

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad De Ciencias Médicas - León



**Informe de investigación
Para optar al título de:**

Doctor en Medicina y Cirugía

**Calidad de atención en el subprograma de Control Prenatal
en el Centro de Salud: “Carlos Centeno” de Siuna,**

Enero - Marzo, 2005

Autor:

Br. Kelvin Daniel Maltez Arauz

Tutor:

Dr. Juan Almendárez¹

León, Mayo 2005

¹ Doctor en Medicina y cirugía. Maestro de Salud Pública. Profesor titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. UNAN – León.

AGRADECIMIENTO

A Dios sobre todas las cosas, por a haberme regalado el don maravilloso de vivir y con ello la alegría y ilusión a luchar para alcanzar las metas que surjan a lo largo de nuestro camino.

A mis padres quienes me sostuvieron en brazos para no quebrantar en momentos de crisis.

A mi abuela Socorro González (q.e.p.d.) quien fue la inspiración de mi actuar.

A mi esposa e hijos por estar siempre a mi lado y brindarme su apoyo.

A mi tutor que con gran nobleza ha dedicado parte de su vida a la enseñanza y me ha acompañado paso ha paso en este tramo de mi carrera.

A Doña Lila T. Abaunza de Bolaños quien incondicionalmente me ha dado su apoyo y ha hecho realidad este trabajo.

A las mujeres que colaboraron con este estudio y a todas aquellas personas que por una u otra razón no se mencionaron pero que están presentes en mi vida.

EL AUTOR

RESUMEN

Se realizó una investigación operacional con el objetivo de evaluar la calidad de atención brindada a las mujeres embarazadas en el subprograma de control prenatal en el centro de salud “Carlos Centeno” del municipio de Siuna – RAAN.

Se utilizó para la recolección de información una encuesta de salida a las usuarias de atención prenatal, además que se hizo una revisión de los datos estadísticos de la unidad que nos brindaran información sobre los niveles de cobertura del programa con respecto a primeros CPN y CPN subsecuentes; también se realizó una reunión (grupo focal) con las personas encargadas de brindar la atención y una entrevista con la responsable del programa de atención a la mujer, ambas con el objetivo de conocer cual es el principal problema desde el punto de vista del proveedor para dar una atención de calidad. Los principales resultados fueron:

Casi la mitad de usuarias encuestadas se encuentran en grupos de riesgo (adolescentes, mujeres mayores de 35 años, analfabetas o con baja escolaridad.)

La atención brindada en la unidad tiene gran aceptación de parte de las usuarias a pesar que refieren que uno de los principales problemas es la falta de medicamentos en la unidad.

Los proveedores refieren en que uno de los mayores problemas que obstaculiza un CPN de calidad es la poca accesibilidad que tienen las usuarias a los servicios de salud, así como la falta de recursos humanos para tratar de llegar a la población a través del trabajo de terreno.

Nuestra sugerencia es incrementar la promoción de la planificación familiar sobre todo en el área rural, así como la divulgación masiva a través de los medios de comunicación existentes en el municipio de la importancia de una atención prenatal temprana y continua.

INDICE

CONTENIDO:	Pag.
I. INTRODUCCION.....	5
II. ANTECEDENTES.....	7
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
IV. JUSTIFICACION.....	9
V. OBJETIVOS.....	10
VI. MARCO TEORICO.....	11
VII. MATERIAL Y METODO.....	31
VIII. RESULTADOS.....	35
IX. DISCUSIÓN.....	52
X. CONCLUSIONES.....	55.
XI. RECOMENDACIONES.....	56
XII. BIBLIOGRAFIA.....	57
XIII. ANEXOS.....	59

Introducción

La mortalidad materna en Latinoamérica y el Caribe es un serio problema de la salud y refleja el nivel de desarrollo alcanzado en la Región. Representa la pérdida de más de 28,000 mujeres anualmente a consecuencia de complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Muchos países en desarrollo han logrado reducir considerablemente la morbimortalidad materna en los últimos 25 años; estos avances notables se han obtenido, en parte mediante la implementación de redes de servicios de atención primaria que han aumentado las coberturas de los servicios dirigidos a grupos poblacionales específicos.^{11,28}

El Estado de Nicaragua a través de la Constitución política establece en el Capítulo IV artículo 79 “Derecho de la Familia...” que la mujer tendrá protección especial durante el embarazo dando relevancia al papel del Estado como rector de las acciones de salud en todos los ámbitos de su competencia.^{11, 13}

El programa de Control Prenatal Surge en Nicaragua en 1980 como una estrategia del Ministerio de Salud en busca de brindar a la población femenina una atención adecuada y así disminuir la mortalidad materna y perinatal a través de técnicas y procedimientos; así como educación continua y permanente a la mujer embarazada para que con la adquisición de nuevos conocimientos y evaluación continua de su embarazo, este curse y concluya de una manera satisfactoria para todos; lo que implica la necesidad de evaluar la organización y funcionamiento del modelo de prestación de servicios de salud. Para ir modificando, modernizando el sistema de salud y así mejorar la eficacia, efectividad, equidad y calidad de los servicios de salud acorde con las necesidades de la población, logrando mejorar la satisfacción de las usuarias.^{12, 19, 20, 23}

Para el año 1998, se registró una tasa de muerte materna de 110 x 100,000 nacidos vivos descendiendo para el año 2002 hasta 96.6 x 100,000 nacidos vivos. Sin embargo a pesar de los esfuerzos y de los resultados, aún sigue siendo una de las más altas del continente Americano. El municipio de Siuna (RAAN) en el año 2003 presentó una tasa

de muerte materna de 660 x 100,000 nacidos vivos. Esto hace necesario evaluar las acciones que se han emprendido y establecer opciones de mejoría que ayuden a mejorar la calidad del programa.¹⁰

Antecedentes

En el ámbito internacional existen muchos estudios realizados que se basan en la calidad de atención de los servicios de salud en países como: Brasil, Chile, México, EEUU, donde se refleja la opinión del usuario en el proceso de la atención que incluye la tecnología diagnóstica así como las relaciones interpersonales, revelando que los pacientes controlan gran parte del proceso de toma de decisión, no solo en lo que respecta a la búsqueda sino también en la aceptación y utilización de la atención médica.²

En Nicaragua existe poca experiencia en estudios de satisfacción de usuarios en los servicios de salud. Abaunza, Y. Y Zapata Mayra realizan un estudio en 1985 acerca de la calidad del Subprograma del control prenatal en los municipios de Jicaral y Malpaisillo, encontrando un bajo cumplimiento en el llenado correcto de los expedientes por lo que concluye que la calidad de atención es deficiente, principalmente por falta de disposición del personal.³

En 1988 Portillo, C. evalúa la calidad del programa Control Prenatal en el área 5 de la región II llegando a la conclusión que la calidad de atención es deficiente debido al alto porcentaje de expedientes mal llenados y una baja cobertura en la captación de pacientes para CPN.²⁶

En 1996, Herrera y Herrera evalúan a través de un estudio comunitario la calidad y cobertura del control prenatal en Matagalpa, llegando a la conclusión que la calidad de atención ofertada por el centro en estudio es buena desde el punto de vista normativo es decir se cumple en buen porcentaje, los criterios Precoz, continuo y completo además que las cifras de cobertura son adecuadas en relación a los datos esperados.⁸

En el año 2004, Arquello, D. Y Mejía, G. evalúan la calidad de prestación de servicios del Subprograma Control Prenatal en el municipio de San Carlos Rio San Juan concluyendo que con respecto el proceso de atención, la percepción de las usuarias del CPN es positiva en cuanto el confort, trato del personal de salud (amabilidad), tiempo de consulta y medicamentos recetados; además que existe de acuerdo a las normas internacionales del CLAP déficit en el llenado de las historias clínicas peri natales básicas.⁴

Planteamiento del problema

¿Cuál es la calidad de atención brindada a las mujeres embarazadas en el Subprograma de Control Prenatal en el Centro de Salud “Carlos Centeno” del municipio de Siuna – RAAN. Enero – Marzo 2005?.

justificación

El control prenatal es un programa que reviste una gran importancia debido a que representa una manera práctica con la que se puede contribuir a prevenir y disminuir circunstancias tales como: muertes maternas y óbitos fetales.

Un buen Control Prenatal por parte del personal de salud es de suma importancia ya que de su uso depende la detección precoz de factores de riesgo para un adecuado manejo y/o referencia oportuna lo que significaría calidad de atención a la mujer embarazada.^{5, 18, 27}

En los últimos años se ha constatado un progreso significativo en la organización de los servicios diferenciados y particularmente cierto avance en la organización del primer nivel de atención. No obstante el país atraviesa una crisis económica muy importante y no se conoce ¿hasta que punto las actuales características organizacionales y distribución de servicios son adecuadas en cantidad, calidad y oportunidad? ¿Cual es el grado de accesibilidad y la resolución adecuada de los problemas? ²¹

Este trabajo se enmarca en la necesidad de evaluar la calidad de los controles prenatales brindado a las usuarias esperando que los resultados obtenidos nos permitan conocer los factores limitantes para brindar una buena atención y de esta forma dar sugerencias, para el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención a la mujer embarazada.

Objetivos

General:

Evaluar la calidad de atención brindada a las mujeres embarazadas en el Subprograma de Control Prenatal en el Centro de Salud “Carlos Centeno” del municipio de Siuna – RAAN. Enero – Marzo 2005

Específicos:

1. Determinar el nivel de prestación de servicios que brinda el subprograma a través de su accesibilidad, continuidad de la atención, tiempo de espera y tiempo de consulta.
2. Valorar el nivel de satisfacción de usuario del subprograma con respecto a la atención y la relación médico-paciente.
3. Identificar los principales problemas en el servicio desde la perspectiva de los proveedores de servicio.

Marco teórico

La atención prenatal permite promover y mantener la salud integral de la gestante y el feto, asegurar la madurez, vitalidad y salud del niño, vigilando el crecimiento y desarrollo fetal, la prevención de anomalías congénitas y otras causas, también preparar a la madre, pareja y familia para el parto, como el cuidado por el puerperio y el recién nacido.

Por la atención prenatal se entiende un conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de permitir una buena salud materna desarrollo normal del feto, obtención de un recién nacido en optimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional.

Schwartz define al control prenatal como la serie de contactos, entrevistas y visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Tinker y Koblinsky define al control prenatal como un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada, con el fin de obtener un mejor grado de salud de ella y de su hijo.

Requisitos básicos para el control prenatal.

Para que un control prenatal sea eficaz deberá cumplir con los requisitos siguientes:

- 1- **Precoz o temprano:** El control prenatal deberá iniciarse lo más temprano posible, es decir, durante el primer trimestre del embarazo, lo que permite:
 - ✓ Ejecución precoz de las acciones fomento, protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del CPN.

- ✓ Identificación oportuna de embarazos de alto riesgo aumentado por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso.

Para que esto se cumpla es preciso iniciar el CPN desde que el momento en que la madre sospecha que su gestación, aunque esto casi nunca se cumple antes de cumplir el primer semestre.

- 2- **Periódico o continuo:** se refiere frecuencia con que debe realizarse los CPN de acuerdo al riesgo que presente la gestante.

El ministerio de salud de Nicaragua, establece que deben realizarse como mínimo cuatro CPN, el primero antes de las 20 semanas, el segundo entre las 20 y las 24 semanas, el tercero de las 28 a las 32 semanas y el cuarto de las 36 a las 38 semanas.

La organización mundial de la salud considera que un buen CPN es aquel que se realiza antes del tercer mes con 8 – 12 consultas, de las cuales el médico debe realizar el primero y participar en los siguientes.

- 3- **Completo o integral:** Los contenidos mínimos del CPN deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. El CPN deberá incluir actividades de monitoreo, educación a la embarazada, detección y tratamiento de patologías en forma temprana y apropiada con el fin de obtener una madre y recién nacido sanos.

En general para realizar un CPN eficaz, no se precisa de instalaciones costosas, aparatos complicados y aparatos sofisticados, pero si el uso de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo de criterios tecnológicos que valoren tempranamente la existencias de un riesgo mayor que el esperado.

Es importante tener en cuenta aspectos emocionales y el estado de ánimo de muchos gestantes por el temor consciente e inminente que tienen hacia el proceso reproductivo, de establecerse una empatía con la pareja y con el grupo familiar para que la integración facilite el logro de los objetivos.

- 4- **Extenso o de amplia cobertura:** Solo en la medida que el porcentaje de la población controlada sea alta (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas con el objetivo de disminuir y lograr un mayor impacto sobre la morbilidad materna e infantil).

El médico debe determinar desde la primera consulta si existen factores de riesgo y deducir si la gestación evolucionará normalmente, para garantizar una mayor eficacia del CPN que debe cumplirse con una recolección de datos de importancia clínica recopilada en la historia perinatal simplificada que tiene como objetivo general permitir la atención médica adecuada del binomio madre e hijo. Mientras que sus objetivos específicos serán los siguientes:

- Identificar a la embarazada con riesgo elevado para brindar una atención especializada.
- Facilitar la normalización y unificación de los datos obstétricos.
- Permitir auditoría médica.
- Facilitar la comunicación de las áreas intra y extrahospitalaria.
- Caracterizar a la madre y al recién nacido atendido.
- Permitir la captación médica y paramédica.
- Facilitar registros de los datos legales.
- Proporcionar información para investigaciones científicas.

Se deberá determinar por el trabajador de salud que atiende el control prenatal el embarazo normal y de bajo riesgo, del embarazo de alto riesgo para lo cual se define.

Alto riesgo: Cuando existen factores de riesgo (sociales, genéticos y fundamentales biológicos), solo a asociados cuya presencia puede significar un mayor compromiso alteraciones patológicas en el embarazo, el parto y el puerperio, en repercusión de la salud de la madre, el feto ambos.

Embarazo de alto riesgo:

Es aquel en que la madre, el feto y/o el neonato tiene una mayor probabilidad de enfermar, morir padecer secuelas antes o después del parto.

Calidad de Atención

Cada vez es más frecuente que grupos públicos y privados desarrollen y usen medidas de evaluación de la calidad de los servicios.

Las evaluaciones se usan para revisar y mejorar la calidad de los planes de atención médica, los médicos, los hospitales y otros.

Para promover la calidad de atención, en 1991 la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF). Desarrolló la carta de derecho del cliente la cual define la calidad de atención desde la perspectiva del cliente, incluyendo los derechos a la información, el acceso a servicios, y la opinión. Esta carta fue más tarde completada por la carta de necesidades de proveedores de servicios, la cual afirma que para satisfacer los derechos del cliente los proveedores de servicios necesitan capacitaciones, información, infraestructura y suministros adecuados, liderazgo, apoyo, respeto, motivación, retro alimentación, sobre su trabajo y oportunidades para expresión propia. Bajo este contexto profundizaremos sobre calidad de atención en su conjunto.³

Absolutista. Es aquella persona que implica menos condiciones. No obstante, esta condicionada por la naturaleza del problema de salud que debe manejarse y por el estado de la ciencia, la tecnología y el arte de la medicina y sus disciplinas afines.

Individualizada. El juicio sobre la calidad toma en cuenta los deseos y expectativas, valoraciones y medios del paciente, podemos hablar de una definición individualizada, pero las cantidades pueden ser diferentes.

Social de la calidad. Los factores que producen esta definición son las mismas que las que se emplean para obtener la definición individualizada, pero las cantidades pueden ser diferentes.

Valoración de la calidad y evaluación de programas.

La evaluación de programas y la valoración de la calidad se relacionan en sustancia solo cuando el programa provee servicios personales de salud en cuyo caso es importante considerar si el programa tiene a la vez otras funciones.

Si el programa proporciona también educación profesional e investigaciones sobre salud, o servicios de salud ambiental, es obvio que la valoración de la calidad concierne tan solo a unas de estas funciones y que la evaluación del programa debe abarcar un campo mucho más amplio.

La valoración de la calidad, bajo circunstancias, mide el éxito del programa sólo en una de sus funciones la prestación de servicios personales de salud.

Los programas son llevados a cabo por organizaciones y la valoración de la ejecución organizacional que debe tomar en cuenta actividades relacionadas con la supervivencia y crecimiento de clientes y empleados, mantenimiento de la capacitación y el apoyo de la comunidad, Cultivo de relaciones con distintas agencias y otras adaptaciones al ambiente de la organización. La evaluación del programa debe tomar también en cuenta el desempeño de la sub unidades de la organización y de su personal cuya función es alimentar, sostener y facilitar y potenciar las actividades de las unidades y del personal que proporciona cuidado directo de salud a los clientes. ⁶

Diferencias entre evaluación y valoración de la calidad.

La evaluación de programa parece ser más extenso y más completa que la valoración de la calidad. Este no sería cierto, sin embargo tratándose de un programa que solo proporciona una pequeña parte de lo que generalmente se incluye en los servicios personales de salud.

Similitudes. Obviamente la valoración de la calidad es parte de la evaluación de programa algunas veces su parte más importante las consideraciones que entran en la valoración de la calidad al nivel de la interacción paciente médico se vuelven muy semejantes a las que se toman en cuenta a nivel del programa si se confiere al médico la responsabilidad del manejo óptimo de toda su carga de casos de una población específica. Es más cuando la valoración de la calidad a nivel individual revela deficiencias en el desempeño, la investigación de los motivos de estas deficiencias a menudo nos llevará de un sector a otro de la organización implicando muchos elementos de la evaluación de programas. ⁶

Accesibilidad, continuidad y coordinación.

Accesibilidad: Se puede decir que la atención es accesible cuando es fácil de iniciarse y mantenerse, por supuesto, la accesibilidad depende de las propiedades de los proveedores ya sean instituciones o individuos, que lo hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar. Pero también depende de la habilidad de los clientes. Potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellas y la recepción de la atención. Por lo tanto la accesibilidad implica una adaptación entre los proveedores y los clientes que facilitan su unión y esto a su vez influye sobre la calidad de la atención.

La accesibilidad y la calidad están estrechamente relacionadas, pero esto no quiere decir que sean la misma cosa. Creo que más apropiado separar los fenómenos,

definiendo la accesibilidad de la atención como la facilidad con la que se inicia y se mantiene, y definiendo la calidad del cuidado como la capacidad esperada de lograr el más alto beneficio neto posible de acuerdo con las valoraciones de los individuos y la sociedad.

Coordinación: Puede verse como 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.

Continuidad. Significa falta de interrupción de la atención necesaria y mantenimiento de la relación entre las secuencias sucesivas de la atención médica. Un rango fundamental de la continuidad es la preservación de la información acerca de los hallazgos, las evaluaciones y las decisiones pasadas, y el empleo de estos datos para el manejo presente de una manera que indique estabilidad de los objetivos y métodos del tratamiento o su evolución ordenada y razonable.

La coordinación implica el compartir dicha información entre un número de proveedores para lograr un esquema coherente de tratamiento.

Se considera que la continuidad y la coordinación son mejores si la responsabilidad esta centralizada, tanto como sea posible, en las manos de un profesional.

La accesibilidad, la continuidad y la coordinación son atributos de la atención que influyen sobre la calidad pero permanecen separadas de ella.^{6,7}

Los pacientes y la definición de la calidad.

Los pacientes también contribuyen a la definición de la calidad, como lo muestra el modelo unificado, al determinar el valor que debe darse a los beneficios y riesgos esperados para la salud.

Los pacientes individual y colectivamente son los definidores primarios de lo que significa la calidad, tomando en cuenta todas estas consideraciones, la satisfacción del paciente a menudo se ve como un componente importante de la calidad de atención. A este respecto es un fenómeno curiosamente complejo.

En un sentido, la satisfacción o insatisfacción del Paciente corresponde a la curación de una herida o la compostura de paciente que es una consecuencia más bien que un atributo, de la atención. Como tal, la satisfacción puede considerarse como un elemento de la salud psicológica, lo que hace que el logro de la máxima satisfacción alcanzables sea un objetivo de la atención.

La satisfacción del paciente además de ser en sí un objetivo y resultado de la atención, puede verse también como una contribución a otros objetivos y resultados. Por ejemplo: Es más probable que un paciente satisfecho coopere eficazmente con el médico y que acepte recomendaciones. Satisfacción también incluye el acceso al cuidado ya que es más probable que un paciente satisfecho vuelva a buscar la atención médica.

La satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente en la medición de la satisfacción es por lo tanto, un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación. La valoración informal de la satisfacción tiene un papel aún más importante en el curso de cada interacción médico-paciente ya que el profesional puede usarla continuamente para monitorear y guiar dicha interacción, y al final hacer juicio que tan acertada ha sido.^{7,9}

Enfoques básicos para la evaluación

Estructura, proceso y resultado

En épocas más modernas ilustrados por el progreso científico y social, Lee y Jones han sintetizado esta tradición en las siguientes definiciones ahora clásicas:

- 1) La buena atención médica se limita a la práctica de una medicina racional basada en las ciencias médicas.
- 2) La buena atención médica enfatiza la prevención.
- 3) La buena atención médica requiere la cooperación inteligente entre el público lego y las profesionales de la medicina científica.
- 4) La buena atención médica trata al individuo como un todo.
- 5) La buena atención médica coordina todos los tipos de servicios médicos.

Evaluar la calidad de la atención en salud permite centrar esfuerzos en los eslabones más débiles de la cadena. El proceso de análisis de la calidad de la atención de la salud, es posible realizarlo desde el punto de vista metodológico, a partir de diferentes tipos de enfoques.

Estructura. En el concepto se incluyen tanto los recursos humanos, físicos y financieros como la organización (distribución del trabajo entre los miembros de un equipo, tipo de sistema de registro que se utiliza) comprende las características relativamente estables de los proveedores y usuarios de la atención. Sin embargo es del consenso general que el enfoque estructural tiene poca validez y la evaluación aislada de la estructura puede llevar a conclusiones erróneas a menos que el ítem específico de la estructura evaluado, tenga una relación demostrada (mas o menos) con el resultado.

Proceso. Incluye las actividades que han sido realizadas para conseguir los objetivos del programa, como se han realizado estas actividades, es decir, al evaluar el proceso se enfatiza en los procedimientos utilizados para prestar atención a los pacientes. Constituye la parte más invariable de la asistencia sanitaria.

El control de calidad. Se puede definir como el conjunto de esfuerzos de los miembros de una empresa para mantener y superar los estándares de calidad, prestando el servicio adecuado a satisfacción completa del consumidor.

El control de calidad involucra 2 aspectos:

- 1- Se relaciona con las cualidades propias de un producto o servicio y su apego a los estándares predefinidos.
- 2- Tiene que ver con la capacidad del producto o servicio para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente.

Se distinguen dos tipos de calidad.

Absoluta: Refiere a la concordancia entre el diseño y el producto final.

Relativa: Es la capacidad del producto para satisfacer la necesidad por la que fue creada.

Resultado: El análisis de los resultados refleja las contribuciones de todos los profesionales en la atención de los pacientes.

Pueden ser expresados en términos de recuperación de las funciones, satisfacción del usuario o de supervivencia. De tal forma que los resultados proporcionan una medición integrativa de la calidad de atención. La relación del paciente con el profesional, los logros en el nivel de salud del paciente como la propia satisfacción del usuario ante la atención recibida, la calidad esta determinada por la satisfacción del usuario.^{6, 15}

Componentes de la calidad de atención de los servicios de salud

Un programa de mejoramiento del desempeño institucional requiere, desde el punto de vista metodológico, contar con indicadores capaces de dar cuenta de la calidad de la prestación ofrecidas por los servicios de salud.¹⁶

Accesibilidad: Posibilidad de los usuarios (hombres y mujeres) de acceder a un servicio oportuno que de respuesta a sus necesidades de salud.

Factores que lo afectan:

- Geográficos: Distancias, tiempos, transporte público, etc.
- Económicos: Capacidad de pago a los usuarios.
- Socio-culturales: Lenguaje, valores, condición étnica, etc.
- Organizacionales: horarios, normas, requisitos, frecuencia de las consultas, procedimientos administrativos, etc.

Aceptabilidad: Percepciones de los usuarios (hombres y mujeres) sobre las diferentes dimensiones del servicio de términos de accesibilidad, relaciones interpersonales, seguimiento y competencia técnica.

Factores que lo afectan:

- La aceptabilidad se encuentra mediada por los procesos de socialización, niveles educativos, condición étnica, conocimiento de si por parte del usuario, autosistema, autonomía.

Relaciones interpersonales: Interacción entre usuario (hombres y mujeres) proveedores del servicio de salud.

Factores que lo afectan:

- Interacción mediada por factores de conocimiento, situación étnica, económica, valoraciones sociales sobre las identidades femeninas y masculinas, estructura jerárquica de los servicios de salud (relación asimétrica de naturaleza dominación / subordinación).

Integralidad: Aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, culturales, étnicos y circunstanciales que deben estar presentes de manera interrelacionada en la atención en salud.

Competencia humana y técnica:

Aplicación de conocimientos, habilidades y tecnologías actualizadas, desde una perspectiva científica y humana con relación a los factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y sexuales presentes en las necesidades de salud de la población usuaria (hombres y mujeres).

Participación: Posibilidad de incorporación de los usuarios (hombres y mujeres) a un mayor control de las variables que influyen sobre su vida y salud. Se trata de incorporar al usuario a todo el proceso de los servicios.

Aspectos a considerar en el comportamiento de los actores de los servicios de salud para definir indicadores de calidad para cada componente:

1. Accesibilidad

Sistema de salud:

- 1- Tiene políticas y criterios no discriminatorios explícitos.
- 2- Tiene un horario de atención y sistema de citas de acuerdo a realidades y necesidades de las mujeres, tomando en cuenta sus roles múltiples y el valor de su tiempo.
- 3- Optimiza tiempo de espera, reduciendo y utilizándolo con fines educativos, incluyendo mensajes que apuntan hacia la equidad de género.
- 4- Dispone de mecanismos de información y promoción para el acceso a los servicios enfatizando sectores discriminados.
- 5- Proporciona infraestructura y recursos para espacios de acogida a niños y niñas, durante tiempo de la consulta.
- 6- Asegura financiamiento y progresivo incremento de recurso para estos servicios.
- 7- Promueve redes de apoyo comunitario para potenciar el acceso.
- 8- Garantiza el servicio independientemente de la condición económica de los / las usuarios(as) de su afiliación propia o de otros miembros del hogar.

Prestadores(as):

- 1- Cumple con el horario de atención establecido, respetando el tiempo de la mujer.
- 2- Respects las normas sobre la duración de la consulta e interconsulta.

Usuarios(as):

- 1- Está satisfecha respecto al tiempo de espera, horario de atención y duración de la consulta.
- 2- Tiene la posibilidad de elegir proveedores(as).
- 3- Tiene la posibilidad de elegir representantes comunitarios en el área de salud.

- 4- El pago del servicio y transporte se adecua a su nivel de ingreso y su poder de decisión sobre el uso de tal ingreso.
- 5- La mujer y el hombre usuarios tienen la posibilidad de disponer de servicios de salud sexual y reproductiva, adicionalmente a los servicios de ETS / SIDA.
- 6- Puede elegir los horarios de atención de modo que no obstaculicen las jornadas de trabajo doméstico y productivo de las usuarias.

2. Aceptabilidad

Sistema de salud:

- 1- Garantiza privacidad y confidencialidad en la atención y el tratamiento de los problemas de salud, especialmente los relacionados con complicaciones del aborto inducido. ETS e infección por HIV.
- 2- Garantiza la señalización e información adecuadas culturalmente, en los diferentes ambientes que integran el circuito de atención.

Prestadores(as):

- 1- Usa un lenguaje comprensible y sensible a necesidades de traducción en caso de grupos étnicos.
- 2- Respeta creencias, prácticas y saberes de usuarias, incorpora las que no son lesivas para su salud y previene las prácticas dañinas.

Usuarios(as):

- 1- Está satisfecha con el servicio.
- 2- Expresa valoraciones positivas específicas con relación al acceso, la competencia técnica de los / las prestadores(as) y las relaciones interpersonales.
- 3- Muestra disposición para regresar al servicio.
- 4- Siente que se han tomado en cuenta sus propios saberes sobre el tema de su preocupación.

3. Participación

Sistema de salud:

- 1- Crea mecanismos de participación para identificar y responder a las necesidades de la población usuaria.

Prestadores(as):

- 1- Utiliza o promueve el uso de mecanismos de participación de los / las usuarios (as) en todo el proceso de los servicios.
- 2- Facilita la toma de decisiones autónomas de usuarias.
- 3- Promueve la participación de su pareja en las consultas relacionadas con los diferentes aspectos de la salud reproductiva, si la mujer usuaria está a favor.
- 4- Indaga, facilita, alienta y habilita la participación social de las usuarias.

Usuarios(as):

- 1- Tiene la posibilidad de tomar decisiones autónomas.
- 2- Considera que fue estimulada para participar en el proceso de atención.

4. Relaciones interpersonales

Sistema de salud:

- 1- Asigna recursos para programas de capacitación humanista sobre perspectivas de género y relaciones interpersonales.
- 2- Define los contenidos de las normas referentes a las relaciones entre el personal de salud y los / las usuarios(as) coherentes con un enfoque de respecto a la persona.
- 3- Crea condiciones de infraestructura que permitan la privacidad.
- 4- Tiene un sistema de evaluación sistemática de las relaciones interpersonales en los servicios.
- 5- Permite que las usuarias accedan a la información contenida en las historias clínicas.
- 6- Tiene la capacidad de abordar y resolver situaciones de crisis.
- 7- Tiene normas y mecanismos que aseguran la promoción y protección de los derechos sexuales, reproductivos y humanos de los / las usuarios(as).

Prestadores(as):

- 1- Indaga sobre la relación socioemocional y sexual de la pareja, analizando dificultades y ofreciendo cooperación en la búsqueda de soluciones que apunten hacia mayor equidad de género.
- 2- Mantiene una relación respetuosa y personalizada durante todo el proceso de atención en la unidad de salud.
- 3- Muestra apertura y sensibilidad a las necesidades y demandas de los / las usuarios(as).
- 4- Establece una relación de diálogo y empatía.

- 5- Tiene una aproximación respetuosa al cuerpo del / la usuario(a).
- 6- Asegura privacidad y confidencialidad en el proceso de atención.
- 7- Evita juicios moralizantes sobre valores y practicas de los / las usuarios(as).
- 8- Trasciende los estereotipos sexistas en la relación con los / las usuarios(as).
- 9- Garantiza el respeto y el ejercicio de los derechos sexuales, reproductivos y humanos de los / las usuarios(as).
- 10-Proporciona elementos que lo elevan la autoestima de la mujer usuaria aludiendo positivamente a sus capacidad, voluntad, criterio y comprensión de la recomendaciones.
- 11-Tiene un trato digno y respetuoso, carente de violencia e intimidación hacia la usuaria.
- 12-Valora y respeta los saberes y las practicas tradicionales e indígenas no dañinos para la salud.
- 13-No culpabiliza a la mujer por su estado de salud, mas bien, toma en cuenta las circunstancias que las circunstancias que la influenciaron incluyendo las inequidades de genero.

Usuarios(as):

- 1- Tiene la libertad para hacer preguntas y cuestionas las explicaciones recibidas de los / las proveedores(as).
- 2- Muestra claridad y asertividad para explicar sus necesidades y demandas en el proceso de atención.
- 3- Demanda respecto a sus derechos sexuales reproductivas y humanos.
- 4- Comprende el significado diagnostico, medicación y contraindicaciones de su problema de salud y los aspectos preventivos adecuados para su situación particular.
- 5- Siente valorizadas sus opiniones personales e intimas sobre su salud.
- 6- Se siente auto firmada por sus conocimientos de salud.
- 7- Considera que se construyo empatía entra ella y el / la proveedor(as).

5. Integralidad:

Sistema de salud:

- 1- Muestra el compromiso de brindar atención desde la noción de Integralidad en políticas y programas.
- 2- Prioriza la promoción y la prevención.
- 3- Capacita a los / las proveedores(as) y a la comunidad en la noción de integralidad en la atención de la salud de la mujer.
- 4- Establece una red de servicios en la comunidad.

- 5- Promueve la intersectorialidad en la prevención del aborto espontáneo e inducido y la violencia intrafamiliar.
- 6- Prepara a los / las proveedores(as) para detectar problemas de salud y comprender psicológicamente a las usuarias en la marco de sus circunstancias.
- 7- Difunde las ideas de que la promoción y el autocuidado de la salud de la mujer son importantes para ella y su familia.
- 8- Ha elaborado normativas para el aprovechamiento de oportunidades que se desperdician para dan atención integral.
- 9- Ha diseñado un sistema de historia clínica que refleja la aplicación del concepto de integralidad.
- 10- Define mecanismos para la atención integral y humana de la mujer por complicaciones del aborto inducido, sin restricciones económicas ni un trato de culpabilización o de intimidación hacia la mujer.
- 11- Proporciona servicios integrales en salud sexual y reproductiva adecuados a las necesidades de la población usuaria y considerando la mujer en todos los aspectos de la salud reproductiva, no únicamente la planificación familiar.

Prestadores (as):

- 1- Toma en cuenta el trabajo productivo y doméstico de la usuaria (remunerado y no remunerado) en el proceso de atención.
- 2- Facilita el proceso de toma de decisiones de las mujeres usuarias y las habilita para ello.
- 3- Comprende psicológicamente y apoya efectivamente a las usuarias.
- 4- Valora e incorpora los saberes de la usuaria en el proceso de atención y en su práctica cotidiana.
- 5- Incorpora una visión integral y positiva de la sexualidad de la usuaria en el proceso de atención.
- 6- Aprovecha la oportunidad de la consulta para resolver necesidades mas allá de las demandas de la usuaria en indaga sobre la promoción de la salud mentadle la mujer.

Usuarios (as):

- 1- Tiene capacidad de reconocer la relación que establece entre su contexto económico social, psicológico, étnico y cultural y su condición de salud.
- 2- Se siente acogida y comprendida psicológicamente en lo emocional, lo afectivo y en las circunstancias concretas.
- 3- Considera que es factible cumplir las recomendaciones del / la prestador(a).
- 4- Considera que se tomó en cuenta su situación y se aprovechó bien la oportunidad de la consulta.

- 5- Considera que sus necesidades fueron atendidas y resueltas o que están en vías de solución.
- 6- Tiene la posibilidad de ser atendida de una manera integral en todo los aspectos de la salud reproductiva en las diferentes etapas de su vida, des la niñez hasta la vejez.

6. Competencia humana y técnica

Sistema de salud:

- 1- Incorpora la perspectiva de género en la selección, inducción y capacitación del personal.
- 2- Posee sistemas de registro y protocolos que incorporan diferenciales por sexo.
- 3- Socializa y retroalimenta la información a través de sus mecanismos institucionales.
- 4- Utiliza lenguaje inclusivo en todas las comunicaciones.
- 5- Facilita y fomenta estudios e investigación crítica, incluidas las normas y su cumplimiento.
- 6- Se articula institucionalmente a redes de referencia y contrarreferencia incluyendo servicios alternativos.
- 7- Posee sistemas de autoevaluación continua.
- 8- Provee infraestructura, equipamiento e insumos adecuados en cantidad y calidad, respecto de las atenciones que brinda.
- 9- Asegura que la asignación de responsabilidades no se haga con criterios sexistas.
- 10- Posee normas que evitan el abuso quirúrgico de la mujer, como son las cesáreas innecesarias.
- 11- Posee e implemente mecanismos que aseguran la calidad de atención.

Prestadores (as):

- 1- Es capaz de identificar inequidades de género y su impacto en la salud de la mujer.
- 2- Incorpora una perspectiva de género a su quehacer, identifica y responde a necesidades particulares ligadas a la condición y la posición de género de la persona.
- 3- Es capaz de conectarse con calidez y creatividad.
- 4- Utiliza el sistema de referencia y contrarreferencia en forma adecuada y oportuna.
- 5- Aplica criterios adecuados en situaciones de violación sexual, física y psíquica contra la mujer.

Usuarios (as):

- a) Es capaz de fundamentar las decisiones que ha tomado sobre su salud.
- b) Siente que la infraestructura y el equipamiento del establecimiento son adecuados para sus necesidades, sensibilidad y dignidad.
- c) Considera que la atención recibida es completa y adecuada a sus necesidades de salud.
- d) Considera que el ambiente es acogedor, aseado y confortable.
- e) Está consciente de la importancia del control cáncer del cuello uterino y de mama y del control pre y postnatal.
- f) Ha sido informada sobre sus derechos reproductivos, incluyendo los aspectos sexuales, y sobre la no aceptación de la violencia contra la mujer.

Para valorar la satisfacción de los usuarios se debe considerar los siguientes aspectos:

- 1- Calidad no es lo que ponemos en el servicio, sino lo que el usuario obtiene de él.
- 2- Nos movemos en el campo de la subjetividad, donde la satisfacción se interrelaciona con las expectativas y las percepciones.
- 3- No existe una relación lineal entre satisfacción e insatisfacción.
- 4- Los usuarios deben decidir cuales son los aspectos asistenciales que les interesa y esto comprenden: las relaciones interpersonales, la información, la organización de la atención e incluso la aceptación de los diagnósticos y tratamiento.

La mayoría de los casos de insatisfacción del usuario no llegan a expresarse por lo tanto puede ser preciso acudir a estudios sobre evaluación de la calidad de los servicios de puntos de vista de la estructura, procesos, resultado.¹⁷

El usuario, una nueva perspectiva del análisis de la calidad.

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

Las comodidades son también importantes porque pueden influir en las expectativas que tiene el paciente y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio.

Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad.

Como es percibida la calidad de los servicios por los usuarios

A nivel de los servicios de salud se pueden diferenciar dos tipos de calidad.

Técnica: Es la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al paciente el máximo y completo bienestar.

Sentida: Está en la subjetividad de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos. Corresponde a la satisfacción razonable de sus necesidades, luego de la utilización de los servicios.

La calidad técnica se define en términos de:

- a) La integridad. Es decir satisfacer todas las necesidades de los pacientes.
- b) Es decir lo que se debe de hacer en cada caso.
- c) Destreza. Es decir hacer bien lo que se hace.
- d) La oportunidad. Es decir hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer.
- e) La efectividad. Que sería resultado satisfactorio del proceso de atención.

Este tipo de calidad puede medir a través de auditorías médicas, métodos de observación aplicados por supervisores, el uso de estándares de calidad y algoritmos. Ej. Flujograma sobre provisión de los medicamentos.

Acceso a los servicios

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención en salud. Esta dimensión de calidad comprende barrera de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural o lingüística.

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

Económica: Se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes.

Social o cultural: Se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actividades locales.

Organizacional: Se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes, las horas de atención clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios.

Métodos para evaluar la calidad desde la perspectiva del usuario.

La percepción del usuario puede ser medida mediante:

- a- Cuestionarios.
- b- Grupos focales
- c- Construcción de indicadores basados en la percepción del usuario.

Diseño metodológico

Tipo de estudio: La presente es una Investigación operativa.

Área de estudio; Centro de salud con camas “Carlos Centeno” de Siuna; municipio ubicado en la región autónoma del atlántico norte a 338 Km. de la capital Managua con una población aproximada de 76,245 hab. (ver anexos)

- ✓ Para determinar el nivel de prestación de servicios que brinda el subprograma a través de su accesibilidad, integridad, continuidad de la atención, tiempo de espera y tiempo de consulta se hizo una revisión documental en informes técnicos, expedientes clínicos, tarjeteros, entrevistas a autoridades del Centro y se realizará una encuesta a usuarios.
- ✓ Para valorar el nivel de satisfacción de usuario del subprograma con respecto a la atención y la relación médico-paciente se realizo encuesta a 120 usuarias del subprograma Control Prenatal activa, durante la consulta de seguimiento al Centro de Salud.
- ✓ Para identificar los principales problemas en el servicio desde la perspectiva de los proveedores de servicio se realizo una sesión de trabajos tipo grupo focal con el personal asistencial del subprograma Control Prenatal donde se discutieron aspectos relativos a los problemas de atención.

Fuente de información:

La investigación consiste en una serie de datos recolectados de diferentes fuentes de información: Primaria encuestas a 120 usuarias y entrevista a profundidad a la dirección del programa y un grupo focal con 6 proveedores de servicios del programa. Una fuente secundaria de datos serán los informes técnicos y de producción del programa, tarjetero y expedientes de usuarias.

Procedimientos de recolección de datos:

- 1) Una vez aprobado la presente propuesta se procedió a establecer coordinaciones con las autoridades del Centro de Salud, solicitando su autorización y comprometiéndonos a brindar información útil a las necesidades de desarrollo de la institución.
- 2) Se procedió a realizar las encuestas de satisfacción con usuarias del programa, para ello se les explicará a cada una de las encuestadas los objetivos del estudio, la importancia de su participación y su intención de participar en el estudio. Una vez confirmada su intención de participar en el estudio, se procedió a aplicar la encuesta.
- 3) Se solicito entrevista con la directora del programa para discutir aspectos relacionados con la gestión y alcances del subprograma Control Prenatal.
- 4) Se realizo una reunión con el personal que atiende el programa Control Prenatal y se discutió una guía de preguntas (Grupo focal) sobre la calidad del programa, dificultades y alcances.

Instrumentos de recolección de datos:

- ✓ Encuesta estructurada para recolectar datos de satisfacción de usuarias.
- ✓ Guía de discusión de grupos focales.
- ✓ Guía de entrevista.

Plan de análisis:

Los datos de la encuestas se procesaron y analizaron en el paquete estadístico Epi-Info 3.3.2 para Windows. Se estimo frecuencia absoluta y relativa de sus variables, se estableció frecuencia de satisfacción de las usuarias ante diferentes situaciones de los servicios. Los datos producidos por los grupos focales y las entrevistas se procesaron de forma cualitativa mediante análisis textual. Los resultados se plasman en cuadros, gráficos y diagramas.

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	encuesta años	10 a 14 años 15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a mas
Procedencia	Lugar de origen o donde habita la usuaria.	encuesta	Urbano. Rural.
Escolaridad	Nivel académico o años de estudios	encuesta	Ninguno. Primaria. Secundaria. Técnica. Universidad.
Estado civil	Situación con respecto a su condición social.	encuesta	Soltero. Casado. Acompañado. Otro.
Accesibilidad	Posibilidad de los usuarios de acceder a un servicio oportuno que de respuesta a su necesidades.	Encuesta: geográfica Económica: Pago	< 30 minutos De 30 a 60 minutos De 1 a 2 horas Mas de 2 horas SI NO
Transporte	Medio utilizado para la movilización de un lugar al otro	Encuesta	Vehículo propio Taxi Bus o camión Animal Caminando
Costo	Dinero pagado por su transporte por la paciente y acompañante si lo hubiese.	Encuesta	< de 10 córdobas De 10 a 20 córdobas Mas de 20 córdobas
Consulta	Atención medica brindada al usuaria	Encuesta	SI NO
Tiempo de espera	Periodo desde que llega a cierto lugar hasta el momento de ser atendida	Encuesta	< de 15 minutos De 15 a 30 minutos De 31 a 60 minutos Mas de 60 minutos

Variable	Definición	Indicador	Escala
Duración de consulta	Tiempo empleado desde que se inicia la consulta hasta que termina	Encuesta	< de 5 minutos De 5 a 10 minutos Mas de 10 minutos
Actitud médica	Predisposición relativamente estable y constante para comportarse o reaccionar determinar manera hacia las personas	Encuesta Interés Amabilidad	SI NO SI NO
Examen clínico	Conjunto de actividades que el medico realiza para evaluar el estado de salud del usuario	Encuesta	SI NO
Consejería	Actividad realizada por el personal de salud para brindar orientación al usuario	Encuesta	SI NO
Dudas	Interrogante que surge en el usuario que debe ser aclarar por el proveedor	Encuesta	SI NO
Privacidad	Percepción del manejo individual del usuario por el medico al momento de la consulta	Encuesta	SI NO
Seguimiento	Cita que se brinda al usuario para control, seguimiento dentro del programa	Encuesta	SI NO
Satisfacción del usuario	Cuando se cumple con las necesidades del cliente	Encuesta	SI NO
Atención recibida	Atención brindada por el personal al momento de acudir al centro de salud	Encuesta	SI NO

Resultados

Continuidad de la atención:

Las metas consideradas en la planificación para ambos años (2003, 2004) pueden ser consideradas adecuadas en base a las condiciones de accesibilidad geográfica de la zona, sin embargo son bajas en relación a los riesgos de enfermedad y muerte que lleva implícito el embarazo. En el 2003 ninguna de las metas se cumplió, en el 2004 mejoraron algunas captaciones. En ambos años los partos institucionales, principal momento en que ocurren las muertes obstétricas no se pudieron cumplir (Ver cuadro 1).

Satisfacción de las usuarias:

Se encuestaron 120 mujeres embarazadas que asistieron a la consulta del Control Prenatal. Un 40% fueron adolescentes. La cuarta parte refirió no haber cursado grado alguno de instrucción, un poco más de las 3 cuartas partes de esta población tienen baja escolaridad (Primaria y menos). Igual proporción refirió estar acompañada o en unión estable (Vea cuadro 2).

El 80% de las encuestadas son de procedencia rural (Ver gráfico 1). El 65% de las mujeres tardan más de 2 horas de trasladarse desde su casa al Centro de Salud y el 49.2% considera el tiempo que dura como mucho (Ver cuadro 3).

El 58.3% de las encuestadas se trasladan desde su casa a la unidad de salud a caminando y un 23.3% lo hace viajando en bus o camión. El 18.3% paga más de 20 córdobas por el viaje (Ver cuadro 4).

Al llegar a la consulta el 60% tarda de 31 a 60 minutos en ser atendidas y un 34.2% de 15 a 30 minutos. Al 25% le pareció que ese tiempo fue mucho (Ver cuadro 5).

En el 96.7% el tiempo que duró la consulta fue de más de 10 minutos. Al 92.5% el tiempo de duración de la consulta le pareció aceptable (Ver cuadro 6).

En general con todos los aspectos de la atención las usuarias se sintieron satisfechas (Ver cuadro 7).

Sin embargo el 36% no encontró las medicinas que les recetaron (Ver gráfico 2).

En cuanto a la atención brindada por diferentes recursos, las encuestadas valorar como excelente en orden de mayor a menor el trato en el laboratorio, el trato en farmacia, el trato durante la atención, el trato del médico y el trato de la enfermera (Ver gráfico 3).

Los problemas que se quejaron las usuarias son la falta de medicamentos en primer lugar, seguido por el tiempo de espera (Ver gráfico 4)..

Principales problemas referidos desde el proveedor:

En la respuesta de las personas que brinda la atención se vuelve a mencionar que uno de los principales problemas a que se enfrentan las usuarias es el difícil acceso que tienen estas a la unidad, ya sea geográfico por vivir en comunidades lejanas o con caminos en muy mal estado o económico por el precio que tienen que pagar por el transporte hacia la unidad, seguido de la falta de recursos humanos lo que no permite la realización de trabajo de terreno ya que se dejaría descubierta la unidad.

Cuadro 1. Indicadores de continuidad de servicios en el Programa Control prenatal Siuna. RAAN. 2003 - 2004.

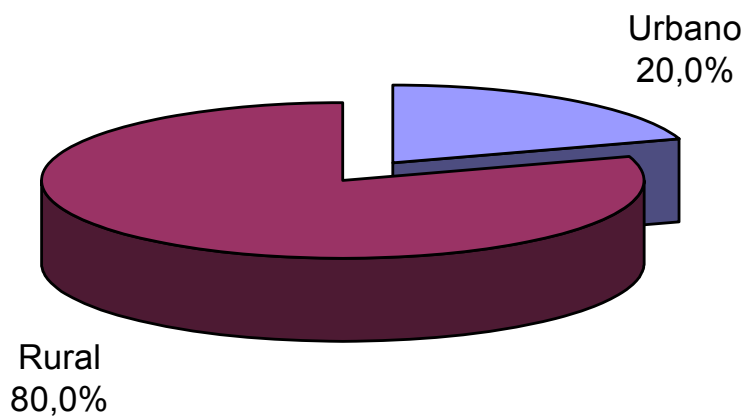
Indicadores	2003			2004		
	Esperad	Program	Realiza	Esperad	Program	Realiza
Primeros CPN	3703	2732	2152	3988	2565	2792
Captación CPN I trimestre	1126	1093	573	2565	1055	761
Segundo CPN	1551	1551	1000	1582	1024	1366
Tercer CPN	940	930	602	1196	770	882
Cuarto CPN y más	695	695	587	1196	770	908
Partos institucionales	3347	1231	628	3593	1612	785

Ministerio de Salud. Siuna, Registros estadísticos.

Cuadro 2. Características de mujeres asistentes al programa Control Prenatal que fueron encuestadas para conocer su satisfacción con el programa. Siuna. RAAN. Enero a Marzo del 2005.

Variables	Número	Porcentaje
Edad		
✓ 10 a 14 años	3	2.5
✓ 15 a 19 años	45	37.5
✓ 20 a 24 años	30	25.0
✓ 25 a 29 años	20	16.7
✓ 30 a 34 años	15	12.5
✓ 35 a más años	7	5.8
Escolaridad		
✓ Ninguna	30	25.0
✓ Primaria	75	62.5
✓ Secundaria	12	10.0
✓ Técnica	2	1.7
✓ Universitaria	1	0.8
Estado civil		
✓ Soltera	8	6.7%
✓ Acompañada	92	76.7%
✓ Casada	20	16.7%
Total	120	100.0

Gráfico 1. Procedencia de mujeres que asisten a Control Prenatal, encuestadas para conocer grado de satisfacción con la atención.



Cuadro 3. Tiempo que tardan las pacientes para trasladarse desde su casa al Programa Control Prenatal del Centro de Salud y su valoración. Siuna. RAAN. Enero a Marzo del 2005.

Variables	Número	Porcentaje
Tiempo que tarda en trasladarse desde su casa al Centro de Salud		
✓ Menos de 30 minutos	17	14.2%
✓ De 30 a 60 minutos	6	5.0%
✓ De 1 a 2 horas	19	15.8%
✓ Más de 2 horas	78	65.0%
¿Cómo le parece ese tiempo?		
✓ Poco	25	20.8%
✓ Aceptable	36	30.0%
✓ Mucho	59	49.2%
Total	120	100.0

Cuadro 4. Medios de transporte y costo de los mismos para que las pacientes pudieran trasladarse desde su casa al Programa Control Prenatal del Centro de Salud. Siuna. RAAN. Enero a Marzo del 2005.

Variables	Número	Porcentaje
Medios de transporte		
✓ Vehículo propio	0	0.0%
✓ Taxi	9	7.5%
✓ Bus o camión	28	23.3%
✓ Caballo	13	10.8%
✓ Caminando	70	58.3%
Costo del transporte		
✓ Menos de 10 córdobas	0	0.0%
✓ De 10 a 20 córdobas	15	12.5%
✓ Más de 20 córdobas	22	18.3%
✓ No aplica	83	69.2%
Total	120	100.0

Cuadro 5. Tiempo que esperó para ser atendidas y valoración del mismo hecha por las pacientes que asistieron al Programa Control Prenatal del Centro de Salud de Siuna. RAAN. Enero a Marzo del 2005.

Variables	Número	Porcentaje
Tiempo que espero para ser atendido en el Servicio que buscaba		
✓ Menos de 15 minutos	0	0.0%
✓ De 15 a 30 minutos	41	34.2%
✓ De 31 a 60 minutos	72	60.0%
✓ Más de 60 minutos	7	5.8%
¿Cómo le parece ese tiempo?		
✓ Poco	28	23.3%
✓ Aceptable	62	51.7%
✓ Mucho	30	25.0%
Total	120	100.0

Cuadro 6. Tiempo que duró la consulta y valoración del mismo hecha por las pacientes que asistieron al Programa Control Prenatal del Centro de Salud de Siuna. RAAN. Enero a Marzo del 2005.

Variables	Número	Porcentaje
Tiempo que duró la consulta		
✓ Menos de 5 minutos	0	0.0%
✓ De 5 a 10 minutos	4	3.3%
✓ Más de 10 minutos	116	96.7%
¿Cómo le parece ese tiempo?		
✓ Poco	6	5.0%
✓ Aceptable	111	92.5%
✓ Mucho	3	2.5%
Total	120	100.0

Cuadro 7. Valoración que hacen las usuarias del Control Prenatal sobre diversos aspectos de la atención en el Centro de Salud de Siuna. RAAN. Enero a Marzo del 2005.

Variables	Número	Porcentaje
La persona que la atendió hoy le prestó atención a su explicación o problema	120	100.0%
Recibió recomendaciones o consejería para su salud?	120	100.0%
Entendió las recomendaciones que le dieron?	120	100.0%
Respetaron su privacidad durante la consulta?	120	100.0%
Le trataron con amabilidad durante la consulta?	120	100.0%
Le dieron cita o le dijeron que tenía que regresar?	120	100.0%
Regresaría a esta unidad de salud para que lo atendieran nuevamente?	120	100.0%
En su próxima visita le gustaría que lo atendiera la misma persona que lo atendió hoy?	120	100.0%
Recomendaría a esta unidad de salud a alguna persona muy querida?	120	100.0%
Total	120	100.0

**Gráfico 2. Referencias de la usuaria si encontrón todas las
medicinas que le recetaron.**

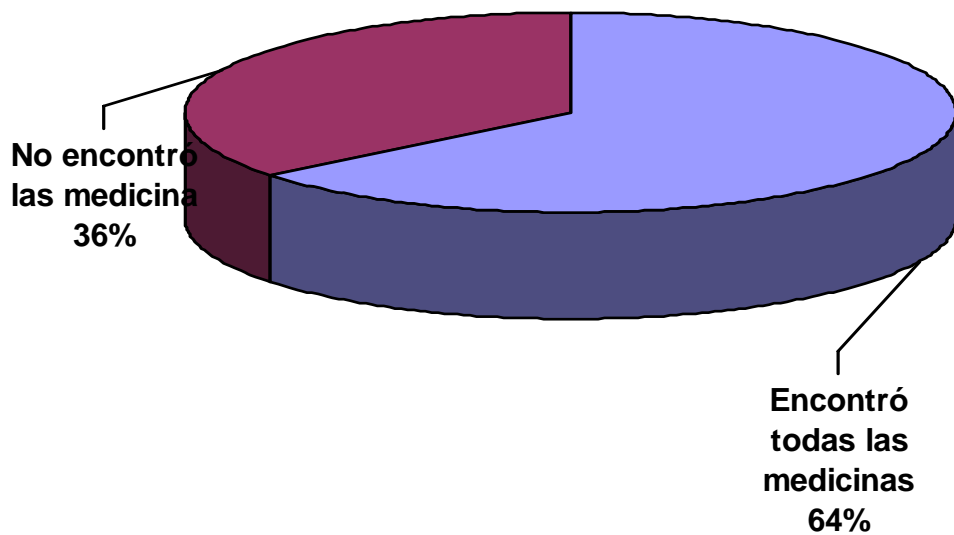


Gráfico 3. Valoración de la atención de diferentes recursos y servicios según valoración del usuario del Control Prenatal.

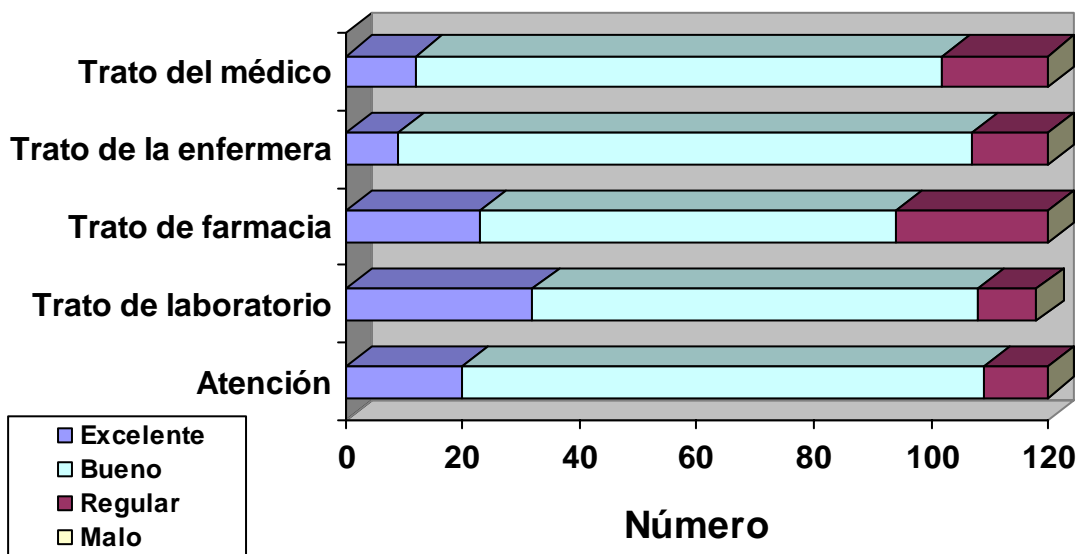
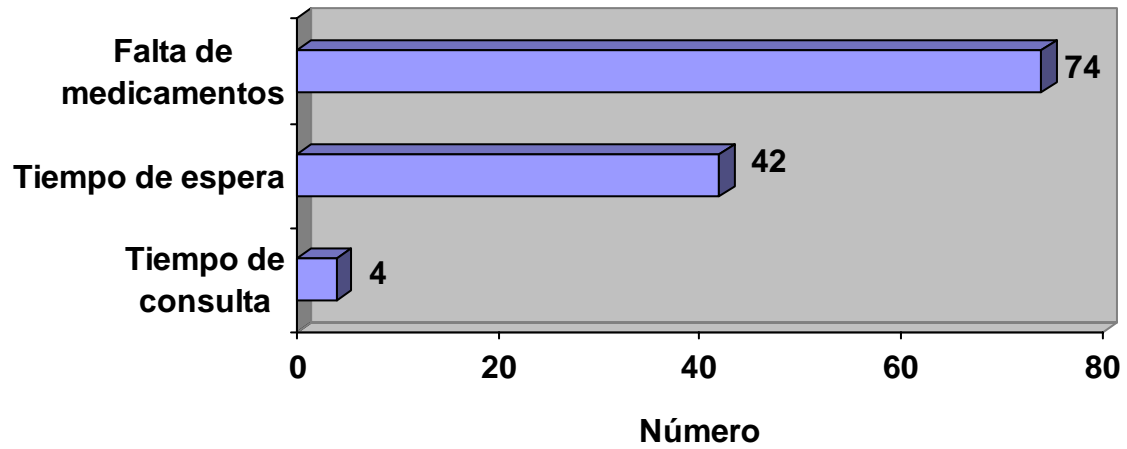


Gráfico 4. Valoración que hacen las usuarias sobre las situaciones que considera problemas de la atención.



Grupo focal.

- 1) ¿Porqué a pesar de nuestro duro trabajo en este programa la muerte materna y perinatal sigue siendo alta en la Región?

Se ha hecho un arduo trabajo en específico en este municipio para reducir la mortalidad materna. Pero creemos que el obstáculo principal es la accesibilidad de la población a los servicios de salud. Este es un municipio grande geográficamente y la mayor parte de la población es rural.

- 2) ¿Cuál consideran ustedes ha sido el impacto del programa en las mujeres embarazadas de este municipio?

Ha tenido un impacto importante por que no ha servido para llevar un mejor registro y control de nuestras mujeres embarazadas y de esta forma monitorear de manera continua y estar siempre en busca de la prevención de posible complicación durante el embarazo; tratando de dar repuestas a su problema de salud además que hemos tenido una reducción importante en el numero de muertes maternas en nuestro municipio.

- 3) ¿Cuáles son los principales elementos que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos del programa?

Creemos que cuando una mujer embarazada llega a nuestra unidad de salud recibe una atención de calidad ya que cumplimos con todos los objetivos del subprograma de control prenatal dándonos cuanta que el principal elemento obstaculizador de este programa es la falta de asistencia de las mujeres embarazadas que en su mayoría se debe a que habitan en lugares lejanos y de muy difícil acceso además de que tienen muy pocos recursos económicos.

- 4) Cual considera usted es el principal problema que enfrentan las usuarias para acceder a control prenatal
- a. Accesibilidad geográfica
 - b. Escasos recursos económicos (para su transporte, comer y hospedarse en el pueblo)

5) ¿Como considera usted la calidad de las actividades realizadas en los controles prenatales brindados en este centro?

Creemos que estamos brindando un servicio de calidad, claro todo dentro de nuestras posibilidades pero a esta pregunta quien daría una respuesta son las usuarias que nos visitan.

6) Cual es el principal problema que se ha tenido para brindar un control prenatal de alta calidad.

Consideramos que el principal problema que tenemos es una falta de personal que puede brindar el servicio ya que se atiende no solo control prenatal sino también morbilidad en general lo que repercute en el tiempo de espera de las mujeres embarazadas para recibir la atención.

7) ¿Qué aspectos debería fortalecer el Ministerio de Salud para reducir las actuales tasas de mortalidad materna e infantil?

Creemos que se debe de fortalecer el trabajo de terreno a través de brigadas medicas móviles que penetren a esos lugares de difícil acceso para tratar de llegar hasta esas usuarias que no pueden venir a nosotros.

8) ¿Cuál debería ser los compromisos del personal que labora en este programa?

Comprometerse a continuar brindando un control de calidad a pesar de la limitación de recursos humanos recordando que las usuarias acuden a nuestra unidad en busca de ayuda no de maltrato.

9) ¿Qué papel considera que deben jugar las otras organizaciones para impactar en la mortalidad materna e infantil?

Creemos que deberían trabajar en conjunto con el ministerio de salud para tratar de cubrir las áreas en las que tenemos debilidades como es la captación de esta mujeres embarazadas en el área rural tratando de mejorar el trabajo de terreno.

Entrevista

1) ¿Cuál es la valoración que tiene sobre el desarrollo del subPrograma Control Prenatal en le municipio?

Creo que es un programa muy importante ya que nos permite un monitoreo constante de nuestras mujeres embarazadas que nos ayuden a detectar posibles complicaciones y tratar de dar repuestas a estos problemas.

2) ¿Cuales considera usted que son los principales logros del subprograma?

Creo que el principal logro es haber reducido el numero de muerte materna de 11 muertes en 2003 a 5 muertes en el 2004. Además de aumentar la cobertura de las mujeres que acuden por primera vez a un control prenatal, pero ha sido más satisfactorio para nosotros el aumento de las mujeres que regresan por un segundo o un tercer control a nuestra unidad.

3) ¿Cuáles considera usted son las principales debilidades del subprograma?

No lo veo como debilidad pero si es un problema que se nos presenta como es la limitación de recursos humanos. Además que no tenemos personal medico permanente ya que en la mayoría del personal que brinda el servicio son médicos en servicio social; lo que quiere decir que cuando alguien ya esta bien entrenado se nos va de la unidad y recibimos personal nuevo que hay que entrenarlo.

4) ¿Cuales considera usted son los elementos facilitadores del subprograma?

Disponibilidad para el trabajo de parte del personal.

5) ¿Cuales considera usted son los elementos obstaculizadores del subprograma?

Creo que el obstáculo está más de parte del usuaria por la dificultad que esta tiene para acceder a nuestra unidad de salud.

6) ¿Como califica usted la calidad del control prenatal?

Considero que brindamos un control prenatal de calidad, estamos cumpliendo con las normas, además que hemos aumentado el numero de usuarias que acuden a controles prenatales.

7) ¿Cuáles son las metas a mediano y largo plazo que debería establecer el programa?

Creo que seguir aumentado nuestra cobertura de controles prenatales; velando por que se haga un control prenatal de calidad además de aumentar el numero de usuarias que acuden a su primer control prenatal durante el primer trimestre de su embarazo. Creo que también debemos de esforzarnos para que se realice una continuidad de este control. A largo plazo considere debemos tratar de seguir disminuyendo el numero de muertes maternas en nuestro municipio.

DISCUSIÓN

Uno de los grandes retos del ministerio de salud de Nicaragua es fortalecer la atención medica a nivel primario del binomio madre e hijo, es por eso que el programa de atención integral a la mujer a través del CPN trata de vigilar el desarrollo de la gestión de la mujer embarazada desde sus cambios fisiológicos, preconcepcionales, así como el embarazo mismo, como los cuidados post parto. Para una mejor atención se debe dirigir los recursos hacia un grupo más vulnerable para un correcto manejo y clasificación de los pacientes valorando adecuadamente los factores de riesgo que en un futuro pueden desencadenar una muerte materna.

Al analizar características sociodemográficas de las pacientes en estudio encontramos que el 40% de ellas son adolescentes dato que es superior al promedio nacional que es aproximadamente de 30%, la mayoría de las mujeres tienen baja escolaridad (87.5%) con una relación de pareja estable en su mayoría acompañada y en un 80% originaria del área rural; estos son datos que coinciden con la actual situación sociodemográfica de nuestro país.

La accesibilidad depende del tipo de proveedores ya sean institucionales o individuales que lo hacen mas o menos fácil de alcanzar y usar, pero también depende de la habilidad de los usuarios para vencer las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención en salud, esta dimensión de calidad comprende barrera de índole geográfica, económico, social, organizacional, cultural o lingüística por lo tanto la accesibilidad implica una adaptación entre proveedores y las usuarias que facilitan su unión y esto ha su vez influye sobre la calidad de atención. En nuestro estudio nos damos cuenta que la mayoría de las usuarias del CPN tardan en su traslado hacia la unidad de salud mas de 2 horas el cual consideran que es mucho tiempo, además que la mayor parte llegan caminando ya que para su comunidad no existe vías de comunicación que permitan la entrada a vehículos motorizados y en las que hay acceso a medios de transporte tienen que pagar un servicio que no se adecua a su nivel de ingreso y a su poder de decisión

sobre el uso de tal ingreso, pero a pesar de estos obstáculos consideran que siempre son atendidos al llegar a la unidad con lo que se encuentran satisfechos.

Al revisar el tiempo de espera y duración de la consulta encontramos aceptación de parte de las usuarias, con respecto a la duración de la consulta la mayoría refiere que duro mas de 10 minutos hecho que se considera acorde con las normas de CPN que refiere que la consulta debe ser de 10 a 15 minutos.

La continuidad que significa la falta de interrupción de la atención necesaria y mantenimiento de la relación entre proveedores y usuarias se evalúa a través de datos estadísticos que permiten conocer el numero de primeros CPN realizados así como los CPN subsecuentes conociendo que a pesar del no cumplimiento de las metas esperadas por la unidad hay continuidad de la atención pero que esta es obstaculizada por el difícil acceso de las usuarias a los servicios de salud.

Se sabe que la buena relación interpersonal contribuye en forma muy efectiva a la eficacia de los servicios que se prestan en materia de salud y ha establecer una buena relación con las pacientes, la calidad de esas relaciones produce confianza y credibilidad y es mostrada mediante el respeto, la confidencialidad, la cortesía y la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse constituye también un aspecto muy importante; si las relaciones interpersonales no son adecuadas aunque los servicios se presten en forma profesionalmente competente, se corre el riesgo que la atención no sea eficaz; problemas en esta área de la satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención, el 90.9% de las usuarias de CPN en nuestro estudio considero que la atención brindada por el personal que le atendió era de buena a excelente.

Es importante también conocer cual es el punto de vista de los proveedores ya que los profesionales tienden a definir la calidad especificando en detalles la actividades clínicas de la atención, enfocando casi exclusivamente un manejo técnico, o bien visualizando la calidad en términos de acciones que contribuyan a los objetivos deseados; considero

necesario debe haber entre usuarias y proveedores acerca de lo que significa una atención de calidad, aunque en general las usuarias dan mas atención a las habilidades del medico para relacionarse con las pacientes; los médicos privilegian su habilidad de trabajar con su colega, así como una calidad técnica ejercida con responsabilidad, pero en este estudio los proveedores refieren que la principal problemática es la falta de recursos humanos así como el difícil acceso geográfico y económico de las usuarias a la unidad.

CONCLUSIONES

1. Alrededor del 46% de las usuarias del CPN encuestadas se encuentran en grupo de riesgo ya sea por ser adolescente o mayores de 35 años o por tener un nivel escolar bajo.
2. Casi los 2/3 de las usuarias encuestadas tienen dificultad para acceder a la unidad de salud ya sea por lejanía de la unidad con respecto a su comunidad, costo monetario de transporte, así como en muchos casos falta de un medio de transporte.
3. La percepción de las usuarias con respecto a la calidad en la atención es positiva en cuanto a tiempo de espera, duración de la consulta, atención medica y relación medico – pacientes.
4. Considero que existe un nivel de continuidad aceptable de la atención a pesar del incumplimiento de metas con respecto a CPN subsecuentes y parto institucionales.
5. Desde el punto de vista del proveedor de salud la mayor problemática en el servicio son: la falta de recursos humanos así como el difícil acceso geográfico y económico de las pacientes ha la unidad.

RECOMENDACIONES

- * Promoción masiva de la planificación familiar haciendo mayor énfasis en el area rural.
- * Divulgación a través de medios de comunicación locales de la importancia de la asistencia temprana y continua a la atención prenatal.
- * Apertura de nuevos puestos de salud (según recursos existentes) y/o conformación de brigadas medicas móviles para fomentar el trabajo de terreno.
- * Brindar un proceso de capacitación continuo al personal de salud así como realizar monitoreos para conocer el impacto de esta.

Bibliografía

- 1) Abaunza, y, Zapata Mayra “Calidad del Subprograma Control Prenatal” en los municipios Jicaral y Malpasaillo 1985.
- 2) Abonade Hemarz, Flores Muñoz “Evaluación de los programas de Salud” Unidad I, maestría en salud público. CIES Managua-Nicaragua 1994 p. 251-259.
- 3) Anderson N. “Prioridad en salud” volumen I, México 1992.
- 4) Arguello D. Mejía G. “Calidad de prestación de servicios del subprograma Control Prenatal”, municipio de San Carlos, Rio San Juan 2004.
- 5) Botero J. Et al “Obstetricia y Ginecología.” Cuarta edición.1990 Ed carvajal s.a, p. 75-84.
- 6) Donabedian A. “La calidad de la atención médica” (definiciones y métodos de evaluación), La Prensa médica Mexicana S.A. 1984.
- 7) Galarza, Marco Tulio. “Calidad total aplicada al sector Salud”. Universidad del Valle. Colombia 1993.
- 8) Herrera,. Herrera “Calidad y cobertura del control Prenatal” (Estudio comunitario) Matagalpa 1996.
- 9) Malagazar Gustavo. “Garantía de la Calidad de la atención en Salud”. Editorial McGrea- Hill México 2000.
- 10)Nicaragua, Ministerio de Salud “Año de la salud” Boletín epidemiológico octubre 1998.
- 11)Nicaragua, Ministerio de Salud “Políticas nacionales de Salud” octubre 1993.
- 12)Nicaragua, Ministerio de Salud “Calidad de atención en los servicios de Salud” 1995.
- 13)Nicaragua, Ministerio de Salud “Estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de la embarazada y del recién nacido” II edición Managua 2004.
- 14)Nicaragua, Ministerio de Salud “Sistema nacional de monitoria, supervisión y evaluación”, Managua 1996.
- 15)Nicaragua, Ministerio de Salud “Taller de garantía de calidad”, RAAN septiembre 2003.
- 16)Nicaragua, Ministerio de Salud “Manual de indicadores básicas para la evaluación de los servicios de atención de la mujer y la niñez”. Managua marzo 1995.

- 17) Nicaragua, Ministerio de Salud "Programa de calidad total en los servicios de salud" Managua agosto 1995.
- 18) Nicaragua, Ministerio de Salud "Plan nacional de reducción de mortalidad materna, perinatal e infantil". Editorial Impasa, Managua 2003.
- 19) Nicaragua, Ministerio de Salud "Normas de atención del embarazo, Parto, Puerperio normal y de bajo riesgo" Managua 1988.
- 20) OPS / OMS "Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternal infantil" Serie Paltex 1981.
- 21) OPS / OMS "Evaluación de programa, evaluación institucional" Serie paltex #8 1992 (pág. 11).
- 22) OPS / OMS "Evaluación de tecnología y calidad de atención en salud" Washington 1987.
- 23) Pavón, Hipólito. "Evaluación de los servicios de salud" 2^{da} edición, editorial x y z, Universidad del Valle. Cali Colombia 1987 (305 p.).
- 24) Piura López, Julio " Introducción a la Metodología de la Investigación científica", 2da edición. Editorial el amanecer, Managua 1997.
- 25) Panerai, Ronney "Evaluación de tecnología en salud, metodología para países en desarrollo. OPS/OMS)" 1990.
- 26) Portillo, C. "Evaluación de la calidad del programa de Control prenatal área 5 - región II 1998.
- 27) Schwarcz et al "Obstetricia". Editorial el Ateneo 1990 p. 131-139.
- 28) Sotelo Fiquereido Juan. "El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: una perspectiva latinoamericana" Boletín #4 abril 1993.
- 29) Stedman; Diccionario medico 25th edición. Editorial medica panamericana S.A 1990.

ANEXOS

Encuesta “Satisfacción de usuarias”
Control prenatal – c/s Carlos Centeno Siuna – RAAN.

Estamos haciendo un estudio con los usuarios para conocer mejor sus necesidades y su opinión sobre el servicio que se da aquí. Sus respuestas son confidenciales, así que le vamos agradecer su sinceridad.

1. Edad: _____ años
2. Procedencia: ڤ Urbana ڤ Rural
3. Escolaridad: ڤ Ninguna ڤ Primaria ڤ Secundaria ڤ técnica ڤ Universidad
4. Estado civil: ڤ Soltera ڤ Casada ڤ Acompañada ڤ Otro
5. Cuanto tiempo tardo usted en venir desde su casa al C/S?
 ڤ < 30 minutos ڤ 30 mins a 1 hora ڤ 1 hora a 2 hora ڤ > 2 horas.
6. Como le pareció este tiempo? ڤ Poco ڤ Aceptable ڤ mucho
7. Que medio de transporte utilizó para su traslado?
 ڤ Vehículo propio ڤ Taxi ڤ Bus o camión ڤ Animal ڤ Caminando
8. Que costo monetario tuvo su transporte? C\$: /_/_/_/_/_/_/_/, ڤ N/A
9. Cuando usted ha solicitado servicio o consulta en esta unidad de salud, siempre lo ha atendido?
 ڤ SI ڤ NO ڤ N/A
10. Cuanto tiempo esperó para recibir el servicio que buscaba?
 ڤ < 15 minutos ڤ 15 a 30 minutos ڤ 31 a 60 minutos ڤ > 60 minutos
11. Cómo le parece esta espera ڤ Poco ڤ Aceptable ڤ Mucho
12. Cuanto tiempo duró la consulta? ڤ < 5 minutos ڤ 5-10 minutos ڤ > 10 minutos
13. Cómo le pareció la duración de la consulta ڤ Poco ڤ Aceptable ڤ Mucho
14. La persona que la atendió hoy le prestó atención a su explicación o problema ڤ SI ڤ NO
15. La persona que la atendió hoy la examinó? ڤ SI ڤ NO
16. Recibió recomendaciones o aconsejaría para su salud? ڤ SI ڤ NO
17. Entendió las recomendaciones que le dieron? ڤ SI ڤ NO
18. Respetaron su privacidad durante la consulta? ڤ SI ڤ NO
19. Le trataron con amabilidad durante la consulta? ڤ SI ڤ NO
20. Le dieron cita o le dijeron que tenia que regresar? ڤ SI ڤ NO
21. Encontró todas las medicinas recetadas en la farmacia? ڤ SI ڤ NO
22. Como fue el trato del medico? ڤ Excelente ڤ Bueno ڤ Regular ڤ Malo
23. Como fue el trato de la enfermera? ڤ Excelente ڤ Bueno ڤ Regular ڤ Malo
24. Como fue el trato en la farmacia? ڤ Excelente ڤ Bueno ڤ Regular ڤ Malo
25. Como fue el trato en el laboratorio? ڤ Excelente ڤ Bueno ڤ Regular ڤ Malo
26. Se siente satisfecho con la atención? ڤ SI ڤ NO
27. Como calificaría la atención recibida en esta unidad? ڤ Excelente ڤ Bueno ڤ Regular ڤ Malo
28. Regresaría a esta unidad de salud para que lo atendieran nuevamente? ڤ SI ڤ NO
29. En su próxima visita le gustaría que lo atendiera la misma persona que lo atendió hoy? ڤ SI ڤ NO
30. Recomendaría a esta unidad de salud a alguna persona muy querida? ڤ SI ڤ NO
31. En general, ¿cuál cree usted es el mayor problema de la atención que recibió hoy?
 ڤ Tiempo de espera ڤ Tiempo de consulta ڤ Trato del personal ڤ Falta de medicamento

Muchas gracias por su tiempo.

Guía de entrevista

1. ¿Cuál es la valoración que tiene sobre el desarrollo del subPrograma Control Prenatal en le municipio?
2. ¿Cuales considera usted que son los principales logros del subprograma?
3. ¿Cuáles considera usted son las principales debilidades del subprograma?
4. ¿Cuales considera usted son los elementos facilitadores del subprograma?
5. ¿Cuales considera usted son los elementos obstaculizadores del subprograma?
6. ¿Como califica usted la calidad del control prenatal?
7. ¿Cuáles son las metas a mediano y largo plazo que debería establecer el programa?

Guía de discusión de grupos focales

1. ¿Porqué a pesar de nuestro duro trabajo en este programa la muerte materna y perinatal sigue siendo alta en la Región?
2. ¿Cuál consideran ustedes ha sido el impacto del programa en las mujeres embarazadas de este municipio?
3. ¿Cuáles son los principales elementos que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos del programa?
4. Cual considera usted es el principal problema que enfrentan las usuarias para acceder a control prenatal
5. ¿Como considera usted la calidad de las actividades realizadas en los controles prenatales brindados en este centro?
6. Cual es el principal problema que se ha tenido para brindar un control prenatal de alta calidad.
7. ¿Qué aspectos debería fortalecer el Ministerio de Salud para reducir las actuales tasas de mortalidad materna e infantil?
8. ¿Cuál debería ser los compromisos del personal que labora en este programa?
9. ¿Qué papel considera que deben jugar las otras organizaciones para impactar en la mortalidad materna e infantil?

Situación de Salud en el Municipio de Siuna.

Caracterización del Municipio de siuna.

El Municipio de Siuna está localizado en la parte sudoeste de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN); es el municipio más alejado de la Cabecera regional (Puerto Cabezas). Está formado por 157 comunidades² que se dedican principalmente a la agricultura, la caza y a la explotación de la minería de forma artesanal y a baja escala.

Posee un área de 6,000 Km² aproximadamente, equivalente al 18.6% de toda la Costa Atlántica y 4.7% con respecto al territorio nacional. La Cabecera municipal lleva su mismo nombre³. Tiene una población aproximadamente de 76,245 habitantes, donde más del 84% vive en zonas rurales de muy difícil acceso a los servicios básicos, el resto de la población habita en el casco urbano⁴.

La situación socioeconómica de los pobladores del Municipio de Siuna se manifiesta en la ausencia o baja calidad de la infraestructura básica en los hogares, principalmente de agua potable, sistemas sanitarios, servicios de salud y educación, condiciones que se agudizan en las comunidades rurales. Es uno de los municipios más pobres del país; según el Mapa de Pobreza del Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE), 1995, el 92% de los pobladores rurales son pobres.

La población local es joven, 53.13% son menores de 15 años. El 49% son hombres y el 51% mujeres. Se estima que alrededor del 12% de la población ha vivido menos de 5 años en la zona, debido a la constante migración causada por la ampliación de la frontera agrícola proveniente del este y los cambios climáticos. La población económicamente activa se estima en un 44%.

Hay cuatro grupos étnicos en la región: 44% de la población es de origen Mískito, 40% son Mestizos, 8% son Criollos y 8% son Mayangna. En Siuna solo tenemos una comunidad mayagna que representa menos de 1% de la población en general.

² Estimaciones poblacionales 2005.

³ Diagnóstico Municipal Siuna 2004.

⁴ Idem

En las comunidades étnicas de los Mayangna y Mískitos las máximas autoridades son el Consejo de Ancianos, el Pastor y el Juez. La asamblea comunitaria es, de hecho, una estructura de poder local en la que se toman decisiones sobre la vida de la población. En las comunidades mestizas se encuentra un alcalde como máxima autoridad. Estas personas son las autoridades Municipales y las encargadas de resolver los conflictos que se presentan en las comunidades.

Las vías de acceso más frecuentes son; la terrestre y aérea, hacia las comunidades rurales, la única vía viable son las trochas de difícil acceso en el invierno y las distancias que se recorren son a pie y / o caballo, distando entre 1 a 20 horas de camino las comarcas en la zona. La vía acuática, es utilizada principalmente en época de lluvias, cuando los ríos están llenos y solo permite el acceso a ciertas comunidades aledañas a las riberas.

El municipio distan, tanto de capital regional como nacional, un promedio de 300 Km en ambas direcciones; la vía Siuna a Managua, es mas transitada y con un grado mayor de seguridad que la vía hacia Puerto Cabezas. La mayoría de los pobladores, tienden a buscar la capital Managua para la resolución de sus necesidades de salud. Una de las principales justificaciones, es la variedad en el servicio asistencial y el nivel de resolución.

2.- Servicios Básicos.

Viviendas:

Por ser una región con altos niveles de pluviosidad, la mayoría de las viviendas se construyen sobre postes de madera o base de concreto. Las paredes, son de bambú, madera en el área rural con techos de paja en la inmensa mayoría; las viviendas están construidas para mantener la familia bajo un techo, no son proyectadas con una función social, carecen de ventilación y divisiones internas. Este sistema de construcción, conlleva un hacinamiento generacional, ya que el modelo se transmite y se refleja en el alto índice de enfermedades de transmisión vectorial, diarreicas, parasitarias, cutáneas y respiratorias, un argumento, usualmente utilizado por los y las pobladoras, es que las viviendas deben ser cerradas por la constante violencia armada que sacude a ambos municipios.

Letrinas:

De acuerdo a los datos del MINSA, menos del 44% de la población urbana, cuenta con servicios adecuados de eliminación de excretas; tampoco, existen sistemas de deposición de excretas. En las comunidades rurales, la población que cuenta con un sistema adecuado de letrinas (deposición y eliminación) es menor al 10%, solo en aquellas comunidades donde se han desarrollado programas de agua y saneamiento integrales. Muchas viviendas, cuentan con letrinas auto construidas, pero sin las medidas higiénicas sanitarias adecuadas, por lo tanto, las medidas preventivas son casi nulas. En su mayoría, la población continúa utilizando la práctica del fecalismo al aire libre.

A la fecha Salud sin Límites – Inglaterra ha construido 275 letrinas aboneras y ventiladas en 3 comunidades piloto. Esto ha tenido un impacto a nivel comunitario en la disminución de enfermedades hídricas como las enfermedades diarreicas agudas.

Agua:

El servicio de agua es brindado por la Alcaldía Municipal que utiliza el sistema de almacenamiento y distribución del vital líquido que data desde tiempos que inicio a funcionar la extinta Compañía Minera, es un sistema caduco que cubre una parte del sector urbano. Proporcionando agua de mala calidad y que no recibe ningún tipo de desinfección y/o mucho menos purificación. El servicio es esporádico teniendo acceso la población al servicio 2 días a la semana, siendo aún más crítico, en los meses de verano. De acuerdo al Ministerio de Salud, en el último análisis de agua practicado en la reserva (presa), se comprobaron más de 16,000 coliformes por litro cúbico.

Las comunidades rurales, cuentan con pozos manuales, autoconstruidos que no cumplen con las normas establecidas por ENACAL y están contaminados por heces fecales y residuos minerales. Los pozos construidos por el FISE, aún cuando son construidos con las normas establecidas, han sido abandonados por los y las comunitarias, ya que en su construcción, no se llevo consigo el proceso educativo para su mantenimiento y uso.

En solo 2 comunidades del municipio de Siuna, se ha desarrollado un programa de agua y saneamiento coordinado por SSL –UK y SSC, con la construcción de letrinas, pozos con bombas de mecate protegidas y unidades sanitarias con baños y lavaderos. En estas

comunidades, hemos comprobado que los índices de enfermedades de transmisión hídrica han disminuido en un 38%. En otras comunidades SSL – UK ha construido 32 pozos con bombas de mecate y 3 mini-acueductos por gravedad.

Basura:

Aún cuando existe un servicio de recolección de basuras en el municipio para el sector urbano, brindado por la Municipalidad, este es esporádico y solo abarca ciertos barrios de los mismos. No existen botaderos municipales con las condiciones higiénicas sanitarias adecuadas, y tampoco se realiza clasificación de los desechos sólidos siendo este un factor contaminante del medio ambiente, el problema de los desechos se agudiza cuando la mayoría de las familias, tienden a botar su basura en vertederos no autorizados como solares baldíos, ríos, puentes etc. lo que provoca las condiciones apropiadas para la aparición de vectores transmisores de enfermedades.

Energía eléctrica:

El servicio de energía eléctrica cubre únicamente el área urbana y es abastecida a través de plantas eléctricas que cubre menos del 60% de la población.

A partir de Diciembre del año 2004 el servicio proporcionado por la empresa nacional de electricidad es de 24 horas el área urbana donde se brinda el servicio.

En Siuna, 6 comunidades rurales cuentan con servicios de energía restringidos de 2 a 4 horas diarias. Por el costo que esto implica, la mayoría de los y las pobladoras, han tenido que desistir de hacer uso de este servicio.

Educación:

Por lo general los niveles de escolaridad son deficientes, según el INEC el 48% de los habitantes de la RAAN son analfabetas, incrementándose en la zona rural.

De acuerdo al análisis elaborado en 126 comunidades rurales de Siuna por el Centro Humboldt, en su Clasificación de Comunidades por el Nivel de Desarrollo Territorial⁵, clasifica 81 comunidades con un desarrollo alarmante, es decir con mínimo o cero nivel educativo global; 20 con desarrollo Muy Bajo; 16 con desarrollo Bajo y solo 5, 3 y 1 con desarrollo Medio, Mayor y Superior respectivamente.

⁵ Plan de Ordenamiento territorial Ambiental, Municipio de Siuna RAAN, Alcaldía Municipal – Centro Humboldt, Junio 2001.

Aun en el casco urbano, las facilidades educativas son relativamente bajas, a pesar de contar con un Centro Universitario, hay solo 2 Colegios de Educación Secundaria, con un total de 1,000 estudiantes registrados como promedio por año. Los niveles de deserción son altos, estimándose en un 5 al 7% solo en la educación secundaria.

3. Situación Demográfica:

La población estimada del municipio de Siuna para el año 2005 es de 76,245 para un total de 157 comunidades y de acuerdo a las estadísticas proporcionadas por el INEC al MINSA para efectos de programación y planificación anual de metas. Sin embargo, tanto el MINSA como las Alcaldías, consideran que estos datos son inferiores a la realidad actual, ya que por las distancias, muchas comunidades no son censadas, y esto, debe ser considerado cuidadosamente para el cumplimiento de las metas y la cobertura. En el Municipio de Siuna, la población rural es de un 84.51 % y un 15.49% es urbana, el 51.9 % de la población son del sexo masculino y un 48.1 % son femenino, la densidad poblacional es de 15.1 habitantes por Km². El 4.1% de los niños son menores de 1 año, un 18.3 % del total de la población son niños menores de 1- 5 años.

Un grupo poblacional importante a tomar en cuenta son las niñas entre 10-14 años que corresponde al 6.4% de la población global, ya que parte de este porcentaje de niñas inician una vida sexual precoz. Las mujeres en edad fértil representan un 21% de la población, lo que significa que las unidades de salud deben disponer de servicios de atención integral para ellas, las tasas de fecundidad general revelan un indicador de 108 x 1000 mujeres en edad fértil para el año 2004.

En los últimos años ha habido un incremento de la captación de partos, principalmente el parto domiciliar atendido por la partera, ya sea entrenada o empírica, representando el parto domiciliar un incremento mas del 60% de los casos. Este es un factor crucial que debe ser cuidadosamente analizado. La cultura predominantemente machista en el Municipio, la desconfianza en la institución, el poco nivel de resolución de las unidades, la falta de liderazgo del ministerio de Salud a nivel comunitario, la carencia de la oferta de métodos anticonceptivos y las distancias (problemas de accesibilidad), son factores condicionantes en el aumento de mortalidad materna, la mortalidad perinatal y el incremento de embarazos no deseados.

El análisis de Indicadores de salud como son las tasas de morbilidad y mortalidad materno – infantil, el porcentaje de cobertura de subprogramas de la atención integral a la mujer como son control prenatal, control puerperal, planificación familiar, parto institucional y domiciliar, el acceso y deserción del PAI y la cobertura del VPCD en la atención integral a la niñez, reflejan que el estado de salud y el acceso a los servicios, programas de salud de la población.

El alto porcentaje del nivel de pobreza, el desempleo creado abruptamente por el cierre de las empresas mineras, el aumento de la frontera agrícola, la deficiencia en la educación, los desastres naturales, inaccesibilidad a servicios básicos y la violencia armada desatada en los últimos 5 años, son factores del subdesarrollo que conjuntamente, inciden en el deterioro de la calidad de vida de la población del Municipio de Siuna.

Dentro de estos factores, las deplorables condiciones higiénicas sanitarias, la prevalencia de los niños desnutridos en el primer año de vida y de las mujeres embarazadas, la poca educación de las madres, el desinterés de la población y la falta de cobertura del MINSA para resolver los problemas de salud, inciden en la morbi-mortalidad por las enfermedades transmisibles, como la diarrea, las enfermedades respiratorias agudas, la malaria, la tuberculosis; además las infecciones de vías urinarias y las parasitosis forman el patrón básico de la morbilidad en esta zona.

Existen otros factores relacionados a la inaccesibilidad de los servicios: baja calidez en la atención, principalmente a la mujer embarazada y al niño, los niveles de formación, especialmente de las auxiliares de enfermería, la constante rotación del personal médico en servicio social, a esto se agrega la falta de equipos básicos, el bajo nivel de educación de las madres y el desconocimiento de los principales signos de alarma del embarazo y de enfermedades prevalentes de la infancia (respiratorias y diarreicas), como también la cultura machista predominante y la baja participación social, influyen en el comportamiento de la morbimortalidad materna, perinatal, e infantil y demás problemas de salud sobre todo las bajas coberturas de inmunizaciones.

En los últimos años el Ministerio de salud recibió por parte de el Proyecto de Fortalecimiento al Sector Salud intervenciones en cuanto a dotar de herramientas (Consejo técnicos Ampliados, Supervisiones Capacitantes, Capacitaciones de personal de salud ect.), para

mejorar la calidad de atención, mejorar la infraestructura y equipamiento a unidades de salud, así mismo la instauración de la intervención de Atención Primaria en Salud por parte del Proyecto de Modernización de este sector , son acciones que contribuirán a mejorar las condiciones de salud de los grupos más vulnerables de la población.

La población según INEC se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Grupos de Edades	Siuna
Menores de 1 año	3,188
1 año	3,028
De 1-4 años	11,416
De 02-04 años	8,388
De 0-5 años	17,217
De 01-05 años	14,029
De 06-09 años	9,597
De 05-10 años	14,417
De 05-12 años	18,627
De 10-14 años	10,374
De 10-19 años	19,287
De 00-14 años	37,185
De 15 y más años	39,060
Mujeres de 10-14 años	4,939
M.E.F(15-49 años)	16,035
N.V.E	3,317
Partos Esperados	3,333
Embarazos Esperados	3,703
Total	76,245

FUENTE: Estimaciones poblacionales 2005.