

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
ESCUELA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE DOCTORADO EN PLANIFICACIÓN
Y GESTIÓN



ASPECTOS EMOCIONALES Y SOCIALES DE
MUJERES EN EDAD FÉRTIL PARA FORTALECER
LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MATERNA
INTEGRAL EN DOS HOSPITALES DE TARAPOTO-
PERÚ. 2007.

TESIS
PARA OPTAR EL GRADO DE:
DOCTORA EN PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN

AUTORA : M.Sc. MERY GRACIELA RAMÍREZ RODAS
ASESOR : Dr. RICARDO FELICIANO MORALES MORENO

TRUJILLO - PERÚ
2010

No. de Registro: _____

JURADO CALIFICADOR Y DICTAMINADOR

**DR. WEYDER PORTOCARRERO CARDENAS
PRESIDENTE**

**DR. JAVIER MIRANDA FLORES
SECRETARIO**

**DR. RICARDO FELICIANO MORALES MORENO
MIEMBRO**

DEDICATORIA:

A MIS INNOLVIDABLES PADRES:

SRA. MAVILA RODAS CORREA VDA. DE RAMÍREZ

Y

SR. SEGUNDO BENEDICTO RAMÍREZ CHICOMA

(Q.E.P.D y D.D.G)

Quienes me enseñaron que la felicidad no se vive cuando la meta se alcanza, si no cuando se trata de conquistarla; a través de la constancia y perseverancia cultivando en mi ser el espíritu de la verdad, lealtad, justicia, equidad y derecho.

A mis afectuosos hermanos:

NILO ARTURO, ENA CONSUELO,

CARLOS ALBERTO, JAIME SALVADOR Y

SEGUNDO BENEDICTO,

Con quienes aprendí a valorar el espíritu laborioso y emprendedor de nuestros amados padres.

AGRADECIMIENTO

Al “**GRAN ARQUITECTO DEL UNIVERSO**”, por concederme la vida, por ser mi compañero inseparable, por guiar mis pasos en la consecución de una vida plena y satisfactoria; por haber forjado en mi humilde persona la indeclinable fé en el cristianismo.

- A los **Docentes de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Trujillo**, quienes compartieron sus conocimientos, experiencias y calidad humana.
- A la Mg. **ANITA RUTH MENDIOLA CÉSPEDES DE LAYZA**, catedrática principal de la UNSM y Coordinadora de los Doctorados: Ciencias Ambientales y Planificación Gestión en TARAPOTO - PERÚ.
- A **mis compañeros de trabajo, de estudios y amigos.**

Las citadas personalidades, en forma generosa y altruista, me han brindado su apoyo material y moral en la cristalización de mis estudios de Doctorado y en la culminación de la presente Tesis.

CONTENIDO

| | Nº. Página |
|--|------------|
| Miembros del Jurado Calificador y Dictaminador | i |
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Índice | iv |
| Resumen | v |
| Abstract | vi |
| I. Introducción | |
| Antecedentes y Justificación | 1 |
| Marco Teórico | 8 |
| Propósito | 14 |
| Enfoque filosófico | 15 |
| Diseño empírico | 16 |
| Problema- Hipótesis | 16 |
| Objetivos: General y específicos | 16 |
| II. Material y Método | 18 |
| III. Resultados | 21 |
| IV .Discusión de Resultados | 31 |
| V. Conclusiones | 42 |
| Propuesta-Programa | 43 |
| VI. Bibliografía | 58 |
| ANEXOS | 64 |

RESUMEN:

Aspectos emocionales y sociales de mujeres en edad fértil para fortalecer servicios de atención integral en dos hospitales de Tarapoto-Perú. 2007

La investigación realizada en Tarapoto-Perú, identifica aspectos emocionales, características socio-demográficas, calidez y satisfacción de salud, en mujeres en edad fértil. Con el objetivo de fortalecer una atención integral en esta población, se encuestó, mediante entrevista, una muestra de 314 usuarias de 15 a 49 años, 157 de un Hospital-Nivel II de EsSalud, y 157, de un Hospital del mismo nivel del MINSA, todas eran residentes 2 años o más en Tarapoto. El documento de entrevista tenía diversas preguntas socio-demográficas y emocionales vividas en su atención en etapa de gestación, así como, sus sugerencias para mejorar la atención.

Resultados y conclusiones:

1. Los aspectos sociodemográficos, sociales y emocionales identificados son diferentes en las usuarias atendidas en ambos hospitales, observándose mejor calidad de vida general en las atendidas en EsSalud.
2. El nivel de satisfacción fue bajo en ambos grupos y no hay relación directa entre las condiciones de vida y atención recibida en su salud, calificándose en varios aspectos menos satisfechas las atendidas en EsSalud.
3. Las encuestadas propenden a una atención con equidad y de calidad, según niveles de atención, que sea planificada en forma unificada entre el Minsa, EsSalud y la comunidad organizada, desde el primer nivel de atención, según: realidad local, personalizada, en ambientes adecuados, realizada por personal profesional motivado y especializado,

Palabras claves: Fortalezas, atención integral, emociones, edad fértil.

ABSTRACT:

Emotional and social aspects of women user age to fortitude services of integrally care in two hospitals in Tarapoto-Perú. 2007

Research made in Tarapoto-Perú, identifies emotional aspects, and features socio-demographic, warmth and satisfaction in their health care, in women user age. In order to fortitude a integrally care in this population, are inquest, interview, a sample of 314 users 15 to 49-year-old Hospital- Level II EsSalud 157 and 157, a hospital in the peer MINSA, all were resident 2 years or more in Tarapoto the interview document had various socio-demographic questions and emotional lived in their attention on gestation phase, including your suggestions to increase care.

Conclusion and Results:

1. Socio-demographic characteristics of the MINSA, users were less economic and social level for rural and semi-urban, proceed with lower quality of life, than the served by health is enjoying, moreover, of EsSalud.
2. Satisfaction was low in both groups and there is no direct relationship between the conditions of life and received their health care, qualifying in several respects met less served in the surveyed EsSalud
3. Tended to care with equity and quality, as levels of care, which is planned as a unified between the Minsa, EsSalud and organized, from the first level of care, according to community: local reality, custom made by professional staff motivated and specialized in appropriate environments,

Keywords: Fortitude, integrally care, emotional, fertility age.

I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes y Justificación:

Uno de los problemas en salud de la atención de la mujer en edad fértil es la planificación y organización de las instituciones prestadoras de estos servicios.

Siendo el embarazo un proceso fisiológico, que en algunas oportunidades se complica, por lo que la usuaria acude a un servicio de salud público o privado que pueda resolver su problema, se agrava cuando dicho establecimiento no cuenta con los recursos necesarios, o peor aún si esta embarazada decide no acudir a un establecimiento de salud por influencia de factores como: pobreza, baja escolaridad, mala condición socio-económica, discriminación, que puede resultar en muerte materna, OPS/OMS ¹.

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencian la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la desigualdad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios.

Entidades nacionales e internacionales estiman que cerca de 585,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto, a los países subdesarrollados corresponden el 99% de estas muertes y el 1% a los países desarrollados, esto afecta principalmente a las mujeres pobres, y más

vulnerables, MINSA-UNICEF². Estos índices de mortalidad demuestran la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres. En el Perú son más evidentes en zonas que se encuentran alejadas de Lima. La Oficina General de Epidemiología del Perú el 2001, estimó una razón de mortalidad materna de 168,3 x 100 mil nacimientos vivos, que el Departamento de Ica presentó la razón más baja con el 48,5, Lima con 53,1 un 5% más que Ica, en cambio, Puno con 352,5 tuvo siete veces más que Ica, San Martín tres veces más que Ica, con 162,7, que ponen en evidencia las diferencias existentes entre zonas rurales y urbanas, ya que la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas, como ciudades de sierra, selva y en ciudades con poca concentración poblacional, MNPI³, OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA DEL PERÚ⁴.

El año 1999 en la Conferencia de Bangladesh, se actualizó lo discutido en Nairobi en 1987, enfatizándose en prestar atención a la situación de morbilidad y mortalidad materna en los países de menor desarrollo, en la que se produjo la primera movilización mundial a favor de una maternidad segura; en estos lugares donde existen tasas elevadas de mortalidad materna, se refleja además, por extrema pobreza y difícil acceso a servicios de salud básica para atender a los niños y adolescentes, así como, poner a disposición servicios de planificación familiar, ofrecer atención prenatal de calidad identificando los factores de riesgo, asegurar la atención de los partos y del recién nacido por personal calificado, así como, fortalecer los servicios de atención obstétrica, UNITED NATIONS ADMINISTRATIVE⁵.

En el tiempo transcurrido las acciones tomadas por los países no han sido las óptimas y se sigue desconociendo el ¿Por qué? y ¿Cómo? podemos llegar y ofertar acciones de salud concertadas e intervenir en estas zonas, con objetivos específicos extractados del uso de la inteligencia emocional y según las características sociodemográficas de los mismos actores, en éste caso, las mujeres en edad fértil que son el grupo de impacto de los efectos negativos en la atención de salud integral, FAMILY CARE INTERNATIONAL- ACCIÓN PARA EL SIGLO XXI ⁶

La primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial son las complicaciones relacionadas con el parto, existiendo similitud en su naturaleza epidemiológica, en países desarrollados y subdesarrollados, hemorragias, infecciones, hipertensión arterial inducida por el embarazo. La diferencia radica, que en países desarrollados, los establecimientos, están preparados para dar respuesta oportuna y adecuada a estas emergencias, THE MATERNAL HEALTH STUDY (MNPI) FUTURES GROUP³

Hay que considerar las estrategias programáticas que son importantes para la reducción de la mortandad materna, así, una mujer que no está embarazada no puede morir por esta causa; de tal manera que facilitar el acceso a la planificación familiar puede contribuir a reducir las muertes maternas evitando los embarazos no deseados. De otro lado, son también importantes las acciones destinadas a prevenir o manejar adecuadamente las complicaciones que pueden derivar de los embarazos,. FAMILY CARE INTERNATIONAL ⁶.

En el Perú la tasa de mortalidad materna el 2005 seguía elevada con 260/100,000, R.N.V. siendo las principales causas: hemorragias, infecciones, hipertensión generada por el embarazo, eclampsia, entre otras, similares a las reportadas el año 2001, el Departamento de San Martín, el 2005, presentó una tasa de mortalidad materna 160/10,000 R.N.V. y en uno de sus distritos, Tarapoto, fue de 100/10,000 R.N.V., DIRECCION REGIONAL DE SALUD-SAN MARTÍN-PERÚ ⁷.

Todo el sistema de salud en el Perú es programado y regulado desde el nivel central, y en forma no coordinada entre el Ministerio de Salud y EsSalud, principales entes que ofertan salud. Desde el 2000, CARE⁸ está realizando programaciones desde nivel local, para tal efecto, les ha sido conveniente conocer las necesidades emocionales en las personas de cada población para que la atención se brinde con equidad, calidad total que satisfaga a las madres, así como beneficie a otros grupos de población, en especial, a los con menos recursos económicos, con limitaciones físicas, deficiencias nutricionales, bajos niveles educacionales y problemas emocionales, por tantos años en abandono y separados varias decenas de años con la modernidad y globalización del presente siglo XXI, CARE⁸, ROA⁹, CAPUTO¹⁰.

El sistema de salud del Perú está segmentado y tiene múltiples actores, tanto en la planificación, gerencia, prestación y en el aseguramiento público al ejecutar idénticas funciones, que podrían unificarse con la descentralización del Estado MINSA¹¹ y EsSALUD¹². El sistema de salud es ofrecido por dos Instituciones : EsSalud que es de carácter público y obligatorio para la población

asalariada, que el 2004, cubrió al 17,6% de la población total y, el Ministerio de Salud, con Hospitales, Institutos Nacionales públicos desconcentrados: oftalmología, pediatría, cáncer, rehabilitación y otros, que cubre al resto de la población, INEI^{13,14}.

El Perú, para el 2007 tenía 27 419, 294 habitantes, de los que en la costa se censaron el 54.6%, en sierra el 32.0% y en la selva el 13.4%, en este último espacio, se realizó el presente trabajo.

La Región San Martín, tenía 728,800 habitantes, representando el 2,8% de la población total del Perú, distribuidos en sus 10 provincias. La provincia de San Martín tiene 120 mil habitantes, en sus 14 distritos y comunidades indígenas, de los cuales 84,000 (70%) se concentran en Tarapoto, ciudad que tiene una tasa anual de crecimiento de 2.0 %, Dires-San Martín-Perú⁷.

Los hospitales en los que se realizó el estudio son: el de EsSalud y el de MINSA ambos ubicados en el distrito de Tarapoto, siendo los de mayor complejidad y, no cuentan, según su nivel, con los recursos humanos y tecnológicos para dar solución a los problemas de salud; a la población asegurada por EsSalud y al resto de la población con menores recursos económicos, el hospital del Minsa; existen, además doce Centros de Salud distribuidos en toda la provincia; por parte de EsSalud cuenta además con cuatro centros de atención intermedia que son Policlínicos con emergencia, consultorios externos y hospitalización; todos estos centros de atención, sin los estándares de personal: Profesional, técnicos y paramédicos, manuales de atención,

equipamiento biomédico, infraestructura; características estas que clasifican, en Hospitales II, a los centros de atención donde se realizó las encuestas .ENDES¹⁵ ·MINS^{16, 17}.

El Ministerio de Salud del Perú desde el 2004 se encuentra en un proceso de reforma; para implementarla, debe conocer las necesidades, que en salud materna requieren las poblaciones, y diseñar el modelo que corresponda a cada comunidad y a grupos expuestos a estos riesgos, MINISTERIO DE SALUD¹¹.

Desarrollo con bienestar es probablemente el reto más importante de los países del tercer mundo en este siglo XXI, el equilibrio es clave de ésta nueva relación, recordando, que en desarrollo existe una gradiente social, que por circunstancias económicas y sociales afectan seriamente la salud de las personas a través de la vida. Existen evidencias, en personas que están en una escala social baja, que tienen el doble de posibilidades de muerte prematura o enfermedad, que las de nivel alto, incluyendo las acciones anticonceptivas de mujeres en edad fértil, ROA⁹ .La diferencia entre el estándar alto y el bajo constituye la gradiente social, que refleja la desventaja material y los efectos de la inseguridad, ansiedad y la pérdida de integración social. FAMILY CARE⁶. Esta desventaja puede ser absoluta o relativa, tiende a concentrarse entre la misma gente y sus efectos sobre la salud son acumulativos: altos índices de pobreza y analfabetismo, bajo estatus de la mujer, mala nutrición, sistemas de salud con problemas en su organización y con escasa capacidad de atención, incipiente involucramiento de la familia y la comunidad en el cuidado de la gestante y su

producto, CAPUTO¹⁰, MINSA ¹¹.

Hay que reconocer que toda organización que realiza sus actividades dentro del sector salud requiere de herramientas gerenciales con las cuales debe buscar permanentemente supervivencia, crecimiento y desarrollo organizacional.

Se considera al mercadeo como ciencia integradora, dinámica y de alto valor agregado, con la cual se pretende que una entidad de salud y/o el profesional independiente se oriente siempre hacia el paciente (cliente) y logre un excelente reconocimiento, basado en los beneficios de sus servicios, con el eterno principio de calidad de servicio, PRIEGO¹⁸.

Con la globalización de las economías y con estructuración de bloques de mercados, en casi todos los países, los diferentes sectores económicos han tenido que cambiar de manera acelerada hacia esquemas muchos más competitivos en los cuales se ha intensificado la competencia Estado-Sector privado y éste último entre sí, UGARTE¹⁹.

Para conocer las necesidades de salud de una población, en éste caso en gestantes, hay que indagar mediante encuestas, a los grupos comprometidos en los riesgos de salud, utilizando las técnicas de mercadeo social a fin de mejorar, la atención de estas y de su entorno, en dos establecimientos de salud, uno de EsSalud y el otro del MINSA, que nos permita, identificar y comparar la percepción de la calidad y satisfacción de la atención de la mujer en edad fértil, en la ciudad de Tarapoto en el año 2007, LINDON²⁰, MENDIVE²¹.

MARCO TEÓRICO

Las autoridades de Salud del Perú el 2004, implementaron algunos programas nacionales para ampliar la oferta, capacitar e incrementar el personal de salud en las zonas alejadas con el propósito de brindar mayor cobertura, promocionar el control prenatal, intervenir sobre la nutrición de la gestante, lograr la satisfacción de las usuarias promocionando el parto institucional y el parto en domicilio, MINSA²².

La calidad ha sido definida como la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. Palmer en 1989* definió calidad como la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario.

La investigación se centró específicamente en ampliar la interacción entre las necesidades reales de salud de la población, la demanda insatisfecha que de ella emana y la oferta de los servicios de salud. Se buscó identificar las barreras que los diferentes enfoques, comunitarias, tecnocráticas y populistas, plantean sobre estos tres elementos; a fin de integrarlos y establecer mecanismos que incrementen el radio de interacción entre ellos. Fundamental para resolver los problemas de salud de la población más vulnerable y por tanto de mayor riesgo, como la mujer en edad fértil.

Para tal finalidad es necesario basarnos en el control de calidad de la atención a la usuaria en edad fértil, en sus componentes básicos, de estructura, proceso y resultado, UGARTE¹⁹.

* Palmer: Referido por Ugarte U. O. Lineamientos de gestión impuestos por Ministerio de Salud de Perú- USAID- Perú; 2008:14-44.¹⁹.

La Estructura que comprende características relativamente estables de los proveedores de la atención de salud, de los instrumentos y recursos que tiene a su alcance y lugares físicos donde trabajan. Incluye también, los recursos humanos y financieros, la distribución y calificación profesional así como el número, tamaño, equipo y localización geográfica de los hospitales y centros de salud, el origen de la financiación, la organización formal e informal de la prestación de los servicios, el proceso de producción, el sistema retributivo de los profesionales y la organización formal del personal médico, de enfermería y técnico.

El enfoque estructural como método de evaluación de la satisfacción asistencial se define como la formación de los profesionales de salud y defendió la necesidad de normalizar en las facultades de medicina, los planes de estudio, la especialización y la formación continua,. THOMPSON²³.

El examen de la estructura hospitalaria y de centros de salud es un método molesto de medida de la calidad de la atención en estos lugares. Se basa en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación condiciona calidad del mismo.

A pesar de la popularidad del método, según muchos autores es el eslabón más débil de la secuencia del control por diversas causas. SCHULER²⁴. Está muy alejado del producto final, las evaluaciones aisladas de la estructura pueden llevar a conclusiones erróneas acerca de la calidad del resultado y no se ha demostrado que exista relación alguna entre los resultados de las medidas

retrospectivas de la calidad de satisfacción en la asistencia con métodos estructurales y los obtenidos con el empleo de técnicas de procesos de resultados. Aceptadas como características de la estructura las propuestas por los diversos autores, el análisis estructural pone de manifiesto algunas propiedades comunes a todas las industrias de servicios, tales como: la educación de la oferta a la demanda, la accesibilidad al sistema de salud, la capacidad de adaptación de la estructura organizativa a un entorno cambiante, la capacidad técnica científica del personal, equipo y materiales utilizados, el marco físico donde se desarrollan las operaciones, así como la adecuación de los procesos de producción de servicios a las necesidades de los usuarios internos y externos, INEI¹⁴, PRIEGO¹⁸

El Proceso, corresponde a las interacciones entre profesionales y sus clientes acerca de los cuales se puede emitir un juicio de su bondad tanto con la observación directa como del análisis de la información registrada. Contempla también aquello que la paciente hace para cuidarse así mismo (el esfuerzo dedicado por el individuo a la promoción y mantenimiento de su estado de salud) llegando a un análisis de la función relacional entre aspectos técnicos profesionales y la satisfacción de los usuarios a los servicios. Las relaciones interpersonales pueden tener una influencia importante en la calidad técnica debido al alto grado de contacto e interdependencia existente en las actividades médicas.

El control de la calidad del proceso tiene un carácter normativo. En su vertiente operacional las normas derivadas de las ciencias médicas rigen la aplicación de las técnicas diagnósticas y de tratamiento y en su vertiente

relacional las normas de los servicios sociales, legales y propios de cada hospital, MINSA¹⁶.

El enfoque de proceso se basa en la asunción de que si se aplican plenamente el conocimiento médico del momento y la tecnología disponible, es más probable un buen resultado que si emplea de manera deficiente.

El análisis del proceso, como método de evaluación de la satisfacción en la atención médica, esta generalmente aceptada. Según sus defensores, el proceso es la parte más invariable de la asistencia sanitaria aun cuando cambie su contenido y esta vinculado al efecto, aunque la relación exacta no siempre se pueda conocer y los profesionales sanitarios no puedan emplear adecuadamente los mejores conocimientos y métodos disponibles para el cuidado de las usuarias.

Por otro lado los criterios del enfoque son más fáciles de cambiar condicionados por los avances de la ciencia que los criterios estructurales o de resultados. Sin embargo se han formulado algunas objeciones a este método.

Los Resultados, es el cambio atribuible a la atención médica que se produce en el estado actual y futuro en la salud de la paciente. Se incluye en la mejora de la función social y psicológica, las nuevas actitudes de las pacientes, el conocimiento adquirido sobre la salud y las modificaciones de los hábitos de vida. El fundamento del enfoque del resultado se fundamenta en que los objetivos de la asistencia sanitaria son curar y prevenir la enfermedad, frenar el proceso, restablecer la capacidad funcional o aliviar el dolor y el sufrimiento, el éxito, la

calidad y satisfacción de la asistencia según el grado de consecución de estos objetivos.

La OPS/OMS¹ considera que el resultado de la atención médica es buena cuando el paciente recibe un diagnóstico correcto y los servicios terapéuticos lo conducen al estado de salud óptimo alcanzable en este paciente.

Entre los tres componentes de la atención médica estructura, servicio y resultado establece una relación funcional considerando que una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso y que un buen proceso aumenta la posibilidad de tener como resultado la satisfacción total del usuario y del prestador de salud.

THOMPSON²³, establece que la evaluación de la satisfacción y calidad total asistencial debe hacerse con: 1.- El análisis de las condiciones previas necesarias para una atención. 2.- El Análisis de la actividad médica. 3.- Evaluaciones sobre cuestiones técnicas y científicas. 4.- El análisis y confrontación de los efectos de la atención.

El resultado real de los servicios sanitarios en su efecto de la cantidad y calidad de vida. Es la satisfacción del paciente, la adquisición de conocimientos, de actitudes, habilidades de salud y el impacto en la población, OPS/OMS¹, ROA⁹.

La OMS: integra eficiencia, accesibilidad perspectiva del usuario, definiéndola como: “Alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de recursos,

un mínimo riesgo para los pacientes, un alto grado de satisfacción por parte del paciente, impacto final de salud”.

Para evaluar la calidad desde la perspectiva del usuario se revisan: “Relación interpersonal, acceso, comodidades, calidad técnica, efectividad, continuidad, seguridad, equidad”. Además en la evaluación de la calidad se considera el apoyo de la mujer, su pareja y su familia: “ Proteger la salud y la vida de la mujer, respetar su derecho a información, opciones y participación, apoyo físico y emocional continuo, trata con cortesía y bondad, facilitar la comunicación eficaz, obtener consentimiento y permiso, asegurar la privacidad y confidencialidad, respetar la costumbre, creencia cultural, deseo de preferencia de la mujer, dar a la mujer tanta información como lo desea, que la mujer se sienta segura y confiada, proporcionar apoyo empático durante su estadía, facilitar buena comunicación entre los proveedores, la mujer y su acompañante”.

La satisfacción es un indicador importante de calidad de los servicios, no obstante resulta difícil evaluar la satisfacción del cliente. Los métodos y las medidas para la recolección de datos suelen influir en las respuestas, además, tanto el acceso a los servicios como las repercusiones de los servicios en la salud materna pueden afectar la satisfacción, a tal nivel, que no reflejen el proceso de prestar atención, VOURI³¹, TAVROW³².

En suma la atención es concebida como un conjunto de actitudes y acciones que toman los proveedores de una institución de salud para hacer sentir al usuario o cliente que está trabajando para y por el interés de él; la atención es

el proceso que la institución y los proveedores, realizan para satisfacer las necesidades del cliente, quienes determinaran si el servicio fue o no bueno.

Es necesario redefinir la estructura organizativa de los servicios de salud materna, a una que permita establecer mecanismos que posibiliten un mejor acercamiento de la oferta a los servicios y una mayor interrelación con la población.

Propósito

La investigación se centra específicamente en identificar la situación de salud materna en una población de mujeres en Tarapoto, que sirva de sustento para ampliar la interacción entre las necesidades reales de salud reproductiva de la población, la demanda insatisfecha que de ella emane y la oferta en los servicios de salud hospitalarios que se requieran.

Se busca identificar las debilidades actuales que en la atención desde el enfoque comunitario, tecnocrático y populista plantean sobre estos tres elementos, a fin de integrarlos y establecer mecanismos que incrementen el radio de interacción entre ellos que son fundamentales para encontrar la solución a los problemas de salud de las mujeres en ésta etapa de riesgo reproductivo, CARE⁸, ENDES¹⁵

Se considera que es necesario redefinir la estructura organizativa de los servicios de salud. Así mismo planificar y gerenciar para que de los servicios de salud materna, sean más competitivos con la finalidad de satisfacer las emociones y necesidades sentidas por las mujeres en edad fértil.

Enfoque filosófico:

Dentro de las grandes reformas que han acontecido en el mundo y en especial en el Perú, la salud pública y personal se concibe como un derecho de toda la población, la misma que debe ser asumida en forma responsable por el Estado aunada a la participación de gentes, de instituciones de salud y otras, que dan servicios a la comunidad, las mismas que deben ser por igual, basadas en sólidas bases científicas, con acentuada orientación preventivo-promocional y participación social plena, en el manejo y desarrollo de los servicios de salud, en éste caso, de las mujeres en edad fértil atendidas en Hospitales de dos entidades con diferente administración, Minsa y EsSalud. Se identificará el derecho a la calidad de atención de salud que deben tener las mujeres durante la etapa de fertilidad y que es ofrecida actualmente, en el 2007, por estas instituciones, con la finalidad de aprovechar las fortalezas que tienen las usuarias, la entidades y la comunidad para eliminar las debilidades existentes y que aprovechando las oportunidades que brinda la esencia social de la medicina humana, proclamada por VIRCHOV* alrededor de 1840, y que fue relegada, por varios años, por las conquistas contra los microbios y lucha contra las enfermedades infecciosas, por el modelo flexneriano en la educación y en las acciones derivadas de ésta; limitaron la concepción del hombre y su medio, con el que se identifica éste estudio al recibir las emociones sentidas de sus condiciones de atención actuales, para una vez conocidas y analizadas, sirvan de modelo para lograr una atención de calidad, con equidad para todos y, en forma universal, iniciados desde el primer nivel de atención, que en salud reproductiva le corresponde a éste grupo de población.

* Referido por Rojas O, López S.: *Revolución Social y reforma sanitaria. Cuba en la década de los 60.* OPS. División de salud y desarrollo humano. Washington. D. C, OPS, 2000:6-11⁴⁷

Concluyendo que los procesos más generales, particulares y singulares constituyen el reflejo de la formación económico-social, determinando el comportamiento del proceso de atención de salud de la mujer en edad fértil, ROVERE⁴⁵, MAINE⁴⁶, ROJAS⁴⁷

DISEÑO EMPÍRICO:

Todo lo descrito en los acápites iniciales, que se relacionan con la población de mujeres en edad fértil nos planteamos el siguiente problema:

Problema:

¿Qué aspectos sociodemográficos y emocionales tienen relación con el nivel de satisfacción de atención de salud, en mujeres en edad fértil usuarias de los hospitales de EsSalud y Minsa en Tarapoto?

Hipótesis:

Los aspectos sociodemográficos y emocionales que tienen relación con el nivel de satisfacción de atención de salud en mujeres en edad fértil, usuarias de los Hospitales de EsSalud y Minsa de Tarapoto son: ocupación, educación, estado civil, vivienda, economía y la percepción de la calidad de servicio.

Objetivo General

Identificar en mujeres en edad fértil, usuarias a dos hospitales, aspectos socio-demográficos y emocionales que tienen relación con la satisfacción de su atención actual, y recibir opiniones para fortalecerlas.

Objetivos Específicos:

2. Identificar y diferenciar las características sociales demográficas de las mujeres, en edad fértil usuarias a cada hospital.
3. Calificar y comparar en usuarias a estos hospitales la satisfacción percibida, de su atención.
4. Analizar la influencia, de los objetivos 1 y 2, con las opiniones recibidas y que fortalezcan una atención de salud integral, en la mujer en edad fértil.

II.- MATERIAL Y MÉTODO:

2.1. Material de estudio

2.1.1. Universo

El universo muestral estuvo constituido por un total de 3,690 mujeres de 15 - 49 años atendidas en dos Hospitales de la Ciudad de Tarapoto, del 01 de marzo al 31 de agosto del año 2007.

Muestra: Corresponde a 314 usuarias: de las cuales 157 encuestadas fueron del hospital del MINSA y 157 del hospital EsSalud de Tarapoto, por ser de dos poblaciones diferentes, con cantidades similares de atendidas y que reunieron las características de inclusión:

Habiéndose utilizado la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_2 - p_1)^2} : 314/2 = 157$$

n = Número de sujetos necesitados en cada uno de los dos grupos

p1 = Proporción estimada con el atributo del grupo 1.-0.30

p2 = Proporción estimada con el atributo del grupo 2.-0.15

q1 = 1 - p1.-0.70

q2 = 1 - p2.-0.85

p2 - p1 = Mínimo nivel de diferencia que desea detectar entre los dos grupos

Z_α = Desviación normal para error alfa. Para 0,05 y dos colas Z_α= 1.96

Z_β = Desviación normal para error beta. Para 0,2 y una cola Z_β= 0.84

Para asegurar la representatividad, la selección de la muestra, se utilizó la muestra probabilística (azar) de las atendidas en cada Hospital

La unidad de análisis: corresponde a cada mujer incluida en la muestra.

Criterios de inclusión:

- Edad : 15 a 49 años
- Residentes en Tarapoto: 2 años y más.
- Reciban atención en consultorios externos y emergencia por gestación.
- Consentimiento escrito de cada persona.

Criterios de exclusión:

- Persona con retardo mental
- Adolescente en gestación menor de 15años.

Método: Mediante estudio de mercadeo se recibió la opinión de 314 mujeres, cuyas edades están comprendidas entre 15 y 49 años que reunieron los criterios de inclusión y acudieron a consultorios del hospital del MINSA, 157 usuarias, y 157 al de EsSalud, entre 1 de Marzo y 31 de Agosto del 2007.

Se utilizó el enfoque cualitativo, que nos permitió conocer lo que las mujeres sienten y piensan, para comprender las actitudes,

motivaciones, gustos y creencias, descubrir e interpretar los aspectos emocionales, racionales y sociales que permitan entender la conducta de la población de estudio. Así mismo un enfoque cuantitativo, que nos permitió abordar: ¿Cuántos? y ¿Con qué frecuencia?, para verificar la magnitud del problema.

Haciendo uso de una encuesta, como instrumento para recolectar datos, en forma personal y directa. Con cuestionario; previamente validado. (Anexos, 1, 2 ,3).

Los datos se presentan en tablas, los cuales fueron procesados y analizados, con ayuda del paquete estadístico SPSS. Para el análisis estadístico se utilizó proporciones y porcentajes y el de regresión logística para el de los factores estudiados.

III. – RESULTADOS

TABLA N 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS 314 ENCUESTADAS SEGÚN DATOS BÁSICOS Y HOSPITAL DE ATENCIÓN - TARAPOTO - PERÚ 2007

| Características | Hospital | | EsSalud | | Total | |
|--|----------|------|---------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| | 157 | 50 | 157 | 50 | 314 | 100 |
| <u>EDAD Años</u> | | | | | | |
| 15 – 19 | 65 | 41.4 | 40 | 25.5 | 105 | 33.4 |
| 20 - 34 | 68 | 43.3 | 95 | 60.5 | 163 | 51.9 |
| 35 - 49 | 24 | 15.3 | 22 | 14 | 46 | 14.7 |
| <u>Estado Civil</u> | | | | | | |
| Casada | 62 | 39.5 | 100 | 64 | 162 | 51.6 |
| Conviviente | 50 | 31.9 | 40 | 25.5 | 90 | 28.7 |
| Soltera | 45 | 28.6 | 17 | 10.5 | 62 | 19.7 |
| <u>Educación</u> | | | | | | |
| Analfabeta | 28 | 17.8 | 6 | 3.8 | 34 | 10.8 |
| Primaria completa | 54 | 34.4 | 40 | 25.8 | 94 | 30 |
| Secundaria completa | 50 | 31.8 | 71 | 45.2 | 121 | 38.5 |
| Superior | 25 | 15.9 | 40 | 25.5 | 65 | 20.7 |
| <u>Ocupación actual principal</u> | | | | | | |
| Ama de casa | 120 | 76.4 | 10 | 6.3 | 130 | 41.4 |
| Empleada | 25 | 16 | 122 | 77.7 | 147 | 46.8 |
| Empresaria | 12 | 7.6 | 25 | 16 | 37 | 11.8 |

Fuente: Ramírez M. Encuestas en usuarias en Hospitales de Minsa y EsSalud de Tarapoto, Marzo – Agosto 2007.

TABLA N 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS 314 USUARIAS SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE VIVIENDA Y HOSPITAL DE ATENCIÓN - TARAPOTO - PERÚ 2007

| Características | Hospital | | Minsa | | Total | |
|--------------------------------|----------|------|-------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| | 157 | 50 | 157 | 50 | 314 | 100 |
| <u>Vivienda</u> | | | | | | |
| Propia | 39 | 24.8 | 65 | 41.4 | 104 | 33.1 |
| Alquiler | 62 | 39.5 | 50 | 31.9 | 112 | 35.7 |
| Familiar | 56 | 35.1 | 42 | 26.7 | 98 | 31.2 |
| <u>Zona Vivienda</u> | | | | | | |
| Urbana | 30 | 19.1 | 95 | 54.1 | 115 | 36.6 |
| Peri urbana | 40 | 25.5 | 40 | 25.5 | 80 | 25.5 |
| Rural | 87 | 55.4 | 32 | 20.4 | 119 | 37.9 |
| <u>Servicio Público</u> | | | | | | |
| Agua Potable | 75 | 35.6 | 120 | 79.4 | 195 | 62.1 |
| Desague | 75 | 35.6 | 120 | 79.4 | 195 | 62.1 |
| Luz eléctrica | 80 | 51.0 | 140 | 89.8 | 220 | 70.0 |
| Teléfono | 40 | 25.4 | 80 | 51.0 | 120 | 38.2 |
| <u>Ingreso Familiar</u> | | | | | | |
| <u>Fijo mensual:</u> | | | | | | |
| Más de 3,000 soles | 30 | 19.1 | 50.0 | 31.8 | 80 | 25.5 |
| Hasta 2,000 soles | 50 | 51.8 | 40.0 | 25.5 | 90 | 28.7 |
| Menos 1,000 soles | 77 | 49.1 | 67.0 | 42.7 | 144 | 45.8 |
| <u>Asegurada</u> | | | | | | |
| Es Salud | 12 | 7.6 | 157 | 100 | 169 | 53.8 |
| SIS | 40 | 25.5 | | | 40 | 12.8 |
| Privado | 12 | 7.6 | | | 12 | 3.9 |
| Ninguno | 93 | 59.3 | | | 93 | 26.4 |

Fuente: Ramírez M. Encuestas en usuarias en Hospitales de Minsa y EsSalud de Tarapoto, Marzo – Agosto 2007.

TABLA N 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS 314 USUARIAS SEGÚN: CONTROL EMBARAZO, ATENCIÓN DE PARTO Y COMPLICACIONES, POR LUGARES DE ATENCIÓN TARAPOTO – PERÚ 2007

| Característica | Minsa | | EsSalud | | Domicilio | | Total | |
|------------------------|-------|------|---------|------|-----------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| | 133 | 42.3 | 130 | 41.3 | 51 | 16.4 | 314 | 100 |
| Embarazos | | | | | | | | |
| Hasta 2 | 80 | 60.1 | 90 | 69.2 | 25 | 49 | 195 | 62.1 |
| Hasta 4 | 42 | 31.6 | 22 | 17 | 16 | 32 | 80 | 25.5 |
| 5 y más | 11 | 8.3 | 18 | 13.8 | 10 | 19 | 39 | 12.4 |
| Abortos | | | | | | | | |
| 1 | 12 | 9 | 8 | 6.2 | 12 | 23.5 | 32 | 10.0 |
| 2 y más | 6 | 4.5 | 5 | 3.8 | | | 11 | 3.5 |
| Embarazo no deseado | 10 | 7.5 | 15 | 11.5 | 4 | 7.8 | 29 | 9.2 |
| Ninguno | 105 | 79 | 102 | 78.5 | 35 | 68.7 | 242 | 71.1 |
| Complicaciones: | | | | | | | | |
| Hipertensión | 14 | 10.5 | 15 | 11.5 | 12 | 23.5 | 41 | 13.1 |
| Hemorragia | 12 | 9 | 8 | 6.1 | 7 | 13.7 | 27 | 8.6 |
| Eclampsia | 6 | 4.5 | 8 | 6.1 | 3 | 5.8 | 17 | 5.4 |
| Muerte | 8 | 6 | 6 | 4.6 | 2 | 4 | 16 | 5.1 |
| Ninguna complicación | 93 | 70 | 93 | 71.7 | 27 | 53 | 213 | 67.8 |

Fuente: Ramírez M. Encuestas en usuarias en Hospitales de Minsa y EsSalud de Tarapoto, Marzo – Agosto 2007.

TABLA N 4
DISTRIBUCIÓN DE LAS 314 USUARIAS SEGÚN LUGAR Y PERSONA QUE ATENDIÓ SUS PARTOS
TARAPOTO – PERÚ 2007

| Característica | Minsa | | EsSalud | | Domicilio | | Total | |
|------------------------|-------|------|---------|------|-----------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| | 133 | 42.3 | 130 | 41.3 | 51 | 16.4 | 314 | 100 |
| <u>Personal</u> | | | | | | | | |
| Médico | 52 | 39.0 | 100 | 76.9 | 4 | 7.8 | 156 | 49.7 |
| Obstetras | 81 | 69.0 | 30 | 23.1 | 10 | 19.6 | 121 | 38.5 |
| Comadrona + | | | | | 30 | 58.8 | 30 | 9.6 |
| Otros ++ | | | | | 7 | 13.8 | 7 | 2.2 |

Persona sin licencia para atender +

Familiar no preparado ++

Fuente: Ramírez M. Encuestas en usuarias en Hospitales de Minsa y EsSalud de Tarapoto, Marzo – Agosto 2007.

TABLA N 5

**DISTRIBUCIÓN DE LAS 314 USUARIAS SEGÚN EDUCACIÓN SEXUAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR
TARAPOTO – PERÚ 2007**

| Característica | Minsa | | EsSalud | | Domicilio | | Total | |
|--------------------------------------|-------|------|---------|------|-----------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| | 133 | 42.3 | 130 | 41.3 | 51 | 16.4 | 314 | 100 |
| <u>Charlas educación</u> | | | | | | | | |
| Si | 99 | 74.4 | 125 | 96.1 | 25 | 49.1 | 249 | 79.3 |
| No | 34 | 25.6 | 5 | 3.9 | 26 | 50.9 | 65 | 20.7 |
| <u>Planificación Familiar</u> | | | | | | | | |
| Si | 40 | 30.1 | 100 | 76.9 | 14 | 27.5 | 154 | 49.0 |
| No | 93 | 69.9 | 30 | 23.1 | 37 | 72.5 | 160 | 51.0 |
| <u>Método usado</u> | | | | | | | | |
| Barrera | 12 | 9.0 | 30 | 23.0 | 6 | 11.8 | 48 | 15.3 |
| Hormonas | 8 | 6.1 | 25 | 19.2 | 6 | 11.8 | 39 | 12.4 |
| Natural | 10 | 7.5 | 12 | 9.2 | 0 | 0.0 | 22 | 7.0 |
| DIU | 7 | 5.2 | 25 | 19.2 | 2 | 3.9 | 34 | 10.8 |
| AQV + | 3 | 2.3 | 8 | 6.2 | 0 | 0.0 | 11 | 3.5 |
| Ninguno | 93 | 69.9 | 30 | 23,0 | 37 | 72,5 | 160 | 51,0 |

Quirúrgico +

Fuente: **Ramírez M. Encuestas en usuarias en Hospitales de Minsa y EsSalud de Tarapoto, Marzo – Agosto 2007.**

TABLA N 6

DISTRIBUCIÓN DE LAS 314 USUARIAS SEGÚN TRATO (CALIDEZ) , GRADO DE SATISFACCIÓN Y LUGAR DE ATENCIÓN – TARAPOTO – PERÚ 2007

| Característica | Minsa | | EsSalud | | Domicilio | | Total | |
|-------------------------------------|-------|------|---------|------|-----------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| | 133 | 42.3 | 130 | 41.3 | 51 | 16.4 | 314 | 100 |
| <u>Tiempo</u> | | | | | | | | |
| Oportuno | 13 | 9.8 | 3 | 2.3 | 20 | 39.2 | 36 | 11.5 |
| Algo retardado | 20 | 15.0 | 85 | 65.4 | 14 | 27.5 | 119 | 37.9 |
| Muy retardado | 100 | 75.2 | 42 | 32.3 | 17 | 33.3 | 159 | 50.5 |
| <u>Trato (calidez)</u> | | | | | | | | |
| Bueno | 30 | 22.6 | 45 | 34.6 | 5 | 10.0 | 80 | 25.5 |
| Aceptable | 41 | 30.8 | 40 | 30.8 | 23 | 45.0 | 104 | 33.1 |
| Malo | 62 | 46.6 | 45 | 34.6 | 23 | 45.0 | 130 | 41.4 |
| <u>Grado de satisfacción</u> | | | | | | | | |
| Bueno | 33 | 24.8 | 35 | 26.9 | 6 | 11.8 | 74 | 23.6 |
| Regular | 30 | 22.6 | 45 | 34.6 | 12 | 23.5 | 87 | 27.7 |
| Malo | 70 | 52.6 | 50 | 38.5 | 33 | 64.7 | 153 | 48.7 |

Fuente: Ramírez M. Encuestas en usuarias en Hospitales de Minsa y EsSalud de Tarapoto, Marzo – Agosto 2007.

TABLA N 7

DISTRIBUCIÓN DE LAS 314 USUARIAS SEGÚN SUGERENCIA DE CONTROL Y ATENCIÓN MUJER EN EDAD FERTIL A FUTURO - TARAPOTO - PERÚ 2007

| Característica | N | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| <u>Centro de atención</u> | | |
| Minsa | 100 | 31.8 |
| Es Salud | 150 | 47.8 |
| Domicilio | 30 | 9.5 |
| Privado | 34 | 10.9 |
| <u>Personal</u> | | |
| Médico especialista | 215 | 68.5 |
| Obstetras | 50 | 15.9 |
| Comadrona | 49 | 15.6 |
| <u>Calidez de atención</u> | | |
| Excelente | 314 | 100.0 |
| Indiferente | | |

Fuente: Ramírez M. Encuestas en usuarias en Hospitales de Minsa y EsSalud de Tarapoto, Marzo – Agosto 2007.

TABLA N 8

SUGERENCIAS DE LAS 314 ENCUESTADAS PARA FORTALECER LA ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FERTIL - TARAPOTO - PERÚ 2007

| Característica | Mejorar | | Implementar | |
|--|---------|------|-------------|-------|
| | N | % | N | % |
| <u>Infraestructura hospitalaria</u> | | | | |
| Centro de salud | 100 | 31,8 | | |
| Hospital actual | 214 | 68,2 | | |
| Atención primaria (APS)** | | | 314 | 100.0 |
| <u>Planificación y programación</u> | | | | |
| MINSA | | | 100 | 31.4 |
| Es Salud | | | 100 | 31.4 |
| Municipios | | | 20 | 7.3 |
| Sistema Unificado | | | 94 | 29.9 |
| <u>Nivel de programación</u> | | | | |
| Central -Nacional | | | 60 | 19.1 |
| Local | | | 254 | 80.9 |

**APS: una propuesta adicional a la infraestructura existente.

Fuente: Ramírez M. Encuestas en usuarias en Hospitales de Minsa y EsSalud de Tarapoto, Marzo – Agosto 2007.

TABLA N 9

**DISTRIBUCIÓN DE LAS 314 USUARIAS SEGÚN COBERTURA DE MEDICAMENTOS
UTILIZADOS EN SU ATENCIÓN EN HOSPITALES - TARAPOTO - PERÚ 2007**

| Característica | Minsa | | EsSalud | | Domicilio | | Total | |
|-------------------------|--------------|-------------|----------------|-------------|------------------|-------------|--------------|-------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| | 133 | 42.3 | 130 | 41.3 | 51 | 16.4 | 314 | 100 |
| <u>Cobertura</u> | | | | | | | | |
| Total | 70 | 52,6 | 100 | 76,9 | | | 170 | 54,1 |
| Parcial + | 20 | 15,8 | 20 | 15,4 | 51 | 100 | 91 | 29.0 |
| No cubierto | 43 | 32,4 | 10 | 7.7 | | | 53 | 16,9 |

Cubierto por usuarias +

Fuente: Ramírez M. Encuestas en usuarias en Hospitales de Minsa y EsSalud de Tarapoto, Marzo – Agosto 2007.

TABLA N 10

DISTRIBUCIÓN DE LAS 314 USUARIAS SEGÚN PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE ATENCIÓN EN HOSPITAL DE ESSALUD Y DEL MINSA - 2007

| Percepción | Categoría | Minsa | | EsSalud | |
|--|-----------|-------|-------|---------|-------|
| | | N | % | N | % |
| Accesibilidad | Mala | 87 | 55,42 | 111 | 70,70 |
| | Regular | 48 | 30,57 | 30 | 19,11 |
| | Buena | 22 | 14,01 | 16 | 10,19 |
| Comunicación | Mala | 85 | 54,14 | 102 | 64,97 |
| | Regular | 22 | 14,01 | 25 | 15,92 |
| | Buena | 40 | 25,48 | 30 | 19,11 |
| Respeto y Cortesía | Mala | 95 | 60,51 | 77 | 49,04 |
| | Regular | 22 | 14,01 | 40 | 25,48 |
| | Buena | 40 | 25,48 | 40 | 25,48 |
| Credibilidad | Mala | 77 | 49,04 | 85 | 54,14 |
| | Regular | 50 | 31,85 | 52 | 33,12 |
| | Buena | 30 | 19,11 | 20 | 12,74 |
| Competencias Técnicas | Mala | 55 | 35,03 | 70 | 44,59 |
| | Regular | 80 | 50,96 | 75 | 47,77 |
| | Buena | 22 | 14,01 | 12 | 7,64 |
| Responsabilidad | Mala | 55 | 35,03 | 85 | 54,14 |
| | Regular | 78 | 49,68 | 60 | 38,21 |
| | Buena | 22 | 14,01 | 12 | 9,55 |
| Tangibilidad | Mala | 62 | 39,49 | 82 | 52,23 |
| | Regular | 60 | 38,21 | 50 | 31,85 |
| | Buena | 35 | 22,29 | 25 | 15,92 |
| Comprensión y Conocimiento del Cliente Externo | Mala | 77 | 49,04 | 102 | 64,97 |
| | Regular | 30 | 19,11 | 35 | 22,29 |
| | Buena | 50 | 31,85 | 20 | 12,74 |
| TOTAL | | 157 | 50 | 157 | 50 |

Fuente: Ramírez M. Encuestas en usuarias en Hospitales de Minsa y EsSalud de Tarapoto, Marzo – Agosto 2007.

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Dentro de la política de atención y gerencia en salud se considera a los Hospitales como empresas productoras del proceso de servicios de salud que requieren de un manejo empresarial sustentable que conlleve a una permanente rentabilidad social. Estos aspectos se relacionan con las dos grandes y hegemónicas instituciones que brindan salud en el Perú: el Ministerio de Salud y EsSalud.

En la tabla N°:1 donde se considera la distribución de las mujeres en edad fértil se aprecia que el 33.4% corresponde a usuarias adolescentes, las mismas que están en mayor riesgo en su atención de salud que a otras edades; observándose mayor porcentaje en, las que se atiende en el Minsa con el 41.4 % contra el 25.5% en EsSalud, que atiende al grupo de asalariadas o dependientes de asalariadas; hay diferencia en la atención en el grupo hasta las de 35 años, observándose ligero predominio con 60.5% y 43.3% en EsSalud y Minsa respectivamente y bastante similar en las edades mayores con 14% y 15,3% en ambas instituciones.

Las usuarias a EsSalud, en mayor porcentaje son casadas al relacionarlas con las del Minsa donde se aprecia una marcada diferencia de madres solteras 28.6% contra 10.5% en EsSalud; aspectos que se relacionarían con la inseguridad a nivel familiar y problemas de abandono, maltrato, abuso sexual entre otros. Estos resultados son consistentes con estudios realizados por, RISEMBERG²⁸. ARÉVALO³⁷. Si bien es cierto que el estado civil es considerado

una variable sociodemográfica muy importante, los factores culturales influyen mucho en la decisión y en la susceptibilidad de las mujeres, quienes tienen que asumir estas responsabilidades debido a los patrones costumbristas imperantes en la sociedad, ROJAS⁴⁷.

Aspecto importante que tendría relación con la concurrencia, de las usuarias, a sus controles de embarazo es el grado de educación, denotando mayor nivel de escolaridad y menor analfabetismo en las atendidas en EsSalud, que se correlaciona con la ocupación, toda vez, que el 77.7% de las atendidas en EsSalud tienen un empleo o son empresarias, en cambio, en el grupo del Minsa existe predominio de las que tienen como ocupación principal, el ser ama de casa. Estos resultados son consistentes con los datos que presenta el INEI⁴⁸, donde refiere que la tasa de desempleo en las mujeres es del 70%, debido, a muchos factores, como educación, machismo, etc. Vale recalcar que las usuarias que no trabajan remuneradamente no obstante trabajan en los quehaceres de casa (lavar, cocinar, planchar, etc.).

Según Tabla N° 2 en pertenencia de vivienda se sigue observando una mejor categoría en las atendidas en EsSalud, asimismo, el lugar donde tienen establecidas sus viviendas siendo en EsSalud 54.1% con vivienda en zona urbana, el 25.5% peri-urbana y muy distante en viviendas rurales con 20.4%; que contrasta, con 55.4% de las atendidas en el Minsa; la localización de estas viviendas se correlacionan con el nivel de servicio público, que es mejor en las que son atendidas en EsSalud, estos hallazgos son consistentes con el estudio de, KOLS³⁰, del año 1998, donde señala que la accesibilidad no sólo es la

referida a la geográfica, sino también a la económica y cultural, que son importantes en la percepción de satisfacción en los servicios; no obstante, son parcialmente consistentes con los hallazgos reportados en 1991, al haber encontrado que el mayor porcentaje provenían de la zona peri-urbana, tal vez sea, por que el estudio se realizó en otra zona,' DELGADO⁴⁹.

Aspecto importante a comentar, es el ingreso fijo mensual donde expresan en porcentajes de 49.1% y 42.7% en Minsa y en EsSalud respectivamente, ingresos mensuales menores a 1,000 Nuevos Soles, factor que es importante para el manejo diario en el hogar. No hay duda y se verifica que EsSalud atendió en el 100% a aseguradas, en cambio, el Minsa atendió en forma predominante a no aseguradas; sólo 3.9% de las encuestadas, tienen seguro privado, y afiliadas al SIS (Sistema Integral de Salud) el 12.8% de la población; comprobando que el 26.4% de la población no tiene ningún tipo de seguro en salud, las mismas, que fueron atendidas por el Minsa; estos porcentajes son similares a los identificados en otros departamentos y regiones del Perú por, PINEDO⁵⁰,ALACALA⁵¹ ALCANTARA⁵², BENAVIDES⁵³, TAVARA⁵⁴ WATANABE⁵⁵.

Para los analistas económicos la actual situación por la que está atravesando el Perú, influye entre otros aspectos en la ocupación y en el ingreso familiar, lo que determina y justifica estos hallazgos, CAPUTO¹⁰, SCHULER²⁴, TAVARA⁵⁶.

El cuadro N°. 3 refleja la situación de paridad, la forma de término del embarazo y las complicaciones del mismo, durante todo el proceso, en ambos

hospitales y de las atendidas en domicilio, apreciando, que hasta el 31.6% del Minsa, 17% de EsSalud y 32% de las atendidas en domicilio ha obtenido 3 a 4 embarazos, siendo predominante en las atendidas en el Minsa al relacionarla con EsSalud con sólo el 17% y similar al grupo de atendidas en domicilio, estos datos reflejan las características culturales y sociales de nuestra comunidad que por tradición desean estar en el momento del parto junto en a sus familiares más cercanos y atendidas por las parteras conocidas de su comunidad.,CARE⁸ .

Situación similar se aprecia en el porcentaje de abortos que relatan este grupo estudiado, donde el 4.5% en el Minsa y el 3.8% de EsSalud han presentado dos, o mas abortos, detectándose un elevado porcentaje 23,5% de abortos en domicilio de 51 atendidas a éste nivel; así como, 7.5% en el Minsa, 11,5% en EsSalud y 7.8% en domicilio tuvieron embarazos no deseados, los mismos que pueden haber terminado en aborto, estos datos concuerdan con lo encontrado en adolescentes, INEI¹⁴, PÉREZ⁴¹.

Las complicaciones señaladas hipertensión generada por el embarazo, hemorragia, eclampsia son bastantes similares a los identificados en otros trabajos ALCÁNTARA⁵², CHUMBE⁵⁷ en el presente tanto en el Minsa como en EsSalud los porcentajes oscilan entre 14% y 15%, la eclampsia entre el 4,5 y 6,1 respectivamente y la hemorragia en 9% y 6,1% en dichos hospitales y hasta el 13,7% en las atendidas en domicilio. La complicación más temible en la atención de la embarazada, es la muerte, habiéndose observado 6% en el Minsa y 4,6% en EsSalud, estos datos son concordantes por los referidos por autores nacionales y extranjeros; BENAVIDES⁵³, TAVARA⁵⁸, ENDES⁵⁹, YIN⁶⁰.

Desde el punto de vista administrativo y técnico Tabla N° 4, el 39% de usuarias al Minsa y el 76,9% de las de EsSalud fueron atendidas por médicos y por obstetras, en forma predominante, el 69,9% fueron atendidas las del Minsa y el 23,1% a las usuarias a EsSalud. Las atendidas en domicilio en el 58,8% fueron atendidas por comadronas (personas, sin licencia para atender, de su localidad) y hasta el 13.8% por familiares o amigas del hogar, situación, esta última que refleja el alto riesgo que corrieron en su atención; situación similar se observó en otros centros hospitalarios, ENDES¹⁵, AGUILAR⁶¹, ENAHO⁶², EsSalud⁶³.

La atención por médicos especialistas u obstetras del Minsa y EsSalud tiene relación con el número de especialistas y personal de cada institución cuyo número en EsSalud durante el 2007, contaba con 220 de total de personal, 25 eran médicos, de estos: 5 ginecólogos obstetras y 8 obstetrices, el Minsa contaba con 40 médicos de los que 4 eran ginecólogos y 22 obstetrices, que en número, tiene estándares bajos, EsSalud¹², MINSA¹⁶.

La satisfacción con la dimensión de competencia que tiene el personal profesional, técnico y administrativo es factor de habilidades y conocimientos mejores en los que son atendidos por profesionales médicos en forma diaria, MINISTERIO DE SALUD², UNITED NATIONS ADMINISTRATIVE COMMITTEE⁵, DIRES-San Martín⁷, ENAHO⁶².

Un aspecto importante, de actualidad, es el de la educación sexual y planificación familiar y que en la Tabla N°. 5 figuran estos resultados donde se aprecia que en EsSalud el 96% de las usuarias recibieron charlas educativas

sobre educación sexual el 76,9% charlas sobre planificación familiar, porcentajes que dista de las recibidas en educación con el 74,4% y en planificación familiar el 30,1% en las atendidas en el Minsa. Así mismo, un 30% en ambos centros hospitalarios utilizaron algún procedimiento de planificación familiar: barreras, hormonas, sistema natural, DIU y quirúrgico AQP, esto nos da una idea que ha mejor educación la planificación familiar se observa con mayor frecuencia DIRES MINSA, San Martí⁷, MINSA¹⁶, UGARTE¹⁹, BROOWN²⁵, VELÁSQUEZ³⁹, EsSalud⁶³, OMS⁶⁴.

En la Tabla N^o. 6 se sintetiza la calidez (trato) relacionado con el grado de satisfacción en los hospitales de estudio apreciándose que el grado de satisfacción bueno se observa con el 24,8% en usuarias al Minsa y el 26,9% en las atendidas por EsSalud. En usuarias atendidas en domicilio el 11,8% calificaron como satisfactoria su atención, que asimismo se reflejan en forma específica en la Tabla N^o. 10, mediante la percepción de accesibilidad, comunicación, respeto y cortesía, credibilidad, competencias técnicas, responsabilidad, tangibilidad, comprensión y conocimiento del cliente externo y según categorías evaluadas, con porcentajes que oscilan entre 14% y 25%, como buenos en Minsa, con excepción de la percepción de respeto y cortesía, que son algo mejores las atendidas en EsSalud, por tanto el porcentaje de percepción de satisfacción en todos los parámetros evaluados son deficientes, estos datos son concordantes a los logrados en otros lugares ,EsSalud¹², MINSA²², THOMPSON²³, WILLIAMS²⁹, VELÁSQUEZ³⁹.

En las tablas 7 y 8, las usuarias se proyectan al futuro y en mayor porcentaje 90,5% prefieren una atención hospitalaria (Minsa: 31,8%. EsSalud 47,8% y privado 10,9%). Asimismo el 68,5% prefieren ser atendidas por médicos especialistas y un 15,9% por obstetras; todas están de acuerdo que la calidez de atención debe ser excelente.

De las encuestadas el 31,8% opinan que debe mejorarse los centros de salud y, el 68,2% mejorar los hospitales actuales, para brindar una mejor atención a esta población, asimismo, todas opinaron como una nueva alternativa la implementación del sistema de atención primaria de salud., OMS-UNICEF ⁶⁵, ZAVALETA⁶⁶.

En lo relacionado a las instituciones que deben planificar y programar la atención a este grupo de población, opinan por un sistema unificado en el 29,9%, y que la programación se lleve a cabo al nivel local en el 81,3%. En su mayoría 62,8% opinan que la planificación la lleve, EsSalud el 31,4% y Minsa el 31,4%, y muy lejana que la realice los Municipios.

Este análisis nos conduce a proponer una atención de salud para las mujeres en edad fértil en ambientes hospitalarios seguros que cuenten con la infraestructura estandarizada según el nivel del hospital que ostenten, que esta atención sea unificada, que la programación se lleve a cabo a nivel local según la realidad y, que esta atención sea de calidad para satisfacer las expectativas de las usuarias, asimismo, se implemente como un sistema de cerrojo entre la comunidad y los centros de atención médica, dando prioridad a la educación, a la

planificación familiar, a la prevención y promoción de salud mediante el programa de atención primaria de salud. UGARTE ¹⁹, OMS/OPS ⁶⁴, OMS-UNICEF⁶⁵,

En 1995, en Beijing, se amplió el concepto de seguridad sexual y se especificó “los derechos humanos, de las mujeres, incluyen su derecho a tener control y decidir libre y responsablemente sobre cuestiones relativas a su sexualidad, inclusive la salud sexual y reproductiva, libre de coacción, discriminación o violencia”, CARE⁶ .

La salud reproductiva de los adolescentes es una cuestión de interés mundial, y cada vez es mayor la oposición al matrimonio precoz por entrañar riesgos a la salud de las niñas e infringir sus derechos.

En el Perú, así como en la provincia de San Martín la mortalidad es elevada, por tanto se debe estimular un examen mas intenso para identificar sus causas y sus soluciones en especial en situaciones de emergencia, DIRES-San Martín⁷, CALLA²⁷ RAMIREZ⁶⁷.

Si bien a los servicios de salud, están llegando una mayor cantidad de mujeres, que en el pasado, no se están ampliando los servicios con la velocidad suficiente para subsanar el déficit existente, al mantenerse el mismo ritmo de crecimiento poblacional, con aumento de la demanda. Hacia el 2025, la demanda de servicios de planificación de la familia habrá aumentado en un 40% ENAHO⁶², BURGOS⁶⁸.

En los países en desarrollo dentro de los cuales está el Perú, identificado en el presente trabajo, más de un tercio de las embarazadas no recibieron ningún tipo de atención; un gran porcentaje de partos ocurrieron fuera de los establecimientos de salud y sólo la mitad de ellos contaron con atención de personal capacitado, similar a lo identificado en otros lugares, INEI¹⁴, ENDES¹⁵, OPS/OMS⁵⁸.

En la Tabla N° 9, se constató déficit, de recursos económicos, para hacer frente a los problemas señalados, la respuesta del Gobierno Regional, Gobierno Local, Central, e incluso, de la comunidad internacional han sido insuficientes hasta la fecha. En EsSalud que debería cubrir totalmente la atención materna, apreciamos que hasta un 15% es cubierto parcialmente y un 7% paga el usuario; en el Minsa, el 32.4% de los gastos, no fue cubierto por esta institución; situación aparte es el alto porcentaje de atendidas en domicilio, cuyo costo fue cubierto por las usuarias, CAPUTO¹⁰, MINSA¹¹, ZAVALETA⁶⁶.

Una de las funciones esenciales del Gobierno Central es formular políticas, es decir, en el sector salud, dar directivas claras, para enfrentar los retos sanitarios y lograr las transformaciones. Necesitamos normas nacionales, regionales y locales que se adecuen en el marco de las políticas de Estado. Para lo cual es indispensable conocer y analizar las necesidades de cada comunidad, como las identificadas en el presente estudio en mujeres en edad fértil en la ciudad de Tarapoto usuarias a dos hospitales con diferente administración institucional Es Salud y Minsa.

Obviamente, necesitamos definir las políticas que orienten las acciones hacia los logros y resultados para que los problemas en este grupo de población sean resueltos. El Perú se caracteriza, por una variada riqueza, así como es heterogéneo, (pluricultural), geográficamente rico, y las políticas tienen que adaptarse a las particularidades culturales, geográficas, epidemiológicas, que hay dentro de este gran espacio nacional que es el Perú.

Hay diferentes estrategias donde exista además de descentralización en salud, implementación y fortalecimiento del primer nivel de atención, de prevención y promoción y aseguramiento universal para fortalecer la salud en general y, en particular, la de la mujer en edad fértil, como lo expresan las encuestadas en el presente trabajo, UGARTE ¹⁹, OPS/OMS⁵⁸, SALUD NACIONAL ⁶⁹, PETREA⁷⁰.

Todo esto sucede en Tarapoto, como en otras ciudades del Perú, donde los servicios de salud y hospitales se encuentran necesitados de adecuar permanentemente su capacidad de respuesta, de mejorar su competitividad, básicamente por la vía de la optimización de los recursos, y por la vía de mejora de los procesos básicos de gestión y producción de sus servicios MINSA⁷², USAID⁷³.

La gerencia de hospitales requiere, como se menciona, de una nueva orientación, basada en el mercado que se puede estructurar en varias líneas: Se acerque a los pacientes y familiares en función a un estudio de las preferencias, necesidades sentidas, expectativas de los usuarios o clientes, con el fin de

satisfacerlas, valorando en ellas, la realidad percibida, en función de las necesidades identificadas en este trabajo de mujeres de 15 a 49 años en la ciudad de Tarapoto que acudieron el 2007 a recibir atención en los hospitales del MINSA y de EsSalud.

V. CONCLUSIONES:

- En la presente investigación en usuarias en edad fértil, en Tarapoto-Perú, se obtuvo las siguientes conclusiones:
 1. Los aspectos sociodemográficos, sociales y emocionales identificados son diferentes en las usuarias atendidas en ambos hospitales, observándose mejor calidad de vida general en las atendidas en EsSalud.
 2. El nivel de satisfacción fue bajo en ambos grupos y no hay relación directa entre las condiciones de vida y atención recibida en su salud , calificándose en varios aspectos, menos satisfechas las atendidas en EsSalud
 3. Las usuarias propenden a una atención con equidad y de calidad, según niveles de atención, que sea planificada en forma unificada entre el Minsa, EsSalud y la comunidad organizada, desde el primer nivel de atención, según: realidad local, personalizada, en ambientes adecuados, realizada por personal profesional motivado y especializado,

Propuesta - Programa

FORTALECIMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LOS AGENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (A. APS)

Proceso de atención integral que se brindará a la madre y el niño desde el nivel primario, considerando sus costumbres y valores culturales durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio y ampliado a sus hijos.

1. Diagnóstico de la problemática:

Según las conclusiones y las discusiones del trabajo de la autora donde se identifica tasas elevadas de complicaciones durante el proceso de embarazo por aborto, hemorragias, eclampsia, embarazo no deseado, muertes maternas. Asimismo una programación centralista, sin coordinación, entre los entes de Es Salud, Minsa y comunidad.

Las usuarias en etapa reproductiva, de 15 a 49 años, hasta en el 52,6% del Minsa y el 38,5% de EsSalud no se encuentran satisfechas con el servicio recibido, así mismo, en el 46,6% y 34,85 de las atendidas en Minsa y EsSalud respectivamente existe deficiente calidez y motivación del personal profesional y técnico especializado. Situaciones que deben superarse. En ambos centros de atención no se utiliza el sistema de Atención Primaria de Salud (A..P. S.) que cubra la atención, desde el nivel preventivo-promocional y permita optimizar la atención en los hospitales.

2. Áreas estratégicas de planeamiento:

En los últimos años, el Ministerio de salud y EsSalud se encuentran en un proceso de reforma. Esto, ha permitido la creación de algunos programas nacionales diseñados principalmente para expandir los servicios, capacitar e incrementar el personal de salud en zonas alejadas. Este esfuerzo está orientado principalmente, a las siguientes áreas:

- a) Oferta de servicios,
- b) Demanda de servicios
- c) Acceso a servicios
- d) Articulación e integración de servicios

En este contexto, nuestra propuesta programa, se diseña para cubrir un vacío de articulación entre los establecimientos de salud y las comunidades. En este proceso se fortalece al Minsa, EsSalud y otras entidades públicas o privadas y, a los agentes de atención primaria de salud, que son nexos, entre los servicios de salud, los gobiernos locales y la comunidad.

Las áreas estratégicas se basan en los siguientes procesos:

- a) Fortalecimiento y organización de los agentes de la atención primaria de salud (A.A.P.S.): objetivo de la propuesta.
- b) Desarrollo de capacidades metodológicas en salud a nivel primario de los actores.
- c) Articulación del Minsa, EsSalud y otras organizaciones con el sistema de atención primaria.

La propuesta se centrara específicamente en ampliar la integración entre las necesidades reales de salud entre la población, la demanda insatisfecha identificada en la zona de influencia y oferta de los servicios de salud. Se busca integrar la necesidad, la demanda y la oferta con un enfoque comunitario, tecnocrático y populista que lleve a resolver con un enfoque integral la prestación de servicios a este grupo de población.

3. Justificación:

Estando en tiempo de cambio donde la descentralización de los servicios de salud desde el 2007 se han puesto en marcha en el Perú, pero con directivas y programaciones, todavía desde el nivel central, sin implementarlas para llegar a buen fin, programas de nivel local, que lleve a planear servicios de mujeres en edad fértil, que es una población con elevados riesgos y altas tasas de mortalidad, cuyas programaciones han sido ofertadas desde el nivel superior sin conocer las necesidades y emociones de las mujeres, como la que identifica la autora en el trabajo de su tesis doctoral, herramienta útil que nos sirve de fundamento, para nuestra propuesta.

4. Políticas a plantearse:

Todo sistema sanitario está integrado por elementos de su propio sector y de otros sectores, cuyas actividades están relacionadas entre sí y contribuyen al buen estado de salud. Existen en ellos, varios niveles, el primero es el punto de contacto entre el individuo y el sistema en cuestión, que es donde se presta la atención primaria de salud.

- 4.1. Atención primaria de salud: Constituirá el centro del sistema sanitario, junto a él están los demás niveles del sistema, cuyas actividades convergen en la atención primaria de salud para prestarle apoyo y permitirle facilitar una asistencia sanitaria básica en forma continuada.

Es fácil advertir que la aplicación apropiada de la atención primaria de salud tendrá consecuencias de vasto alcance, no sólo en todo el sector de la salud sino también en otros sectores sociales y económicos, en el plano de la comunidad. Es de prever cierta resistencia a los cambios. Así, es muy posible que la introducción de una distribución más equitativa de los recursos de salud tropiece con la resistencia de grupos de presión políticos y profesionales, y que el empleo de una tecnología apropiada suscite oposición por parte de las industrias médicas. Estos obstáculos se vencerán con antelación. Pues el factor que por sí sólo puede tener vital importancia para la promoción de la atención primaria de salud y los obstáculos es una voluntad y un apoyo político firme, lo mismo en el plano nacional que en el de la comunidad, fortalecidos por medio de una resuelta estrategia nacional.

Este compromiso de implementación de atención primaria de salud fue firmada en 1978 en Alma – Ata por todos los presidentes y ministros de salud de ese tiempo que con el transcurrir de los años en el Perú no ha sido implementada a cabalidad y que figura actualmente en el programa del sector salud del gobierno actual donde figura como uno de los objetivos sanitarios a implementar, el fortalecimiento del primer nivel

de atención para lograr entre otros objetivos reducción de las desnutrición, de la mortalidad materna ,de la mortalidad infantil y los índices de las enfermedades infecto contagiosas, compromiso del Perú con los objetivos del desarrollo del milenio.

4.2. Universalización: Con unificación del sistema de salud en el Perú, con aseguramiento para todos los grupos de población; decisión política de nivel de estado.

5. Programación de acciones:

Es evidente el rol protagónico, de los agentes de atención primaria de salud, (A. APS), tanto a nivel rural y peri- urbana, la necesidad de reforzar y organizar los servicios de salud del Minsa y EsSalud articulados a estos agentes.

Esto permitirá optimizar la calidad de la atención., siendo necesario crear condiciones para articular en forma sinérgica estos esfuerzos. .

6. Finalidad:

Garantizar en las mujeres en edad fértil, de las zonas rurales y semi-urbanas, identificadas en el distrito de Tarapoto, de la Región San Martín del Perú, el desarrollo de capacidades locales de promoción de atención primaria.

Construir un nuevo concepto de promoción comunitaria en salud, dentro del sistema de atención primaria, que en este sentido, se propone el modelo para desarrollar las capacidades locales de la promoción de salud materna

7. Programación de Acciones:- Viabilidad- Normas:

Para asegurar el primer proceso de nuestra propuesta:

Proceso de fortalecimiento y organización de los agentes de atención primaria de salud (A. APS).

7.1. Resultados:

7.1.1. Red organizada e institucionalizada

7.1.2. Capacidades de liderazgo y gestión desarrollada

7.1.3. Mejores condiciones familiares de los agentes de A.PS, promovidos.

Actividades de 7.1.1.

7.1.1.1. Seleccionar a los agentes de atención en las comunidades

7.1.1.2. Organizar las instancias incorporando organizaciones de mujeres articulándose con gobiernos locales

7.1.1.3. Legalizar a las organizaciones a nivel de micro red

7.1.1.4. Sectorizar las actividades

7.1.1.5. Certificar a los agentes de APS.

7.1.1.6. Evaluación y monitoreo.

7.2. Resultados.

Red de agentes de atención primaria de salud organizada e institucionalizada

Se logrará la organización de los agentes, asegurando un proceso ascendente de organización e institucionalización y desarrollando paulatinamente capacidades organizativas propias de ellos. Es importante que todos lo involucrados compartan la visión integral de A.

APS. Significa que el interés prioritario de la gente es la salud primaria, pero no se desliga de las acciones del desarrollo integral de todo el sistema en su comunidad.

Las principales acciones para lograr este resultado serán:

1. Seleccionar a los agentes en sus comunidades:

1.1. El proceso de selección de los agentes voluntarios es clave para la calidad y sostenibilidad de la promoción de atención primaria en salud. La elección se debe hacer en un evento convocado con este fin y asegurando que el plenario logre consenso sobre los criterios para definir el perfil del agente antes de elegir.

Recomendamos los siguientes criterios que deben ser ponderados, (Anexo 1)

- Capacidad de liderazgo
- Voluntad de trabajo y disponibilidad de tiempo
- Permanencia en la comunidad
- Ubicación de su vivienda
- Grado de instrucción
- Situación civil
- Situación laboral
- Edad

1.2 Organización de las instancias incorporando organizaciones de mujeres y articulándose con gobiernos locales

El Minsa y EsSalud deben facilitar el proceso de organización ascendente de comités y asociación de comités, y redes de atención primaria de salud, las que deberán estar organizadas por la mayor representatividad posible de base en cada nivel de dirigencia. Será importante evitar desde el inicio del proceso, la permanente concentración de miembros de las juntas directivas provenientes de una misma localidad, especialmente si son de la cabecera distrital, aunque parezca necesario ver en un inicio. Esto nos garantiza, a pesar de mayores costos, la participación de todos y asegura la sostenibilidad llevando a un proceso de emponderamiento homogéneo en los agentes.

Otro aspecto que debe evitarse es la concentración de varones en cargos de dirección. Debe asegurarse la tendencia de lograr mas de un 50% de mujeres en las juntas directivas.

1.3. Legalizar las organizaciones de los A. APS. A nivel de micro red

- La legalización debe hacerse a nivel de los centros de salud, hospitales y registros públicos, como asociación

civil sin fines de lucro, lo que da poder legal y facilita la firma de convenios, contratos y gestión de proyectos con instituciones públicas y privadas.

- Es necesario que los estatutos aseguren condiciones para la continuidad – sostenibilidad, como son la representatividad geográfica en la composición de las directivas a diferentes niveles y la renovación parcial de las juntas directivas en estos niveles.
- Los costos de la legalización deben ser cubiertos con fondos recaudados en actividades comunales organizadas con este fin.

1.4 Sectorizar los niveles:

- La estrategia de sectorización debe implementarse a nivel de centro de salud y hospitales buscando fortalecer la articulación de sus estructuras organizacionales internas, para ello deberán utilizarse la misma lógica en metodología de la sectorización de los establecimientos de salud del Minsa o EsSalud

1.5. Sectorizar a los agentes

- Los agentes deben contar que pueden portar visiblemente y que le facilite la gestión de sus actividades. Esto, como reconocimiento al rol que desempeñan y su formalización ante las instancias del Minsa, EsSalud, organizaciones de

base y entidades locales

- La certificación de los agentes deberá ser otorgada por la Red correspondiente y refrendada por su respectivo centro de salud u hospital. Se hará merecedor de la certificación siempre y cuando cumpla con los requisitos previamente definidos con el Minsa y EsSalud.
- La certificación no es única esta será diferenciada de acuerdo al nivel en una escala de categorización establecida y consensuada entre el Minsa, EsSalud y la organización de los agentes. Por ejemplo, un agente recién elegido estará en una categoría diferente a otro que por su experiencia esta en condiciones de capacitar a nuevos agentes de atención primaria de salud

7.3. Capacidades de liderazgo y gestión A. APS desarrolladas:

- Por decisión propia y/o de su comunidad muchos de los líderes se preparan y especializan como agentes, comprometiéndose e identificándose con su rol. La mayoría de acciones preventivas de los agentes estarán dirigidas a modificar aptitudes y prácticas inadecuadas que colocan a la población en situaciones de riesgo de salud.

Si bien los cambios en las personas son procesos internos guiados por la voluntad es necesario generar compromisos colectivos que animen a dichos cambios. La fuerza de lo colectivo

moviliza decisiones que se traducen en acciones preventivas que involucrarán al conjunto de los actores de sus municipios y/o comunidades. Dirigir acciones de esta naturaleza requiere de personas capacitadas en la facilitación de eventos y procesos sean del Minsa, y/o EsSalud.

Para garantizar este resultado es necesario desarrollar las siguientes acciones:

1. Capacitar en facilitación para formular planes y proyectos:
2. Realizar supervisión y evaluación a planes operativos.
3. Facilitar la formación de alianzas con otras organizaciones de base, Gobiernos Locales y O N G.

7.4. Mejores condiciones familiares de A. APS Promovidas

7.4.1. Implementar seguro de atención gratuito para los A. APS

7.4.2. Vincular la red de A. APS con programas de desarrollo rural y de Crédito.

7.4.3. Acompañar en la implementación de actividades generadoras de Ingresos.

8. EVALUACIÓN Y MONITOREO:

A los agentes de Atención Primaria de salud (A. APS)

LISTA DE CHEQUEO DE ROLES Y FUNCIONES DE LOS A. APS:

1. Captar el número programado de Agentes por cada comunidad, según los criterios de selección, en los 3 meses siguientes a Iniciado el programa.

2. Entrenamiento de todos los actores en cada sector y en conjunto, de los 3 meses siguientes.

2.1. Roles en Educación:

2.2. Roles de Vigilancia comunal de salud

2.3. Roles de organización y desarrollo comunitario:

3. Logros:

Dificultades

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

4. Recomendaciones y Acuerdos:

Firma de supervisor

Firma del supervisado.

Programa de Capacitación a los agentes de salud materna

Según cronograma y actividades a establecerse.

ANEXO 1

Puntaje para la selección de candidatos agentes de atención primaria de salud *

| Criterios de Selección | Candidatos | | | | |
|--|------------|--|--|--|--|
| | | | | | |
| <p>I. LIDERAZGO: (4p)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ha desempeñado algún cargo en su comunidad, ha incentivado la realización de trabajos comunales y tiene vocación de servicio. Tiene ascendencia entre la población y poder de convocatoria (4p) ○ Desempeñó el cargo de Presidente de la Asociación de padres de familia o dirigente del Club de madres (3p) ○ Fue Presidente de algún Comité u organización de su comunidad (2p) ○ Desarrollo labor como autoridad política (Teniente Gobernador o Agente Municipal) (1p) ○ No desempeñó ningún cargo (0.5p) <p>II. VOLUNTAD DE TRABAJO Y DISPONIBILIDAD DE TIEMPO: (3p)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dispuesto a realizar un trabajo voluntario en su comunidad así como en otras comunidades vecinas y disponibilidad de tiempo para su capacitación (3p) ○ Dispuesto a realizar un trabajo voluntario y sin tiempo disponible para su capacitación (2p) ○ Dispuesto a realizar un trabajo en su comunidad con retribución por parte de ella y disponibilidad para su capacitación (1p) <p>III. PERMANENCIA: (3p)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vive en la comunidad y permanece en ella (3p) ○ Vive en la comunidad y de vez en cuando viaja fuera de ella (2p) ○ Vive en la comunidad y trabaja en otro lugar (1p) <p>IV. UBICACIÓN: (2p)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Su vivienda es de fácil acceso para la mayoría de la comunidad (2p) ○ Su vivienda se ubica en la periferia de la comunidad (1p) <p>V. GRADO DE INSTRUCCIÓN: (2p)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Saber leer y escribir bien (2p) ○ Saber leer y escribir con dificultad (1p) ○ No saber leer ni escribir (0.5p) <p>VI. SITUACIÓN CIVIL: (2p)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Casado(a) o conviviente con hijos mayores de 5 años (2p) ○ Casado(a) o conviviente con hijos menores de 5 años (1p) ○ Soltero(a) (0.5p) <p>VII. SITUACIÓN LABORAL: (2p)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una actividad laboral (2p) ○ Tiene dos actividades laborales (1p) ○ Tiene más de dos actividades laborales (0.5p) | | | | | |
| PUNTAJE TOTAL | | | | | |

FICHA DE SUPERVISIÓN DE A. APS.

Nombre del agente APS _____ Fecha _____

Comunidad _____ C S O P S _____

Nombre del supervisor _____ Cargo _____

Centro de Salud _____ Comité de Salud _____

I. Objetivos de supervisión

II. Documentos instrumentos revisados (Marcar con una X)

| | |
|---|-----------------------------|
| Censo () | Notificación fallecidos () |
| Croquis () | Registros de S.M. () |
| Boletas de referencia y contrarreferencia () | Requisitos de atención () |
| Notificación de nacimientos () | Programación mensual () |
| Acta de reuniones () | Plan de parto () |
| Seguimiento de gestantes () | Plan comunal () |
| Ficha familiar () | |

II. Indicadores

Mujer

- * De mujeres capacitadas en salud materna
- * Gestantes identificadas y referidas
- * De gestantes referidas con una o más signos de alarma
- * De gestantes con seguimiento
- * De gestantes registradas y controladas
- * De gestantes en trabajo de parto referidas
- * De usuarias registradas en planificación familiar
- * De notificación de muertes peri natales
- * De partos con uno o más signos de alarma
- * De notificaciones de muertes maternas con signo de alarma
- * De puerperios con una o más signos de alarma

Niño

- * Nacimientos notificados
- * De casos EDA atendidos con sin deshidratación
- * De casos de EDA referidos

- * De seguimientos de casos EDA dentro de las 48 horas
- * De casos IRA atendidos
- * De casos neumonía referidos
- * De casos IRA con seguimiento
- * De muertes por EDA / IRA notificados
- * De casos EDA recuperados
- * De niños con casos de deshidratación referidos

Otras acciones realizadas por el A. APS.

- * De reuniones comunales
- * De reuniones con autoridades
- * De Coordinación interinstitucional
- * De familias con educación en salud
- * De familias que usaban el ahorro familiar
- * De referencias
- * De Contrarreferencias
- * De visitas domiciliarias
- * De muertes notificadas

Fondo económico

¿Cuánto dinero se gastó?

R _____

¿En que invirtió el dinero que le prestó el fondo económico?

R _____

¿Actualmente cuánto dinero tiene? (saldo)

R _____

IV. Logros

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Dificultades

1.

2.

3.

4.

5.

V. Recomendaciones y acuerdos

| | |
|--|--|
| <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma del Supervisor</p> | <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma del Agente</p> |
|--|--|

*Fuente: Care: Modelo desarrollo comunitario. Atinchik.Ed.2001.Perú⁸

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS. Reunión Regional sobre mortalidad materna. Campinas, São Paulo-Brasil, 1988:14-19., [www. Fecolsog. Org./ index2php?id _ menú=9](http://www.Fecolsog.Org/index2php?id_menú=9)
2. MINISTERIO DE SALUD.-UNICEF. Iniciativa de 10 pasos para un Parto seguro manual de autoevaluación de Hospitales, Lima-Perú, 1997.p 39.
3. THE MATERNAL HEALTH STUDY (MNPI) FUTURES GROUP. Índice de esfuerzo de Programa Materno-Materno y neonatal. Herramienta para la incidencia Política en la salud Materna. Perú, 2000; 34: 125-130.
4. OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA DEL PERÚ, 2001: Situación de la Mortalidad Materna. Ministerio de salud del Perú; 2001: p. 11.
5. UNITED NATIONS ADMINISTRATIVE COMMITTEE ON COORDINATION/ ON NUTRITION: Report of meeting. Dhaka, Bangladesh, June – 1999: 25-29.
6. FAMILY CARE INTERNATIONAL-ACCION PARA EL SIGLO XXI. Salud y derechos reproductivos para todos. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. New York, 1994; 25: 180 – 185.
7. DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD SAN MARTÍN-PERÚ. Oficina de Estadística e informática. Dirección Regional de Salud de San Martín.2005: 8-12.
8. CARE-PERÜ. Modelo para desarrollar las capacidades locales de promoción comunitaria en salud, Edición, Atinchik, Grupo 1 , Perú; 2001:3-21.
9. ROA M, BARA A. Aspectos psicológicos y legales de la mujer frente a las nuevas tecnologías reproductivas en el Perú: [http: www. aristidesbara.com web_antigua investigaciones tecnolog..](http://www.aristidesbara.com/web_antigua_investigaciones_tecnolog..) 2008 -07 – 20 html.
- 10.CAPUTO L. O. Economía mundial a inicios del siglo XXI.2006 [http:// www.rcci. Net/globalización/2006/ fg. 587. html](http://www.rcci.Net/globalización/2006/fg.587.html).

11. MINISTERIO DE SALUD. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. 2da. Edición Lia: Instituto de Desarrollo de recursos humanos; 2004,114-117.
12. ES SALUD. Memoria anual 2005 (<http://www.essalud.sld.pe>); 2008 – 07 – 20.html.
13. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Condiciones de vida en el Perú: evolución 1997-2004; 2006: 44-52.
14. INEI. Ciudadanos al día (CAS) Encuesta Nacional en el Perú de Atención en Hospitales..RankinEAD2008<http://www.enlacenacional.com/categorías/inei>.
15. ENDES. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú, Endes Continua; 2004-2006.p.38.
16. MINSA. Egresos y Estancias según Establecimientos de Salud. Departamento de San Martín, 2007<http://www.mins.gob.pe/estadísticas/servicios/egresos>
17. MINISTERIO DE SALUD DEL PERU. Oficina General de Epidemiología. Mortalidad Materna en el Perú – Resumen ejecutivo. Lima Perú; 2003.
18. PRIEGO ÁLVAREZ, H. Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos. 2da. Edición. Villahermosa, México. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco/ red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud: 2002:131- 135
19. UGARTE U. O. Lineamientos de Gestión Impuestos por el Ministerio de salud de Perú. Del pueblo de los Estados de América: Promoviendo Alianzas y Estrategias, USAID – Perú; 2008.14-44.
20. LINDON D: Marketing político y social. Boletín editado por Facultad de Ciencias de Comunicación de Universidad de Lima-Perú; 1998.,9-16.
21. MENDIVE D. Marketing Social. Buenos Aires Argentina. 2004;<http://ar.geocities.com/danielmendive/index.htm> exp. 10605
22. MINISTERIO DE SALUD. Instituto de Desarrollo de recursos humanos. Bases para la orientación de la gestión descentralizada de recursos humanos. 2da. Edición. Lia: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2004:33-37.
23. THOMPSON, A. G. H. & SUNOL, R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. International Journal for Quality in Health Care, 1995; 7: 127 – 141.
24. SCHULER, S. R. & HOSSAIN, Z. Family planning clinics through women's eyes and voices: A case study from rural Bangladesh. International Family Planning Perspectives. 1998; 24: 170 – 175.

25. BROOWN, L. TYANE, M. BERTRAND, J. T., LAURO, D. ABOU – OUKIL, M., & DEMARIA, L: Quality of care in family planning services in Morocco. *Studies Family Planning*. 1995; 26: 154 – 168.
26. SCHULER, S. R, CHOQUE, M.E., & RANCE, S. MISINFORMATION, MISTRUST, AND MISTREANT: Family planning among Bolivarian market women. *Studies in Family Planning*, 1994; 25: 211 – 221.
27. CALLA, C.D. Concepts of quality of care in family planning: programmatic implications for the Family Planning Services Division, Office of Population. Washington D.C. United Status Agency for Internationals.. 1991;171-182
28. ROSENBERG, J. Five myths about customer satisfaction, *Quality Progress*, 1996; 29: 57 – 60.
29. WILLIAMS, T. SCHUTT-AINE, J. & Cuca, Y. Client satisfaction surveys for improved family planning service quality. A user's manual and discussion of results to date. New York. Internacional Planned Parenthood Federation, 1996; 13: 61.
30. KOLS, A. J. Y SHERMAN J. E. La importancia de la calidad. *Population Reports J*, 1998; 47:3: 115 – 120.
31. VOURI, N. Patient satisfaction – Attribut or indicateur? In: Sanan, M. Ed. *Proceedings of an International Symposium on Quality Assurance in Health Care*, 1987; 70 – 73.
32. TAVROW, P. The relationship between qualities of services and client satisfaction. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Washington, D.C. 1997; 27 – 29.
33. PAGANINI, J. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. La relación entre estructura, proceso y resultado. Washington D.C. OPS/OMS. Serie HSS/Silos, 1993; 30: 1 – 12.
34. RICHMOND I Y ROBERSON E. The customer is always right patients perceptions of psy cathartic nursing actions, *J Nurse Care Qual*.1995; 2: 136 – 43.
35. SANDOVAL, A. LEAN ROJAS M, et al. Satisfacción del usuario externo: Análisis comparativo de acuerdo con variables organizacionales. *Rev. MED*, 1997; p. 43 – 47.

36. BEJARANO E. Calidad de atención que se brinda en el Hospital Víctor Lazarte Eche Garay – ESSALUD – Trujillo. Tesis para optar el Grado de Maestría. Trujillo, Perú Universidad Nacional de Trujillo; 1997.
37. ARÉVALO F. L. Calidad de atención en el servicio de obstetricia del Centro Materno Peri natal y Hospital II ES SALUD del distrito de Tarapoto: enfoque desde la percepción de la usuaria – Perú. Tesis para optar el grado de Maestría. Universidad Nacional de Trujillo.; 1999.
38. RUPER J. Una aproximación cognoscitiva para la satisfacción del usuario con el cuidado de la enfermera. Nurse. Care Qual, 1996; 4: 48 – 58.
39. VELÁSQUEZ M. Factores sociodemográficos, familiares, administrativos y nivel de satisfacción de la calidad de atención de las usuarias. Tesis para optar el grado de Maestría. Universidad Nacional de Trujillo. 2002.
40. SING. H. MUSTAPHAN, HAGG, E. Satisfacción del usuario en los centros de salud de Trinidad y Tobago. Rev. Salud Pública. 1996; 10: 251 – 255.
41. PÉREZ P. K. E. Impacto del proceso de acreditación de hospitales en la calidad de atención de los servicios de salud. Tesis para optar el grado de Maestría. Universidad Nacional de Trujillo; 1999.
42. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual de Gerencia. Washington D.C. OPS/OMS. Serie HSP-UNI. Manuales Operativos Paltex, 1996; p 1 – 7.
43. ABOUZAHR C. and ROYSTON E: Maternal Mortality; A Global Fact book, World Health. Organization, Geneva; 1991;121-137
44. DEL FRESNO, D. Estrategia Nacional de Salud Reproductiva: ¿Salud o Negocio? <http://www.caminei.info/new/190/ARTICLE/1859/2009-07-20.html>.
45. ROVERE M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Serie desarrollo de recursos humanos N° 96 OPS/OMS. Washington, D..C, USA 2003:75-79
46. MAINE D. Programa de reducción de mortalidad materna: Opciones y Planeamientos New York Center for Population and Family Health, School of Public Health, Faculty of Medicine. Columbia University; 1992, p. 61.
47. ROJAS O, LÓPEZ S.: Revolución social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60. OPS. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington. DC. OPS, 2000.:6-11.

48. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Crecimiento de la Población Peruana. Lima, Perú; 1998:31-34
49. DELGADO J. Factores familiares que influyen en la conducta de salud de las familias de Villa Ñonguen. Tesis de Maestría. Concepción, Chile: Universidad de Concepción; 1991.
50. PINEDO A. TAVARA I. Anticoncepción Post parto: experiencia en el Hospital María Auxiliadora. Ginecología. y Obstetricia; Lima –Perú; 1996.
51. ALCALA MI, DE LA GALVEZ – MURILLO A. La mortalidad materna en la región andina: una tragedia evitable. Family Care Internacional; 1994, p. 44.
52. ALCANTARA GR. Mortalidad materna en tres hospitales de Trujillo; Ginecol. Obste. Perú 1997; 43: 147 -51.
53. BENAVIDES B. Por que se reduce tan lentamente la Mortalidad Materna en el Perú.;Ginecología .Obstetricia .Perú, 2000;46:120-25..
54. TAVARA L, SACSA D, FRISANCHO O, URQUIZO R, CARRASCO N, TAVERA M; Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú. Ginecol, Obste. Perú, 1999; 45: 38 – 40.
55. WATANABE T. Tendencias, Niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú. 1992 – 2000 INEI 2002. [http://www. UNFPA.org.pe/infosd/mortalidad materna/mor /mat_04.htm](http://www.UNFPA.org.pe/infosd/mortalidad/materna/mor/mat_04.htm).
56. TAVARA I. Manejo ambulatorio del aborto como estrategia para aumentar la cobertura y reducir los costos. Encuentro de investigadores sobre el aborto inducido en América Latina y del Caribe; Universidad Externado de Colombia, Santa Fé de Bogotá 1994:50-57.
57. CHUMBE O, MOLINA ESPINOZA K, PINEDO A, VEGA L, ORDERIQUE L, TAVARA L. Diez años de mortalidad materna en el Hospital María Auxiliadora. Análisis de las causas. Ginecol Obste. Perú, 1997; 43: 216 – 21.
58. OPS/OMS. Prevención de Mortalidad materna en las América, Perspectivas para los años 90. Comunicación para Salud –Washington DC; 1992.p.78..
59. ENDES. Situación de la muerte fetal y neonatal en el Perú; 2000/2001.p ,45.
60. YIN. Mortalidad Materna en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé. Tesis de Bachiller UNMSM Perú; 1974.
61. AGUILAR C. O. Mejoramiento de la calidad de atención percibida por la gestante y el control-Prenatal. Tesis. Maestría. PG UNT, Perú;1999

62. ENAHO: Proyecciones de población OEI MINSA. Cobertura del parto Institucional por Departamentos en el Perú, 2004, 22-24.
63. EsSalud: Boletín tecnológico. evaluación de Tecnología en salud. Nº 22:2007
64. OMS/OPS: Informe de la reunión hemisférica de los Ministros de salud y el medio ambiente de América; sesión del comité ejecutivo; ; Washington, D. C, USA:2002:130.
65. OMS – UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Manual de Resoluciones WHA 28-80 WHA 29-19., Washington. D.C., USA; 2000.
66. ZAVALETA. Calidad total en servicios de atención primaria de salud en sub.- región de salud Cutervo. Tesis grado maestría Planificación y Gestión Universidad Nacional de Trujillo – Perú; 2001.
67. RAMIREZ R. M. G. Actitud de la Primigesta Adolescente frente a su Embarazo. Tarapoto. Perú. Tesis de Maestría .Mención Planificación y Gestión Universidad Nacional de Trujillo-Perú; 2005.
68. BURGOS, M. C. Hacia una atención integral de la mujer ESIM. Dirección regional de Salud. Trujillo – Perú; 1998.:12-16.
69. SALUD NACIONAL. Camino al aseguramiento universal: entrevista al Dr. César Ugarte Ubillus; Mundo Médico, Revista Oficial del Colegio Médico del Perú, 2008; 5: 12 – 13.
70. PETRERA M, CORDERO L.: El aseguramiento público en salud y la elección del proveedor, En Pobreza y Economía Social .Análisis de una encuesta (ENNIV). Lima, Instituto Cuanto; 1997: 45-48.
71. MINISTERIO DE SALUD: Capacitación del personal de salud. Lineamientos Metodológicos para la gestión de la capacitación del personal de salud. Perú .2001:23-29
72. MINISTERIO DE SALUD. Proyecto 2000. Mujeres de Negro. La Muerte materna en zonas rurales del Perú. Lima Perú; 1999: 45-49.
73. USAID: Partnerships with Pharmaceutical Companies in Productive Health Family Planning Programs. August; 2005: 8-15.
74. INTERNATIONAL COMMITTEE OF MEDICAL: The Vancouver Group. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical. British Medical Journal. Massachusetts Medical Society, 1997; 336: 309 – 315

ANEXOS

ANEXO Nº 1

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Estimada amiga:

La investigación a desarrollar tiene como objetivo conocer las necesidades sobre salud materna con que cuentan los centros de salud de su localidad, y lo que usted espera que estos centros tengan en el futuro para mejorar con atención de calidad total los servicio

Estos resultados proveerán una valiosa información para planificar el proceso de atención.

Su participación será en forma anónima y le garantizamos que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo utilizada para fines científicos. Además se le informa que usted no pondrá en riesgo su salud, tampoco recibirá incentivos económicos por su participación en el presente estudio.

Cualquier duda o información adicional podrá solicitarlo con la Magíster Mery Graciela Ramírez Rodas, en Tarapoto, celular 042 - 942743213 o con el Dr. Ricardo Feliciano Morales Moreno, Asesor de la presente investigación al celular 044 – 9370160.

Para fines prácticos se le solicita firmar dicho documento como prueba de su aceptación.

Nombre : _____

Firma : _____

DNI : _____

Fecha.....de..... De 2007

ANEXO Nº 2

ENCUESTA DE OPINIÓN.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

1. DATOS GENERALES. De Mujeres en Edad Fértil. de 15 a 49 años.

Edad: (años cumplidos).....

- ✓ Casada () Soltera () Conviviente () Viuda ()
- ✓ Nº de embarazos : 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () más de 5 ()
- ✓ Nº de embarazos terminados en aborto 0 () 1 () 2 () .3 o más ()
- ✓ Hijos que viven actualmente:
- ✓ Todos sus hijos del mismo compromiso: Si () No ()
- ✓ Tiempo que vive en Tarapoto: más de 2 años () ¿Cuántos? años
- ✓ Atención de salud: MINSA () EsSalud ()
Otra entidad Pública () Privada ()
- ✓ Tiene seguro Social: Si () No ()
Otros tipo de seguro () Ningún tipo de seguro ()
- ✓ Grado de Instrucción:
Analfabeta () Primaria incompleta () Primaria completa ()
Secundaria incompleta () Secundaria completa () Superior ()
Profesión ()
- ✓ Se dedica a su preparación profesional:
Si () No () : ¿Por qué?
- ✓ Ocupación principal:
Trabajo hogar () Su profesión () no profesional () Desocupada ()

✓ Propiedad de vivienda:

Propia () De otros familiares () alquiler ()

Zona: Rural () urbana () campo ()

✓ Distancia al Hospital: EsSalud , Minsa:

Cerca de su vivienda: menos de 1 kilómetro () mas de 1 kilómetro ()

Más de 10 kilómetros ()

Servicios de vivienda:

Agua y desagüe intra domiciliario (), servicios incompletos ()

Luz eléctrica () Teléfono ()

Ingreso económico (fijo en soles): menos mil () mil a dos mil () más 3 mil ()

2. ATENCIÓN DE SU EMBARAZO Y PARTO

2.1. Sus partos y /o abortos fueron atendidos en:

Centros de asistencia médico () casa y comadronas ()

Quienes atendieron? Médico () Enfermera () Comadrona () Otro ()

2.2. Recibió controles por Médicos Obstetras en sus embarazos () de ser NO

¿Por qué?

2.3. Recibió educación sexual:

En casa por familiares () En centros de salud () Nunca recibió.()

2.4. Siguió algún sistema para control de Natalidad:

Ritmo () píldoras () preservativos () Quirúrgico ()

Ninguno () mixto ()

3. DURANTE EL TIEMPO QUE ASISTIÓ AL CENTRO DE SALUD Y DE ATENCIÓN DE EMBARAZO Y PARTO

3.1. La atención que recibió fue:

Oportuna () Algo tarde () Muy retardada () Mayor a 8 horas ()

3.2. En caso de cesárea: quién decidió la intervención:

Usuaría () Algún familiar () El profesional ()

3.3. Hubo complicaciones en su parto:

Una vez () Mas de una vez ()

3.4. Conoce si los centros de salud cuentan con infraestructura y personal adecuado: Si () No ()

4. PLANIFICÓ EL NÚMERO DE HIJOS A TENER, PARA LAS MUJERES CON HIJOS

Si () No () Cuantos:

Ha planificado los hijos a tener (para las mujeres sin hijos) ()

5. COMO DESEA QUE SEA LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL (15 A 49 AÑOS):

Personalizada () familia () Sólo con sus hijos () Con su pareja ()

6. TRATO QUE RECIBIÓ EN SU ATENCIÓN DEL PERSONAL DEL HOSPITAL AL QUE ACUDIÓ:

Bueno () Aceptable () Malo ()

7. LUGAR EN EL QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN

En casa () En centro de salud () Hospital ()

7.1. Personal que la atendió

Obstetra () Médico () Comadrona de su comunidad () Otro ()

8. NIVEL DE SATISFACCIÓN (contenta):

8.1. Esta contenta con la atención actual

Si () No () ¿Por qué?

8.2. Que cambios sugiere en caso de no estar satisfecha:

- | | |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

9. ESTÁ DE ACUERDO QUE LOS CENTROS DE SALUD SEAN ADMINISTRADOS POR LOS MUNICIPIOS

Si () No () No opina ()

10. INDICACION DE MEDICAMENTOS QUE RECIBIO

Totalmente cubierto por el centro de atención ()

Parcialmente cubierto ()

No cubierto ()

11. PROGRAMACION Y PLANIFICACION DE LA SALUD IDEAL

Central () Local () No opina ()

12. PREFERENCIA DE LA INSTITUCION PARA FUTURAS ATENCIONES

MINSA () EsSalud () Municipio () Privado ()

ANEXO Nº 3

ENCUESTA DE OPINIÓN.

SATISFACCIÓN DE ATENCIÓN DESDE PERCEPCIÓN DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL HOSPITAL: EsSalud Y MINSA TARAPOTO - 2007

INSTRUCCIONES:

S: Siempre
 CS: Casi siempre
 AS y AN: A veces Si A veces No
 CN: Casi nunca
 N: Nunca

A. ACCESIBILIDAD

| | S | CS | AS Y AN | CN | N |
|--|---|----|---------------|----|---|
| 1.El personal de vigilancia le brindo facilidades para que pudiera ingresar rápido al hospital | | | | | |
| 2.El tiempo que espero para ser atendida en el servicio de emergencia fue el adecuado | | | | | |
| 3.Considera que la sala de parto esta bien ubicada | | | | | |
| 4.El personal que la recibió en la sala de parto la atendió de inmediato | | | | | |
| 5.El tiempo que tardo en evaluarla el personal profesional (médico u obstetra) desde el momento de su ingreso fue adecuado. | | | | | |
| 6.Considera que el tiempo que duro su trabajo de parto desde que ingreso al hospital hasta el nacimiento de su hijo(a) está dentro de lo normal | | | | | |
| 7.Después que termino su parto demoraron mucho en trasladarla a la sala de hospitalización | | | | | |
| 8.Considera que el tiempo que permanece en la sala de hospitalización (puerperio) es la adecuada. | | | | | |
| 9. Considera adecuado el horario de visita | | | | | |
| 10.El personal técnico o de enfermería de la mañana o tarde acude rápidamente cuando usted lo necesita | | | | | |
| 11.El personal técnico o de enfermería de turno de la noche acude rápidamente cuando usted lo llama | | | | | |
| 12.Considera que la distancia que hay entre su domicilio y el hospital está muy lejos | | | | | |
| 13.El gasto que le ha demandado atenderse el parto en el hospital lo considera adecuado | | | | | |
| 14.El personal de salud que la atendió respeto sus costumbres durante el tiempo que permaneció en el hospital | | | | | |
| 15.Luego de la atención recibida en la sala de parto y en la sala de hospitalización (puerperio) considera seguir atendiéndose en este Hospital. | | | | | |

B. COMUNICACIÓN

| | S | CS | AS Y AN | CN | N |
|--|---|----|---------------|----|---|
| 1.El personal de la puerta le explico a donde debe dirigirse para que la atiendan | | | | | |
| 2.El personal del hospital informo acerca de los costos del parto si no tiene seguro | | | | | |
| 3.Existen señalizaciones (letreros) que le guíen para llegar a emergencia, la sala de parto, los servicios higiénicos u otro servicio al que quiera acudir | | | | | |
| 4.El hospital coloca afiches, pancartas u otros avisos para hacerle conocer actividades de salud que realiza para la comunidad | | | | | |
| 5.El personal que la recibió en la sala de parto le explico de cómo debería de ayudar para que el parto ocurra con normalidad. | | | | | |

C. RESPETO Y CORTESÍA

| | S | CS | AS Y AN | CN | N |
|---|---|----|---------------|----|---|
| 1.El personal de vigilancia la atendió con amabilidad y respeto al momento de su ingreso al hospital. | | | | | |
| 2.El trato que recibió del personal administrativo (caja) fue amable y cortés | | | | | |
| 3.El trato que recibió del personal del servicio de emergencia fue amable y respetuoso | | | | | |
| 4.El personal le brindó confianza, durante su permanencia en la sala de parto | | | | | |
| 5.Considera que recibió un trato cálido y amable por el personal que se encontraba en la sala de parto. | | | | | |
| 6.El personal que cuida de su trabajo de parto la llamaba por su nombre con respeto. | | | | | |
| 7.El personal médico o la obstetra puso atención en todo momento en que estuvo en la sala de parto cuando usted le hablaba. | | | | | |
| 8.El médico o la obstetra le preguntaban por las molestias que sentía durante el proceso de trabajo de parto y su parto en sí. | | | | | |
| 9. El médico o la obstetra responde cortésmente cuando le hacía alguna pregunta sobre su trabajo de parto | | | | | |
| 10.Considera. que el personal de la sala en donde se encuentra reposando después de su parto le tratan con amabilidad y respeto. | | | | | |
| 11.Cuando se queja por alguna molestia o alguna incomodidad en esta sala de hospitalización el personal de salud trata de ayudarla o explicarle amablemente por que siente esas molestias | | | | | |
| 12.Cuando solicita ayuda para su bebe o para usted misma, el personal de hospitalización acude respectivamente para ayudarla | | | | | |
| 13.El personal le brindo comodidad, durante su permanencia en la sala de parto | | | | | |
| 14.Considera que el trato que recibió por el médico o la obstetra en la sala de parto fue amable y cortés como Ud. lo deseaba | | | | | |
| 15.Considera que el trato que recibió por el médico o la obstetra durante el parto consulta fue amable y cortés como Ud. lo deseaba | | | | | |

D. CREDIBILIDAD

| | S | CS | AS Y AN | CN | N |
|---|---|----|---------------|----|---|
| 1.El personal técnico muestra interés para que sea tendido permanentemente por el médico u obstetra | | | | | |
| 2.La información que recibe del personal técnico responde a las interrogantes que usted desea saber | | | | | |
| 3.El médico u obstetra que la atiende le hizo saber de la importancia de su colaboración durante su trabajo de parto | | | | | |
| 4.El médico o la obstetra mostraron interés en todo momento, por conocer las molestias que se pudieron haber presentado durante su trabajo de parto | | | | | |
| 5.El médico o la obstetra le explicaron con palabras sencillas como debería de respirar durante sus contracciones en el período de la dilatación y en el momento del nacimiento de su bebe. | | | | | |
| 6.El médico u obstetra que la atendió en la sala de parto le explico y solicito su colaboración antes de evaluar su dilatación. | | | | | |
| 7. El médico u obstetra le explica como iba evolucionando su trabajo de parto y su embarazo y que conducta debe de seguir para mantener una buena salud | | | | | |
| 8.Confía en la capacidad del personal que atendió su parto | | | | | |
| 9.Confía en la capacidad del personal que atendió a su bebe | | | | | |
| 10.Confía en la capacidad del personal técnico y enfermera que la atienden en esta sala de hospitalización | | | | | |
| 11.Confía en el tratamiento o consejos que recibe del profesional que la atiende | | | | | |
| 12.Recomendaría al médico u obstetra que la atendió en su consulta | | | | | |

E. COMPETENCIA TÉCNICA

| | S | CS | AS Y AN | CN | N |
|--|---|----|---------------|----|---|
| 1.Considera que el médico u obstetra que la atendió en la sala de parto posee habilidades, y es competente destreza (es buen profesional) | | | | | |
| 2.Considera que el personal técnico y de enfermería del cual recibió atención en la sala de parto es competente para cumplir su función | | | | | |
| 3.Considera que el personal técnico y de enfermería del cual recibe atención en esta sala de hospitalización es competente para cumplir su función | | | | | |
| 4.El médico o la obstetra mostró interés en resolver sus problemas o necesidades | | | | | |
| 5.Considera adecuada la manera como el médico u obstetra le explicó como se le va a examinar y como realizó el examen físico | | | | | |
| 6.El profesional que la atendió es especialista en gestantes | | | | | |
| 7.El médico u obstetra que la atendió es competente (bueno para llegar a un diagnóstico, tratamiento y buen trato) | | | | | |
| 8.Considera que el profesional de salud es ético (no comentará nada sobre lo que conversen o problema que tenga sin su autorización) | | | | | |

F. RESPONSABILIDAD

| | S | CS | AS Y AN | CN | N |
|---|---|----|---------------|----|---|
| 1.Recibió información constante sobre su estado y evolución de su trabajo de parto por el personal de sala de partos | | | | | |
| 2.Recibió información y consejería en esta sala de hospitalización, sobre los cuidados que debe de tener con Ud. y con su bebe por parte del personal encargado | | | | | |
| 3.Recibió atención oportuna a su llamado por parte del personal de sala parto | | | | | |
| 4.Recibe atención oportuna a su llamado por parte del personal de sala de hospitalización | | | | | |
| 5.El personal que se encuentra de turno muestra interés en administrarle los medicamentos que usted necesita | | | | | |
| 6.Le han alcanzado algún material educativo sobre (lactancia materna, planificación familiar etc) para que lo lleve a su casa | | | | | |
| 7.El médico u obstetra que pasa la visita le ha aconsejado de cómo detectar los signos de alarma que pueden presentarse en su recién nacido | | | | | |
| 8.Considera que el personal que esta cuidando de su salud, muestra interés en brindarle los cuidados que usted y su bebe necesitan | | | | | |
| 9.El médico u obstetra cumple con su horario de visita | | | | | |
| 10.Recibió información en cuanto a su alta y los cuidados que debe de tener en su domicilio | | | | | |

G. TANGIBILIDAD (comodidad, seguridad y confianza)

| | S | CS | AS Y AN | CN | N |
|--|---|----|---------------|----|---|
| 1.La limpieza del hospital es buena | | | | | |
| 2.El mobiliario de los servicios están en buenas condiciones (limpias, presentables) | | | | | |
| 3.La sala de dilatación y de parto la hizo sentir cómoda partos agradables y limpios | | | | | |
| 4.La sala de dilatación y de parto es agradable y limpio | | | | | |
| 5.Se siente cómoda en la cama en la cual reposa | | | | | |
| 6.La sala en la que se encuentra es agradable y limpia | | | | | |
| 7.Los servicios higiénicos están limpios y en buen estado de conservación | | | | | |
| 8.Hay privacidad durante la evaluación que le realizan los profesionales cuando pasan visita | | | | | |
| 9.El profesional de salud le hizo sentir cómoda y tranquila durante la atención | | | | | |
| 10.Es indispensable para Ud. que el profesional que la atiende sea de su mismo sexo | | | | | |
| 11.La dieta que recibe en su hospitalización es agradable y suficiente | | | | | |

H. COMPRENSIÓN Y CONOCIMIENTO DEL USUARIO

| | S | CS | AS Y AN | CN | N |
|--|---|----|---------------|----|---|
| 1.El personal técnico lo llama por su nombre cuando le atiende | | | | | |
| 2.Considera que la información que recibió del médico u obstetra le ayudara para cuidarse mejor | | | | | |
| 3.Considera que el personal del hospital le ha brindado toda la información que necesita | | | | | |
| 4.Le informan sobre la evolución de salud | | | | | |
| 5.Le informan sobre las fechas en que debe acudir a su control post parto | | | | | |
| 6.Conoce cuales son los signos de alarma que se pueden presentar en su recién nacido | | | | | |
| 7. Si identificaría algún signo de alarma en usted (fiebre, sangrado, secreción mal oliente, etc) acudiría rápidamente al establecimiento más cercano. | | | | | |