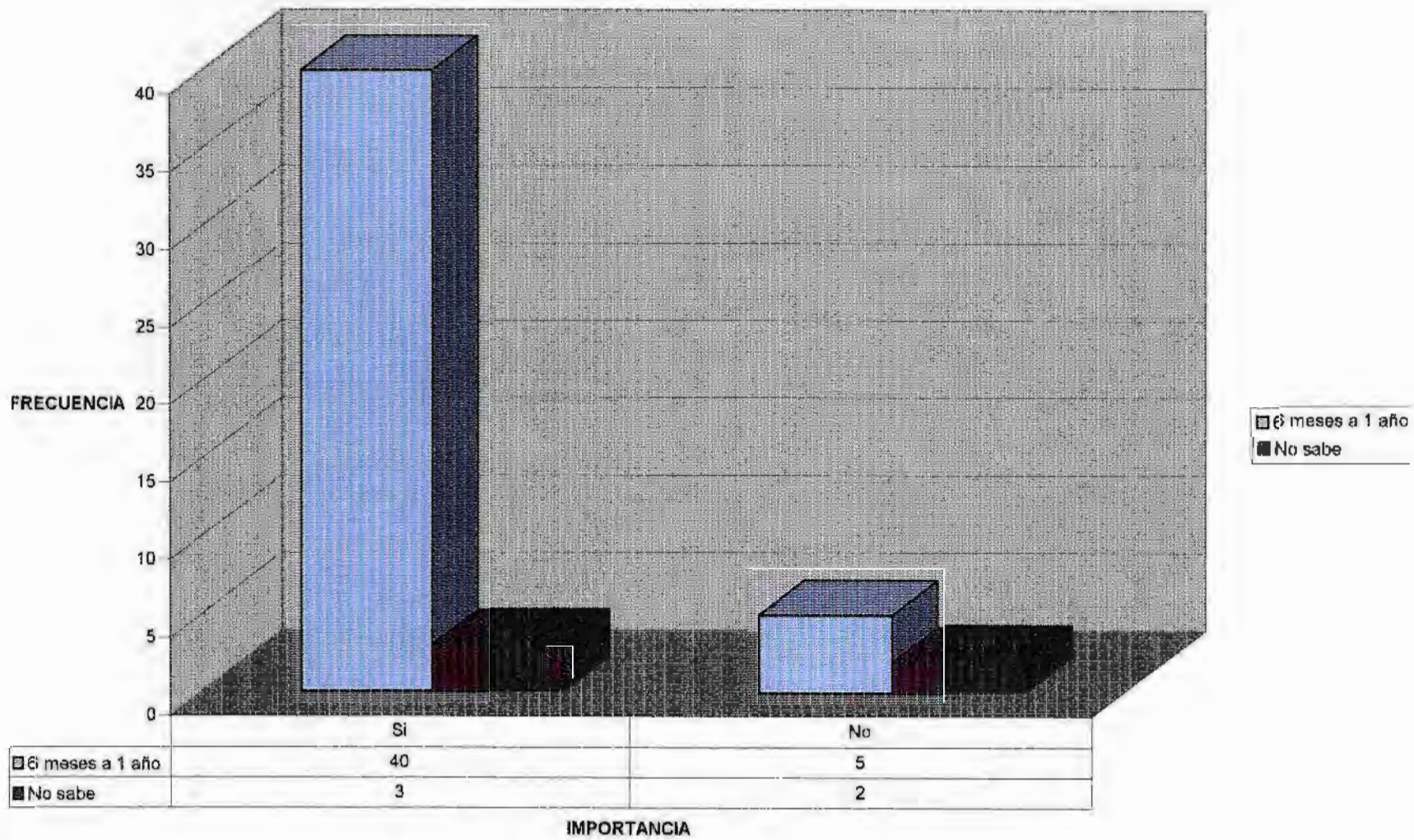


Gráfico 14.
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DEL PAP Y OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL PAP

