

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-LEON
Facultad de Ciencias Médicas**



MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MEDICO Y CIRUJANO

**“EVALUACION DE LA CALIDAD CON QUE SE DESARROLLA EL COMPONENTE DE
DETECION OPORTUNA DEL CANCER CERVICO UTERINO EN EL MUNICIPIO DE EL
CASTILLO, RIO SAN JUAN, EN JULIO, 2006”**

Autores:

Br. Fátima Magerlind González Prado.

Br. Flavio Rodríguez Machado.

Tutora:

Lic. Fidelina del S. Munguía Hernández

Maestría en Administración de Servicios de Salud

Asesor:

Dr. Arnoldo Toruño Toruño

Maestría en Salud Pública.

¡A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!

LEON 26 DE OCTUBRE, 2006

DEDICATORIA

Primeramente a Dios por iluminarme hacia el camino de la sabiduría y la perseverancia, artífice de mi existencia y quien ha estado junto a mí aún en los momentos más difíciles.

A mis padres, Miriam Prado y Jaime González, quienes me han enseñado el invaluable don de la perseverancia, fuente de inspiración quienes con su esfuerzo y dedicación me han guiado por los senderos de la vida para llegar a culminar esta meta.

A mi novio “Lucky” por su apoyo, comprensión y amor.

Fátima Magerlind González Prado.

DEDICATORIA

Principalmente a Dios, mi creador, por darme la dicha de llegar a ser quien soy, porque sin el nada de esto sería posible. Y espero que me llene de bendiciones en mi andar por este largo camino de la medicina hasta mi último segundo de vida.

A mis Padres por haber sido escogidos por Dios para brindarme todo lo que necesitaba, por su amor, tolerancia y perseverancia para ver hecho realidad el sueño de convertirme en un profesional.

A Biddel y Brithany, siempre las llevo en mi corazón.

A mi "Bonitilla" fuente de mi inspiración y fortaleza, quién ha estado en los momentos más difíciles brindándome su apoyo y amor incondicional. Te amo.

Flavio Rodríguez Machado

AGRADECIMIENTO

Agradecemos Primeramente a Dios, fuente de existencia y sabiduría.

A nuestras familias por brindarnos siempre el apoyo incondicional.

A nuestros tutores por toda su experiencia y conocimientos trasmitidos los cuales nos han orientado desde el inicio de la mejor manera posible para la realización de este estudio.

Al personal de las unidades de salud del municipio El Castillo, quienes colaboraron siempre para la realización de este estudio.

A las mujeres habitantes de las comunidades del Castillo ya que a través de ellas fue posible dar cabida a nuestro estudio.

A todas aquellas personas que de manera incondicional contribuyeron a concluir este estudio y cuya lista de nombres sería numerosa.

A todos ellos, Gracias.

Los Autores.

1. INTRODUCCION

El cáncer cérvicouterino es un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo en desarrollo, y particularmente entre las nicaragüenses. En nuestro país, la tasa de incidencia de esta enfermedad es de 21.2 por 100,000 mujeres, superior a la reportada por El Salvador (18,8 por 100,000) y México (11,4 por 100,000). La mortalidad por cáncer cérvicouterino es persistentemente alta en Nicaragua (1,2). Esta situación de desventaja para el país se da a pesar de la tendencia a la disminución en su ocurrencia observada en el Departamento de León, que es la más conocida en el país (3,4,5,6).

La magnitud de este problema en Nicaragua se explica, en parte por ser una enfermedad propia de poblaciones con bajo nivel socioeconómico, pero también por deficiencias que se observan en la calidad del servicio de diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad, observadas en estudios efectuados principalmente en el Occidente del país. (6) En efecto, se ha encontrado una débil labor educativa hacia la población en general, y hacia las pacientes que acuden a las unidades de salud en particular; baja cobertura, principalmente entre las mujeres con mayor riesgo de padecer la enfermedad en razón de su edad; (1,6) retrasos en la entrega y pérdida de resultados; inadecuada calidad de las muestras, a veces tomadas en mujeres que no reúnen condiciones para ser examinadas; problemas con el instrumental y materiales; las condiciones del local donde se toman las muestras no son adecuadas; rechazo a la demanda, en parte en mujeres que han recorrido grandes distancias para hacerse el examen. Otros factores limitantes lo constituyen ciertos rasgos socioculturales, como el machismo, que dificultan la toma del examen (6,7,8).

No se encontraron estudios de la calidad del servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino ni en las oficinas del MINSA central, ni en el Centro de investigación de Estudios en Salud. (CIES).

Se han encontrado deficiencias en la calidad del programa en el Occidente del país, (9) se puede esperar una situación más difícil en regiones con poblaciones dispersas y de difícil acceso, como en el Departamento de Río San Juan y en la Costa Atlántica. Un indicio en este sentido lo ofrece una comunicación personal sobre un estudio en Tasba Pounie, en la RAAS, que muestra una situación muy preocupante.

De tal manera, se plantea el siguiente problema ¿Con qué calidad se desarrolla el componente de Detección oportuna de Cáncer Cérvicouterino (DOC) en el municipio de El Castillo, Río San Juan, durante el mes de Julio 2006?

En el SILAIS de Río San Juan, la propuesta del presente estudio ha sido recibida con beneplácito, y han ofrecido apoyo para su realización. (Anexo 8).

El interés por la calidad se encuentra claramente expresado tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el plan Nacional de salud, que plantea: "aumentar la cobertura y calidad...". También el Modelo de Atención Integral señala "...mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez...".

Se espera que el presente estudio contribuya con éste propósito de mejoramiento de la calidad, identificando aspectos susceptibles a ser mejorados.

2. OBJETIVOS

2.1 Generales

Evaluar la calidad con que se desarrolla el componente de detección temprana del Cáncer Cérvicouterino en el municipio de El Castillo. Río San Juan.

2.2 Específicos

1. Valorar la asignación y distribución de los recursos del componente de detección oportuna de cáncer cervicouterino.
2. Valorar el funcionamiento y utilización del componente basándose en las normas establecidas por el MINSA.
3. Valorar los logros del componente alcanzados en el último año.
4. Valorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con el Cáncer de Cérvicouterino.
5. Conocer el grado de satisfacción de las usuarias con el componente de detección oportuna del Cáncer Cérvicouterino.

3. MARCO TEORICO

3.1 Generalidades

El cáncer cervicouterino constituye un problema importante de Salud Pública y es el más común en el mundo después del cáncer de mama. De los 500,000 casos que se calculan anualmente en el mundo, el 80% corresponden a los países en vías de desarrollo. En los países desarrollados la incidencia total ha disminuido durante los últimos 30 años, gracias a la implementación de exploración masiva de la población a través del PAPS que contribuyen a una detección y tratamiento precoz de las lesiones precursoras.

Más de 288.000 mujeres mueren cada año en el mundo a causa del cáncer cervical y en muchas regiones, este cáncer afecta en forma desproporcionada a las mujeres más pobres y más vulnerables. Al menos el 80 por ciento de estas muertes se producen en los países en desarrollo, y la mayor parte ocurre en las áreas donde existe pobreza extrema, como África del Sur del Sahara y algunos países de América Latina. (12)

En Nicaragua en la década de 1982 a 1991, ocupó el primer lugar de las siete primeras causas de muerte por neoplasias malignas, siendo el grupo etáreo más afectado el de 35 a 64 años. Según datos recientes del MINSA en el año 2000 el 45% de la mortalidad por cáncer cérvicouterino ocurrió en mujeres de 20 a 34 años y continuó ocupando el primer lugar entre las causas de muerte por tumores malignos de las mujeres. (13)

Un Programa de control de cáncer cérvicouterino no se puede esperar que trabaje solo a menos que forme parte integral del sistema general de servicios de salud. El Ministerio de Salud de cada país debe establecer alguna clase de registro de los casos de cáncer cérvicouterino además de disponer de recursos humanos y materiales adecuados; operar a escala nacional aunque los programas de control pueden iniciarse a escala regional, local, y municipal o aún al nivel de barrios. Debe obtenerse información relacionada con la incidencia del cáncer cérvicouterino para determinar las poblaciones de alto riesgo. (14)

3.2 Evaluación del programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvicouterino

Una evaluación de las necesidades es un proceso de recopilación de la información necesaria y pertinente a partir de la cual se pueden tomar decisiones fundamentales sobre la planificación de un programa de prevención del cáncer cérvicouterino. La evaluación incluye el planteamiento de preguntas estratégicas, seguido de la obtención y análisis sistemático de la información. La finalidad es comprender las perspectivas de las personas involucradas en la prestación y utilización de servicios e identificar las deficiencias en los servicios. (12)

El concepto de evaluación es quizá una de las nociones más sujetas a equívocos y controversias. En contextos institucionales es común la creencia de que una evaluación se debe realizar cuando se sospecha que las cosas no andan bien en la ejecución de un programa o proyecto. La sola mención de la palabra puede poner nerviosas a muchas personas, especialmente a los gestores y ejecutores de los programas. (12) Es cierto que la evaluación puede a veces ser empleada equivocadamente como un “instrumento de castigo”, cuando, por ejemplo, se usa como una forma de auditoria. Sin embargo, no son éstos sus usos recomendados y quizá es precisamente la mala práctica de la evaluación la que ha contribuido a darle a este concepto una imagen punitiva y poco favorable.

Por el contrario, la evaluación debe ser parte integral del diseño y desarrollo de cualquier programa o intervención que pretenda aliviar o solucionar problemas asociados a la calidad de vida de las personas. La evaluación debería brindar información que es creíble y útil, posibilitando la incorporación de las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones”. Por su parte, Rossi et al (1999) (15) definen evaluación como “el uso de procedimientos científicos para sistemáticamente investigar la efectividad de los programas. La evaluación es un instrumento para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los programas en todos sus aspectos importantes, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su

conceptualización y diseño, su implementación y administración, sus resultados y su eficiencia”.

A partir de estas definiciones resulta claro que la evaluación es una herramienta fundamental para iluminar la toma de decisiones en las diferentes fases de ejecución de los programas e intervenciones, desde su concepción y diseño hasta su posterior valoración en términos de logros e impactos.

Evaluar implica establecer un juicio sobre el valor o mérito de algo, una conclusión valorativa. Para ello se requiere siempre de la comparación con algún estándar o punto de referencia, que ha sido establecido explícita o implícitamente. El establecimiento de significados sustantivos para la interpretación a partir de la comparación entre resultados obtenidos y planeados es, en ocasiones, un proceso de cierta complejidad que requiere del concurso experto (Mohr, 1995) (16). Se da con cierta frecuencia que ni los mismos ejecutores de programas han determinado con precisión cuales son esos niveles esperados de desempeño del programa, es entonces tarea de los evaluadores determinar estos valores de manera más exacta.

Para garantizar la validez de sus interpretaciones la evaluación debe regirse por criterios de rigurosidad científica. De esta forma los evaluadores utilizan teorías, métodos y técnicas de la ciencia, especialmente de las ciencias sociales. En evaluación, al igual que en una investigación científica, se debe recolectar, analizar e interpretar evidencia empírica para fundamentar las conclusiones. Entre más sólida sea la evidencia más credibilidad tendrá el juicio evaluativo.

Entre los aspectos que tiene que evaluar el componente de detección de cáncer cérvicouterino se evaluarán:

- Las Políticas, directrices y normas del programa. El uso coherente de las políticas, directrices y normas del programa ya existente a nivel local es

importante para alcanzar un patrón asistencial. Las políticas que rigen el programa y la prestación de servicios, las directrices de la práctica clínica para el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas y las normas de tratamiento de cáncer cérvicouterino aclaran a los prestadores de asistencia médica la noción de sus responsabilidades. Como tal la evaluación determinará el grado en que los profesionales sanitarios son conscientes de la existencia de normas y el grado en que las siguen en su práctica. Esta información puede recopilarse entrevistando a administradores y personal de salud responsable de la atención del programa. (12, 14).

- Los protocolos de los servicios proporcionan a los prestadores de servicios instrucciones para realizar tareas, paso por paso, tales como realizar el Papanicolaou a una paciente para que tome una decisión informada sobre la prueba que se le realizará. Los buenos protocolos estandarizan el tratamiento, identifican las prácticas que son apropiadas, conforme a la evidencia científica, y guían la capacitación y supervisión.

La evaluación de necesidades incluirá un examen minucioso de los servicios sanitarios locales al nivel de atención primaria para determinar:

- El tipo y ámbito de los servicios disponibles.
- El acceso a los servicios sanitarios en lo que se refiere al acceso físico, las condiciones de los establecimientos y las diligencias para solicitar las citas y resultados de las pruebas.
- La cobertura de las mujeres de riesgo, incluido el grupo de edad actualmente sometido a las actividades de tamizaje, y las barreras que existen para lograr una cobertura alta.

- Los mecanismos de seguimiento y de remisión de las usuarias para proporcionar los resultados de las pruebas, para el tratamiento y el seguimiento, incluidos los vínculos existentes entre los niveles asistenciales (I y II nivel) para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento.
- Los recursos humanos y los medios de acción, incluidos los servicios de tamizaje y tratamiento.
- El procesamiento de instrumentos según las normas establecidas.

El sistema de servicios sanitarios se evaluará entrevistando a los prestadores de asistencia sanitaria. Además los propios servicios se evaluarán mediante la visita y la observación de las condiciones donde se prestan los servicios. (12,14)

- Actividades de información y educación: Los métodos y materiales usados para informar, educar y satisfacer las necesidades de información de las mujeres para la prevención del cáncer cérvicouterino son importantes para conseguir que las mujeres acepten los servicios de tamizaje y vuelvan para el seguimiento. Por tanto la evaluación de necesidades considerará las estrategias de la información y educación que se usan o podrían usarse para llegar a las mujeres en la comunidad y las unidades de salud.

Entre los aspectos a considerar se encuentran las estrategias para comunicar la información, tanto en los consultorios como en las comunidades; la disponibilidad de los materiales de información; el tipo y la finalidad de los materiales de información; la exactitud, la coherencia e importancia de los mensajes, los métodos empleados para elaborar y probar los materiales de información y educación; y los métodos para formar a los proveedores sanitarios. (12)

- Perspectivas de la comunidad: Es importante considerar las perspectivas de las mujeres y los hombres de la comunidad. Su conocimiento del cáncer

cérvicouterino; y los servicios que precisan, con el fin de desarrollar servicios que satisfagan sus necesidades. Además estas perspectivas son importantes para el desarrollo de campañas de promoción que aborden sus deficiencias de conocimiento y sus preocupaciones. Las posibles usuarias pueden ser entrevistadas utilizando encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas referentes a la citología vaginal, además realizar una encuesta de salida a las usuarias para ver la satisfacción de las mismas respecto al servicio brindado. Los aspectos a considerar incluyen la comprensión del concepto de prevención del cáncer cérvicouterino, la conciencia sobre los servicios de prevención de cáncer cérvicouterino, los sentimientos sobre el tamizaje; las posibles barreras para utilizar los servicios del tamizaje y las actitudes hacia el sistema sanitario. (12)

- La infraestructura, equipo y suministro: La evaluación de necesidades debe documentar la disponibilidad, la accesibilidad y la adecuación del equipo en funcionamiento y los suministros necesarios para los servicios de tamizaje y tratamiento. Además, se recopilará información sobre el pedido la adquisición, y la distribución. La evaluación de esta parte de las necesidades puede obtenerse mediante las observaciones en las unidades de salud y los consultorios; acompañado de entrevistas al personal de salud. (12)
- Sobre el Sistema de información: Un programa de prevención y control del cáncer cérvicouterino requiere de buenos registros y de esta manera evaluar el programa en comparación con los indicadores. Lo ideal es que el sistema identifique el número de mujeres en la población destinataria, registre la información personal y clínica sobre las mujeres sometidas a tamizaje y genere una lista de mujeres con resultados positivos en la prueba que se deban someter a seguimiento. Luego se puede usar el sistema de información para evaluar las coberturas del tamizaje, la calidad de las pruebas y el carácter integral de seguimiento. Como mínimo el sistema recopilará la información en la unidad de salud local. (12)

Por consiguiente la evaluación de necesidades identificará el modo actual de recopilar, registrar, analizar y vigilar la información sobre tamizaje y el tratamiento para la evaluación clínica y del programa. En la evaluación se anotarán las fuentes de datos, se evaluarán los formularios usados para el registro de la información clínica y administrativa. La evaluación incluirá la revisión de los formularios actuales y la entrevista al responsable del programa.

3.3 Concepto de calidad

La calidad ha sido definida como la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas. Palmer (1989): definió calidad como la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario. La definición más integral de calidad y quizá la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. El resumía la calidad de la siguiente manera: “Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”. (17). La OMS: Integra eficiencia, accesibilidad y perspectiva del usuario, definiéndola como: un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del paciente, impacto final en la salud. (17)

Para evaluar la calidad desde la perspectiva del proveedor se revisan: calidad técnica, efectividad de la solución del problema, eficiencia en la solución con el menor costo, y para evaluar la calidad desde la perspectiva del usuario, se revisan: relación interpersonal, acceso, comodidades, calidad “técnica”, efectividad, continuidad, seguridad.

3.3.1 Importancia de la calidad

El ofrecer atención de buena calidad siempre ha sido una meta de los programas de salud: la buena atención ayuda a los individuos y a las parejas a cubrir sus necesidades de salud reproductiva en una forma segura y eficaz (12). Recientemente, varias tendencias han convergido para asignar una alta prioridad a la calidad.

Tanto los programas como los profesionales de salud están procurando ofrecer mejor atención a más personas. Crecientemente, los programas de atención integral están estudiando formas de servir a una mayor cantidad de clientes continuos y de prestarles mejores servicios, dado que la calidad de los servicios suele influir en la toma de decisiones de las personas con respecto al uso de los servicios del programa de atención integral a la mujer. Al mismo tiempo, los programas están procurando formas en las que puedan atraer a nuevos clientes, quienes suelen ser más incrédulos y estar más preocupados con la calidad de atención que los clientes en el pasado (17).

Hoy en día, los programas de salud en el mundo entero combinan las estrategias convencionales para controlar la calidad en el campo de la medicina, tales como requerir licencias, un ámbito estándar y acreditación, para el Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y la Total Quality Management (TQM) (Administración Total de la Calidad) (17).

El movimiento de calidad es amplio, diverso y evolutivo. Sin embargo, ya se cuenta con suficiente conocimiento y experiencia como para que los profesionales de salud y gerentes en cada nivel puedan mejorar la calidad de los servicios. Más aún, es evidente que las mejorías en la calidad no tienen que valer mucho dinero. Independientemente del nivel de recursos en los programas, la calidad siempre puede mejorarse (16). De hecho, el mejorar la calidad de servicios suele ser un proceso rentable.

3.3.2 El Movimiento de Calidad en el campo de la Salud

A lo largo de la historia, la medicina ha asumido un papel de perro guardián, dependiendo de licencias gubernamentales, credenciales profesionales, auditorias internas y, más recientemente, de inspecciones externas para mantener los estándares, identificar y reemplazar a los empleados que no desempeñan bien su trabajo y resolver problemas (18). En la década de los ochenta, el campo de la salud comenzó a capacitar a los empleados para evitar problemas, fortalecer los sistemas de organización y mejorar continuamente el desempeño, y ahora se están aplicando también en los servicios de atención integral y en los ámbitos de atención primaria en los países en desarrollo.

Según éstas estrategias, la buena calidad debe formar parte de los y procesos desde un principio para evitar que surjan problemas. Las inspecciones son importantes para rechazar servicios deficientes, pero no pueden elevar la calidad de los servicios producidos. Los encargados de administrar la calidad han ideado una serie de herramientas y métodos que los gerentes y empleados pueden utilizar para fortalecer los sistemas de las organizaciones, evitar problemas y mejorar la calidad (17,18).

3.4 Dimensiones de la calidad

La calidad es un concepto polifacético y un problema de calidad puede tener más de una dimensión y estas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para realizar y definir sus problemas y calcular la medida en que se cumple las propias normas del programa. (19,20)

La integración de los estudios de la OMS, la Asociación Norteamericana de Salud Publica (American Public Health Association), la Joint Commision on Accreditation of Hospital (JCAH) permiten identificar diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con su calidad. Las dimensiones más utilizadas son:

- Competencia profesional: ésta es conocida también como calidad científico-técnica, es la capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios, es decir, el grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médica disponible. Se refiere a la función operacional y a la relación tanto del profesional sanitario como de la organización. (19, 20) La competencia profesional se realiza con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Se refiere a la existencia utilización de normas técnicas para la atención médica; el nivel de capacitación y experiencia de los proveedores, la existencia de capacitación económica continua y el nivel de conocimiento de los proveedores. Incluye el proceso sistemático de información acerca de cómo obtener la asistencia médica.
- Acceso a los servicios de salud: es la facilidad con que se obtiene, en cualquier momento los servicios médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales. Es la posibilidad de que un consumidor obtenga los servicios en el lugar y momento que lo necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable. Se puede decir que la atención es accesible cuando es fácil de iniciarse y mantenerse. En resumen la calidad esta influida por la cantidad y tiempo de los servicios recomendados por los profesionales y aceptados por los pacientes. La calidad esta afectada por la distribución social de los servicios y sus beneficios. El costo de la atención médica en la medida que este es sufragado por el paciente, es un factor que influye sobre la accesibilidad y es también parte de la definición de calidad. (19,20).
- Disponibilidad: es el grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo, como regla general, los cuidados médicos deben estar disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida del paciente y cuando surja cualquier enfermedad.

- **Efectividad:** es la capacidad de mejorar el grado de salud de un procedimiento o tratamiento concreto. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal, es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe. Relaciona el actuar médico y de su equipo de manejo a fin que los pacientes consigan los resultados más deseables.
- **Eficiencia:** es la relación entre el impacto real de un servicio y su costo de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicio de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades sanitarias por unidad de recursos utilizados. Los servicios eficientes son los que suministran la atención más óptima al paciente y a la comunidad dándole el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. (19,20)
- **Continuidad:** es el tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupción. Es el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica, durante cualquier secuencia de atención, se acoplan entre sí dentro de un propósito general. La continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Es una dimensión importante de la calidad de los servicios de salud y su carencia puede comprometer la eficacia, la satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención. (19,20)
- **Seguridad:** es el balance positivo de la relación beneficio/riesgo. Implica la reducción de riesgo de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. Hace referencia a los riesgos ambientales del entorno y del edificio en que se presta la atención.

- Comodidades: se refiere a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. Las comodidades se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales, así como la limpieza y la privacidad que hace referencia al respecto de los derechos del paciente. (19,20)
- Cooperación del paciente: grado en que el paciente cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional. Es un componente de gran importancia en la atención médica ambulatoria. (19,20).
- Satisfacción del profesional: grado de complacencia del profesional con las condiciones de trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad se deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo. (19,20).
- La satisfacción del cliente: grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma e incluye la satisfacción de la atención sanitaria. La satisfacción implica una experiencia racional o cognoscitiva, definida en términos de discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del servicio. Está subordinada a numerosos factores, entre los que se incluyen las experiencias previas, las expectativas y la información recibida de otros usuarios y de la propia organización sanitaria. Estos elementos conformadores del servicio esperado condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios; consecuentemente, el análisis de la satisfacción de los mismos, aunque difícil de realizar, es un instrumento de medida de la calidad de la atención médica. Hay dos criterios comúnmente esgrimidos, que suponen un obstáculo a la orientación de servicios sanitarios al cliente y a la satisfacción de sus necesidades y preferencia. (19,20).

El primero de ellos es pensar que el servicio sanitario se debe dirigir a satisfacer las necesidades de salud, definidas éstas como el grado de atención médica que los expertos consideran precisa, y dejar las demandas y preferencias del usuario en segundo plano.

El segundo es creer que los consumidores no pueden evaluar correctamente la calidad técnica de la atención médica, con lo cual se contraponen la satisfacción de los clientes, su experiencia positiva, a la calidad intrínseca de la asistencia sanitaria. Este último criterio se completa con la creencia de que los usuarios valoran cuestiones distintas y enfrentadas a las valoradas por los profesionales sanitarios cuando evalúan la calidad de la asistencia sanitaria. (19,20)

Algún autor distingue entre satisfacción (evaluación subjetiva) y evaluación objetiva de los servicios o de algunos de sus aspectos, y señala que ambas valoraciones no siempre coinciden. La utilidad de la satisfacción como indicador de la percepción que los pacientes tienen de los servicios sanitarios, radica en su carácter personal y subjetivo. (20)

No todos los autores consideran la satisfacción del usuario como resultado de una buena atención médica y como instrumento de medida de su calidad. Algunos de ellos opinan que el consumidor de servicios sanitarios no tiene suficiente capacidad de ejercer su soberanía, opinión que da pie a cuestionar la utilidad de la satisfacción como medida de la calidad de asistencia. (20)

Otros, por el contrario, afirman que satisfacer al cliente es tan importante como la eficacia del servicio. Poner en duda la validez de la satisfacción del cliente como indicador de la calidad de la asistencia sanitaria, por carecer aquel de conocimientos y experiencia para hacer una evaluación objetiva, es una forma de pensar poco acertada. Según el autor, el objetivo de evaluar la calidad de la asistencia sanitaria es la satisfacción del enfermo, pero "los pacientes pueden sentirse insatisfechos con la asistencia recibida de profesionales o instituciones competentes o pueden quedar

satisfechos con servicios prestados por profesionales o instituciones incompetentes".
(20)

El objetivo de la calidad total es satisfacer las necesidades del cliente. La diferencia que establecemos entre la satisfacción del cliente y la satisfacción de las necesidades del cliente es algo más que una cuestión semántica. Desde esta perspectiva, un profesional o una institución sanitaria incompetente no pueden satisfacer al cliente porque no satisfacen adecuadamente sus necesidades. (20)

3.5 Control de la calidad en la atención médica

El control de la calidad de la atención médica formulado por Donabedian en función de los componentes de la asistencia sanitaria que él mismo identificó, analiza la estructura, el proceso y el resultado. Este sistema sigue vigente en la actualidad y es el que se utiliza en el presente estudio. (20,21)

3.5.1 Estructura

Comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención sanitaria de los instrumentos y recursos que tiene a su alcance y los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y calificación profesional así como el número, tamaño, equipo y localización geográfica de las unidades de salud, el origen de la financiación, la organización formal e informal de la prestación de los servicios, el proceso de producción, el sistema retributivo de los profesionales y la organización formal del personal médico y de enfermería. (20, 21,22)

3.5.2 Proceso

Son las interacciones entre los profesionales y sus clientes acerca de los cuales se puede emitir un juicio de su bondad tanto con la observación directa como con el análisis de la información registrada. Contempla también aquello que el paciente hace para cuidarse así mismo (el esfuerzo dedicado por el individuo a la promoción y mantenimiento de su estado de salud).

El análisis de los procesos cabe el estudio de dos campos diferentes pero interrelacionados. En una parte los aspectos científico-técnicos y los aspectos que de él se deriva, y en otra, las relaciones establecidas entre los profesionales y las usuarias, es el análisis de la función relacional.

El control de calidad del proceso tiene un carácter normativo. En su vertiente operacional las normas derivadas de las ciencias médicas rigen la aplicación de las técnicas diagnósticas y de tratamiento y en su vertiente relacional las normas de los servicios sociales, legales y propios de cada unidad de salud. (20, 21,22)

3.5.3 Resultados

Es el cambio atribuible a la atención médica que se produce en el estado actual y futuro en la salud del paciente. Se incluyen en él la mejora de la función social y psicológica, las nuevas actitudes del paciente, el conocimiento adquirido sobre la salud y las modificaciones de los hábitos de vida.

La OMS considera que el resultado de la atención médica es bueno cuando el paciente recibe un diagnóstico correcto y los servicios terapéuticos lo conducen al estado de salud óptimo alcanzable en este paciente. Entre los tres componentes de la atención médica estructura, proceso y resultado establece una relación funcional la cual considera que una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso y que un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado. Makover, propone evaluar la calidad atendiendo a dos únicos componentes: (19, 20,21)

- La estructura: normas, organización, administración y finanzas.
- El proceso: la atención médica prestada considerada como el producto final.

La Secretaría de Evaluación Pública (SEP): establece que la evaluación de la calidad asistencial debe hacerse con: el análisis de las condiciones de la calidad previas necesarias para una atención adecuada, el análisis de los elementos de la actividad

médicas evaluaciones clínicas cualitativas, sobre cuestiones técnicas y científicas. Y el análisis de los efectos de la atención.

3.6 Evaluación y vigilancia del componente de Detección Oportuna de Cáncer cérvicouterino

La vigilancia y la evaluación del funcionamiento y los resultados de los programas de prevención del cáncer Cervicouterino son esenciales para determinar si éstos están logrando sus objetivos en forma eficaz y eficiente. Los resultados de la vigilancia y la evaluación de los programas pueden utilizarse para ayudar a asegurar que la prestación de los servicios sea apropiada y para mejorar el funcionamiento de los programas. Si los resultados de la evaluación son positivos, también pueden aprovecharse para asegurar la continuidad del apoyo financiero y político al programa. (12)

Como ciertos aspectos de la evaluación pueden ser lentos y caros, es importante establecer en los programas de prevención del cáncer cérvicouterino estrategias de vigilancia y evaluación viables, teniendo en cuenta los recursos técnicos y financieros de que dispone el programa. Siempre que sea posible, es preciso asegurar que estas estrategias de las evaluaciones a todos los lugares en que se desarrolla el programa, comiencen a aplicarse cuando se inician las actividades del programa.

3.7 Mejora del desempeño del componente de Cáncer Cérvicouterino

El desempeño del programa se refiere tanto a la calidad asistencial como a la consecución de resultados cuantitativos hacia metas del programa definidas. La vigilancia y evaluación son esenciales para comprobar que todos los aspectos de la atención funcionen eficaz y eficientemente mediante los esfuerzos de los trabajadores de primera línea. Debe ser un proceso continuo que derive la interacción entre los sistemas de información, los esfuerzos de supervisión de la garantía de calidad que

definen y aseguran la adhesión a las normas, y las autoevaluaciones de los trabajadores de la salud mediante el proceso participativo de mejora de calidad. (12)

El programa debe proporcionar servicios de calidad que sean apropiados, accesibles y económicos. Para llevar a cabo esta tarea se debe realizar proceso de seguimiento y evaluación continua, comprobando que los sistemas estén establecidos y funcionen eficientemente. Entre las tareas específicas incluyen: (12)

- El progreso del programa de evaluación hacia las metas y los objetivos, usando indicadores claramente definidos y cuantificables.
- La garantía de que la información se recopile, resuma y comunique a través de un sistema de información sanitaria establecida que funcione adecuadamente y otras herramientas cualitativas de mejora de la calidad.
- El uso de datos para ejecutar acciones correctivas en un proceso de mejora continúa del desempeño.
- La inclusión del personal en el proceso de mejora de calidad.

3.7.1 Marco de seguimiento y evaluación:

La vigilancia y evaluación ayudan a: determinar el grado en que el componente está alcanzando las metas y objetivos establecidos y hacer las correcciones pertinentes:

- Tomar las decisiones fundamentadas con respecto a la gestión de programas y prestación de servicios.
- Garantizar el uso más eficiente y eficaz de los recursos.
- Evaluar hasta que punto el programa esta teniendo la repercusión deseada.

(12,14)

Todas estas actividades procuran mejorar el desempeño del componente. El proceso de seguimiento y evaluación se basa en una vía lógica y clara. Comienza con las aportaciones del programa (personal, formación, equipos, etc.) que se hacen para lograr los resultados como servicio de tamizaje, tratamiento y otros servicios asistenciales de apoyo que estén disponibles, sean accesibles, fiables y centrados en la usuaria. Si se garantiza la disponibilidad del personal competente para garantizar servicios de tamizaje y tratamiento de buena calidad a gran parte de las mujeres de grupo de edad destinatario se puede lograr resultados del programa como la cobertura de tamizaje alta y una tasa alta de mujeres con resultados en la prueba que reciban tratamiento, lo que a su vez puede reducir la carga de la enfermedad.

Pueden medirse la mayoría de los resultados usando los indicadores correspondientes a los objetivos principales de un programa de prevención de cáncer cérvicouterino, reducir la enfermedad atrayendo a las mujeres para que utilicen los servicios, sometiendo a tamizaje a mujeres idóneas con una prueba apropiada, y garantizando un tratamiento adecuado a las mujeres con resultados anormales. La capacidad reflejada por los indicadores de calidad, tienen una repercusión significativa en la utilización de los servicios, lo que a su vez afectará el desempeño del programa. Por ejemplo, si la satisfacción de la usuaria es baja o las estrategias de reclutamiento son inapropiadas o ineficaces, la cobertura y la participación serán reducidas. (12)

3.7.2 Mejora de la calidad de los servicios

La vigilancia se centrará en la calidad asistencial ya que la mejora de la calidad de los servicios a la eficiencia y al ahorro de costos, promueve la satisfacción en el trabajo de los empleados y atrae a la usuaria a los servicios de tamizaje y tratamiento. Los factores como satisfacción o la preferencia de las usuarias son difíciles de medir, sin embargo hay herramientas cualitativas y otras estrategias se pueden usar para evaluar la satisfacción de las usuarias, analizar los problemas identificados y desarrollar soluciones para mejorar la calidad de los servicios.

Estas actividades de mejora de la calidad deben convertirse en parte de la prestación habitual de los servicios y se llevarán a cabo cada 3, 4 ó 6 meses, o según lo determine la institución, aplicando medidas correctivas a diario. La mejora de la calidad es responsabilidad de todo el personal del centro. (12,14) Existen métodos para evaluar la calidad del programa donde tenemos:

3.7.2.1 Entrevista de salida a las usuarias:

La obtención de la retroalimentación constructiva de las usuarias es esencial para el programa sea eficaz, porque ofrece a los proveedores la oportunidad de afianzar sus relaciones con las mujeres que buscan asistencia. La percepción que las usuarias tienen de los servicios se puede recoger en las entrevistas de salidas usando cuestionarios semiestructurados y flexibles. Se entrevista a las usuarias cuando salen de un establecimiento, conversando con ellas sobre su experiencia en dicho establecimiento sanitario. Se les pregunta su opinión sobre el trato que recibieron de su proveedor, el modo en que los servicios podrían influir en su intención de buscar tratamiento o seguimiento, en casos necesarios, o en su intención de recomendar los servicios a otras mujeres (12). Otros métodos utilizados para la mejora de la calidad de los servicios tenemos:

- El análisis de flujo: es un método para hacer el seguimiento de las usuarias desde el momento en que entran un establecimiento para recibir servicios hasta el momento en que lo abandonan, para identificar los periodos de espera innecesarios de las usuarias y aumentar la eficiencia del uso del tiempo de los proveedores.
- El plan de acción: es un plan escrito que el personal desarrolla como ayuda para resolver los problemas que identifican durante una evaluación. Cuando los participantes han finalizado las autoevaluaciones y las revisiones de las historias, entrevista con las usuarias y el análisis de flujo de las usuarias tienen una reunión de plan de acción para tratar, consolidar y priorizar los problemas y las recomendaciones.

3.7.2.2 Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las usuarias

En cuanto a los conocimientos es necesario que las mujeres necesiten tener información adecuada acerca de la enfermedad del cáncer cérvicouterino el cual se caracteriza por una multiplicación incontrolada de las células cervicales y que la edad frecuente de aparición de cáncer cervical es de 45 años, pero puede aparecer en la segunda década de vida. Debe saber que el cáncer cérvicouterino tiene una tendencia al incremento por una baja cobertura de la prueba de Papanicolaou. (13)

Además existen muchos factores de riesgo que pueden desencadenar la enfermedad (VPH, Relaciones sexuales a temprana edad, tabaquismo, ITS, etc.). Es uno de los tipos de cáncer que es curable si se detecta a tiempo. Los servicios de salud ofertan un examen vaginal inocuo el cual es la prueba de Papanicolaou, método de elección y la forma más sencilla para la detección de Cáncer cérvicouterino.

Entre las prácticas que las mujeres deben tener en cuenta es el cumplimiento de la realización del PAPS cada año en condiciones de anormalidad necesita realizarse un control cuando lo indique la ginecóloga y cumplir con el tratamiento medico y quirúrgico en casos que lo amerite, además continuar con el tratamiento de seguimiento.

Considerando lo importante que la actitud de la mujer es responsabilidad del personal de salud motivar y persuadir a que tenga una actitud positiva, de interés y motivación del cuidado personal principalmente ante todos los factores de riesgo de cáncer cérvicouterino.

3.7.3 Mejora de los resultados del programa

Para crear el sistema apropiado para medir el funcionamiento de los resultados del programa, es necesario definir y centrarse en los indicadores fundamentales del desempeño del programa. Un concepto fundamental a recordar es que la calidad de datos es más importante que la cantidad. Un sistema de información sanitaria permite la

recopilación y el procesamiento de los datos esenciales para controlar los resultados del programa.

3.7.3.1 Sistemas de información sanitaria

La finalidad de un sistema de información sanitaria es generar periódicamente datos sobre los indicadores cuantitativos de cada elemento del programa para vigilar el proceso e identificar los indicadores que deben mejorar. También se puede usar un sistema de información sanitaria para controlar la atención que recibe cada usuaria. Por ejemplo un tratamiento y la atención adecuada de las mujeres con resultados positivos en la prueba es un factor fundamental en el desempeño del programa. El sistema de información sanitaria puede generar datos sobre el estado de cada mujer involucrada en el programa y categorizar a las usuarias del siguiente modo: (12)

- Grupo A: mujeres con resultados negativos en la prueba del tamizaje.
- Grupo B: mujeres con resultados positivos en la prueba que han sido diagnosticadas y tratadas.
- Grupo C: mujeres con resultados positivos en la prueba que no fueron tratadas o recibieron tratamiento y se perdieron en el seguimiento posterior al tratamiento.

Tales datos permiten controlar la tasa de tratamiento y la de seguimiento de las mujeres con lesiones precancerosas, así como identificar y hacer el seguimiento de cada mujer que necesite tratamiento adicional. La finalidad fundamental de la generación de estos datos es controlar y reducir al mínimo el número de mujeres del grupo C.

3.7.3.2 Identificación de las usuarias

Los programas deben utilizar una tarjeta de identificación individual de las usuarias o pacientes. En el momento de la primera visita de tamizaje a cada una se le dará una tarjeta y se le asignará un número o código de identificación. Este número puede asignarse a nivel local, en la primera visita del tamizaje, y luego aparecerá en cada formulario asociado al programa de cáncer cérvicouterino para facilitar el seguimiento. Además de facilitar la localización de los expedientes de las usuarias, esta tarjeta permite que el proveedor conozca el estado de la usuaria en cualquier paso de proceso. La asignación de un número único a cada usuaria permite relacionar los datos de la usuaria incluso esta haya recibido los servicios en diferentes establecimientos. (12)

3.7.4 Tipos de sistema de información sanitaria

Un sistema de información sanitaria plenamente computarizado es la manera más eficaz de controlar y evaluar los programas. Existen dos tipos de información sanitaria: un sistema de información sanitaria a nivel de establecimiento que se basa en los registros y se mantienen en el establecimiento y un sistema de información sanitaria centralizado. (12,14)

3.7.4.1 Sistema de información sanitaria a nivel del establecimiento.

Un sistema de información sanitaria al nivel de establecimiento se usa para controlar y evaluar los servicios específicos en las unidades de salud, además pueden proporcionar una imagen transversal amplia de la calidad del programa.

En cada establecimiento, la información pertinente de las usuarias obtenida de los registros se usa para calcular las estadísticas mensuales de un número limitado de indicadores que son factibles para un sistema de información sanitaria a nivel de establecimiento. Las estadísticas mensuales de los diversos establecimientos se pueden agrupar para evaluar el desempeño del programa. (12,14) Además

proporcionan datos globales para comparar el desempeño mensualmente y detectar cambios marcados en los indicadores en cada establecimiento.

Un sistema a nivel del establecimiento depende en gran parte de los registros para obtener y agregar datos debe tener los siguientes registros:

- Registros de asistencia al nivel de tamizaje: registra la información básica y los resultados de las pruebas de todas las usuarias sometidas a tamizaje.
- Registro de laboratorio: está ubicado en el laboratorio para registrar todas las muestras entrantes (VPH, citología o histología) y registrar los resultados después del procesamiento. Ayuda a controlar los resultados que todavía no se han notificados al establecimiento remitente.
- Registro de asistencia al nivel de remisión: registra a todas las usuarias que acuden para recibir servicios de diagnósticos y tratamiento tras presentar resultados positivos en la prueba de tamizaje. Ayuda a controlar las tasas de tratamiento según el diagnóstico.

3.7.4.2 Sistemas centralizados de información sanitaria.

Un sistema centralizado facilita el procesamiento de datos y la evaluación eficaz de los resultados del programa. Aun cuando se utilice un sistema de información sanitaria centralizado, se usará el sistema de información sanitaria al nivel de establecimiento para evaluar el desempeño y aplicar medidas correctivas. (12)

Además es una ventaja, ya que permite el seguimiento de las usuarias que necesitan tratamiento y seguimiento después del tratamiento (aún cuando se proporcionen servicios a través de diferentes establecimientos), el análisis de datos eficaz y el control y la evaluación del proceso y los resultados del programa. Dicho sistema de información sanitaria requiere buenos vínculos de comunicación entre los diversos establecimientos

y el centro de procesamiento de datos, así como la disponibilidad de las computadoras, suministros eléctricos y operadores capacitados, algunos de los cuales quizá no sean factibles en muchos entornos con recursos limitados. Puede proporcionar datos globales para comparar el desempeño mensualmente y detectar cambios marcados en los indicadores en cada establecimiento. (12)

3.8 Registro del Cáncer

La eficacia de un programa de prevención del cáncer cérvicouterino se manifiesta por la reducción de la incidencia del cáncer cérvicouterino y de las tasas de mortalidad por esta causa. Los cambios en la tasa serán controlados por un registro del cáncer basado en la población (Cooke et al. 2002). Los registros del cáncer también pueden vincularse a un sistema de información sanitaria centralizado, para evaluar si las mujeres que previamente tenían resultados negativos en el tamizaje contraen cáncer, para indicar los resultados falsamente negativos. No obstante, cabe señalar que aunque los registros del cáncer son sumamente aconsejados, su desarrollo y sostenibilidad en los entornos de escasos recursos puedan constituir un reto. La información sobre cómo establecer registros del cáncer basados en la población puede obtenerse del grupo de epidemiología descriptiva.

Para asegurar su máxima repercusión, los resultados de la evaluación deben informarse al personal pertinente del programa, junto con las recomendaciones sobre las medidas correctivas, si fuesen necesarias. Por ejemplo, si en una evaluación se determina que sólo una proporción pequeña de pacientes derivadas para las pruebas de diagnóstico está recibiendo los servicios realmente, deben adoptarse medidas necesarias para determinar el motivo. Luego, deben crearse los mecanismos adecuados para solucionar el problema, como ofrecer servicios de transporte a un consultorio donde se realicen las pruebas de diagnóstico o desarrollar vínculos nuevos y funcionales con prestadores de este servicio. Al examinar las soluciones posibles a los problemas detectados durante una evaluación, puede resultar útil hacer participar a

las personas que prestan o reciben los servicios o recopilar información más exhaustiva sobre el problema. (12; 14)

4. DISEÑO METODOLOGICO.

Se realizó un estudio de Evaluación de los servicios de salud, usando una combinación de métodos y técnicas.

4.1 Estudio de Evaluación de los servicios de salud

Se llevo a cabo mediante los métodos y técnicas siguientes:

4.1.1 Observación, donde se evaluó:

Infraestructura de las unidades de salud evaluadas en el estudio.

Equipamiento en relación con el componente.

Proceso de atención.

4.1.2 Revisión documental, donde se estableció una línea de base que permitió evaluar:

- Ocurrencia casos de cáncer de cuello uterino en el año de estudio.
- Muertes por esta causa en el mismo periodo.
- Reportes del laboratorio de citología sobre la calidad de las muestras tomadas.
- Número de citologías de mujeres examinadas.

4.1.3 Entrevistas a profundidad a informantes claves, para conocer:

- Grado de adecuación de los recursos disponibles.
- Apreciación sobre el cumplimiento de las normas del componente y factores que le afectan.
- Estrategias y procedimientos utilizados para la educación de la población y capacitación del personal de salud.
- Cobertura del componente.

4.1.4 Encuesta para conocer:

- Grado de satisfacción o insatisfacción de las mujeres en relación con el componente.
- Conocimientos, actitudes y prácticas con relación al Papanicolaou.

Fuente de información:

- Primaria: entrevista a los responsables del componente, enfermera, personal y población.
- Secundaria: revisión bibliográfica y estadística.

4.2 Área de estudio:

El Municipio El Castillo, pertenece a la jurisdicción política del departamento de Río San Juan, su cabecera municipal está asentada en el centro urbano de Boca de Sábalos, se encuentra aproximadamente a 54 kilómetros, dos horas de navegación o en transporte público de la cabecera departamental San Carlos, y a 350 Kms. de la capital de Nicaragua. Con una población promedio de 18,887 habitantes, donde el 95% de la población vive en zonas semirurales y el 5% de la población en la zona rural.

El área de salud atiende 50 comunidades rurales y 2 comunidades urbanas. La mayor parte de la población se encuentra en las áreas de las Maravillas y Buena Vista. La comunidad es atendida por un centro de salud ubicado en el área urbana del poblado de Boca de Sábalos, el cual oferta todos los servicios de atención primaria, además consta con siete Puestos de Salud que atiende a las áreas rurales del municipio. De éstos Puestos de Salud sólo tres unidades ofertan el paquete completo del componente de Detección Oportuna de Cáncer Cérvicouterino. (Buena Vista, El Castillo, Las Maravillas).

4.3 Observación

Se llevo a cabo el método de Observación en dos momentos:

- Evaluación de la infraestructura de las unidades de salud, constituida por el Centro de salud “Camilo Díaz” y tres puestos de salud. Se realizó una observación estructurada, mediante un instrumento de lista de Chequeo (Anexo 1), la cual consta de cinco acápite donde se valoraron los aspectos físicos de la unidad de salud, privacidad, disponibilidad y visibilidad de materiales educativos, y los recursos materiales con lo que cuenta el componente de Detección oportuna de cáncer cérvicouterino. El procedimiento para la recolección de los datos comprendió el llenado del instrumento, contando con la autorización de director y personal responsable de cada unidad de salud en estudio. La información se concentró en una matriz de datos.
- Se observó el Proceso de atención donde se valoró la capacidad técnica del personal en el momento de la toma de las muestras cervicales, contando con una guía de observación (Anexo 2). La información obtenida se procesó manualmente y se analizó sobre la base de una descripción e interpretación de los aspectos positivos, negativos y condición relevante encontrada al momento de la misma.

4.4 Revisión documental

Se obtuvo información que permitió valorar los logros del componente de Detección Oportuna de cáncer cérvicouterino siendo los aspectos principales: la cobertura, mortalidad por Cáncer y calidad de las muestras, así como los reportes de citologías basado en el sistema Bethesda 2001, datos que se consignarán en un instrumento Guía de revisión documental (Anexo 3).

4.5 Entrevista a profundidad a Informantes Claves

Se entrevistó a la responsable del Componente de Detección Oportuna del Cáncer Cérvicouterino de cada unidad donde se toman muestras cervicales (Boca de Sábalos), B/Vista, Las Maravillas, El Castillo, siendo un total de 5 informantes claves.

La entrevista estuvo destinada a conocer la apreciación del personal encargado sobre el componente de Detección Oportuna de cáncer cérvicouterino, prestando atención a los aspectos de adecuación de los recursos humanos con lo que cuentan las unidades de salud, cumplimiento de las normas y factores que lo afectan, estrategias de procedimientos usados para la educación a la población, capacitación del personal de salud y cobertura (Anexo 4). La información se sometió a construcción de categorías de análisis, que permitió resumir la información en matrices de datos. (Anexo 5).

4.6 Encuesta a usuarias

Se aplicó una encuesta de Conocimientos, actitudes, y prácticas acerca de Cáncer Cervicouterino la cual fue aplicada en las comunidades del estudio.

El municipio El Castillo, atienden una población promedio de 18,877 habitantes con 2,710 mujeres en el rango de edad comprendida de 25-65 años.

Teniendo en cuenta que la mayor parte de la población del municipio vive en el área rural, para homogeneizar la población y evitar sesgos, se tomó dos comunidades rurales y dos urbanas, accesibles. En cada comunidad se entrevistó hasta completar a las 50 mujeres. La selección es por conveniencia de los investigadores, ante las posibilidades de recursos humanos, financieros y de tiempo.

Se entrevistaron a todas las mujeres que son o han sido sexualmente activas entre la edad de 25-65 años, que habitan en las comunidades de estudio, siendo las dos

comunidades urbanas (Boca de Sábalo, El Castillo) y dos rurales (Buena Vista y las Maravillas).

Para la recolección de la información, se aplicó un instrumento estructurado, que es un cuestionario de preguntas cerradas, elaborado por docentes de Salud Pública y col. (2003) (Anexo 6), aplicado en una comunidad de Lechecuagos, usuarias y no usuarias del componente de detección oportuna del cáncer cérvicouterino. Se realizó ejercicios prácticos con la tutora para obtener dominio del instrumento.

La tabulación de la información se proceso en Epi-Info 6, luego se analizó la información utilizando descripción univariada que refleja porcentajes, analizando lo siguiente:

Conocimientos:

- Porcentaje de mujeres que conocen sobre Cáncer Cérvicouterino.
- Distribución según fuentes de Información donde las pacientes adquirieron la información sobre Ca Cu.
- Porcentaje de conocimientos de los factores de riesgo de padecer de Cáncer Cérvicouterino.
- Porcentaje de mujeres que saben la utilidad del examen de PAP.

Actitud:

- Motivo para no realizarse la citología cervical.
- Distribución de la periodicidad de las prácticas de la citología cervical.
- Porcentaje de motivos para realizarse el examen de papanicolaou.

Prácticas:

- Porcentajes de mujeres que se han realizado la citología cervical.
- Motivo de la realización del examen vaginal.

- Porcentaje de mujeres que obtuvieron sus resultados de la citología vaginal y razón por la cual no.

4.7 Entrevista de salida a usuarias

Para conocer la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en las unidades de salud, se entrevistaron a 80 de ellas, las cuales estuvieron conformadas por 20 mujeres de cada una de las cuatro comunidad que solicitaron atención del componente de detección oportuna de cáncer cérvicouterino en las unidades de salud.

Se realizó entrevistas directas a las usuarias, empleando un instrumento estructurado con preguntas abiertas y cerradas a las que solicitaron la realización de citología cervical o cualquiera de los servicios del componente de detección de cáncer cérvicouterino que asistieron a las unidades de salud del municipio El Castillo, donde se realiza la citología cervical, con el fin de conocer el grado de satisfacción de la usuaria al hacer uso de éste servicio. (Anexo 7)

La información recolectada se procesó en Epi- Info 6, luego se analizó la información en porcentajes presentando lo siguientes:

- Grado de satisfacción de las usuarias con respecto al tiempo de espera y el tiempo que paso en la consulta.
- Porcentaje de pacientes satisfechas con la consulta brindada
- Distribución de pacientes satisfechas con el lugar de la atención brindada y el lugar donde se les atendió.
- Grado de satisfacción de las usuarias con la información brinda por el médico o enfermera.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

		VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR
		CALIDAD	ESTRUCTURA (Oferta básica del servicio de salud)	Disponibilidad
Condiciones planta física	Existencia de Infraestructura y equipo adecuado para la atención de pacientes en programa DOC.			Número de salas y equipos adecuados para la realización de PAP en las unidades de salud.
PROCESO (Funcionamiento y utilización de los servicios)	Actividades		Acciones mediante las cuales son determinadas las funciones desempeñadas por los recursos para cumplir los objetivos de una institución de servicio de salud.	Número de PAP realizados (2000-primer semestre del 2006). Número de capacitaciones realizadas durante el período de estudio
	Eficacia		Logros de los objetivos del servicio sobre los usuarios del mismo.	Período en que tardan los resultados de las pruebas y cuanto tiempo tardan en llevarlas al laboratorio.
	Calidad de la citología		Es una combinación de características humanas y tecnológicas que los servicios de salud deben poseer para poder cumplir sus objetivos.	% de resultados de PAPs inadecuados o no concluyentes. % de PAPs que dan resultados un positivo falso. % de muestras cervicales que son llevadas a calidad.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR
Cobertura	Proporción de personas con necesidades de servicios de salud que recibe atención para tal necesidad.	<p>Porcentaje de mujeres que se han realizado PAPs.</p> <p>Proporción de mujeres con estudios anormales.</p>
Efectividad: Resultados de las acciones de salud sobre la población objeto de los mismos	Conocimientos: Información que tiene la población sobre Ca CU. y a la vez sus factores de riesgo.	<p>% de mujeres que conocen sobre cáncer Cervicouterino.</p> <p>Distribución donde las pacientes adquirieron la información de Ca. Cu.</p> <p>% de conocimientos sobre los factores de riesgo.</p> <p>% mujeres saben utilidad del PAPs</p>
	Actitud: Formas de pensar o actitudes que adoptan las pacientes en relación con el PAP.	<p>Porcentaje de los motivos para no realizarse la citología cervical</p>
	Prácticas: Conductas tomadas por las pacientes como una respuesta establecida ante la citología cervical.	<p>% de mujeres que se han realizado PAPs.</p> <p>% de mujeres que obtuvieron sus resultados de PAPs.</p> <p>Distribución de la periodicidad de la práctica de PAPs.</p>

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

		VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR
CALIDAD	RESULTADOS	Satisfacción de la usuaria	Indicador clave en los servicios de salud ofertados que cubren las expectativas que tiene la paciente.	<p>Calidad de la atención al momento de realizarse el PAPs.</p> <p>Opinión de la relación médico paciente.</p> <p>Grado de satisfacción de la pacientes con el tiempo en consulta y el tiempo de espera para ser atendida.</p>
		Consejería brindada por el personal de salud.	Opinión del personal de salud y de las pacientes sobre la existencia de actividades de información, educación y comunicación durante la atención medica.	Grado de satisfacción de las pacientes con la información brindada por el personal de salud a las pacientes.
		Privacidad de la atención	Es el desarrollo de la consulta en algún lugar dónde es atendida la usuaria.	Grado de satisfacción de las pacientes con el medio donde se llevó la consulta.

5. RESULTADOS

5.1 Información obtenida sobre los recursos del componente mediante la observación participante

5.1.1 Aspectos físicos de las unidades de salud

Todas las unidades de salud en estudio cuentan con consultorios para la atención individual, en cambio los puestos de salud cuentan con un consultorio destinado a diferentes procedimientos como la atención de parto y sus emergencias y ahí mismo se toman las muestras de PAP. Sólo el centro de salud cuenta con una sala que esta destinada para el componente de Atención integral a la mujer y la toma de PAP. En todas las unidades de salud, las pacientes gozan de privacidad al momento de ser examinadas.

El Centro de salud es el único que tiene lavamanos en el consultorio, pero se encuentra en mal estado. Todas las unidades cuentan con una sala de espera.

5.1.2 Equipos y suministros

Todas las unidades de salud están equipadas con mesas ginecológicas, que se encuentran en buen estado. El centro de salud cuenta con dos, una de ellas destinada exclusivamente a la atención del parto. En las unidades de salud de Las Maravillas y de Buena Vista no disponen de suficientes sábanas ni de ropa ginecológica, de las que sí dispone el Centro de salud Camilo Díaz y el Puesto de salud de El Castillo.

El centro de salud y los puestos de salud Buena Vista y El Castillo cuentan con espéculos metálicos, en promedio seis cada uno, en buen estado. Todas las unidades son abastecidas mensualmente con espéculos desechables, con un promedio de 20 a cada unidad, brindados por ONGs (Médicos del Mundo España, San Juan Río Relief). Las unidades de salud de las Maravillas y Buena vista no cuentan con luz eléctrica ni

esterilizador. En caso de usar los espéculos metálicos, se preparan los paquetes para llevarlos al centro de salud para a ser esterilizados, de lo cual se encarga un recurso humano, que además realiza otras actividades que dan respuesta a las necesidades del puesto de salud.

En cada unidad de salud se cuentan actualmente con 50 láminas, y reciben 72 láminas cada dos meses. Tienen un promedio de 100 hisopos y espátulas de Ayre. Existe un frasco fijador de Spray en cada puesto de salud, mientras que el centro de salud tenía en uso tres frascos.

Existe una lámpara de cuello de cisne en buen estado, tanto en el centro de salud como en el puesto de salud en El Castillo. En las otras unidades usan lámparas de mano por falta de luz eléctrica. Ninguna unidad de salud tiene porta-láminas.

En todas las unidades de salud se dispone de aproximadamente medio block de hojas de solicitud de citología cervical, las unidades de salud cuentan con gasas suficientes.

5.1.3 Materiales de Educación, información y Comunicación:

Las unidades de salud no disponen de materiales educativos sobre el cáncer cervicouterino, ni cuentan con equipos audiovisuales, como televisor o retroproyector.

5.2 Información obtenida mediante la observación directa del proceso de toma, envío y registro de las muestras.

5.2.1. Registro de los datos:

La persona que toma las muestras anota los datos de cada mujer en el formato de solicitud del examen y en el libro de registros de la unidad de salud. Cuando vienen los resultados de citología, los anota en el libro de registro. Ninguna lámina es rotulada con el nombre de la usuaria.

5.2.2. Técnica para la toma de PAPs.

En el proceso técnico de la toma correcta de la muestra se observa una serie de incumplimientos en los pasos a seguir, (Tabla 1).

Tabla 1. Técnica realizada en la toma de Papanicolaou, El Castillo, Río San Juan, Julio 2006.

Pasos	Técnica realizada en la toma de muestra cervical	Proporción n=20
1.	Hace lavado de manos previo	2/20
2.	Coloca a la paciente en posición ginecológica	20/20
3.	Realiza tacto vaginal previa a la toma de la muestra	15/20
4.	Introducir el espéculo vaginal sin lubricante y ubicar el cuello Uterino.	12/20
5.	La toma adecuada exige la observación directa del cuello uterino	18/20
6.	En caso de presencia de sangrado o flujo, la toma de la muestra se hará previa limpieza cuidadosa del cuello uterino torunda de algodón.	5/15
7.	Para obtener la muestra del exocérvix y del endocérvix, con una espátula de Ayre o citocepillo en el canal endocervical y rotarlo 360 grados y realizar el extendido en la lámina.	Espátula: 2/20 Hisopo: 18/20
8.	Fijación inmediatamente después de la toma a una distancia entre 20 -30 cm de la lámina.	2/20

Con respecto a la toma de la muestra, la mayoría lo realiza en dos tiempos y utilizan hisopos. Introducen primero uno en el endocérvix y realizan el extendido en la lámina de forma horizontal, luego con el otro hisopo toman muestra del exocérvix, deslizándola sobre la lámina. Al final fijan la lámina con spray a cualquier distancia.

5.2.3. Transporte de las muestras

Las unidades envían las láminas sin portaobjetos, debido a la ausencia del equipo. Cada lámina es envuelta en su respectiva hoja de solicitud, luego se depositan en una caja donde pueden pasar más de 15 días para ser trasladadas del lugar donde se tomaron hasta los puestos de salud. Según los encargados del servicio hacen éste proceso tardíamente. Las muestras tomadas en los puestos de salud son entregadas al responsable del componente en el centro de salud, quién las prepara y las envía al SILAIS. Según el personal, no tienen un día establecido para el traslado de las muestras.

5.2.4. Informe e interpretación de los resultados

EL centro de salud envía las muestras al SILAIS, el que a su vez las remite al Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia, para su estudio ante la ausencia de un citotecnólogo en el departamento de Río San Juan. El resultado del PAPs puede ser informado a la usuaria en un período mayor de un mes, contrario a lo establecido por las normas. Para el reporte de los resultados de las citologías se usa el sistema Bethesda.

5.3 Revisión Estadística

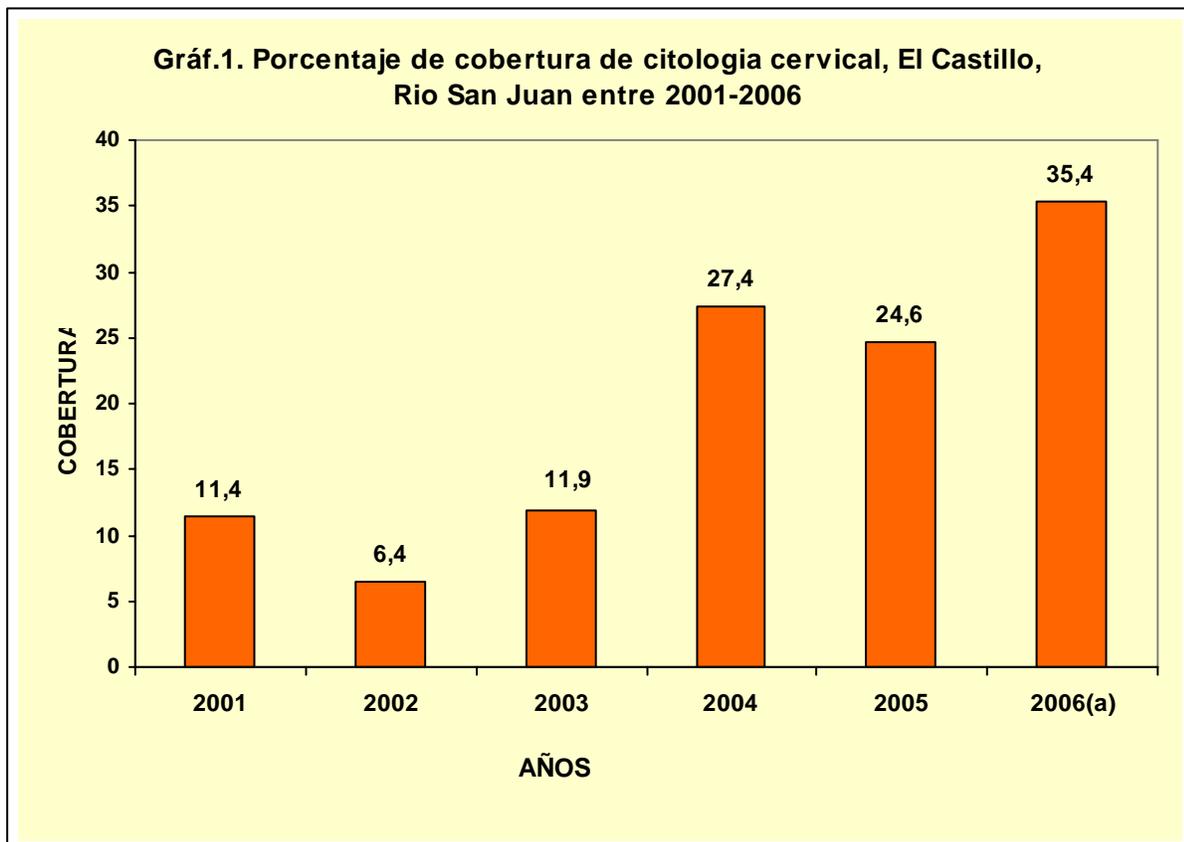
5.3.1 Lesiones premalignas y cáncer cérvicouterino en los últimos cinco años.

De las 2,649 muestras tomadas en el periodo comprendido entre Enero del 2001 y el primer semestre del 2006 se tenían los resultados de 2,468. De estas, el 91.0% era negativas para células malignas, 1.7% tenían atipia celular, 3.4% tenían Lesión

Intraepitelial de Bajo Grado, 0.3% Lesión Intraepitelial de Alto Grado, y una paciente (0.04%) tenía cáncer invasor. Además, 0.4% correspondía a lesiones atróficas.

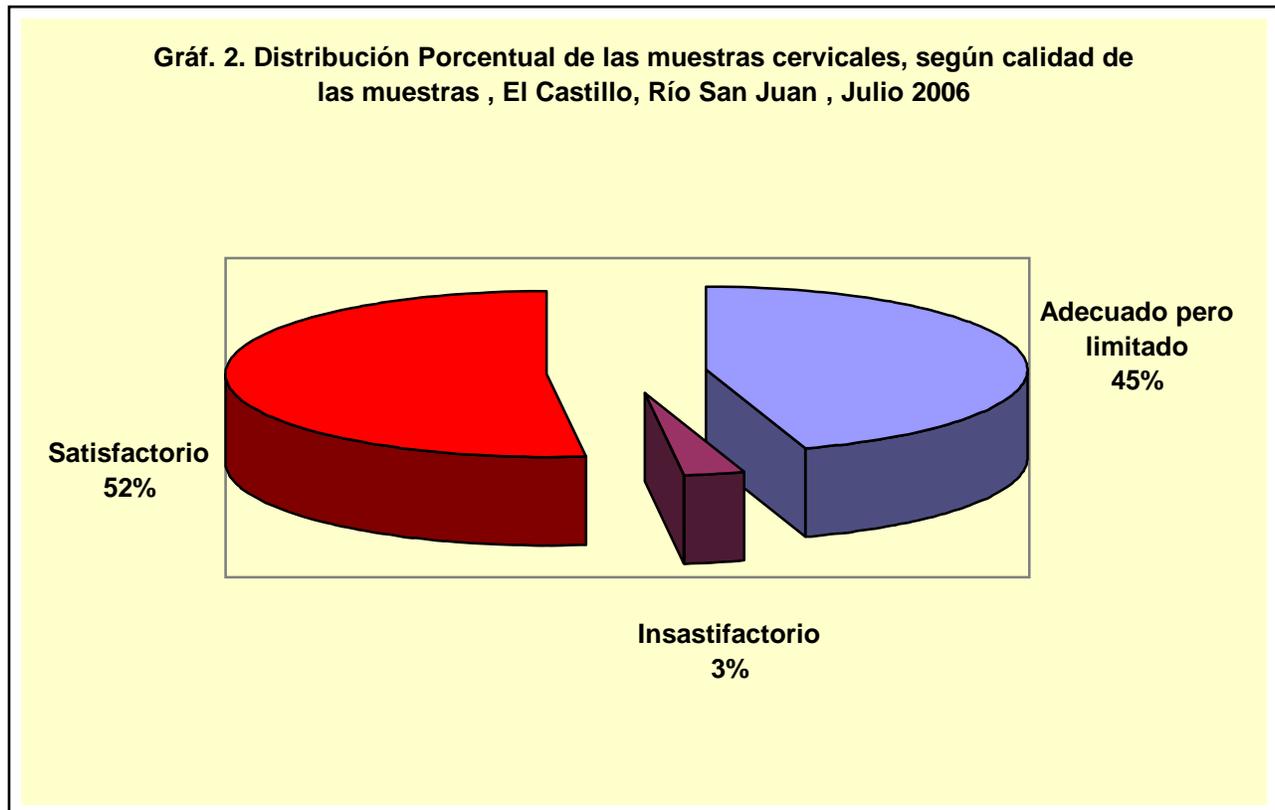
5.3.2 Cobertura de citología vaginal en los últimos cinco años.

La cobertura anual de citología vaginal ha sido calculada dividiendo el número de Papanicolaou realizados en cada año, entre el número de mujeres en edad fértil estimado para esos años (Anexo, Tabla 2 y 3). En el caso del año 2006, el número de exámenes es una proyección, asumiendo que en el segundo semestre se realizará el mismo número de exámenes que los realizados en el primer semestre. Puede verse una tendencia al aumento en la cobertura en los últimos años. (Gráfico 1).



(a) Cifra del 2006 es una proyección en base a datos del 1er. Semestre.

La clasificación de las muestras leídas, según calidad de las mismas. El 52.0% fueron reportadas como satisfactorias. (Gráfico 2)



5.3.3 Mortalidad por cáncer de cuello uterino

En los registros del MINSA no se encontraron muertes por esta causa en el Municipio.

5.4 Información obtenida por entrevistas con profundidad a informantes claves (El Castillo, Río San Juan, 2006)

5.4.1 Recursos del servicio del componente

Los recursos humanos son percibidos como insuficientes e inestables; así, señalaron: **“Consideramos que los recursos humanos son limitados y éstos no son estables”**. Y además: **“No se cuenta con citotecnóloga”**.

Las unidades de salud cuentan con espéculos vaginales, principalmente de tipo desechable, que en buena medida han sido donados por el proyecto de Salud Sexual Reproductiva desarrollado por Médicos del Mundo España. En dos puestos de salud, Buena Vista y Las Maravillas, carecen tanto de lámpara cuello de cisne como de luz eléctrica.

En el centro de salud Camilo Díaz, las muestras son tomadas principalmente por una licenciada en enfermería; en su ausencia, las toman los médicos. En los puestos de salud de El Castillo y Buena Vista, las muestras son tomadas principalmente por auxiliares de enfermería o, en su ausencia, por médicos.

Se considera que el personal asignado a las actividades de detección oportuna del cáncer de cuello uterino es insuficiente para la atención de la demanda. El personal asignado tiene otras responsabilidades, incluyendo cobertura a zonas alejadas. El cumplimiento del tiempo asignado se dificulta cuando el personal encargado no reside en el lugar. La rotación de personal es también un problema. Parte de esa situación se refleja en la información brindada en el Puesto de Buena Vista: **“Existen limitante de recursos en la unidad, ya que cuando salen a coberturas que da un recurso cubriendo la unidad”**.

Las capacitaciones brindadas al personal de salud son escasas, en los puestos de salud no se han brindado capacitaciones, donde expresaron lo siguiente: **“No se ha brindado capacitaciones al personal de los puestos de salud acerca del Papanicolaou”**. Mientras el director y la enfermera a cargo del programa en el centro de salud manifiestan que tres meses antes se había ofrecido capacitación sobre detección y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino, el personal de los puestos de salud manifestaba no haber recibido capacitación.

5.4.2 Cumplimiento de las normas del servicio

Existe incumplimiento de las normas en cuanto a condiciones en que debe estar la mujer para tomarle la muestra para el examen de Papanicolaou. Explicaban que sucedía esto, por el temor de que la mujer no regresara más adelante: **“Hay limitantes en la toma de las muestras sin que las mujeres tengan los criterios para la toma; es que se debe a que después la mujer no vuelve a la unidad”**. Existe incumplimiento en la aplicación de normas de asepsia y antisepsia de parte del personal, particularmente en lo relativo al lavado de manos antes del procedimiento.

5.4.3 Calidad de las muestras de PAPs

Al respecto, el personal señala: **“No hemos encontrado datos de tomas inadecuadas, lo que indica que existe una buena calidad de la muestra”**. Sin embargo, señalan que el tiempo y condiciones de traslado pueden ocasionar problemas algunas veces.

5.4.4 Entrega de los resultados de PAPs

El retraso en la entrega de resultados afecta negativamente el interés de las mujeres. Este problema ha venido disminuyendo: antes tomaba de cuatro a seis meses la entrega de los resultados, mientras que ahora les toma entre uno y dos meses. Al respecto han tenido el apoyo de la ONG “Médicos del Mundo, España”.

5.4.5 Seguimiento y monitoreo a las usuarias

En cuanto al seguimiento de las mujeres con resultados anormales, la mayoría de los miembros del personal entrevistados coincide en que la valoración la hace el médico, previa cita o visita a la usuaria en la comunidad. Los casos que lo ameriten son referidos a consulta externa de Ginecología del “Hospital Luis Felipe Moncada de San Carlos”. Hay quejas de fallas en la contrarreferencia.

5.4.6 Cobertura de las muestras de PAPs

La cobertura de las muestras de PAP ha venido en aumento, como resultado de las visitas de las brigadas médicas a las comunidades (estrategia de extensión de cobertura). En los puestos de salud de Buena Vista y Las Maravillas, expresan: **“Datos no manejo, pero está aumentando con la entrada de los equipos de extensión de cobertura al terreno”**. Según el director de los servicios de salud en el municipio, para el año 2005 se tenía una meta de cobertura de 18%, y se logró alcanzar un 24.7%.

5.4.7 Desarrollo de estrategias educativas

El personal asignado imparte charlas en las unidades de salud, y ofrece orientaciones a la población mediante un programa radial (A Flor de Pueblo) financiado por el proyecto de Salud Sexual Reproductiva de “Médicos del Mundo, España”, y con el trabajo de un

promotor de salud que brinda charlas educativas en las comunidades que visitan las brigadas médicas. En un puesto de salud señalaron que la actividad educativa se realiza sólo en el momento de la consulta. Consideran que tienen pocos recursos para la actividad educativa. Todos coinciden que se puede hacer algo mejor en el servicio: ***“Es necesario ampliar la capacitación a la red comunitaria e incrementar la consejería en las consultas”.***

5.4.8 Presencia de casos de cáncer cérvicouterino y /o lesiones

Todas las entrevistadas reportan la existencia de casos de cáncer de cuello uterino o de lesiones premalignas, pero sólo en una unidad de salud presentaron datos.

5.5 Información obtenida mediante encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas.

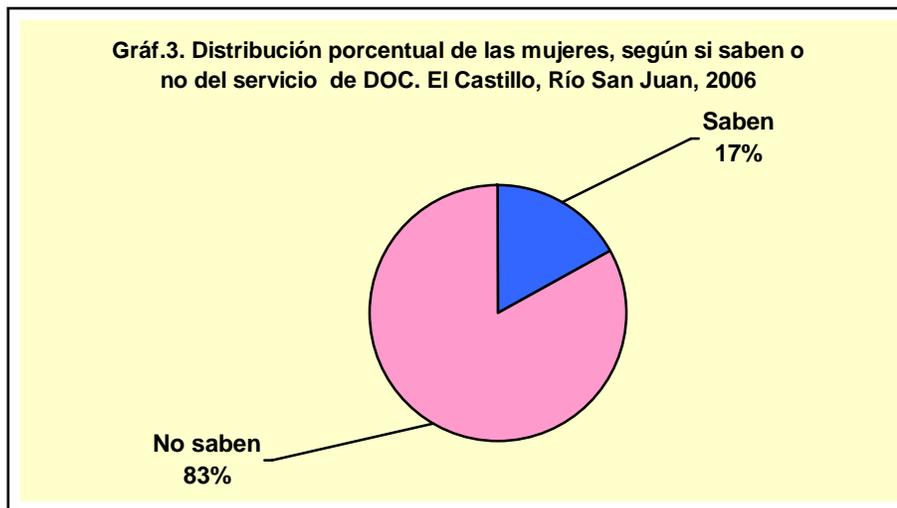
5.5.1 Descripción de las mujeres entrevistadas

La mediana de la edad era de 38 años, con un rango entre los 25 y los 65 años; el 63.0% había asistido a la escuela, principalmente primaria. Ver Anexo (Tabla 4).

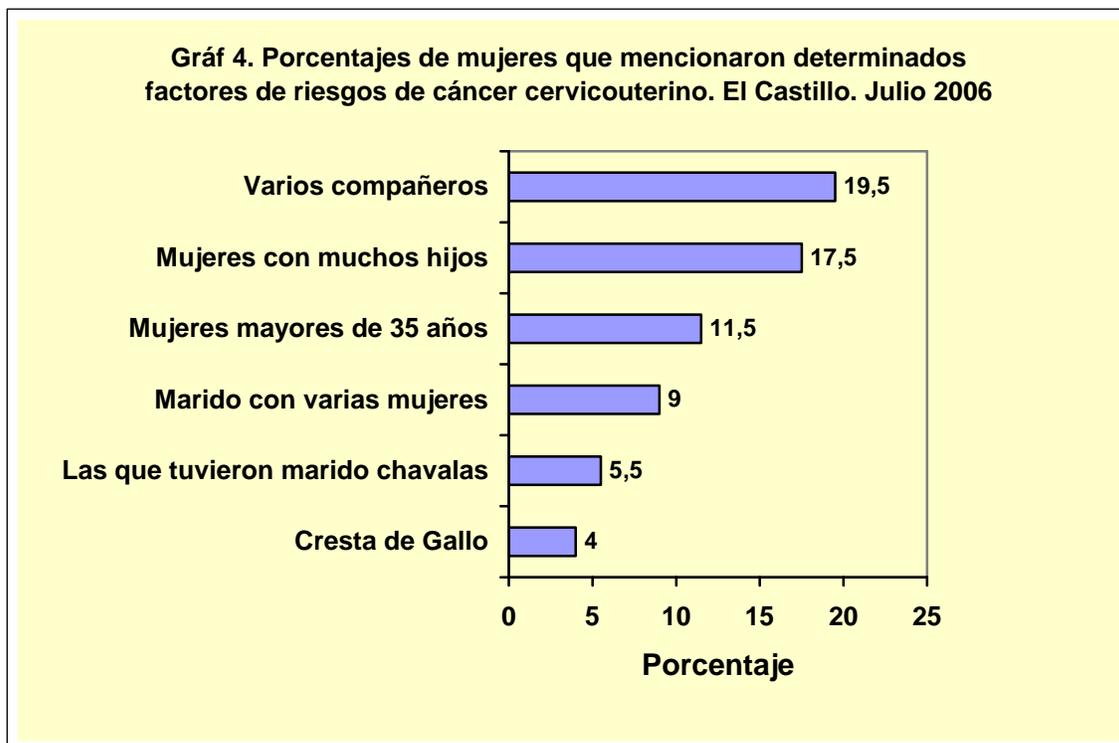
5.5.2 Conocimientos sobre el cáncer cérvicouterino

Se encontró al 79.0% de las mujeres han oído hablar sobre el cáncer cérvicouterino. De ellas, la principal fuente de información la ha constituido la radio, mencionada por el 73.4% de las personas, seguida del personal de salud (37.9%) y la televisión (4.4%).

Solamente el 17.0% de las mujeres conocen que en las unidades de salud funciona el componente de detección del cáncer cérvicouterino. (Gráfico 3).



Con relación a los factores de riesgo de cáncer cérvicouterino, el que más mencionaron fue el de la promiscuidad femenina. (Gráfico 4).

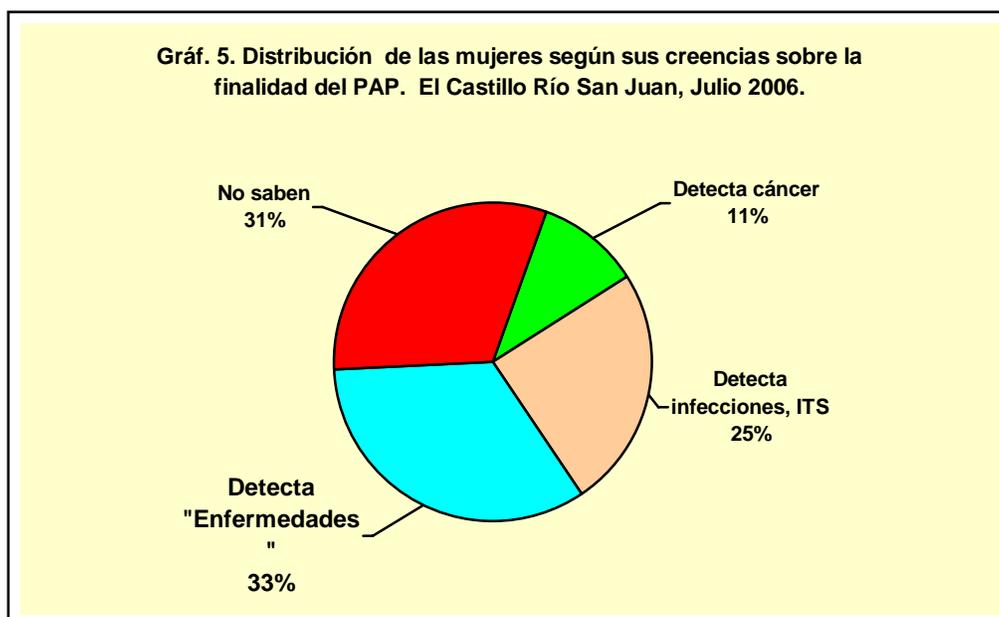


Sólo 6 de cada 10 mujeres tiene claridad acerca de la curabilidad del cáncer de cuello uterino. (Tabla No. 5)

Tabla 5: Distribución porcentual de las mujeres según sus creencias sobre la curabilidad del cáncer cérvicouterino. El Castillo, Río San Juan, Julio 2006.

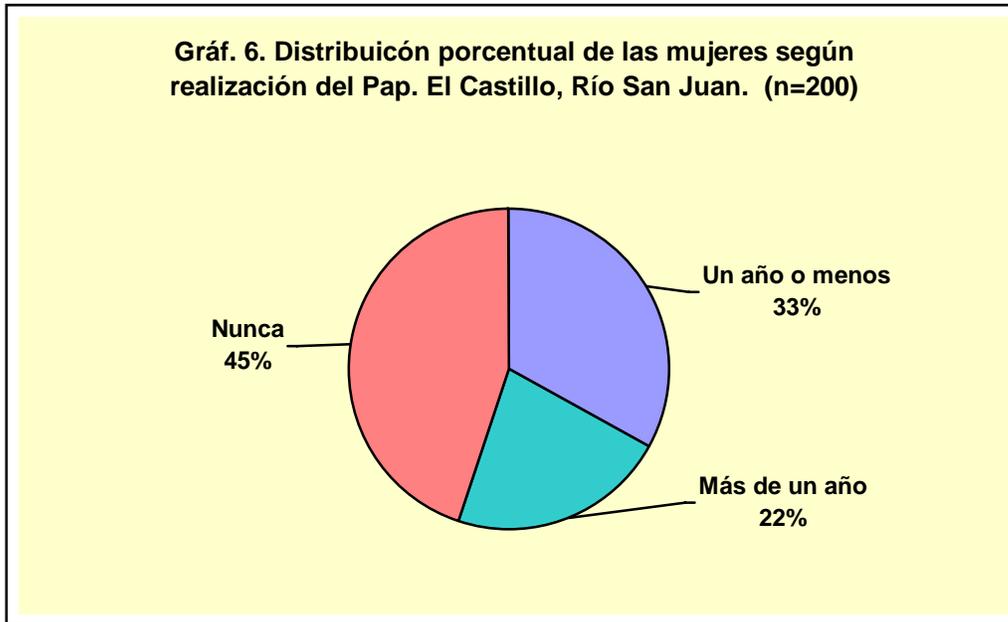
Curabilidad del Cáncer	Porcentaje (n=200)
Si, siempre	3.5
Si, sólo cuando el cáncer comienza	61.0
No, no se cura	19.0
No sabe	16.5
Total	100.0

El porcentaje de las entrevistadas que conocen muy poco la utilidad de la prueba de PAPs. (Gráfico 5)

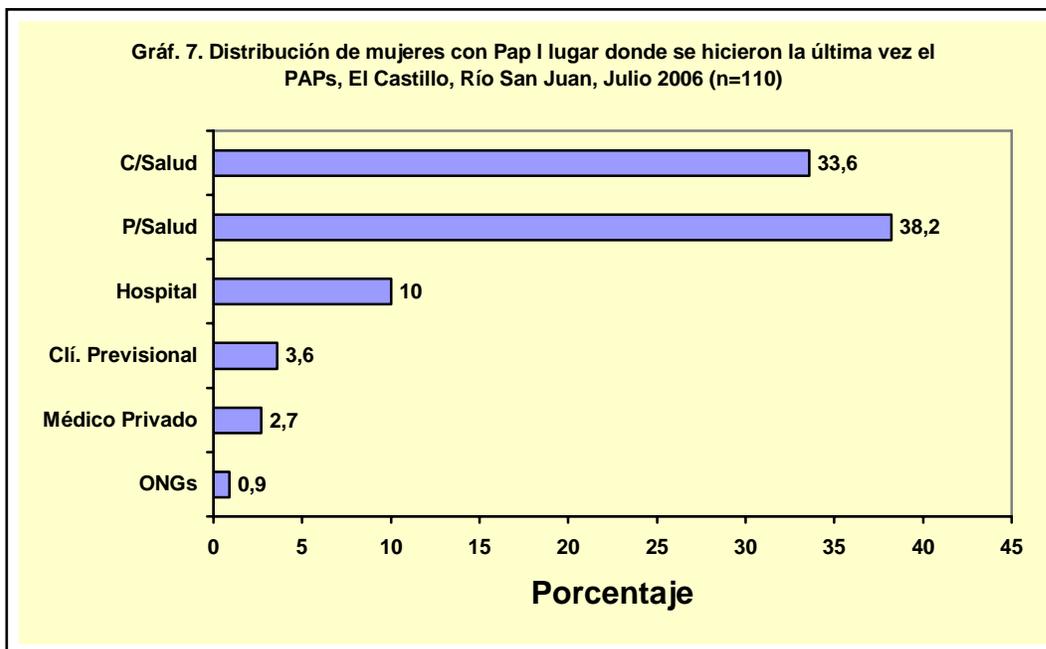


5.5.3 Prácticas y Actitudes

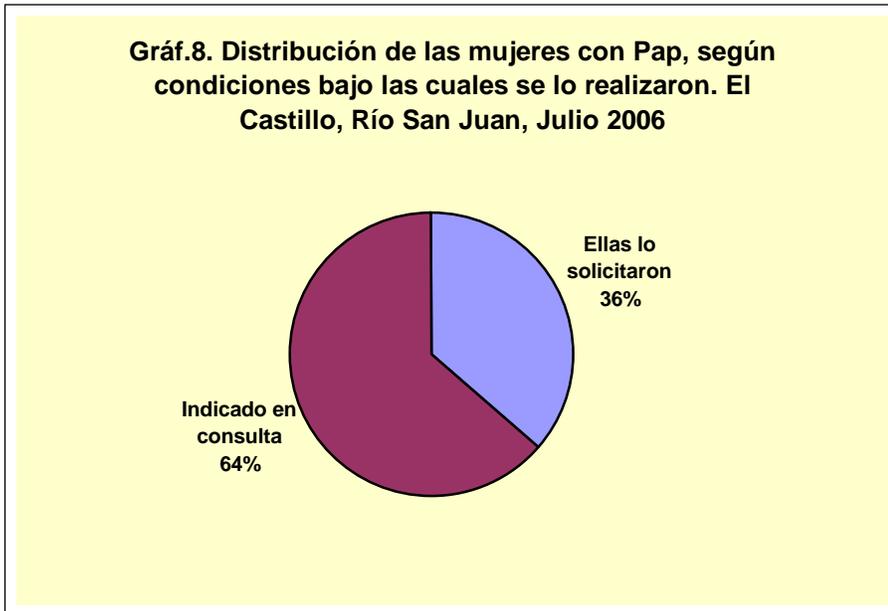
El 55.0 % de las mujeres estudiadas se ha practicado el examen de PAPs alguna vez en su vida, incluyendo un 33% que se lo hicieron en los últimos doce meses. (Gráfico 6)



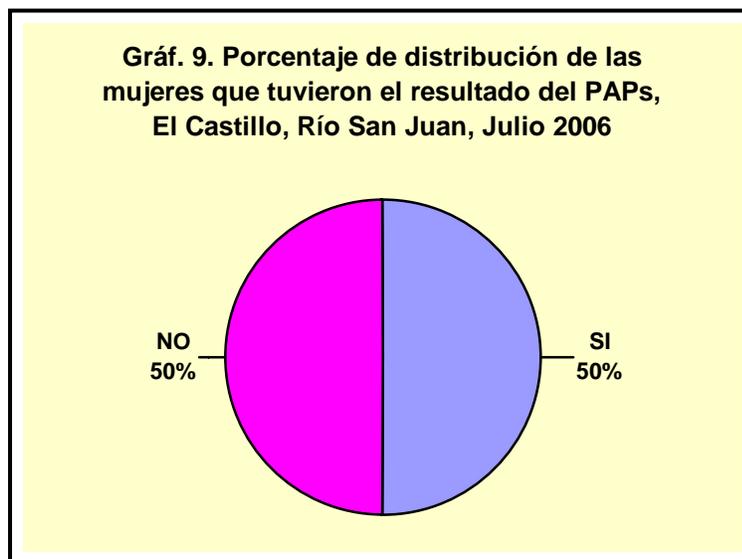
De las mujeres que se habían realizado el PAPs, la gran mayoría reportó que la última vez sé lo hizo en el puesto o en el centro de salud. (Gráfico 7).



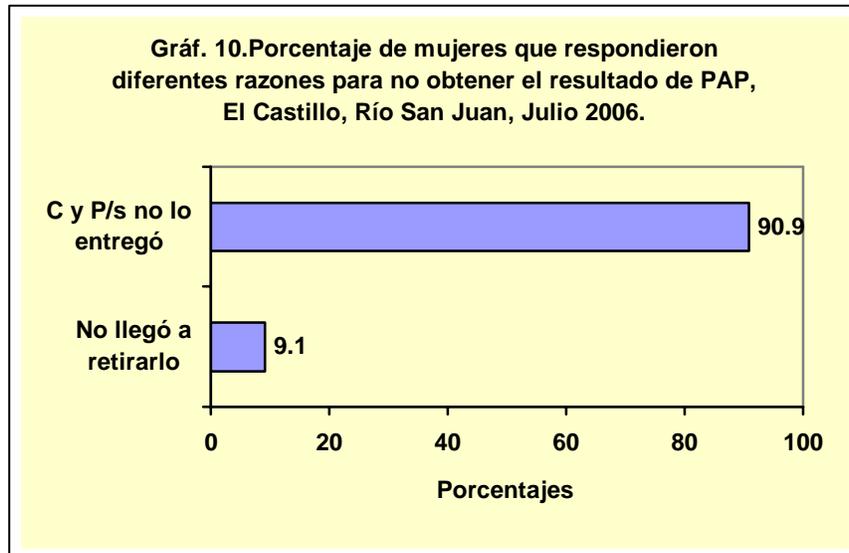
Entre las condiciones bajo las cuales se realizaron el PAPS, más de la mitad sé lo hizo porque se lo ordenaron al acudir a la unidad de salud sea por consulta y/o control. (Gráfico 8)



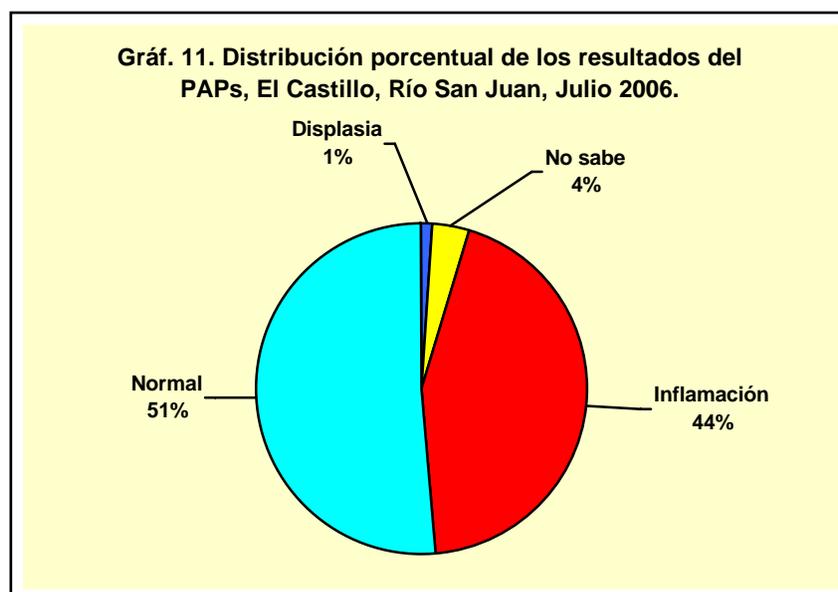
De estas mujeres que se hicieron el PAPS solo el 50.0% obtuvieron sus resultados. (Gráfico 9)



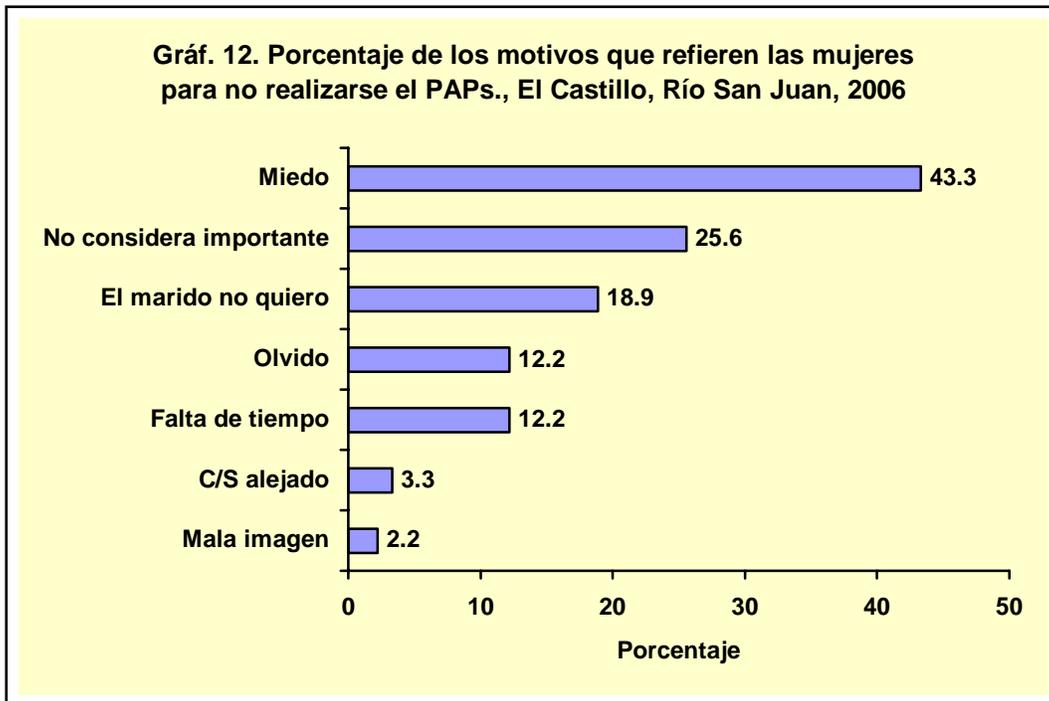
Entre las mujeres que seleccionaron el motivo del porque no obtuvieron el resultado, mencionaron que el Centro de Salud no se lo entregó. (Gráfico 10)



El estudio reveló que la mitad de las mujeres obtuvo resultados normales, seguido de las que tienen algún grado de inflamación. (Gráfico 11)



Las mujeres que nunca se han realizado el PAPS, la principal razón para no hacérselo fue el miedo, seguido de que no consideran importante el examen. (Gráfico 12).



5.6 Información obtenida por entrevista de salida

5.6.1 Características generales de las usuarias

Las 80 mujeres entrevistadas tenían una mediana de edad de 39 años, con un rango entre los 21 y 66 años; el 42.5% eran analfabetas. (Tabla 6)

Tabla. 6. Características de las usuarias que solicitaron servicios de detección oportuna del cáncer cérvicouterino, en El Castillo, Río San Juan, 2006.

Características	Porcentaje n=80
Edad	
21-24	2.2
25-29	16.3
30-34	20.0
35-49	13.8
40-44	21.3
45-49	5.0
50 y más	21.4
Total	100.0
Escolaridad	
Ninguna	42.5
Primaria	41.3
Secundaria	16.2
Total	100.0

El 95 % de las entrevistadas señalaron que no era la primera vez que consultaron en el centro de salud.

5.6.2 Aceptabilidad de los servicios

El 95% de las mujeres encuentra conveniente el horario de atención. El resto encontraba dificultad con el cierre del centro de salud al mediodía, y con el cambio de hora decidido por el Gobierno.

El tiempo de espera para ser atendidas, según estimaciones de las usuarias, era como sigue: (Anexo tabla 7)

Valor mínimo:	20 minutos.
Percentil 25:	50 minutos.
Mediana:	60 minutos.
Percentil 75:	120 minutos.
Valor máximo:	240 minutos.

El 46.3% de las mujeres responden que el tiempo de espera era aceptable.

De las 80 entrevistadas, 76 dijeron que el centro de salud no les ofreció nada mientras esperaban para ser atendidas. Tres dijeron que les ofrecieron donde sentarse, y una reportó que le habían ofrecido una charla.

Las usuarias brindaron algunas sugerencias para un mejor aprovechamiento del tiempo de espera:

- “Dar charlas educativas”:** (30 mujeres).
- “Poner televisión”:** (22 mujeres).
- “Brindar revistas”:** (4 mujeres).

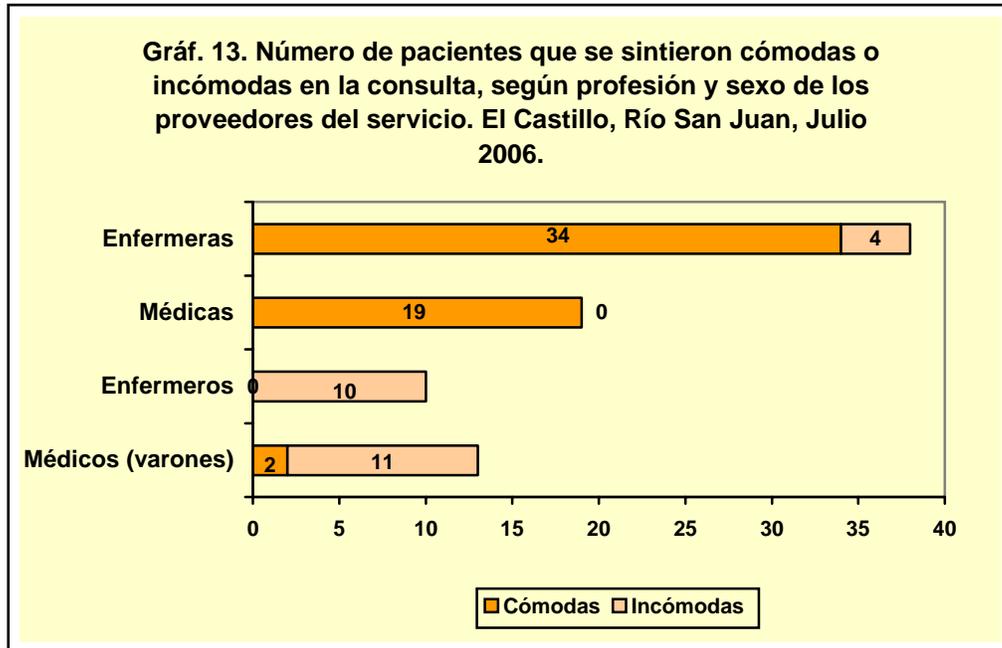
Veinte mujeres no ofrecieron ninguna sugerencia.

5.6.3 Apreciaciones sobre la consulta:

El 90% de las usuarias consideran cómodos los cuartos de consulta. El resto opinó que estaban en mal estado, incómodos, calurosos o con poca privacidad.

De las 80 usuarias entrevistadas, 48 fueron atendidas por personal de enfermería; de este personal, 38 eran del sexo femenino y 10 del sexo masculino. De las 32 usuarias que fueron atendidas por personal médico, 13 eran del sexo masculino, y 19 del sexo

femenino. En general, las pacientes se sentían cómodas cuando eran atendidas por personal de salud del sexo femenino. (Gráfico 13)



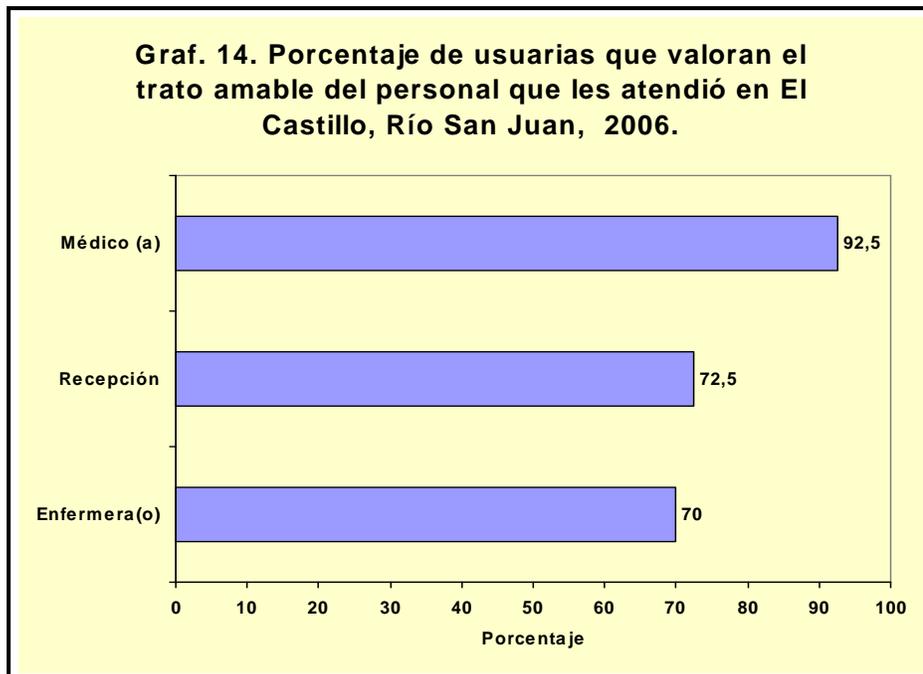
Entre las razones para expresar incomodidad, se encontraron dificultades de comunicación; pena o vergüenza, principalmente cuando eran examinadas por personal del sexo masculino; algunas reportaron mal trato. Las frases fueron:

- ***“Pena y desconfianza”*** (usuaria atendida por médico varón)
- ***“Me habló de formas odiosa”*** (usuaria atendida por una enfermera)
- ***Me dio pena quitarme la ropa delante de la enfermera y no me tapó”***
- ***“Era un varón y no me sentía en confianza”***(atendida por un enfermero)
- ***“No me sentí cómoda, por que es muy enojada y no me dijo lo que me iba hacer”*** (atendida por enfermera)
- ***No me sentí cómoda, con la enfermera, después divulgan en el pueblo lo que uno tiene*** (atendida por enfermera)

5.6.4 Relaciones interpersonales

5.6.4.1 Trato del personal

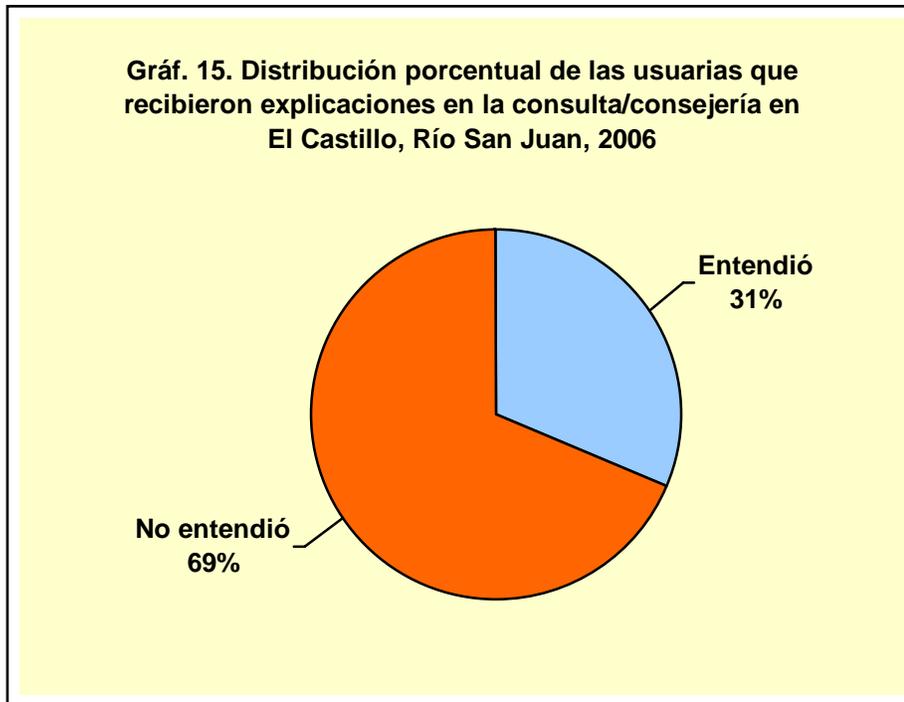
El trato amable de parte del personal fue reportado con mayor frecuencia cuando la atención había sido brindada por médicos. (Gráfico 14)



Entre las mujeres que no percibían un trato amable, había quejas de indiferencia, pasividad, falta de colaboración, descortesía, trato irrespetuoso, servicio con malacrianza, hostil, demora en las actividades y dar regaños. Las expresiones más fuertes estuvieron referidas al personal de enfermería y de recepción.

5.6.4.2 Actividad educativa

Solamente el 31.3%, de las usuarias encontraba fáciles de entender las explicaciones que les ofrecía el personal de salud. Algunas expresiones al respecto eran las siguientes: **“No entendí la explicación”**. **“No entendí lo que dijo”**. **“No me explicaron”**. **“Dijo cosas que no entendí”**. (Gráfico 15)



Todas las usuarias coincidieron en que el personal de salud no usa dibujos o material didáctico en sus actividades de información.

Sólo el 16% de las mujeres tuvo tiempo para preguntar y aclarar sus dudas. Además, varias reportaron que no se sentían en confianza para hacerlas.

5.7 Aspectos positivos y negativos de la atención, según percepción de las usuarias:

Un poco más de la mitad de las mujeres encontraba aspectos positivos en la atención recibida, en lo general; el 21% señaló el suministro de medicamentos; el 19% mencionaban la amabilidad de las enfermeras, y 10% encontraban satisfactorio el lugar donde fueron atendidas.

Como aspectos negativos fueron mencionados el tiempo de espera (35%), mal trato del personal (19%), falta de higiene en los inodoros (10%), falta de personal (6%), falta de medicamentos (6%), toma de muestras por personal del sexo masculino (6%); retraso en la entrega de Paps (2.5%) y falta de privacidad (2.5%). Cabe hacer notar que 46% de las mujeres dijo que nada de la atención les había gustado.

5.7.1 Sugerencias para mejorar la imagen de la unidad

Para mejorar la atención de la unidad las usuarias opinan que es necesario atender la organización del servicio con más recursos y mejorar la calidez del servicio especialmente con el trato a las usuarias. A continuación se transcribe un resumen de las frases consolidadas:

- | | |
|---|----|
| • Mayor existencia de recursos | 25 |
| • Mejorar el trato a las usuarias | 22 |
| • Más recursos humanos femeninos: | 8 |
| • Entreguen más medicamentos: | 7 |
| • Más charlas a la usuarias: | 5 |
| • Atiendan a la gente de largo: | 5 |
| • Entrega pronta de los resultados de PAPs: | 3 |
| • Higiene del local de la consulta: | 3 |
| • Ninguna respuesta: | 2 |

6. DISCUSION

6.1. Valoración de la asignación y distribución de los recursos.

El personal percibe que los recursos humanos son insuficientes para el cumplimiento de las múltiples actividades, enfrentándose a la rotación de personal, son de otras localidades, se agudiza éste problema cuando el equipo destina tiempo para la visita a las comunidades (Extensión de Cobertura – Equipo Móvil de Atención Integral en Salud - EMAIS), como sucede en el municipio de Cinco Pinos donde la distribución de los recursos se encontraban en la misma situación (23). El centro de salud no cuenta con un ginecólogo, que sí existe en el Hospital “Luís Felipe Moncada”, ubicado en la cabecera departamental, a quien se refieren algunos casos. No hay citotecnólogo.

El personal de los puestos de salud tiene problemas de capacitación en temas relacionados al componente de detección oportuna del Ca Cu, no así en el centro de salud Camilo Díaz.

En cuanto a los recursos materiales las unidades de salud cuentan con locales destinados a la toma de PAP, que brindan privacidad. Sin embargo, algunos no están en buenas condiciones, por falta de mantenimiento y de recursos económicos. Hay escasez de ropa de cama en los puestos de salud de Buena Vista y las Maravillas. En algunas unidades de salud se dispone en cantidades insuficientes de ciertos insumos primordiales para la toma de PAP, como ocurre con los espejuelos. Un problema que enfrenta el personal de enfermería de los puestos de salud es que no disponen de los medios para la esterilización de los espejuelos metálicos, la que debe de realizarse en el centro de salud. La falta de energía eléctrica en los puestos de salud de Las Maravillas y Buena Vista, así como en las comunidades rurales, ocasiona problemas de iluminación para la toma de PAP, que debe de realizarse con lámparas de mano.

En general el Componente de Detección Oportuna de Ca Cu de las U/ Salud en estudio cuentan con los recursos materiales básicos necesarios para la toma de PAP.

6.2 Valoración del funcionamiento y utilización del servicio basado en las normas de atención

El proceso técnico es insuficiente en calidad, debido a que frecuentemente se toma la muestra aunque la paciente incumpla con los requisitos establecidos por las normas; no siempre se toman las medidas de asepsia y antisepsia adecuadas; con frecuencia se utiliza lubricante o se realiza tacto vaginal previo a la toma de la muestra, o no limpian el cuello ante la presencia de leucorrea o sangrado vaginal.

Existe problema en el transporte y almacenamiento de las muestras, el cual se tarda demasiado tiempo desde el momento que se toma el PAP hasta su lectura, lo que puede ocasionar pérdida de la calidad de las muestras debido a contaminantes ambientales como el polvo y la humedad, o que se quiebren, a la par de ocasionar inconformidad entre las usuarias. Situación similar se encontró en un estudio realizado en dos comunidades del Municipio Desembocadura de Río Grande, RAAS. (24).

La mayoría espera un tiempo mayor de una hora para que se les practique el examen, siendo en este aspecto que reciben mayores quejas de parte de las usuarias. Por otro lado, el tiempo que les dedicaron en la consulta en la mayoría de los casos fue menor que los 15 minutos establecidos por las normas.

La información que se brinda a las usuarias del servicio es limitada, de carácter rápido e informal. De hecho, la mayoría de las usuarias refirieron no haber recibido información durante la consulta. En sala de espera no se imparten charlas educativas, ni existen afiches alusivos al tema de cáncer cervicouterino, ni del papanicolaou. Esta situación explica en buena medida los deficientes conocimientos de las usuarias. Es importante señalar que las actividades de sensibilización y educación rinden resultados positivos y aumenta la práctica del examen, según lo refiere el libro de Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino. (12)

6.3 Valoración de los logros de las actividades del Componente.

6.3.1 Cobertura

La cobertura de citología cervical ha venido aumentando durante los últimos cinco años. Esta situación ha sido influenciada por el financiamiento de las brigadas médicas y apoyo de organismos no gubernamentales (Médicos del Mundo España, Fundación San Juan Río Relief). Esto contrasta con estudios realizados en Cinco Pinos y Desembocadura de Río Grande donde la cobertura ha venido disminuyendo en los últimos años. (23,24)

6.3.2 Morbilidad y mortalidad

En el período comprendido entre el año 2,000 y el primer semestre del 2006 se registró la ocurrencia de un caso de cáncer cervicouterino, y no se encontró ninguna muerte por esta causa en el municipio. La tasa de incidencia anual de cáncer invasor es entonces de 6.6 por 100,000 mujeres de 20 a más años, la que es menor a la observada en el departamento de Chinandega, de 19.5 a 28.5 por 100,000 mujeres. (2) Consideramos que en este municipio puede haber un importante subregistro de casos, y que la deficiente calidad de las muestras también esconde algunos casos.

Hay que denotar que en el municipio hasta el momento no ha podido tener un control en el seguimiento de las pacientes debido a que emigran a otras zonas y la falta de registro en salud sobre este problema.

En el período antes señalado, el 3% de los resultados correspondieron a displasia, lo que representa una prevalencia baja en comparación con otros departamentos del país, como León que reportó una prevalencia de displasia del 17% para el año 2005. Esta baja prevalencia de displasia quizás sea también debida a la insuficiente calidad de las muestras de citología cervical. Al respecto cabe recordar que el 45% de las muestras

resultaron ser “adecuadas pero limitadas” para su lectura, lo que dificulta una adecuada interpretación y un diagnóstico correcto.

Hay que agregar que existen 3.0% de muestras insatisfactorias de los Papanicolaou tomados en los últimos cinco años, muestras mayoritariamente tomadas con hisopos. La Sociedad Americana de Cáncer cervicouterino recomienda la utilización de espátula de Ayre para obtener mayor número de células endocervicales (25), siendo así superior al aplicador de algodón utilizado en las unidades de salud de El Castillo, Río San Juan.

6.4. Valoración de los conocimientos, actitudes y prácticas de las usuarias.

6.4.1. Conocimientos

La mayoría de las mujeres del estudio han oído hablar del Papanicolaou (79.0%), pero el nivel de conocimiento no es adecuado, ya que sólo 11% conoce la utilidad de este examen, cifra bastante similar a la de 8% encontrada en un estudio anterior en el HEODRA, León (4), e inferior al 30% encontrado en un estudio realizado en dos comunidades del municipio de San Carlos, Río San Juan (26). El bajo nivel de conocimientos se puede atribuir en gran medida a la poca labor educativa que se realiza, y a la deficiente calidad de misma.

La principal fuente de información sobre el cáncer cervicouterino es la radio (73.4%) y solo una minoría obtuvo la información del personal de salud. Esto podría atribuirse a la falta de comprensión de las usuarias por el lenguaje utilizado por el personal, problemas de comunicación con ellas o falta de tiempo en las consultas para brindar información. Esta situación no coincide con el estudio realizado en Cinco Pinos (23) y en dos comunidades de San Carlos (26), donde se encontró que la principal fuente de información estaba constituida por el personal de salud.

Una minoría de las mujeres en la población tiene conocimiento sobre la existencia del servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino en su comunidad, lo que indica que las pacientes casi no visitan el programa o existe poca promoción del mismo de parte de las unidades de salud. Esta situación no coincide con un estudio realizado en RAAS donde el 71.3% de las mujeres conocían la existencia del componente en su unidad de salud de su comunidad. (24)

Más de la mitad de las mujeres conocen los factores de riesgo del cáncer cérvicouterino, siendo la promiscuidad el factor más señalado, factor similar encontrado en las comunidades de la Azucena y Venada del municipio de San Carlos (26), mientras que la mayoría sabe que es curable si se encuentra en etapas tempranas.

6.4.2 Actitudes y Prácticas

Existe un bajo nivel de realización del PAP en las mujeres, situación que no coincide con lo observado en las comunidades de La Desembocadura de Río Grande donde existe alto porcentaje de toma de muestra (24). Esto se debe a diferentes factores, principalmente los aspectos socioculturales, como el machismo, reticencia a ser examinadas por personal de salud del sexo masculino, miedo, no considerar importante el examen, y algo de desconfianza sobre la ética del personal de salud.

Es de notar que la mayoría de las veces las mujeres se realizaron el examen de Papanicolaou al acudir a consulta por otros motivos, y que falta motivación e iniciativa propia de las usuarias para realizárselo, probablemente por falta de información sobre los beneficios del examen de Papanicolaou. Las mujeres no asisten de manera sistemática. Similar información se obtuvo en las comunidades de la Desembocadura de Río Grande, Cinco Pinos y dos comunidades de San Carlos (23,24,26), donde el motivo principal para la realización del papanicolaou fue porque se los ordenó el personal de salud al acudir a consulta por otros motivos.

Otro factor que desanima a las mujeres es el retraso en la entrega de los resultados, o la pérdida de los mismos, situación que se presenta en otras comunidades de Río San Juan como es el caso de Las Azucenas y La Venada. (26)

6.5 Grado de satisfacción de las usuarias

El horario de la atención es aceptable por las usuarias, pero no así en el tiempo de espera, cuya mediana fue de 60 minutos, duración similar a la observada los centros de salud de Muelle de los Bueyes y Nueva Guinea (26), y cercano al tiempo de una hora y 15 minutos encontrado en el Análisis del Sector salud MINSA-OPS 2000 (27). El tiempo de espera de los usuarios lo atribuían a que el número de médicos era insuficiente ante el volumen de la demanda.

Las usuarias consideran que las salas donde fueron examinadas eran cómodas y privadas, y que cumplían con sus expectativas, situación similar a la observada en las comunidades de Las Azucenas y La Venada donde calificaron como muy buena. (26) Expresaron incomodidad al ser atendidas por personal del sexo masculino. Aunque algunas mujeres señalaron falta de amabilidad y de profesionalismo en el personal de enfermería y recepción, la mayoría consideraba que el trato brindado por el personal había sido amable, principalmente de parte de médicos.

Para mejorar la calidad de atención las usuarias sugirieron un mayor número de personal, y que mejore la atención brindada por el personal de enfermería y de admisión, principalmente en términos de cortesía y amabilidad. Algunas insistieron en la comodidad que significa la atención por personas del sexo femenino. Algunas señalaron que se priorice la atención a las personas de áreas alejadas.

7. CONCLUSIONES

El componente de detección oportuna del cáncer cervicouterino de las unidades de salud del Municipio de El Castillo se desarrolla con insuficiente calidad.

Su principal aspecto positivo es la tendencia clara al aumento en la cobertura, logrado merced a la estrategia de extensión de cobertura y el apoyo de ONGs. Cuentan con el instrumental básico para la toma de muestras, y los casos que lo ameriten pueden ser valorados por una ginecóloga, en el Hospital “Luis Felipe Moncada” de San Carlos. La frecuencia del cáncer invasor era baja, aunque se considera que puede haber un importante subregistro.

Tiene debilidades en cuanto a condiciones de trabajo, como es la falta de luz eléctrica en dos puestos de salud, y de disponibilidad de agua potable, que limita el lavado de manos e instrumentos. El personal tiene dificultades en atender el volumen de la demanda. Hay fallas en el proceso de la toma las muestras y mucho retraso en la entrega de los resultados. Las actividades de información y educación son mínimas, y confinadas dentro de las unidades de salud. Los conocimientos y prácticas sobre citología cervical en las usuarias son deficientes y limitados lo que causa actitudes y prácticas negativas hacia el Papanicolaou.

La mayoría de las usuarias expresó satisfacción con la atención recibida, aunque algunas presentaron quejas de falta de amabilidad y de profesionalismo en el manejo de la información sobre el estado de salud de las pacientes.

8. RECOMENDACIONES

- Mejorar la calidad de la información acerca del cáncer cervicouterino, estableciendo mejor comunicación entre el personal de salud y las pacientes.
- Capacitar de forma periódica y actualizar al personal de salud involucrado en la toma de la muestra de citología cervical de manera teórica y práctica.
- Asignar más recursos humanos para el componente.
- Desarrollar un sistema más amplio de información y educación basado en la red comunitaria con el objetivo de mejorar los conocimientos y prácticas de las mujeres en relación con la prevención del cáncer cervicouterino.
- Instalar paneles solares o generadores para el suministro de energía eléctrica a las unidades de salud, y de esta manera disponer de mejor iluminación para la toma de la muestra del PAP.
- Enviar semanalmente los exámenes de citología cervical tomados para evitar la contaminación de la muestra y su mala calidad.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Rojas O. Valoración de la situación del cáncer de cervicouterino y lesiones preclínicas en el Occidente y Norte de Nicaragua. Diagnóstico y manejo de lesiones premalignas del cérvix. UNAN-León Curso precongreso 16 y 17 de Junio 2003. (Pág.4-6).
2. Lewis M. Análisis de la situación del cáncer cérvicouterino. América Latina y el Caribe, Washington, D.C. OPD. 2004 (pág. 1).
3. Estrada F. Cobertura de citologías cervicales a la población femenina de Chinandega. Monografía UNAN-León 1997-2001.
4. Fonseca M, Fonseca O. Conocimientos y Actitudes en relación con el Papanicolaou en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. Monografía UNAN-León 1996. (Pág.5-6).
5. Cajina C, Fajardo J. ¿Cuánto saben nuestras mujeres sobre el Papanicolaou? Hospital Bertha Calderón. Monografía UNAN-León Octubre 1991.
6. Toruño A. La Salud Reproductiva en poblaciones atendidas por PROSIM: Situación en el 2001 y Avances con relación a 1997.
7. Acevedo R, Aragón Q, Avendaño M. Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres de Sutiaba. Monografía UNAN-León. Nicaragua, Agosto-Septiembre 2001. (Pág. 5-8).
8. García y Colaboradores Conocimientos, actitudes y prácticas de las pacientes y personal de salud, Siuna - Waspan. Monografía UNAN-León. Nicaragua, 1999.

9. Toruño A. Entrevista realizada en Mayo sobre asesoría a estudio de Evaluación del servicio en Tasba Pounie, Bluffields RAAS. Nicaragua, 2006.
10. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Ministerio de Salud. Managua. Septiembre 2004.
11. Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Ministerio de Salud. Documento preliminar Abril 2004. (Pág. 2-3).
12. Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino, Manual para Gestores, Alianza para la Prevención del Cáncer Cérvicouterino (ACCP); OPS, 2004.(Pág.181-190)
13. Normas de Prevención y Atención del Cáncer Cervicouterino, Dirección de atención integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, Septiembre 2000. (Pág.1-3).
14. Planificación de programas apropiados para la Prevención del Cáncer Cervicouterino, 3ª edición, Organización Panamericana de la Salud, 2002. 12:159-152.
15. Rossi P, Freeman H, Lisperd M. Evaluation Systematic Approach. Sage Publications, 1999.
16. Mohr L. Impact Analysis for Program Evaluation. Sage Publications, 1995.
17. QAP. Memorias Foro Internacional sobre calidad de la atención de la embarazada. 2004.
18. Cook T, Reichardt Ch. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Ediciones Morata.1995.

19. Donabedian A. The definition of quality: A conceptual exploration. En Explorations in Quality Assessment and Monitoring, vol. 1. Ann Arbor: Health Administration Press.1980.
20. Varo J. Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios. Un modelo de Gestión Hospitalaria de Díaz de Santos, Madrid España.1995.
21. OPS/OMS. Los Silos, Conceptos, Métodos, Experiencias. Guía para Científica N° 519. Una Estrategia de Evaluación y Garantía de Calidad de los Sistemas de Atención en Salud. Publicación.1990.
22. Donabedian A. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. OPS/OMS. Publicación científica N° 534. 1992.
23. Prado C. Evaluación de la calidad con la que se desarrolla el servicio de detección oportuna de cáncer cérvicouterino en las comunidades de San Juan de Cinco Pinos de Chinandega. Monografía UNAN-León, Nicaragua, Diciembre-Abril 2004.
24. Castro J. Calidad del servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino en dos comunidades de la desembocadura de Río Grande, RAAS, Monografía UNAN-León, Nicaragua 2005.
25. Sawaya G, Washington E. Controversias en Obstetricia y Ginecología ¿que técnicas deben usarse en el muestreo de cáncer cervicouterino y porque? 1999.
26. González K. Conocimientos Actitudes y practicas acerca del cáncer cérvico uterino y del Papanicolaou entre mujeres de las localidades de las Azucenas y La Venada, Municipio de San Carlos, Río San Juan, Monografía UNAN-León, Nicaragua 2006.

27. Vanegas A. Masis L. Satisfacción de usuarios externos sobre la calidad de atención en los centros de salud de los Muelles de los Bueyes y Nueva Guinea, Monografía UNAN-León, Nicaragua mayo 2004.

28. OPS - MINSA, Análisis del sector salud, Nicaragua 2000.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA - LEÓN

Guía de Observación No. 1

Aspectos físicos	SI	NO	¿CUANTOS?	CONDICION
Consultorios para atención individual				
Consultorio con lavamanos				
Sala de espera				
Privacidad				
Se puede escuchar a la cliente desde afuera de la sala de consulta				
Se puede ver a la cliente desde fuera de la sala de consulta				
Existe área específica para la consejería				
Se escucha a la cliente desde afuera de el área de consejería				
En el consultorio cuenta con:				
1. Cama ginecológica				
2. Mascarillas o anteojos plásticos.				
3. Sábanas.				
4. Ropa ginecológica.				
Materiales				
1. Gasas.				
2. Torundas de algodón.				
3. Cito-cepillo.				
4. Espátulas de Ayre.				
5. Guantes desechables				
6. Espéculos vaginales.				
7. Esterilizadores.				
8. Lámpara de cuello de cisne.				
9. Recipiente de basura.				
10. Láminas y porta láminas de Muestras (c/15 días)				
11. Fijador de muestras al mes.				
12. Papelería.				
13. Lápices y lapiceros.				
14. Correctores.				
Materiales de educación , información y comunicación				
1. Televisión				
2. Películas				
3. Retro-proyector.				
4. Afiches.				
5. Murales.				
6. Otros				

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA – LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ANEXO 2.

Guía de observación No. 2 para evaluar el desempeño del personal de enfermería ante la paciente que acude al programa a consulta y se realiza el Papanicolaou.

PASOS	ACTIVIDADES REALIZADAS PARA LA TOMA DE LA MUESTRA CERVICALES	SI	NO
Registro de los datos	El personal que toma la muestra de PAPANICOLAOU deberá registrar los datos personales de cada mujer en el formato del registro general de solicitud y resultados de citologías.		
Identificación de la lámina	Se escribe con lápiz los nombres y apellidos de la paciente, su número de registro y la fecha de la toma de la muestra en un papel pequeño que se asegura con un clip a la cara opuesta del extendido de la lámina		
Técnica:	1. lavado de manos.		
	2. Paciente preparada y en posición para examen ginecológico.		
	3. No realizar tacto vaginal previo a la toma de la muestra.		
	4. Introducir el especulo vaginal sin lubricante y ubicar el cuello uterino.		
	5. La toma adecuada exige la observación directa del cuello uterino y obtener muestras de exocérvix y endocérvix.		
	6. En caso de presencia de sangrado o flujo, la toma de la muestra se hará previa limpieza cuidadosa del cuello uterino con torunda de algodón seco.		
	7. En las gestantes está contraindicado la toma de muestra de endocérvix.		
	8. Para obtener la muestra de endocérvix introduzca el cito-cepillo o torunda de algodón 1.5 cm. en el canal endocérvical rotándolo 360°.		
	9. En caso necesario, cuando la limitación de recursos lo exija. Se podrá tomar solamente la muestra con espátula de Ayre, considerando que la población diana es de mujeres premenopáusicas.		
	10. Cada portaobjetos se enviará en su porta láminas junto con el formulario de solicitud original y copia.		
Informe e interpretación de los resultados del Papanicolaou	1. El resultado deberá informarse a la usuaria en un periodo no mayor de un mes.		
	2. Para informar los resultados de la citología se utilizará el sistema Bethesda (2001)		

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA- LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**

**ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES.
ANEXO 4**

Con el objetivo de conocer la apreciación del personal encargado del componente de Detección Oportuna de Cáncer cervicouterino, en relación a la adecuación de los recursos humanos, materiales con lo que cuentan las unidades de salud así como el cumplimiento de las normas y procedimientos, como su factores que la afectan.

1. Cargo que desempeña _____.
2. Tiempo que lleva atendiendo el Componente _____ años.
3. **¿Como están los recursos con los que cuenta el componente de detección de cáncer cervicouterino?** ¿Existen suficientes especulos? ¿Se encuentran en mal estado? ¿Funciona la lámpara de cisne? ¿Existen suficientes espátulas o citocepillos? ¿Quiénes toman las muestras? ¿Existe suficiente personal para el componente de detección de cáncer cervicouterino? ¿Cómo esta funcionado la capacitación del personal?
4. **¿Se están cumpliendo las normas del componente de detección de cáncer cérvicouterino?** ¿Cómo esta la calidad de las muestras? ¿Cuánto es el tiempo entregar los resultados de las citologías cervicales? ¿Cómo se les da el seguimiento a las mujeres con resultados anormales? ¿Cómo esta la cobertura del componente?
5. **¿Qué estrategias educativas usan para alentar a las mujeres a la realización del PAPs?** ¿Es suficiente? ¿Se puede hacer algo más? ¿Se puede hacer algo mejor?
6. **¿Existen casos de Cáncer cervicouterino y lesiones premalignas en este territorio?** ¿Qué piensa de esta problemática?

ANEXO 5.

MATRIZ DE DESCRIPTORES DE LOS INFORMATES CLAVES.

Descriptores	Componente 1	Componente 2	Componente 3
<u>1. Recursos</u> 1.1 Especulos 1.2 Lámpara de cisne 1.3 Espátulas 1.4 Personal que toma la muestra 1.5 Capacitación del personal	xxxxxxxxxxxxx		
<u>2. Cumplimiento de las normas</u> 2.1 Calidad de las muestras. 2.2 Tiempo entregar resultados 2.3 Seguimiento 2.4 Cobertura del programa.		Xxxxxxxxxxxxx	
<u>3. Educación</u> 3.1 Estrategias para alentar a las mujeres a realización de PAPs.		xxxxxxxxxxxxx	
<u>4. Casos</u> 4.1 Cáncer Cervicouterino y lesiones premalignas.			xxxxxxxxxxxxx

11. ¿Es curable el cáncer de la matriz? LÉALE LAS OPCIONES
 -Sí, siempre se puede curar _____ (1)
 -Sí, pero solo cuando el cáncer está comenzando _____ (2)
 -No, el cáncer no se cura _____ (3)
 -No sabe _____ (4)
12. ¿Sabe para que sirve el examen de Papanicolaou?
 Sí___ (1) SIGA CON PRE. 13
 No___ (2) PASAR A PREG.14
13. ¿Para qué sirve el Papanicolaou? ESPERE RESPUESTA ESPONTÁNEA
 13a) Detectar lesiones precancerosas: Sí___ (1) No___ (2)
 13b) Detectar cáncer de cuello uterino: Sí___ (1) No___ (2)
 13c) Detectar enfermedades del cuello uterino: Sí___ (1) No___ (2)
 13d) Otras (ESPECIFICAR) _____

III. ACTITUDES Y PRÁCTICAS

14. ¿Se ha hecho alguna vez el examen de Papanicolaou?
 Sí___ (1) PASAR A PREGUNTA 15
 No___ (2) PASAR A LA PREGUNTA 22
15. ¿Hace cuánto fue la última vez que se realizó el papanicolaou?
 _____meses No recuerda_____ (99)
16. ¿A dónde se lo hizo la última vez?
 16a) Hospital___ (1)
 16b) Puesto de salud_____ (2)
 16c) Médico privado_____ (3)
 16d) Clínica provisional ___ (5)
 17e) Otros (Especificar)_____(6)
 17f) ONG (PROFAMILIA, etc.)___ (4)
17. ¿Por qué se realizó el examen? LÉALE LAS OPCIONES
 17a) Usted llegó solicitando el examen: Sí___ (1) No___ (2)
 17b) Se lo hicieron cuando llegó a consulta o control: Sí___ (1) No___ (2)
18. ¿Tuvo el resultado del examen? Sí___ (1) PASAR A PREG. 20
 No___ (2) SEGUIR CON PREG. 19
19. ¿Por qué no obtuvo el resultado del examen? LÉALE LAS OPCIONES
 Usted no lo llegó a retirar___ (1)
 El centro de salud no entregó el resultado___ (2)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA –
LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ANEXO 7.

ENTREVISTA DE SALIDA

Instrucción: Con el propósito de conocer su opinión sobre su satisfacción del servicio recibido en el componente de Detección oportuna de cáncer cérvicouterino, le estamos solicitando que nos brinde su con ayuda contestando las siguientes preguntas las cuales servirán para mejorar la atención de las unidades de salud.

1. Información General

1a ¿Cuántos años tiene? ____ Años

1. b ¿Hasta qué nivel y hasta qué grado estudió usted (Encierre en un círculo el nivel y escriba el grado).

Nivel	Grado
No asistí a la escuela	_____
Primaria incompleta	_____
Primaria completa	_____
Secundaria incompleta	_____
Secundaria completa	_____
Universidad o superior	_____

2. Aceptabilidad de los Servicios

2a ¿Es la primera vez que consulta el centro?

Sí ____ (1) No ____ (2)

2b. ¿El horario de atención es conveniente para usted?

Sí ____ (1)

No ____ (2)

¿Porqué? _____

2c. ¿El tiempo de espera fue aceptable?

Sí ____ (1) No ____ (2)

2d. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar desde que ingresó en el centro hasta que fue atendida? _____

2e. ¿Cuánto tiempo pasó en la consulta con la persona que la atendió?

2f. ¿Qué le ofreció el centro de salud mientras Ud. esperaba?

2g. ¿Qué hizo mientras esperaba?

2h. ¿Tiene alguna sugerencia sobre la forma mejor de utilizar el tiempo de espera?

3. Información sobre la Consulta

3a ¿Durante la consulta, encontró usted que la sala donde fue examinada era cómoda?

Sí 1
No 2 ¿Por qué no? _____

3b ¿Quién le atendió durante la consulta / sesión de consejería?

	Hombre Mujer		¿Se sintió cómoda hablando con él/ella? Sí __ (1) No __ (2) ¿Por qué no?
3b1. Médico/a	___	___	_____
3b2. Enfermero/a	___	___	_____
3b3. Consejero/a	___	___	_____
3b5. Otro personal del servicio (especifique):	___	___	_____

3c ¿Preferiría usted ser atendida por un hombre o por una mujer?

3c1) Hombre: ___ ¿Por qué? _____

3c2) Mujer : ___ ¿Por qué? _____

3c3) Sin preferencia ___ ¿Por qué? _____

3d Durante la consulta ¿Qué información le brindo el personal de salud sobre el Cáncer cervicouterino?

4. Relaciones Interpersonales

	En forma Amable (1)	En forma no amable (2)	¿Cómo?
4a. ¿Cómo fue tratada por el/la enfermero/a?			_____
4b. ¿Cómo fue tratada por el/la médico/a?			_____
4c. ¿Cómo fue tratada en el área de recepción?			_____
4d. ¿Cómo le saludó el personal de salud cuando llegó?			_____

- 4e. En general ¿Cómo fue el trato del personal de centro _____
- 4f. ¿Las explicaciones que le dieron en la consulta/sesión de consejería fueron fáciles de entender?
 Sí ___(1)
 No ___(2) Explique por favor _____
- 4g. ¿La persona que le atendió, utilizó dibujos o algún material para explicarle lo que pasa con esta enfermedad?
 Sí ___(1)
 No ___(2)
- 4h. ¿Tuvo usted tiempo suficiente para hacer preguntas y aclarar sus dudas?
 Sí ___(1)
 No ___(2) Explique por favor _____
- 4i. ¿Se sintió cómoda al hacer preguntas y aclarar sus dudas?
 Sí ___(1)
 No ___(2) Explique por favor _____
- 4j. ¿Qué sugerencias haría usted para mejorar la atención en este centro de salud?
5. Antes de finalizar estas preguntas deseo que con toda confianza me responda lo siguiente:
- 5.1 Las cosas que más le gustó del servicio:

- 5.2 Las cosas que menos le gustaron

GRACIAS POR SUS PARTICIPACION

Firma del entrevistador _____

Tabla 2. Estimación de Población de mujeres en edad fértil (MEF), El Castillo, Río San Juan, 2001-2006.

Año	Estimación de MEF	(6% 50 A Más)
2001	2.378	2691
2002	2.515	2828
2003	2.591	2904
2004	2.672	2985
2005	2.716	2878
2006	2.854	3167

Tabla 3. Número de Papanicolaou realizados, El Castillo, Río San Juan en el período del 2001-Primer semestre del 2006.

Año	No. de PAPs realizados	Cobertura
2001	272	11.4%
2002	163	6.4%
2003	309	11.9%
2004	732	27.4%
2005	667	24.6%
2006	506	17.7%

Tabla 4. Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según edad y escolaridad, El Castillo, Río San Juan, Julio 2006.

Características	Porcentaje
Edad	n=200
25-29	25
30-34	14
35-39	14
40-44	10.5
45-49	17
50 a más	19.5
Total	100
Escolaridad	n=200
Analfabeta	37.0
Primaria	14.0
Secundaria	37.0
Total	100

Tabla 7. Porcentaje del tiempo de espera de las pacientes para ser atendidas y tiempo que paso en consulta, El Castillo, Río San Juan, Julio 2006.

Tiempo de espera (Minutos)	Número	Porcentaje
10-29	1	1.3
30-39	9	11.3
40-59	9	11.3
60-90	27	33.8
91-120	21	26.3
Más de 120	11	13.8
Tiempo en consulta (Minutos)	Número	Porcentaje
Menor de 15 minutos	74	92.5
Más de 15 minutos	6	7.5