

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSTGRADO



DOCTORADO EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD

TESIS

CALIDAD DE ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE
CAJAMARCA 2008 – 2009

Para optar el Grado Académico de
DOCTOR EN CIENCIAS

Presentada por:

M.Cs. Mercedes Marleni Bardales Silva

Asesora:

Dra. Marina Violeta Estada Pérez

Cajamarca, Perú

2013

COPYRIGHT © 2013 by
MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POSTGRADO



DOCTORADO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

TESIS APROBADA:

CALIDAD DE ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE
CAJAMARCA 2008 - 2009

Para optar el Grado Académico de
DOCTOR EN CIENCIAS

Presentada por:
M.Cs. Mercedes Marleni Bardales Silva

Comité Científico:

Dr. Elfer Miranda Valdivia
Miembro del Comité Científico

Dra. Rosa E. Carranza Paz
Miembro del Comité Científico

Dra. Martha V. Abanto Villar
Miembro del Comité Científico

Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
Asesora

2013

AGRADECIMIENTO

A:

Dios, Divino Arquitecto de mi vida por guiar mi destino

La Universidad Nacional de Cajamarca mi centro laboral

Mis adorables hijos, mi padre, mis hermanos que día a día me confortan con su inmenso amor

Mi queridísima amiga y Maestra Dra. Marina Violeta Estrada Pérez por sus sabias enseñanzas

DEDICATORIA

A:

La memoria de mi amadísima Madre
Ustedes queridos hijos luz de mi vida

ÍNDICE

Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	ix

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA CIENTÍFICO	26
1.1 Planteamiento del Problema:	26
1.2 Formulación del Problema:	30
1.3 Objetivos:	31
Objetivo General :	32
Objetivos Específicos:	32
1.4 Justificación	32

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	36
2.1 Antecedentes del Problema:	36
2.2 Teorías Científica	41
2.3 Bases Teóricas:	43
A: Calidad de Atención	43
Análisis o Evaluación de la Calidad:	55
Nivel de Satisfacción del Usuario:	53
B: La Adolescencia	54
Embarazo en Adolescentes:	54
2.4 MARCO CONCEPTUAL	59
2.5 Hipótesis	63

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudio:	65
3.2 Población y Muestra	65
Población:	65
Muestra:	67
3.3 Técnicas e Instrumentos	68
3.4 Procesamiento	73

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSIÓN

75

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar y analizar cómo es la calidad de atención de las adolescentes embarazadas en los establecimientos del Ministerio de Salud de la ciudad de Cajamarca. Fue de tipo descriptivo, se emplearon dos encuestas: una socio-demográfica y otra de satisfacción, se utilizó también el formato de evaluación de los establecimientos de salud establecido por el MINSA (2007), que cumplen con funciones obstétricas y neonatales primarias, fue aplicado a 101 adolescentes atendidas en 07 establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca durante los meses de diciembre 2008 a enero 2009. Se utilizó el consentimiento informado para cada caso. Los resultados precisan que: La atención en los establecimientos de salud es de MALA calidad, las características de estructura son calificadas como MALA, igualmente las características de proceso son evaluadas de nivel BAJO. El nivel de satisfacción de las adolescentes embarazadas es REGULAR. Y de acuerdo a estos resultados se comprobó la Hipótesis Alterna.

Palabras clave: Calidad de atención: Estructura, proceso, resultado. Embarazo adolescente.

ABSTRACT

This study aimed to identify and analyze overall how is the quality of care for pregnant adolescents in the establishments of the Ministry of Health of the city of Cajamarca. Was descriptive, used two surveys: one socio-demographic and other satisfaction, the format was also used to assess the health facilities established by the MOH (2007), who meet primary obstetric and neonatal functions, was applied to 101 adolescents seen in 07 health facilities in the city of Cajamarca during the months of December 2008 to January 2009. Informed consent was used for each case. The results point out that: Attendance at health facilities is of POOR quality, structural characteristics are classified as BAD, also the characteristics of the process are evaluated LOW level. The level of satisfaction of pregnant adolescents is REGULAR. And according to these results proved the Alternate Hypothesis.

Keywords: Quality of care: structure, process, outcome. Teen Pregnancy.

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

1. **TABLA 1.** Características socio-demográficas de las adolescentes embarazadas atendidas en los establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.
2. **TABLA 2.** Características de salud de las adolescentes embarazadas atendidas en los establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.
3. **TABLA 3.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Equipo 2008-2009.
4. **GRÁFICO 1.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Equipo 2008-2009.
5. **TABLA 4.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Instrumental 2008-2009.
6. **GRÁFICO 2.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Instrumental 2008-2009.
7. **TABLA 5.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Material fungible 2008-2009.
8. **GRÁFICO 3.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Material fungible 2008-2009.
9. **TABLA 6.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Ropa disponible 2008-2009.
10. **TABLA 7.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Set de partos 2008-2009.
11. **TABLA 8.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Soluciones Químicas 2008-2009.
12. **TABLA 9.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según Características de Estructuras: Farmacia 2008-2009.
13. **TABLA 10.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según las características de Estructura: Equipo para esterilización 2008-2009.

14. **TABLA 11.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Proceso de calidad: Atención prenatal 2008-2009.
15. **GRÁFICO 4.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Proceso de calidad: Atención prenatal 2008-2009.
16. **TABLA 12.** Nivel de satisfacción del servicio según Establecimiento de salud de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.
17. **GRÁFICO 4.** Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Proceso de calidad: Atención prenatal 2008-2009.
18. **TABLA 12.** Nivel de satisfacción del servicio según Establecimiento de salud de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.
19. **GRÁFICO 5.** Nivel de satisfacción del servicio según Establecimiento de salud de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.
20. **TABLA 13.** Nivel de satisfacción según características de Estructura de calidad de los Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.
21. **TABLA 14.** Nivel de satisfacción de las adolescentes embarazadas según características de Proceso: Atención prenatal en los establecimientos de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.
22. **TABLA 15.** Nivel de satisfacción de las adolescentes Embarazadas según Tiempo de espera en los establecimientos de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.
23. **GRÁFICO 6.** Nivel de satisfacción de las adolescentes embarazadas Según Tiempo de espera en los establecimientos de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.
24. **TABLA 16.** Nivel de satisfacción de las adolescentes embarazadas según Información, trato, limpieza y privacidad en los establecimientos de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.
25. **GRÁFICO 7.** Nivel de satisfacción de las adolescentes embarazadas según Información, trato, limpieza y privacidad en los establecimientos de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.

INTRODUCCION

En un momento tan trascendente como el que vive el mundo actual, donde las organizaciones se mueven dentro de la calidad total como la estrategia para el éxito y se abren paso a conceptos de gerencia estratégica, reingeniería de procesos, entre otros, surge el imperativo de ubicar a las instituciones de salud dentro de ese ámbito, para hacerlas más confiables y capaces de responder a las crecientes expectativas generadas por la necesidad de la población de garantizar su salud; y en general otros aspectos relacionados con el bienestar y calidad de vida.

Bajo este contexto, el enfoque actual de tipo gerencial de los sistemas de prestación de salud en el mundo surge como una exigencia de la globalización y un mercado competitivo que busca mayor calidad y productividad.

Los servicios de salud de alta calidad pueden parecer a primera vista un lujo más allá de los límites presupuestarios de la mayoría de los sistemas de salud de los países en desarrollo. Sin embargo, en muchos casos la mejora de la calidad pareciera que no cuesta nada. La atención a la calidad es esencial para el éxito de los programas de atención en salud y muy especial en garantizar los derechos reproductivos de la mujer, expresados en la maternidad segura.¹ El énfasis en servicios de alta calidad contribuye a asegurar que los clientes sean atendidos como se merecen, y además que los proveedores ofrezcan cada vez más mejores servicios.

En este sentido, el mundo se preocupa cada vez más por la calidad de la atención sanitaria y además la seguridad del paciente; en realidad si se trabaja sin tener en cuenta los estándares de calidad, esto repercute directa y significativamente en los costos de la salud, debido a que existe un gran efecto social en términos de pérdidas humanas y

discapacidades. Así, los países en vías de desarrollo y con economías de transición incurren en altos costos vinculados con la falta de calidad.²

La ausencia de calidad tiene una incidencia directa en los resultados de una organización. Y en el ámbito de la salud ésta se traduce en mayores costos para el/la paciente, para los prestadores de los servicios y otros. Para los/las pacientes genera pérdida de confianza, dolor, trastornos psicológicos, sufrimiento y lo que es más grave aún secuelas serias, discapacidad, y eventualmente pérdidas humanas.

Pese a la gran importancia que reviste la calidad en los servicios de salud, hasta la fecha se han llevado a cabo muy pocos esfuerzos continuos de garantía de calidad en los países en vías de desarrollo. La mayoría de las evaluaciones se han concentrado en la medición de los cambios en las tasas de mortalidad, morbilidad y cobertura. Pocas han enfatizado la calidad de los servicios o el proceso de la prestación de éstos y aún menos realizan esfuerzos sistemáticos para mejorar la calidad sobre la base de los resultados del proceso de prestación de servicios.³

Además, la calidad depende tanto de las imprecisiones como del conocimiento de los usuarios ya que estos perciben cuales son los servicios que le brindan atención médica más favorable o más desfavorable, aunque ellos tengan ciertos valores en cuanto a la comunicación, el medio y el personal de salud.

Asimismo, debe incluirse también la percepción acerca del tiempo que se necesita para efectuar diagnóstico, administrar tratamiento y obtener un resultado favorable, influyendo además del nivel cultural, nivel de escolaridad y otros, constituyéndose la calidad de la atención desde el punto de vista del paciente en un componente necesario, aunque no sea suficiente, ya que el paciente puede estar perfectamente satisfecho con la

atención que recibe, aunque no esté recibiendo servicios de buena calidad, en relación por ejemplo con el diagnóstico y tratamiento.

Cabe resaltar que la insatisfacción con la atención, la accesibilidad geográfica, el tiempo de espera, el coste de la atención, condiciones físicas del local, abastecimiento, calidad de personal, su experiencia y rotación del mismo, contribuyen a la medición de la calidad de atención donde se observa el grado de satisfacción del usuario, siendo inversamente proporcional al tiempo de espera, teniendo en cuenta que este va a estar directamente relacionado con el problema presentado.

Se ha encontrado que los usuarios (as) de los servicios de salud valoran la satisfacción en la atención basándose en criterios de tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuestas, seguridad y empatía. Para ello debe establecerse de manera sistematizada estudios que evalúen la satisfacción del usuario y la prestación. Además, garantizar el monitoreo de los factores carentes de insatisfacción en la población aportando dentro de las políticas programas de mejora continua de la calidad.⁴

En relación con la oferta de los servicios sanitarios, la inexistencia de planes específicos para la atención de salud en los(as) adolescentes, sobrelleva a observarse insuficiente personal asistencial y administrativo motivado y capacitado para cumplir con los planes y programas de salud sexual y reproductiva, infraestructura inadecuada para la atención, y en lo que respecta al aspecto financiero, puede afirmarse que igualmente repercute en la calidad de atención.⁵

En el Perú, en la segunda mitad de la década del 90, en el marco de los cambios en el sector salud que desarrolló el fujimorismo, se impulsó un proceso de acreditación de establecimientos de salud. La RM 261-98-SA/DM aprobó las “Normas y

Procedimientos para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo”. Sin embargo, este proceso quedó trunco por las expectativas y gran cantidad de recursos que demandaban las mejoras requeridas por la acreditación tanto de infraestructura, y equipamiento como de recursos humanos.

Durante el gobierno de Toledo se tuvo en cuenta la normatividad relacionada con el tema de calidad, y los principales dispositivos aprobados fueron:

- RM N° 776-2004/MINSA. “Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado”.
- RM N° 041-2005/MINSA. “Directiva para el Funcionamiento del Equipo de Gestión de la Calidad de las Direcciones de Salud”.
- RM N° 474-2005/MINSA. “Norma Técnica de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”.
- RM N° 143-2006/MINSA. “Comité Técnico para la Seguridad del Paciente”.
- RM N° 519-2006/MINSA. “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.³

No obstante, los avances técnico-normativos, los resultados no fueron ni son alentadores; así lo señala la Defensoría del Pueblo en su Informe N° 105, (2006), titulado “El Derecho a la salud y a la seguridad social: segunda supervisión nacional”. En este informe se indica que el derecho a la salud, especialmente en el caso de las personas con menos recursos, no se encuentra debidamente garantizado. Del mismo modo, la Defensoría del Pueblo recibe continuamente quejas sobre casos de presuntas negligencias médicas, cobros arbitrarios por las atenciones de salud, condicionamiento a la atención por emergencias al pago del servicio o a la compra de material quirúrgico en los establecimientos del MINSA. Esto mismo se observa en el Es Salud con las largas colas para lograr una cita en establecimientos del Seguro Social (Es Salud), en donde se

además, el desabastecimiento de medicamentos, coberturas insuficientes tanto del Seguro Social como del Seguro Integral de Salud (SIS), observándose inclusive discriminación y maltrato entre otros. De esta manera se evidencia la mala calidad de la atención que se brinda en los servicios de salud en general.³

Por otro lado, uno de los aspectos más relevantes de la atención a la salud es el incremento de problemas relacionados con la maternidad; ello debido a que esta situación genera graves riesgos tanto en la madre como en el niño, lo cual debe ser estudiado a efectos de que se profundice el conocimiento sobre la atención a la mujer en general y de las madres adolescentes en particular.

Cabe resaltar que la maternidad, constituye uno de los eventos más importantes para la continuidad de la especie humana. Inciden en ella elementos de orden afectivo, social, psicológico, educativo, económico, político, cultural, religioso, etc. lo cual para determinadas culturas se constituye en un factor de crecimiento, para otras se transforma en un problema social de gran envergadura. La maternidad adolescente en nuestra sociedad se ha constituido en un problema, cuyo índice de crecimiento resulta alarmante.

La OMS / A. Waak, (citado por Loza 2004)⁶ estima que, en el mundo, 16 millones de adolescentes comprendidas entre 15 y 19 años dan a luz cada año. La mayoría de ellas pertenecen a países en vías de desarrollo, y en ello casi 1 millón de mujeres (4 de cada 10) quedan embarazadas antes de los 20 años, de las cuales del 40% tiene menos de 18 años y por tanto a penas 4 de cada 10 madres finalizan la educación secundaria o superior. Asimismo, es más probable que los niños de madres adolescentes nazcan con bajo peso o sean prematuros, lo cual incrementa el riesgo de muerte infantil, de ceguera, sordera, trastornos respiratorios crónicos, dislexia, hiperactividad, parálisis cerebral,

retraso mental y otras disfunciones psíquicas, lo que se agrava con la presentación de índices muy altos de maltrato y abandono.

El embarazo adolescente en el Perú afecta principalmente a las mujeres con educación primaria (33,9%), con residencia en la selva (25,3%), encontrándose en el quintil inferior de riqueza (22,4%), y con frecuencia provienen del área rural (19,7%).⁷

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres, evidenciándose que casi la totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.⁸

Como es de esperar el mayor problema y riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes menores de 15 años, reflejándose en las complicaciones del embarazo y el parto convirtiéndose en principales causas de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.⁸

En promedio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por tanto, se enfrentan con mayor riesgo a enfermar y morir durante el embarazo y parto a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad, es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna es de 1 en 3800 en los países desarrollados y de 1 en 150 en los países en desarrollo.⁸

El embarazo en la adolescencia es un grave problema al que se atribuye como la principal causa de muerte de mujeres entre 15 y 19 años en todo el mundo. En América Latina, 25 mil mujeres mueren cada año por complicaciones durante el embarazo y el parto. De los 13 millones de nacimientos anuales que se registran en el continente, dos millones corresponden a madres adolescentes.⁹

Además, las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, con una tasa de mortalidad neonatal de aproximadamente 50% superior. Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica muy especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés. Esto por supuesto es complicado, por las cuestiones culturales que influyen en el comportamiento en relación a la salud sexual y reproductiva de la población.²

Por su parte, Monir señala que reducir los riesgos del embarazo para las adolescentes debe ser una prioridad esencial en los países que se están esforzando por alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio. Aunque las circunstancias de los embarazos en adolescentes varían mucho, destaca algunos rasgos comunes como los cuerpos más jóvenes no están totalmente desarrollados para enfrentar el proceso del embarazo y el parto sin presentarse consecuencias completamente adversas. (citado por OMS 2006).²

En el año 2005, en el mundo se han producido 4,400 millones de abortos inducidos en adolescentes, en su mayoría en condiciones de riesgo. Asimismo, cada cinco minutos, y debido a problemas relacionados con la salud sexual o reproductiva, se produce un suicidio en adolescentes, el 10% de los partos ocurre en adolescentes, y la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más elevada en mujeres menores de 18 años.¹⁰

El elevado índice de embarazos de adolescentes se debe a factores como el fuerte impacto de la función socializadora de los medios de comunicación que les ofrecen mensajes que las impulsan a cometer acciones generalmente equivocadas. En el mismo orden de ideas, el desconocimiento de métodos anticonceptivos y/o de su uso correcto; las ideas erróneas culturalmente transmitidas, como la creencia de que los anticonceptivos interfieren en el logro del placer, que son antinaturales y que la

responsabilidad de la relación recae sólo en la mujer, son algunos de los aspectos que forman parte de la falta de información.

Además, la idiosincrasia observada dentro de nuestras comunidades, referente al ocio, la falta de canalización del tiempo libre de los adolescentes (libertinaje, incremento del consumo de bebidas alcohólicas), donde puedan liberar inquietudes, desarrollar habilidades, talentos, motivar su superación personal, además de alejarlas de la posibilidad de iniciarse precozmente en las relaciones sexuales y sus consecuencias, como es el embarazo no deseado con todos los problemas que puede acarrear.

La problemática antes mencionada no es propia de ningún país en particular, por cuanto se la observa en todos los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, en los cuales se presentan los embarazos precoces con todas sus consecuencias.^{10,11,12,13,14,15}

En el Perú, los datos del Ministerio de Salud reportan una gran proporción de jóvenes que inician su vida sexual en condiciones no planeadas y no adecuadas. Como consecuencia se obtiene una alta proporción de embarazos no deseados y un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS). Se revela también que la causa de hospitalización de adolescentes está relacionada con su proceso reproductivo; hecho que corrobora las graves consecuencias del embarazo precoz.

Así, el Ministerio de Salud señaló que, del total de embarazos, el 23% correspondió a adolescentes comprendidas entre 15 a 19 años; el 57% a embarazos no planeados. Por su parte, la UNICEF,¹⁷ puntualiza que el 60% de los embarazos en niñas de 12 a 14 años tienen su origen en el incesto o en la violación; lo cual representa una revelación extrema del abuso sexual.^{18,12}

De igual manera, los informes realizados por el INEI (2007), en el Perú ¹⁹ arrojan que, del total de madres, el 7,3% son madres adolescentes. Mientras que en Cajamarca este índice se eleva al 8,5% cuyo porcentaje mayor corresponde a la zona rural. Sin embargo, para el año 2008 se informa que la población de 10 a 19 años alcanza a los 318 026 adolescentes; lo que representa el 22% de la población total. De este porcentaje, el 5% de la población adolescente femenina son gestantes. Asimismo, cerca del 18% corresponde a las muertes maternas derivadas, posiblemente, de las influencias de los determinantes socioculturales.

Tradicionalmente, se había considerado que un embarazo (deseado o no) en la adolescencia solo se relacionaba con algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que la adolescente sabe que ha quedado embarazada, tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a desfavorables consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales: Sus efectos pueden prolongarse, incluso, hasta muchos años después del embarazo, tanto para ella, como para el padre del nuevo ser y en general para toda la familia^{1.20}

Los enfoques tradicionales de los servicios de salud para la atención de adolescentes demuestran que no sólo son necesarios la acción y el apoyo políticos (leyes y políticas), sino que también es necesario entender las necesidades, las esperanzas y las experiencias del sistema del adolescente, su familia y su comunidad. Muchos países de América Latina y el Caribe han establecido servicios integrales de salud de adolescentes en diversos entornos, entre ellos hospitales, centros de salud comunitarios, escuelas, centros comunitarios, ONGs y otras organizaciones.²¹

Por lo mencionado, es necesario considerar las condiciones o calidad en que se brinda la atención de salud a este grupo de madres. Los expertos como Donabedian y Ruelas entienden y definen la CALIDAD EN SALUD como “*la totalidad de las características de un producto o servicio que influyen en su capacidad de satisfacer una necesidad dada*”.²²

Por tanto, la calidad es un elemento clave de los programas de salud reproductiva en el contexto del enfoque centrado en el cliente cuyo objetivo es proporcionarle un servicio de alta calidad, como un derecho humano básico.

En realidad, la provisión de servicios de salud de calidad ha sido promovida siempre, tanto por los interesados a nivel local como por las organizaciones de salud de la mujer y de atención primaria a la salud; también se ha reiterado en conferencias internacionales, como en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, entre otras. La provisión de servicios de calidad en los programas de salud sexual y reproductiva asegura que las (os) clientes sean atendidas (os) como se merecen, y, consecuentemente, al proporcionar mejores servicios, se atrae a más clientes, se incrementa el uso de los métodos de planificación familiar y se reduce el número de embarazos no planeados.

A este tenor, en el afán de disminuir la mortalidad materna, se menciona que es necesario que los establecimientos de salud cuenten con capacidad resolutoria, por lo que la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Reproductiva está aplicando las acciones de evaluación de los servicios de salud con el fin de que su utilización mejore la atención de la población en general y de la mujer y del niño en particular.²³

Las acciones de salud, sean de promoción, prevención (control prenatal) o curación deben tener la más alta calidad. Esta exigencia es tan obvia en la labor cotidiana de los profesionales de la salud, que no requiere mayor argumentación. Cuando el profesional de la salud se dispone a aplicar una atención de calidad, surgen obstáculos inesperados entre los que están:

- Necesidad de establecer qué se puede entender por calidad
- Necesidad de delimitar el campo de estudio de la calidad, para evitar confusiones con problemas que no corresponden.
- Necesidad de conocer cómo medir la calidad, para fijar estándares, apreciar tendencias y hacer comparaciones, etc.
- Necesidad de conocer cómo controlar la calidad y lograr que se mantenga.²⁵

La mayoría de veces que se realizan trabajos de calidad en salud, se presentan algunas dificultades debido a que no se resuelven las cuatro dificultades antes mencionadas. De hecho, es de interés que las unidades conozcan la importancia y necesidad de desarrollar un instrumento de medición de la calidad el cual permita descubrir los puntos concretos del trabajo para mejorar la calidad.

De acuerdo con la experiencia docente, durante las prácticas pre profesionales, tanto intra como extra-hospitalarias en Cajamarca, con mucha frecuencia se ha podido observar que la calidad de atención que se brinda a las adolescentes embarazadas no es la más encomiable. Es inquietante que en los establecimientos de salud de nuestra localidad no se brinde una atención de calidad, por diversas razones: unas relacionadas con la estructura (espacios pequeños, hacinamiento, etc.), o con el proceso de atención, desde el servicio de triaje (control de medidas antropométricas, control de signos

vitales, escasa capacidad resolutive, trato del personal, etc.). El escaso personal que labora en los establecimientos de salud dedica su mayor tiempo al registro de actividades administrativas dejando de lado el quehacer asistencial. Otras razones están relacionadas con problemas propios de la adolescencia en los que sobresalen los de la sexualidad y el propio desarrollo psicológico de las adolescentes. Por tal motivo se planteó el siguiente problema de investigación.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta las premisas antes mencionadas se ha planteado el siguiente problema de investigación:

¿Cómo es la calidad de atención de las adolescentes embarazadas en los establecimientos del Ministerio de Salud de la ciudad de Cajamarca?

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar y analizar cómo es la calidad de atención de las adolescentes embarazadas en los establecimientos del Ministerio de Salud de la ciudad de Cajamarca.

ESPECÍFICOS

1. Identificar las características de estructura de los establecimientos de salud.
2. Describir las características de proceso de la calidad de atención de las adolescentes embarazadas.
3. Determinar como resultado, la satisfacción de las adolescentes embarazadas atendidas en los establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca.

JUSTIFICACIÓN

El alto índice de embarazo adolescente muchas veces no deseado en el Perú, es una realidad que no cambia, por el contrario, las cifras se vienen manteniendo durante los últimos 11 años. Esto demuestra que el Estado ha hecho poco o casi nada para disminuirlos, representando un grave problema para la sociedad y la familia, desde todo sentido. Es necesario preguntarnos por qué la situación no se ha modificado, más bien se ha convertido en un problema de salud pública ya que las adolescentes embarazadas tienen tres veces más posibilidades de riesgo de muerte por un embarazo que las mujeres adultas. Esta situación es agravada por la falta de control prenatal ya que no acuden al centro de salud por miedo a que sus parejas sean denunciadas.

Según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, en el año 2010²⁶ se notificaron 452 casos de muerte materna, 56 de los cuales se produjeron en adolescentes de 10 a 19 años, lo que equivale al 12,38%. Respecto a la información por regiones, Huancavelica es la región que reporta más casos de muerte materna en adolescentes durante el 2010 (7 casos), seguido de La Libertad y Cajamarca con 5 casos cada una. Esta situación podría evitarse si se cumpliera con los estándares de la calidad al brindar los servicios sanitarios, sobre todo en relación al aborto, las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo de adolescente, lo cual inclusive podría evitar la mortalidad materna adolescente.

Cabe resaltar que las regiones con mayor número de adolescentes madres o gestantes son Lima (1,299), Piura (255), Cajamarca (250), Puno (244) y Junín (223).²⁷ Esta situación probablemente se da porque cada vez la vida sexual se inicia en muy temprana edad, lo cual es corroborado por lo publicado a través de la Encuesta Global de Salud Escolar.²⁸

Es importante reconocer que el embarazo en la adolescencia además acentúa la situación de pobreza posterga las aspiraciones personales de las mujeres adolescentes; porque al dejar la escuela, por causa del embarazo, ven limitadas sus posibilidades de educación y por tanto de desarrollo, impidiéndoles ampliar sus capacidades y mejorar sus condiciones de vida futura.

En este sentido, la presente investigación es de suma importancia por cuanto sus resultados servirán de base para el desarrollo de la capacidad institucional, para dar respuesta no sólo a las exigencias de una creciente demanda de los servicios de salud y educativos, sino para garantizar que la institución aplique los estándares de calidad en sus servicios, fortaleciendo la estructura organizacional. Asimismo, permitirá alcanzar propuestas y sugerencias (procedimientos, normas) en áreas críticas y sobre ello podrían implementarse de acuerdo con los requerimientos de calidad. Por supuesto que esto serviría para llegar al mayor número de adolescentes brindándoles la educación sexual y reproductiva apropiada, así como podría implementarse lineamientos de política y normas en general para proteger la salud y vida de las adolescentes.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del Problema

Esta problemática, sobre la calidad de atención dirigida a las adolescentes embarazadas ha sido abordada por diferentes autores, tanto a nivel internacional como nacional y local.²⁹

Ramirez, S. (2010) en su estudio Calidad de Atención en Salud: “Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. La temática de la investigación relacionó calidad de atención en salud e interculturalidad, pretendiendo determinar, con la mayor claridad posible, cuál es la carga de influencia cualitativa y cuantitativa de la adecuación intercultural y su respectiva práctica, en el mejoramiento de la prestación de servicios de salud. la autora ha develando la debilidad de los servicios de salud, cuyos factores causales –al margen de cumplirse o no la interculturalidad– estaban relacionados con gruesas deficiencias estructurales, de organización interna y de dotación de recursos, tanto materiales como humanos calificados, que les impedía cubrir adecuadamente las demandas y necesidades médico sanitarias de la población, en correspondencia con el nivel de atención y grado de complejidad que les correspondiese.²⁹

Orozco, M. (2009), en el IV Curso Internacional de Desarrollo de Sistemas de Salud presentado en el II Módulo, destaca la desconfianza de la población a los servicios de salud por los cobros generados por la privatización. La tecnología disponible de diagnóstico y tratamiento a nivel hospitalario es obsoleta y en las unidades primarias

prácticamente es inexistente. De otro lado, hace notar que la falta de calidad se manifiesta de múltiples formas como: Servicios de salud inefectivos e ineficientes, injustificada variabilidad de la práctica clínica, aplicación de cuidados inoportunos o innecesarios, y un alto porcentaje de servicios no consistentes en relación al conocimiento profesional. Igualmente señaló, costos superiores a los necesarios para obtener el mismo resultado, contribuyendo al aumento excesivo y permanente del gasto en salud sin el correspondiente mejoramiento del desempeño de los servicios. La falta de calidad corresponde a la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de salud con los servicios de salud en general.³⁰

Macías, G. En Ata-Argentina, (citado en Cuad.Fac.Hum. Ciencias Sociales Univ. Nac. Jujuy N°37 San Salvador 2009), en su estudio: “Evaluación de la calidad de atención en el centro de salud de Campo Verde. San Salvador de Jujuy” en el cual evaluó los componentes más relevantes de la calidad de atención, durante el año 2001, obtuvo los siguientes resultados: La Calificación de la Estructura es Regular: cuatro ítems califican bueno, cuatro regular y dos malo. La evaluación del Proceso, da como resultado una calificación regular. La Evaluación de resultados permite ver una asociación no lineal, entre aspectos de la organización, su accesibilidad, los procesos de atención, la participación y la satisfacción por el servicio recibido; en Conclusión: La calidad de atención del Centro requiere fortalecimiento, decisión política, apoyo técnico y estrategias de inserción comunitaria.³¹

Glascoc Camarena, (2007), en su investigación “Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua” aborda la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las usuarias de los sistemas de salud dando cuenta de los aspectos más importantes para las mujeres, en términos de satisfacción en relación a

la atención prenatal. En el estudio se verifica que estas mujeres presentan una predilección por obtener una información plena y adecuada en relación a los cuidados a tenerse en cuenta, así como la orientación médica considerando sus emociones y sentimientos. También se critica por parte de las mujeres las malas condiciones de las clínicas y la falta de insumos como los medicamentos necesarios.³²

Vera G, Calleja J. (2005). En su estudio “Calidad de Atención para Garantía de la Maternidad Segura en el Hospital de Colon-Tachira”. Señalan a través de los resultados una inadecuada calidad de atención, a la población y en especial a las mujeres, sobretodo observando la evaluación global del hospitalario no obstante los aspectos particulares son positivos.³³

Pérez, M. (2004). En su investigación “Calidad de atención en primer nivel Centro de Salud Palermo Oeste – Cachi (Salta) publicado en la Revista de la facultad de medicina - vol.6 - suplemento N° 1 (2005), arribó a los siguientes resultados: Estructura = Regular 76%, Proceso: Control de Embarazadas y Puérperas = Malo 47%; y Resultado = Bueno 99%. Los resultados en cuanto a calificación final son iguales a los obtenidos en el año 2002. Se detectaron fallas a nivel materno - infantil.³⁴

Andrade S, Vasconcelos S, Ferreira, Moura y Rejane, (2003). En su estudio, “Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?”³⁵ el mismo que se desarrolló con el objeto de analizar la atención al parto bajo la mirada de las propias embarazadas adolescentes y esto con la perspectiva de la humanización, en el hospital de Fortaleza-CE, concluyen que la mayoría de las embarazadas tiene necesidades de apoyo emocional, de informaciones necesarias y útiles las cuales deben ser enfatizadas en la atención del parto.

La Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Huacho. (2009), en la Cuarta Encuesta de Satisfacción del Usuario,³⁶ se observó que la mayor cantidad de encuestados fueron de las especialidades de pediatría, medicina, traumatología y en los consultorios de ginecología y obstetricia, obteniendo los siguientes resultados: En cuanto a la satisfacción en general con el servicio de consultorio, casi todos los encuestados (97%) estuvieron satisfechos con el servicio brindado. La satisfacción es positiva en cuanto a los equipos de consultorio (80,7%), 50 puntos porcentuales mejor respecto al año anterior. El 85% de los usuarios encuestados opinan que el tiempo que tardaron para ser atendidos fue entre muy largo y largo, (62 puntos porcentuales más que el año anterior). El 86,8% opina que el personal de Enfermería, lo atendió con rapidez siempre o casi siempre, (31 puntos porcentuales más que al año anterior). La satisfacción es positiva en lo que respecta a limpieza y confort (98,7 y 98% respectivamente) llegando a niveles muy altos, lo que indica la buena labor que se está desarrollando en estas áreas.

Capristán R. (2004). En su investigación “Medición de la Calidad del Servicio en Términos de Satisfacción de Usuario Externo en el Centro de Salud de Magdalena-Red de Salud II Cajamarca-2000”³⁷, formuló los objetivos: a) Medir la calidad en términos de satisfacción de los usuarios externos (población usuaria), de los servicios brindados por el Centro de Salud de Magdalena. b) Conocer qué dimensiones causan mayor satisfacción e insatisfacción en el usuario externo e identificar las oportunidades de mejora que conlleven a la formulación de un plan de mejora de la calidad, concluyendo que existe un nivel de insatisfacción por debajo del promedio de la Red y los promedios nacionales (64%). Esto significa que la calidad del Centro de Salud es considerada como mala por la población usuaria. Las dimensiones de confiabilidad y respuesta rápida son las que presentan mayores niveles de insatisfacción en el usuario(a)

externo(a). La seguridad y la empatía son las dimensiones que tienen mayores niveles de satisfacción en el usuario(a) externo(a), en el Centro de Salud de Magdalena.

1.2 Teorías científicas

El Estudio de los Determinantes de la Salud

Una de las contribuciones más importantes en el campo de la salud poblacional, por su carácter integrador y repercusión internacional en las políticas de salud pública, fue la perspectiva del canadiense de Marc Lalonde y de Laframboise, en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses (1974), donde se define un marco conceptual comprehensivo para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. Bajo el modelo de Lalonde, los factores condicionantes de la salud en la población se ubican en cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas "campos de la salud": la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y organización de los sistemas de salud. ³⁸ modelo que muy bien puede cultivarse para ser tomado en cuenta durante la atención integral de las adolescentes embarazadas.

El Proceso Salud-Enfermedad (Embarazo en Adolescentes)

La salud-enfermedad de las personas (adolescentes, familias, comunidades) es objeto-sujeto de trabajo de quienes realizamos diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de la población, en este caso, la situación de las adolescentes embarazadas. Adquiere relevancia la construcción y explicitación de estos conceptos, que son los que orientan nuestras intervenciones, en la atención de salud a las adolescentes gestantes. Por lo que es importante considerar que la interpretación de estas categorías se ha modificado de acuerdo a los diferentes momentos históricos-económico-político-sociales y culturales de la evolución humana.

El proceso de la salud–enfermedad: embarazo en adolescentes, es el resultado por lo tanto de complejas interrelaciones de las personas adolescentes con los diferentes entornos en los que se desarrolla su vida cotidiana. El embarazo precoz no existe por sí mismo independiente de las adolescentes y de su medio, está en estrecha relación a los modos de vida, a las condiciones económicas, a las condiciones culturales y sociales que son diferentes en las sociedades.

Como trabajadores de la salud, y que tenemos la responsabilidad de “cuidar la salud y atender al embarazo adolescentes” esto implica que cada vez hay que enfrentar más problemas, vinculados a la supervivencia humana, y es importante buscar estrategias para transformar formas de vida en riesgo, en proyectos de vida saludables individual y colectivamente, abordando para ello una dimensión política, económica, social y técnico-profesional.

La lógica de la salud y el permanente compromiso que debemos renovar en defensa de la misma como un bien social, nos mantiene unidos en la permanente creación y recreación de nuevas formas de atención a la salud hegemónica y alternativas, para contribuir a vivir en plenitud y dignidad.³⁸

1.3 Bases teóricas

A. Calidad de Atención en Salud

La calidad de atención en salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos -paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora.

Para el usuario (adolescente embarazada), por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos.

Para el prestador, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales y tecnología disponible.

Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora.

Esto, sirve para ilustrar cómo la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema de que se trate.

Es por ello que los expertos como Donnabedian y Ruelas entienden y definen CALIDAD EN SALUD en términos de la sumatoria de los resultados de todas las dimensiones que la soportan.^{39, 40}

Para la gestión de calidad de los servicios de salud, es necesario tener claros los conceptos y sus beneficios. Es importante, asimismo remarcar que la atención con calidad es esencial para el éxito en los establecimientos de salud.

Calidad: Aunque se han hecho muchos intentos de definición, persiste la dificultad para expresar claramente la noción de calidad, tal vez por su carácter eminentemente subjetivo: Spickernell (1987) define, calidad como “... *la totalidad de las características de un producto o servicio que influyen en su capacidad de satisfacer una necesidad dada*”. Donabedian (1990) añade tres elementos estrechamente interrelacionados: la *dimensión técnica* en términos de efectividad (no tiene calidad lo que no es efectivo); la *dimensión humana*, relativa a la relación entre el profesional y el paciente o usuario, en aspectos como el respeto, la privacidad y la amabilidad, la tercera es la *dimensión confort*, inclusive estética de los servicios de salud brindados.^{41, 42}

Para la Organización Mundial de la Salud (2002), la calidad consiste en "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos de los pacientes y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente".⁴³

Gestión de calidad. Rennwick (1992) citado en Donabedian (1999), indica que este concepto involucra dos componentes: medición de la calidad y acciones de mejoramiento y control. Una gestión con calidad se caracteriza porque: a) Promueve la confianza, mejora la comunicación y fomenta una comprensión más clara de las necesidades y expectativas de la comunidad (usuario, adolescente). b) Aumenta la satisfacción y motivación de los trabajadores de salud, iniciando un ciclo continuo de mejor atención de salud y mayor eficacia.^{40, 41}

Tradicionalmente la calidad en el campo clínico se ha definido en términos de conocimientos técnicos y de la habilidad de proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para el bienestar del paciente. Considerándose que la calidad de la atención es multidimensional, puede definirse y medirse de distintas formas, según las prioridades de los interesados, así:

Los clientes pueden verse influidos por cuestiones sociales y culturales en su opinión de la calidad, y suelen poner un énfasis considerable en el aspecto humano de la atención que reciben.

Los proveedores, generalmente, subrayan la necesidad de que las instituciones dispongan de capacidad técnica, infraestructura y apoyo logístico.

Los directores de programas quizás pongan énfasis en los sistemas de apoyo, como la logística y el mantenimiento de registros.

Finalmente, las autoridades que diseñan las políticas y los donantes están interesados en el costo, la eficacia y los resultados de salud en términos de la totalidad de la inversión.²⁵

Realmente, la calidad de atención es un elemento clave de los programas de salud reproductiva en el contexto de un enfoque centrado en el cliente cuyo objetivo es proporcionarle a éste un servicio de alta calidad, pues, es un derecho humano básico. Tiene importancia mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva, porque como consecuencia de ellos el uso de métodos anticonceptivos aumenta entre las mujeres de áreas donde éstas sienten que reciben una buena atención en comparación con otros establecimientos de salud ubicados en áreas donde los servicios son de menor calidad (Koenig et al. 1997; Mroz et al. 1999; Speizer y Bollen 2000) citado en,^{43, 44} también resulta beneficioso para el personal de salud, pues al mejorar las normas básicas de atención se atrae a más clientes y se reduce el costo *per cápita*, lo que

garantiza la aptitud para sostener los servicios. (Kay et al. 1991, citado en Kols y Sherman 1998) citado en la Tesis Estudios de la Salud Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud: Perspectiva de los Usuarios, Matagalpa 2002. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.⁴

La mejora de la calidad de los programas de salud reproductiva contribuye además a mejorar la calidad de otros servicios de salud; en parte porque esto alienta a los usuarios a buscar mayor calidad en toda la atención que reciben. Asimismo, al mejorar los establecimientos de salud se puede elevar la calidad en numerosos aspectos de la atención sanitaria.⁴⁵

Casado M. (2009) en su estudio: “Resumen de los elementos de la calidad de atención durante el proceso reproductivo” detalla los principales parámetros a observar en cualquier atención de salud:⁴⁶

I. Relación proveedor(a) usuario(a): Que se refiere al vínculo que establece el o la proveedor(a) con las/os usuarias(os). Si el trato es respetuoso, amable, interesado en lo que le pasa a quien es nuestro usuario y si existe interacción de persona a persona y no una relación de poder o paternalista, así como, el respeto a las normas de cortesía propias del lugar (por ejemplo: saludar, ofrecer asiento, etc.).

II. Intercambio de Información entre proveedor(a) y usuaria(o). Que se refiere precisamente a la adecuada *retroalimentación* que se da entre ambas personas y que permite al proveedor (a) contar con una información completa y veraz acerca del usuario(a), con el fin de poder brindarle un buen servicio. Es importante que exista el tiempo adecuado para escuchar y realizar una entrevista competente y amable, dando confianza al usuario(a) para contestar los datos requeridos y expresar dudas. En salud

sexual y reproductiva, la información requerida tiene que ver con un ámbito muy íntimo y privado de la persona, por lo que si no se ha generado confianza suficiente, el usuario puede omitir información.

III. Capacidad o Competencia Técnica. Es importante que los (as) profesionales realicen una atención integral, viendo a quienes atienden como individuos y no como un órgano, un problema, o un caso clínico. Implica, además, estar al día en los programas de salud; actualizados en el ámbito de acción correcto y practicando medicina basada en la evidencia científica, para poder entregar al usuario y a la familia, todas las prestaciones que correspondan. Esto implica también, orientar a los (as) usuarios (as) al cumplimiento de los programas de salud, o realizar interconsulta de cualquier problema que se investigue, aunque no tenga que ver directamente con la atención que se está realizando en ese momento. Por ejemplo, derivación a: Vacunación, Programa de Alimentación Complementaria, etc. También requiere educar en el cuidado de la salud propia y de sus hijos(as), así como en habilidades para la crianza. No menos importante es, conocer las limitaciones que se tienen, a fin de efectuar diagnósticos adecuados y referencias a otros especialistas cuando sea necesario.

IV. Mecanismos para incentivar los seguimientos. Describe los medios y acciones con que cuentan los (as) profesionales y cómo los aplican, con el objeto de lograr que las personas atendidas asistan a los controles programados. También implica la utilización de todos los medios disponibles a nuestro alcance, para lograr el cumplimiento de las atenciones y programas. Por ejemplo, uso de medios de comunicación o recursos de la comunidad.

V. *Interrelación con otros Servicios.* Se refiere al conocimiento que los (as) profesionales tienen de las atenciones y servicios con que cuenta el sistema y el extra-sistema y del cuándo, cómo, dónde y a quién, referir aquellos problemas o patologías que estén fuera de su alcance resolver.

VI. *Comunicación. Verbal:* Es el lenguaje formal con que el (la) proveedor (a) se comunica con la persona atendida y es importante que este sea el adecuado para ella. Es deseable que los (as) profesionales adapten los términos médicos al lenguaje de las (os) usuarias (os) según su edad, nivel educacional, etc. acompañando el término médico con la palabra usada de manera informal.

No Verbal: o lenguaje corporal que manifiesta quien atiende (posturas, gestos, ademanes, actitud). En este punto es importante conservar la coherencia, entre lo que se está diciendo y lo que está mostrando el cuerpo y el rostro (por ejemplo, interés, desinterés, apuro, impaciencia, empatía, etc.)

VII. *Privacidad.* Son relevantes las características del lugar en que se realiza la atención y la forma en que se atiende. La reunión de estas condiciones debe permitir una relación interpersonal en un ambiente de privacidad. Es imprescindible la actitud de respeto, mostrada no sólo por quien atiende, sino también por el resto del personal. Por ejemplo, un box de atención puede ser aislado, aparentemente adecuado, pero si existe personal que circula, o entra y sale durante la atención, se convierte en un lugar sin privacidad.

VIII. *Confidencialidad.* Esto es el resguardo de la información que entregan las personas atendidas. Es un elemento esencial en la atención de salud sexual y reproductiva, donde la confidencia obtenida pertenece al ámbito más privado de la vida de las personas.

IX. Presentación y Orden. Se refiere tanto a la presentación personal de quienes brindan la atención, como al orden y aseo del establecimiento asistencial. Es indispensable contar con un lugar limpio, puesto que, de no ser así, las personas consideran que se les está faltando el respeto, que no se las considera. También hay que observar si el lugar tiene las comodidades mínimas. Especialmente importante, es la limpieza de los servicios higiénicos utilizados por el público.

X. Aspectos Negativos y Observaciones. Es muy importante identificar las barreras a la calidad de atención. Para esto se puede observar y consignar cualquier evento que estuviera perturbando o favoreciendo la atención y poder corregir donde pueden estar las causas de las demoras, que podrían estar enfrentando los (as) usuarios (as).

XI. Trabajo en Equipo. Que permite, ponerse de acuerdo sobre la visión del servicio que se quiere prestar, emitir mensajes coherentes logrando mayor credibilidad con los (as) usuarios (as), mejorar la calidad de la atención y trabajar en armonía. Un buen trabajo en equipo facilita nuestra atención y mejora la satisfacción laboral.⁴⁶

La Teoría de Bruce-Jain, creado en 1990, (citado en Bureau, Creel, et al. 2002),⁴⁵ es considerado como el paradigma básico para medir la calidad en los servicios de salud reproductiva y planificación familiar a nivel internacional. Judith Bruce y Anrudh Jain, investigadores de Population Council, basaron su definición de calidad en “la forma en que el sistema trata a las personas y a los clientes” (Bruce 1990; Jain 1989). Dicha Teoría establece seis elementos (referentes principalmente a los servicios clínicos) que son importantes para mejorar la calidad de la atención en los programas de salud reproductiva y planificación familiar:

-) La entrega de información a las personas (pacientes).
-) La capacidad de elegir (ser tomado en cuenta).

-) El conocimiento técnico.
-) La relación interpersonal con el proveedor del servicio.
-) El seguimiento del cliente y la continuidad de la atención.
-) Una adecuada variedad de servicios.

Además, incluye la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, los servicios de salud materna (incluida la atención después del aborto) y otros servicios para detectar, asesorar y remitir a programas de ayuda a las mujeres víctimas de violencia.⁴⁵

Asimismo, considera prestar más atención a aquellos mecanismos que pueden contribuir a mejorar la calidad de la atención, como los utilizados para asegurar el seguimiento del (la) cliente y la continuidad del servicio, como considerar las relaciones de género, tanto entre la población que se atiende como entre los proveedores y sus clientes; formalizar las normas de calidad, (establecimiento de protocolos de tratamiento y pautas de actuación clínica); del mismo modo considerar el acceso de los (as) clientes a los servicios de salud reproductiva incluida la distancia, el costo del servicio, las actitudes de los proveedores y/o aquellos requisitos innecesarios que se imponen a los (as) clientes para tener derecho al servicio.

Es evidente que todas estas consideraciones ponen al (la) cliente en el centro de la calidad de la atención, al mismo tiempo subrayan la importancia de establecer normas técnicas, y elevar el acceso a la información y a los servicios en sí. Además se trata de elementos aplicables tanto en el seno de la comunidad como en los establecimientos sanitarios.

La Teoría de Bruce-Jain toma en cuenta los indicadores de calidad de atención al proveedor, al personal, (aparte del proveedor de servicio), al cliente y al establecimiento de salud.⁴⁵

Los derechos de los clientes y proveedores

La Carta de Derechos de los pacientes y proveedores de servicios, elaborada por la Federación Internacional de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, establecen derechos para los clientes y extiende la definición de cliente a todas aquellas personas que necesitan servicios y no sólo a los que acuden al sistema de salud.

Según la Federación, los factores que más influyen en la opinión de los clientes son: a) el trato respetuoso y amable, b) el hecho de que los servicios se brinden de forma confidencial y en privado, c) la capacidad profesional del personal, d) la posibilidad de obtener información y asesoría, horarios de atención cómodos y tiempos de espera aceptables y la accesibilidad de los servicios.

Hay, asimismo, tres factores que hacen que los clientes se sientan bien atendidos: 1) la comunicación cara a cara, 2) la existencia de personal competente que muestre a los clientes su deseo de realizar un buen trabajo, y 3) el reconocimiento de que los promotores de salud masculinos y femeninos pueden tener diferentes apreciaciones de las necesidades, temores y reacciones de las mujeres.

La Carta de Derechos reconoce las necesidades de los proveedores; las principales son: a) capacitación y orientación técnica actualizada, b) suficiente disponibilidad de materiales, c) infraestructura sólida, y d) la posibilidad de obtener comentarios y sugerencias de los clientes y de otros proveedores de atención, así como de los gerentes y supervisores.

También hace referencia a las cuestiones de género en la relación entre clientes y proveedores. En este sentido se refiere al papel, actitudes, valores y la forma de relacionarse de uno y otro sexo en todo el mundo.^{25, 47}

Medida de la calidad de la atención sanitaria

La complejidad de la definición de la calidad sanitaria hace que sea difícil identificar y medir las mejoras en la prestación de servicios. Se han utilizado varios enfoques para medir la calidad de la atención en programas de salud reproductiva, como el enfoque de evaluación de calidad basado en estándares, y el enfoque basado en un sistema de vigilancia con indicadores, etc. El hecho de medir la calidad es necesario porque permite subrayar lo que es importante, supervisar aquello que está teniendo lugar y asegurarse de que las partes relevantes corrijan lo que sea necesario.⁴⁵

A. Señalar lo que es importante

Al medir la calidad los observadores pueden determinar la eficacia de una intervención y proporcionar información que puede resultar útil para programas futuros. Asimismo, al medir la calidad se confirma a los proveedores que ésta constituye un componente esencial de su trabajo, y se establecen normas para el desempeño de su labor.⁴⁵

B. Supervisar la situación

Las herramientas que se utilizan para supervisar la calidad de la atención pueden ser de naturaleza cualitativa o cuantitativa. Los estudios cuantitativos pueden tener mayor rigor científico, mientras que los estudios cualitativos tienen la ventaja de hacer que el personal participe en la mejora de los programas, ambas formas de evaluación tienen su valor.⁴⁵

Donabedian (1989), especifica que la calidad de atención en salud se basa en ofrecer un servicio de acuerdo con los requerimientos del paciente, más allá de lo que éste espera; es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. Localidad implica constancia de propósito, consistencia y adecuación de las necesidades del cliente, incluidos la necesidad y el costo del servicio. Esto significa que el servicio que reúne los requisitos establecidos y dados los conocimientos y recursos de que se dispone, satisfacción de las aspiraciones de obtener el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos para la salud y bienestar de los pacientes. Por consiguiente, una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los pacientes y un efecto favorable en la salud.⁴⁸

La DIRESA Cajamarca (2003) asume que la calidad de la atención es “Brindar servicios de salud que respondan a las necesidades de la población, enmarcados en el “Modelo de Atención Integral”, con adecuación cultural del equipamiento básico, y una gerencia participativa y horizontal. De este modo se promueve un personal de salud con valores, identificado con su misión institucional y con competencias técnicas para dar una atención efectiva, confiable, segura oportuna y con trato amable.⁴⁹

En este mismo contexto, se modifica y resuelve el nuevo modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. (MAISBFC) con RM. N° 464-211, cuyas características fundamentales centran su atención en la persona, familia y comunidad enfatizando la promoción de la salud y la prevención de riesgos (enfermedad).⁵⁰

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que ofrece el MINSAL-2003

El Modelo de Atención, es una construcción social que se traduce en una práctica; en respuesta a las necesidades y expectativas de salud individuales o colectivas de una población en un ámbito determinado. El modelo es reconocido y legitimado por la población y se institucionaliza en la medida que estas prácticas se traduzcan en resultados sanitarios esperados por la población.⁴⁹

En este mismo contexto, se modifica y resuelve el nuevo modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. (MAISBFC) con RM. N° 464-211, cuyas características fundamentales centran su atención en la persona, familia y comunidad enfatizando la promoción de la salud y la prevención de riesgos (enfermedad).⁵⁰

El análisis o evaluación de la calidad de atención en los servicios de salud según el
MINS

Para el análisis o evaluación de la calidad de atención en los servicios de salud es necesario tener en cuenta las tres dimensiones: estructura, proceso y resultado como una contribución importante. De esta manera se permite medir de una manera ordenada las variables ligadas a la calidad, este esquema sistémico supone que los resultados realmente son consecuencias de los servicios (atenciones) proporcionados, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fáciles y exclusivamente imputables a los procesos y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura, como se señala en el documento del Ministerio de Salud (2007).²⁵

Estructura, es aquello que está construida por los atributos materiales y organizacionales, relativamente estable de las unidades donde se realiza la prestación de los servicios. Estos atributos condicionan las características del proceso de atención.²⁵

Proceso, incluye las actividades y procedimientos realizados por el prestador o proveedor de servicios; la habilidad con que atiende a los clientes o pacientes; el interés, la cortesía, el respeto, la privacidad la información o explicación del problema, la confianza, el apoyo, la aceptación del paciente, así como brindarle el tiempo requerido por el paciente.²⁵

Resultados, son los aspectos atribuibles al servicio; se refiere a lo que se logra para el paciente; es decir, es un cambio de status de salud que puede atribuirse a la atención recibida. Los resultados también incluyen otras consecuencias de la atención como el conocimiento sobre la enfermedad, los cambios de conducta que conducen a una mejor salud y a la satisfacción del consumidor, de las adolescentes embarazadas.²⁵

La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de alta calidad; los servicios de salud son de calidad cuando satisfacen las necesidades de los usuarios determinada por condicionantes de la satisfacción como: la equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad y confortabilidad.⁵¹

La insatisfacción con la atención, la accesibilidad geográfica, el tiempo de espera, el coste de la atención, condiciones físicas del local, abastecimiento, calidad de personal, su experiencia y rotación del mismo, contribuye a la medición de la calidad de atención donde el grado de satisfacción del usuario es inversamente proporcional al tiempo de espera, tomando en cuenta que el tiempo va a depender del problema presentado. Los(as) usuarios(as), de servicios valoran la satisfacción basándose en criterios de tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuestas, seguridad y empatía.⁵²

Desarrollo de Indicadores de calidad

Indicadores de calidad de la estructura

La evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal médico y métodos para su evaluación).

Su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva, engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, sobre la base de conseguir una calidad aceptable para un momento dado. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión hospitalaria.

En otras palabras, ni el proceso ni los resultados pueden existir sin estructura, aunque ésta puede albergar distintas variantes del propio proceso. La relación entre estructura y calidad dimana sobre todo de que algunas deficiencias del proceso pueden estar, al menos parcialmente, explicadas por problemas de estructura.

Dentro de los indicadores que se consideran como “de estructura” están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas.

De *Geyndt W.* (tomado de la Rev, Cub.vol 30 2004),⁵³ establece cuatro categorías para los indicadores de estructura:

) *Estructura física*: Comprende cimientos, edificaciones, equipo médico y no médico (fijo y movable), vehículos, mobiliario médico y de oficina, medicamentos y otros insumos farmacéuticos, almacenes y condiciones de almacenamiento y mantenimiento de los inmuebles.

) *Estructura ocupacional (staff)*: Incluye la calidad y cantidad del personal médico y no médico empleado para brindar asistencia médica: número y tipo de personal por categoría. Incluye también relaciones entre categorías de personal (ejemplo enfermeras/médico) o entre personal y población (ejemplos médicos/habitante), entrenamiento del personal (por tiempo y lugar) y los criterios de desempeño del personal específico.

Indicadores de la calidad del proceso

Éstos miden la calidad del proceso y ocupan un lugar importante en las evaluaciones de calidad. De hecho, el proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el personal de salud sobre el paciente para arribar a un resultado específico que, en general se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último. Se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, debe jugar un papel relevante.

También se analizan aquí variables relacionadas con el acceso de los pacientes al establecimiento de salud, el grado de utilización de los servicios, la habilidad con que el profesional de salud realiza aquellas acciones sobre los pacientes y todo aquello que los pacientes hacen en el hospital por cuidarse a sí mismos. Por otro lado, es en el proceso donde puede ganarse o perderse eficiencia constituyéndose, así como indicador de la calidad del proceso.

Según expresan Gilmore C. y De Moraes H, (citado en la Rev,Cub. Vol 30 2004), en la atención sanitaria los procesos suelen tener enormes variaciones, con los indicadores lo que se trata es de identificar las fuentes de variación que pueden deberse a problemas en la calidad de la atención.⁵⁴

Existe además una contradicción dialéctica entre los indicadores de proceso y los de resultados, algunos alegan que el proceso pierde sentido si su calidad no se refleja en los resultados mientras que otros señalan que muchos resultados dependen de factores, como las características de los pacientes, que nada tienen que ver con la calidad del proceso. Brook RH, Mc Glynn EA, Cleary PD. Mant J 2001, (citado en la Rev,Cub. Vol 30 2004).⁵³

De cualquier manera, parece haber consenso en que el interés por los indicadores de proceso crecerá en el futuro y que deberá mejorarse la validez y el alcance de los actuales.

La historia clínica como documento principal del proceso: Entre los indicadores de proceso más naturales se encuentran los que evalúan la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud. Como ejemplo específico y elocuente está la evaluación de la historia clínica, documento básico donde se refleja todo el proceso que atraviesa el (la) usuario(a) durante su atención sanitaria. La hipótesis subyacente es que si la historia clínica se considera satisfactoria, puede suponerse que andará bien la atención que recibe el paciente.

Dada la gran cantidad de elementos e importancia que suele tener la historia clínica en los establecimientos de salud se ha instrumentado un sistema de puntos para evaluar su calidad. Se trata de otorgar puntos a todos los elementos de la historia de manera que la ausencia de un elemento o su confección incorrecta conduzcan una “pérdida” de puntos.

Indicadores de calidad basados en los resultados

Estos indicadores tienen la ventaja de ser fácilmente comprendidos; su principal problema radica en que para que constituyan un reflejo real de la calidad de la atención, deberán contemplar las características de los pacientes.

El resultado, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida.

De manera amplia, *Donabedian* define como resultados médicos “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual”. Pero también apunta que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como por ejemplo el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes. A esta última se le otorga gran importancia ya que, además de constituir el juicio de los pacientes sobre la calidad de la asistencia recibida tiene una influencia directa sobre los propios resultados.⁴⁰

El análisis de los resultados de la atención de salud ofrece oportunidades para valorar eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas sanitarias, tanto en el aspecto de la evaluación de las tecnologías como de la evaluación de los propios proveedores de servicios asistenciales.

Gilmore C. y De Moraes 2000 , (citado en la Rev,Cub. Vol 30 2004), le atribuyen a los indicadores de resultados de la atención hospitalaria varias características entre las que se destacan las siguientes:

) No evalúan directamente la calidad de la atención, sino que simplemente permiten deducir sobre el proceso y la estructura del servicio.

) Dependen de la interacción con otros factores, como la mezcla de pacientes (*case mix*) y la gravedad de la enfermedad.

) Reflejan la contribución de diferentes aspectos del sistema de atención médica, pero al mismo tiempo esconden lo que anduvo bien o mal y no deberían analizarse separadamente del proceso y la estructura.

) Son mejor comprendidos por los pacientes y el público que los aspectos técnicos de estructura y proceso.

Dentro de los indicadores de resultados se pueden identificar dos grandes grupos los llamados "Indicadores Centinela" y los "Indicadores basados en proporciones o de datos agrupados".⁵⁴

Indicadores Centinela

Son aquellos que representan un suceso lo bastante grave e indeseable del resultado de la atención, como para realizar una revisión individual de cada caso en que se produzca. Identifican la aparición de un evento serio cuya ocurrencia debe ser investigada inmediatamente. Son importantes para garantizar la seguridad del paciente, pero son menos útiles para medir el desempeño global de una institución.

Los sucesos centinela se caracterizan por una baja probabilidad de ocurrencia y una alta probabilidad de ser atribuibles a un fallo en la atención y por tanto deben tener una excelente validez.⁵³

En ocasiones se distingue entre “evento centinela” e “indicador centinela”. Un evento centinela es el suceso propiamente dicho y el indicador centinela es el que resume información de eventos considerados centinela. Por ejemplo: el número de muertes maternas por número de partos ocurridos en un período se considera un *indicador centinela*, pero el suceso o evento centinela es la muerte materna.

Los indicadores de datos agrupados (continuos o basados en tasas) son los que miden el desempeño basándose en eventos que ocurren con cierta frecuencia. Son los más importantes para determinar el nivel de desempeño de una institución, detectar tendencias, hacer comparaciones con el desempeño pasado, con otras instituciones o con puntos de referencia establecidos.

Los programas de garantía de calidad de hospitales comúnmente proponen una lista de mediciones de resultados que suelen ser indicadores de datos agregados.

Nivel de satisfacción del usuario

Una temprana satisfacción del (la) usuario (a) ha sido “el estado cognitivo del usuario de una atención de salud recibida, debiendo ser adecuada (Howard y Sheth 1969; Hunt 1979) citado en Tejada 2000. Ello a su vez, afirma que la satisfacción implica cubrir la necesidad, placer, expectativas de interacción de comportamiento, evaluación de la experiencia del consumo de la compra o atención de salud y la evaluación de los beneficios del consumo de usuarios de los establecimientos de salud.^{48,55}

La noción de que calidad de servicio recibido (atención de salud), según como lo perciben los consumidores o usuarios, en este caso, las adolescentes embarazadas, brota de una comparación de sus expectativas sobre los servicios que ellas recibieren con sus percepciones sobre el comportamiento de las instituciones que proveen servicios

(servicios de salud). De acuerdo con esto, la calidad percibida del servicio es el grado y dirección de la discrepancia entre las percepciones y las expectativas de los consumidores; mientras las percepciones sean mejores que las expectativas, será más alto el nivel de la calidad percibida del servicio.⁵⁵

B. La Adolescencia

La OMS (2010) define la adolescencia como el “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años de edad. La adolescencia es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud; pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.^{56, 57,58,59}

A la adolescencia se la divide generalmente en tres etapas:

Entre los 10 y 13 años de edad, *Adolescencia Temprana que*, biológicamente, es el *período peripuberal*, con grandes cambios corporales y funcionales. Psicológicamente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales, entre otros.^{58,59}

De los 14 a 16 años se considera a la *Adolescencia media* o adolescencia propiamente dicha; en realidad, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares; comparte valores propios y conflictos con ellos; es considerada como la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.^{58,59}

Entre los 17 a 19 años se considera *la Adolescencia tardía*, suelen acercarse nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales, etc. Es interesante resaltar las características de estas etapas de la adolescencia, con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar las actitudes y comprenderlas especialmente durante un embarazo, a sabiendas de que: *“una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”*.^{58,59}

Embarazo en la adolescencia

Se lo define como: *“el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”*.⁶⁰

La *“tasa de fecundidad adolescente (TFA)”* ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la *“tasa de fecundidad general (TFG)”*, condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.^{60,61}

Actitudes de la adolescente ante la maternidad.

El embarazo representa una crisis que se sobrepone a la crisis de la adolescencia; comprende profundos cambios somáticos y psicosociales. Por lo general, este embarazo no es planificado; por tanto, la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social, pero, sobre todo, de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. Así en la *adolescencia temprana*, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal; se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales, mas no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Y si, como ocurre muchas veces, es un embarazo por abuso sexual la situación se complica mucho más, se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja, aunque ella exista realmente; no identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen responsabilidades.⁶⁰

Mientras que, en la *adolescencia media*, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado como *exhibicionismo*, es frecuente que “*dramaticen*” la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizando como “*poderoso instrumento*” que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto, pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud capacitado podrán desempeñar un rol maternal.^{60,63}

Y en la *adolescencia tardía*, luego de los 18 años, el embarazo constituye el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja. La crianza del hijo, por lo general, no tiene muchos inconvenientes; entonces, si es realmente una adolescente

aún, necesitará mucha ayuda del equipo sanitario; en cuyo caso el tema se aborda desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida. Las complicaciones psicosociales que suelen presentarse en estas adolescentes embarazadas son los problemas como la deserción escolar.^{60,63}

Además, la baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general.⁶⁴

La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción escolar como señalaron las adolescentes en un estudio de Molina M, Ferrada C, Pérez R. Chile 2004, citado en la Rev. Ped. Elec. 2008. Vol 5, N° 1. ISSN.^{65,66}

La mayoría de las adolescentes no planea embarazarse, pero muchas lo hacen. Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el bebé. Con frecuencia, las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo y tienen mayor riesgo de [hipertensión arterial](#) y sus complicaciones durante el embarazo. Los riesgos para el bebé incluyen [partos prematuros](#) y niños con poco peso al nacer.

Políticas y programas de salud del adolescente

Las bases políticas de los programas de adolescentes surgieron de eventos e iniciativas de gran trascendencia así, *La Cumbre Mundial a favor de la infancia*, que, en la

Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del niño (Naciones Unidas 1990), se manifestó en favor del crecimiento y desarrollo del Niño, desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia. La Declaración resaltó la excesiva mortalidad anual de las madres jóvenes en el mundo. La *Organización Mundial de la Salud*, que en los últimos años reiteradamente da singular importancia a la salud y el bienestar de los adolescentes ha señalado la necesidad de asignar una alta prioridad a los programas dirigidos, a su fomento y restablecimiento, así como a la prevención de enfermedades.^{66,67}

- La *Organización Panamericana de la Salud (OPS)* se ha ocupado por el tema de la adolescencia, en los aspectos sociales y económicos, así como de las implicaciones sobre los servicios y promoción de salud. En la 36ª reunión del Consejo Directivo de la OPS (1992) se aprobó el plan de acción sobre la salud integral de los adolescentes en las Américas. En ese sentido, el Consejo Directivo emitió la resolución CD 36.18, a través de la cual se instó a los gobiernos a cumplir con una serie de recomendaciones pendientes relacionadas con el establecimiento de iniciativas nacionales de salud integral de los adolescentes.^{68,69}

En el ámbito nacional

El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, aprobado el 14 de abril de 2012, así como El Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo 2012-2021, elaborado en el 2011 -que aún no ha sido aprobado, plantean una atención integral de las y los adolescentes y la reducción en 20% la prevalencia del embarazo adolescente.^{68,69}

Los Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral (ESI), plantean el reto de universalizar la Educación Sexual Integral desde la infancia. Este documento aprobado en el año 2008 por el Ministerio de Educación, contiene las orientaciones de política para todas las instancias del Ministerio de Educación.^{70,71}

1.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- ✓ Adolescencia. La OMS (2012) lo define cronológicamente como el grupo humano comprendido entre los 10 y 19 años de edad. Es el período de transición entre la niñez y la adultez que abarca no solo los fenómenos biológicos con la adquisición de la capacidad reproductiva (pubertad), sino además los eventos psicológicos, sociales y culturales necesarios para que el joven sea independiente y autosuficiente.^{70,72}
- ✓ Embarazo en adolescentes: Es el proceso de gestación en una mujer cuya edad se encuentra entre los 10 y 19 años.^{61,73,74}
- ✓ Calidad de atención en los establecimientos de Salud. Consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en forma tal que maximice los beneficios de la salud de la población sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo con los requerimientos del paciente más allá de lo que éste puede o espera. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. La calidad implica constancia, consistencia y adecuación de las necesidades del cliente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio.^{75,76}

- ✓ Capacidad Resolutiva. Es el nivel de suficiencia que tiene un establecimiento de salud para responder en forma oportuna, integral y con calidad a una demanda de atención de salud, lo cual le permite diagnosticar y dar tratamiento adecuado a un determinado grado de complejidad del daño.²⁴

- ✓ Control de la calidad. Abarca las técnicas y actividades de carácter operativos utilizados en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad; es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas.^{77, 78, 79}

- ✓ Estándar de calidad. Se asume al estándar como un conjunto de expectativas explícitas, predeterminadas por una autoridad competente, que describe el nivel aceptable de rendimiento de una organización.⁴⁸

- ✓ Estándar de Estructura. Nivel deseado sobre aspectos organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asignada: asistencial, rehabilitación o de promoción de salud y prevención de la enfermedad. Son los requerimientos específicos de personal, las políticas, planes, normas, procedimientos, equipo, local, muebles, materiales insumos que sean necesarios para la entrega de servicios.²⁴

- ✓ Estándar de Proceso: Nivel deseado sobre todos los pasos que se realizarán para desarrollar la labor asistencial, rehabilitadora o de promoción de salud y prevención de la enfermedad. Tienen como propósito reducir las variaciones no deseadas en la entrega de servicios clínicos, técnicos de apoyo y administrativos.²⁴

- ✓ Estándar de Resultado. Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado resultado en salud. Son aquellos que representan los niveles óptimos de salud que se esperan como resultado de los servicios que el sistema proporciona.²⁴
- ✓ Satisfacción. Significa la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por los propios usuarios y por la población en general.^{48,78,79}
- ✓ Satisfacción del usuario. La definición es muy sencilla, el usuario está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas son cubiertas o excedidas.^{78,80}
- ✓ Estándar de Estructura. Nivel deseado sobre aspectos organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asignada: asistencial, rehabilitación o de promoción de salud y prevención de la enfermedad. Son los requerimientos específicos de personal, las políticas, planes, normas, procedimientos, equipo, local, muebles, materiales insumos que sean necesarios para la entrega de servicios.²⁴
- ✓ Estándar de Proceso: Nivel deseado sobre todos los pasos que se realizarán para desarrollar la labor asistencial, rehabilitadora o de promoción de salud y prevención de la enfermedad. Tienen como propósito reducir las variaciones no deseadas en la entrega de servicios clínicos, técnicos de apoyo y administrativos.^{24, 81,82}
- ✓ Estándar de Resultado. Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado resultado en salud. Son aquellos que representan los niveles óptimos de salud que se esperan como resultado de los servicios que el sistema proporciona.^{24, 81,82}

- ✓ Percepción. De acuerdo con el Diccionario Webster's, la percepción es “una sensación física interpretada a la luz de la experiencia, una cognición rápida, aguda e intuitiva”. En el ámbito del servicio al usuario, la percepción es dominante. Cómo se sienten los usuarios respecto del servicio que les proporciona es muy importante, es la base para establecer la credibilidad en toda su organización.^{48, 83}

- ✓ Funciones Obstétricas. Son actividades que están relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado en el proceso de gestación, de acuerdo con el nivel de complejidad de los establecimientos de salud y de acuerdo al rol que cumplen en el sistema de salud local.²⁴

- ✓ Funciones Obstétricas Primarias (FOP). Comprende las actividades en el área materna que no pueden dejar de realizar aquellos establecimientos de salud que cuentan con personal técnico de salud, generalmente brindan atención de 12 horas y eventualmente de 24 horas. No cuentan con sala de partos, laboratorio, área para atención inmediata del recién nacido y hospitalización (mayormente puestos de salud).²⁴

1.5 HIPÓTESIS

Respondiendo al problema formulado se plantea la siguiente hipótesis.

La calidad de atención de las adolescentes embarazadas en los establecimientos del Ministerio de Salud de la ciudad de Cajamarca es MALA, en relación a sus tres componentes: estructura, proceso y resultado.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Tipo de investigación. El diseño de la investigación fue transversal, con enfoque cuantitativo. Es una investigación descriptiva, analítica porque se determinó y analizó las características de los componentes de la calidad de atención relacionado con la estructura y proceso tomando en cuenta la atención a las adolescentes embarazadas, así como se determinó y analizó los resultados reflejados en la satisfacción de la atención recibida.

2.2 Población y muestra

2.2.1. Población

La población estuvo constituida por el promedio de las adolescentes embarazadas atendidas durante tres años, en los establecimientos del Ministerio de Salud de la ciudad de Cajamarca: Centro de Salud (C.S) Pachacutec, Puesto de salud (PS). Atahualpa, PS. Simón Bolívar, P.S. Samana Cruz, C.S Magna Vallejo, PS Micaela Bastidas, PS La Tullpuna.



N = 700 adolescentes atendidas

2.2.2. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 N p q}{E^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

Donde:

N = Tamaño de Población.= 700

**Z = Unidad de error estándar con un nivel de confianza de 95 %
=1,96**

p = Probabilidad de que se dé un servicio excelente = 0,10

q = 1-p=0,90

E = error muestral = 0,054= 5,4%

n = 101 adolescentes embarazadas

Se seleccionaron a todas las adolescentes que asistieron a los mencionados establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca, para su control prenatal, durante los meses de diciembre de 2008 y enero de 2009 , que estuvieron de acuerdo con participar en el estudio.

La selección de las adolescentes embarazadas fue en orden de llegada a los establecimientos para su respectivo control prenatal.

2.2.3. Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas que llegaron para su control pre-natal, atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud de la ciudad de Cajamarca: C.S Pachacutec, P.S. Atahualpa, P.S. Simón Bolívar, P.S. Samana Cruz, C.S Magna Vallejo, P.S. Micaela Bastidas, P.S. La Tullpuna.

- Las adolescentes que tuvieron voluntad de participar en el estudio.

2.2.4. Unidad de análisis

Fue cada adolescente embarazada atendida en los establecimientos de Salud del Ministerio de Salud de la ciudad de Cajamarca y que conformó la muestra de estudio.

Y cada Establecimiento de salud donde se atendieron las adolescentes embarazadas.

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- a. Entrevistas. Dirigidas a las adolescentes embarazadas para obtener sus testimonios y para la aplicación de las encuestas sobre su satisfacción de la atención recibida.

- b. Encuesta demográfica y de satisfacción. La encuesta se conformó de dos partes:

La primera parte, para determinar las características bio-psicosociales de las adolescentes en estudio. (Anexo 2), consta de 10 preguntas, las primeras cuatro se refieren a los datos que se derivaron del estado de salud de la adolescente embarazada. Las demás preguntas permitieron recoger datos de identificación de la muestra.

La segunda parte, con el objeto de determinar la **Satisfacción** percibida por las adolescentes embarazadas referente a la atención recibida durante el control prenatal, consta de 11 preguntas cerradas establecidas en el documento del MINSA (2007) sobre estándares e indicadores de **RESULTADO**. (Anexo 2.1).

Las preguntas se refirieron al tiempo de espera (trámites para recibir la atención). Se otorgó un puntaje de escala:

D = 0 (Demorado)

Re = 1 (Regular)

R = 2 (Rápido).

Otras preguntas, referente a la información que brindó el personal de salud si responde:

Si = se dio un valor de 2 puntos,

No = 0 puntos;

Sobre el trato y privacidad que recibió por parte del personal de salud. Se consideró la escala

M (Malo) = 0

R (Regular) = 1

B (Bueno) = 2.

Así mismo, sobre la limpieza tanto del consultorio como de los servicios higiénicos, se usó la misma escala:

M (Malo) = 0

R (Regular) = 1

B (Bueno) = 2.

Igualmente, preguntas sobre la calidad de servicio que se brindó en farmacia y laboratorio.

M (Malo) = 0,

R (Regular) = 1,

B (Bueno) = 2.

- c. Formato o instrumento de recolección de datos.** Se utilizó el formato de evaluación de las funciones obstétricas y neonatales primarias establecido por el MINSA (2007), para el registro de la evaluación de las historias clínicas. Permitió recoger los datos de las 15 actividades concernientes al estándar de **PROCESO** es decir a la atención prenatal de la adolescente embarazada.

Estándar: Toda adolescente embarazada, en la primera atención prenatal que se le realizó y registró en la historia clínica (HCL) las actividades de acuerdo a la norma.

Indicador: Porcentaje de gestantes a quienes en su primera atención prenatal se les realizaron y registraron en la historia clínica las actividades de acuerdo a la norma, instructivo: (Anexo 4.1)

- d. Observación y registro.** Se realizó la observación de los recursos existentes (equipos, materiales) en los respectivos servicios o ambientes del establecimiento de salud (Consultorio de la Mujer).

Se realizó la constatación física de cada uno de los ítems, consignados en el formato para los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales primarias (FONP) ²⁴ que se detallan en la directiva sanitaria para la evaluación de las funciones obstétricas en los establecimientos de salud (RM

1001-2005/MINSA), utilizando el formato correspondiente. (Anexos: 3, 3-1 y 6), lo cual permitió verificar el estándar de ESTRUCTURA, componente de la calidad.

Se otorga un puntaje según los recursos disponibles en el consultorio pertinente.

En estos formatos se anota:

Con “1” si el recurso existe y está operativo,

Con “2” si el recurso no existe y

Con “0” si el recurso existe, pero no está operativo.

Estos datos fueron digitados en el aplicativo FONP y se obtuvo el reporte “Resumen general por grupo FONP” en donde se constató la capacidad resolutive del establecimiento en relación a recursos.²⁴

Con este reporte se evaluó el porcentaje de recursos con que cuenta cada establecimiento de salud para realizar las actividades de las FONP:²⁴

- a. Consulta pre-natal primaria.
- b. Atención de la hipertensión inducida por el embarazo (HIE)
- c. HIE moderada/ severa, eclampsia (DER)
- d. Atención de la hemorragia leve.

2.4. Consideraciones Éticas

En el presente estudio se tuvo en cuenta aspectos básicos y fundamentales de la ética como:

Respeto al principio de beneficencia de la investigación que estuvo referido al aporte del conocimiento de los aspectos sobre la calidad de atención del embarazo en adolescentes atendidas en establecimientos de salud del MINSA de la ciudad de

Cajamarca, y se tuvo en cuenta para las sugerencias y reorientación de la calidad de atención.

Con el consentimiento informado de los propósitos y fines del estudio, respetamos el principio de autonomía y la dignidad de las adolescentes embarazadas seleccionadas en su decisión de participar voluntaria y libremente.

El principio de no maleficencia, *Primum non nocere* “primero no hacer daño”, lo cual se aplicó durante todo el proceso del estudio garantizándose la confidencialidad de la información vertida por la adolescente. (Anexo 5).

2.5. Capacitación:

Se realizó la capacitación de diez estudiantes e internos de enfermería quienes participaron en la recolección de la información pertinente. Participaron en primer lugar en una prueba de campo aplicando los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos.

2.6. Procesamiento y análisis de la información

- Una vez recogida la información útil se sometió a un proceso de consistencia manual; luego de corregir los errores se almacenó para su procesamiento electrónico utilizando los paquetes estadísticos Epi Info 6.04 y SPSS. Versión 18.0
- El resumen de los datos se presenta en tablas y gráficos que contienen la información de acuerdo al requerimiento del estudio.
- En cuanto al control de calidad de datos: Se consideró “El criterio de Expertos” para determinar la validez del instrumento.

- Se utilizaron los estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos de salud que cumplen funciones obstétricas y neonatales primarias (FONP), establecidos en el Documento Técnico del MINSA 2007.
- Igualmente, se utilizaron las técnicas de estadística descriptiva como las medidas de rango y tendencia central. Los resultados fueron analizados de modo cuantitativo y cualitativo los cuales, a su vez, son presentados de acuerdo con las variables estudiadas y con el problema de investigación para facilitar su interpretación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

TABLA 1. Características socio-demográficas de las adolescentes embarazadas atendidas en los establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.

Zona de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	30	29,7
Urbana marginal	65	64,4
Rural	6	5,9
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	2	2,0
Conviviente	75	74,3
Separada	24	23,8
Edad	Frecuencia	Porcentaje
14 años	2	2,0
15 años	6	5,9
16 años	15	14,9
17 años	24	23,8
18 años	34	33,7
19 años	20	19,8
Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	3	3,0
Primaria incompleta	10	9,9
Primaria completa	14	13,9
Secundaria incompleta	25	24,8
Secundaria completa	49	48,5
Deserción escolar	Frecuencia	Porcentaje
SI	35	34,7
No	66	65,3
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	42	41,6
Empleada doméstica	31	30,7
Comerciante	3	3,0
Estudiante	10	9,9
Otra	15	14,9
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	91	90,1
Evangélica	10	9,9
Total	101	100,0

Las adolescentes del estudio, según la Tabla 01 presentan las siguientes características socio demográficas:

Mayormente son de zona urbano marginal (64,4%) y como es de esperar el 74,3% son convivientes, más del 50% se encuentra entre 17 y 18 años de edad y además no ha culminado su educación secundaria, lo cual las lleva mayormente a ser amas de casa (41,6%). Un alto porcentaje (90,1%) profesa la religión católica.

TABLA 2. Características de salud de las adolescentes embarazadas atendidas en los establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.

Tipo de usuaria	Frecuencia	Porcentaje
Nueva	49	48,5
Continuadora	49	48,5
Reingreso	3	3,0
Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual a 20 semanas	20	19,8
De 21 a 27 semanas	26	25,7
De 28 a menos de 37	34	33,7
De 37 a 41	21	20,8
Complicaciones en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Sí	15	14,9
No	86	85,1
Tipo de complicación	Frecuencia	Porcentaje
Sangrado Vaginal	4	4,0
Vómito excesivo	1	1,0
Fiebre	2	2,0
Hipertensión arterial	5	5,0
Pre eclampsia	1	1,0
Total de usuarias con complicación	15	14,9
Usuarias sin complicación	86	85,1
Total	101	100,0

En cuanto a las características de salud de las adolescentes embarazadas, el 48,5% de la muestra es continuadora en el servicio de salud y otra cifra igual refiere ser nueva, el mayor porcentaje (33,7%) se encuentra entre las 28 y 37 semana de gestación, la mayoría (85,1%) no tiene ninguna complicación, no obstante, de las que si presentan, la hipertensión arterial se encuentra en primer lugar (5%). Más de la mitad de las adolescentes (59,4%) se encuentra en edad gestacional entre 21 y 37 semana de gestación, lo cual reafirma el resultado anterior sobretodo las adolescentes continuadoras en los servicios de salud, es decir que por los meses de embarazo han tenido que recibir varios controles.

Referente a las complicaciones en el embarazo la Tabla muestra que gran porcentaje (85,1%) de las adolescentes, no las padecieron. Sin embargo, de las que si las padecieron la mayor complicación fue la relacionada con la hipertensión arterial, la cual es semejante con lo reportado por la OMS en su Nota Descriptiva N° 348 (2012), en la que se señala que el 80% de las complicaciones aparecen en el embarazo, parto o puerperio y que la complicación más importante después de las hemorragias e infecciones es la hipertensión arterial, y justamente las mujeres que corren mayor riesgo de padecerla son: primerizas menores de 20 años, o mayores de 35.

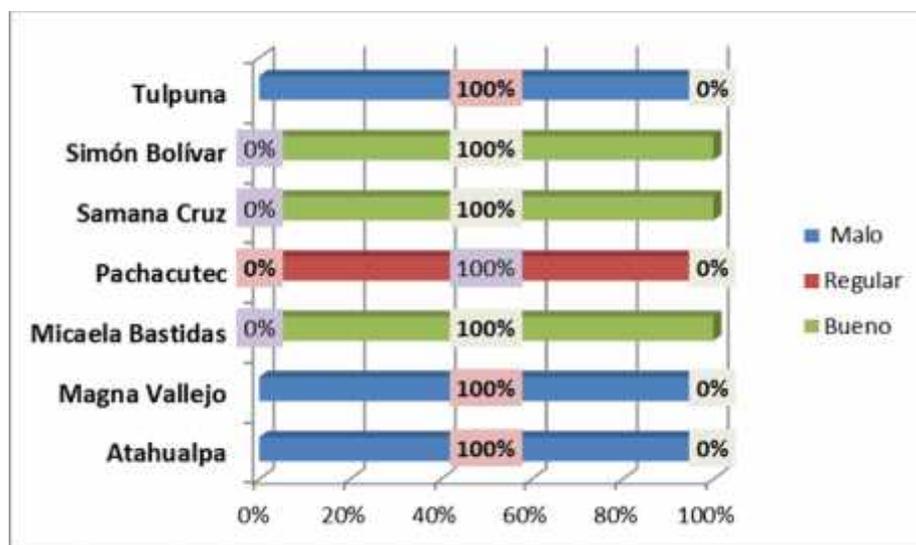
La hipertensión es un problema de salud en todo el mundo y constituye una de las tres primeras causas de muerte materna. Cada hora mueren en el mundo siete mujeres por trastornos relacionados con la hipertensión y embarazo. La hipertensión inducida por el embarazo (HIE), puede afectar, tanto los vasos sanguíneos como la facultad de coagulación de la sangre. Debido a ello, los riñones dejan de trabajar con normalidad y retienen líquido que se acumula en el cuerpo por lo que no llega suficiente sangre al útero lo que reduce la cantidad de oxígeno y alimento que recibe el bebé. Si no es tratada a tiempo, puede causar el retraso del crecimiento del bebé o incluso convulsiones, coma o muerte de la madre.

Hasta el ocho por ciento de las mujeres padece hipertensión durante el embarazo.^{84,85,86}

TABLA 3. Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Equipo 2008-2009.

Establecimiento de salud		Equipo			Total
		Malo	Regular	Bueno	
Atahualpa	Frecuencia	12	0	0	12
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Magna Vallejo	Frecuencia	15	0	0	15
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Micaela Bastidas	Frecuencia	0	0	10	10
	%	0,0	0,0	100,0	100,0
Pachacutec	Frecuencia	0	17	0	17
	%	0,0	100,0	0,0	100,0
Samana Cruz	Frecuencia	0	0	12	12
	%	0,0	0,0	100,0	100,0
Simón Bolívar	Frecuencia	0	0	15	15
	%	0,0	0,0	100,0	100,0
Tulpuna	Frecuencia	20	0	0	20
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Total	Frecuencia	47	17	37	101
	%	46,5	16,8	36,6	100,0

GRÁFICO 1. Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Equipo 2008-2009.



En lo que respecta a las características del estándar de calidad: Estructura.- EQUIPO, tres establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca califican con equipo malo esto evidencia que no cuenta con el equipo para la atención de salud a las adolescentes embarazadas. Estos establecimientos son: Tulpuna, Magna Vallejo y Atahualpa; sin embargo, otros tres califican con equipo bueno: Simón Bolívar, Samana Cruz y Micaela Bastidas; es decir sus recursos existen y se encuentran operativos.

Son muchas las intervenciones practicadas para mejorar la calidad de atención en los establecimientos del MINSA relacionado a la implementación con equipos; sin embargo, hoy estamos en condiciones de decir que es el único problema de salud pública y de derechos humanos cuya solución está relacionada con la prestación directa de servicios.⁸⁹

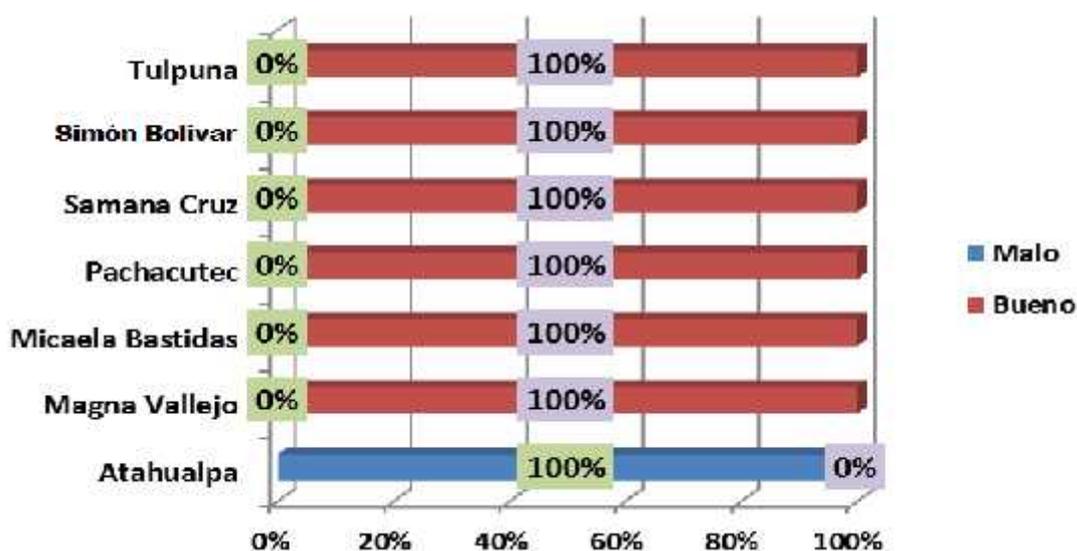
Además, la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente considera algunas disposiciones específicas, donde refiere que el componente de organización para la atención integral de las (os) adolescentes, debe comprender un sistema que implique procesos y acciones orientados a la oferta de prestaciones según las necesidades de las y los adolescentes, además que debe contemplar: La organización de recursos humanos, servicios e infraestructura (la disponibilidad y ordenamiento de los ambientes, mobiliario, **equipos**, materiales e insumos para la atención intra y extramural, flujos y horarios de atención, y la disponibilidad de documentos de gestión, normas técnicas, guías clínicas, entre otros.⁷³

Sin embargo, en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Cajamarca no se cumple a cabalidad tanto en lo que respecta a recursos humanos, servicios, infraestructura, entre otros, probablemente sea por el insuficiente presupuesto asignado. Como se conoce el presupuesto asignado al sector Salud en el Perú es apenas del 4% del PBI, lo cual se refleja necesariamente de manera negativa en los servicios de salud de todo el país, como en los servicios de salud de Cajamarca.

TABLA 4. Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Instrumental 2008-2009.

Establecimiento de salud		Instrumental		Total
		Malo	Bueno	
Atahualpa	Frecuencia	12	0	12
	%	100,0	0,0	100,0
Magna Vallejo	Frecuencia	0	15	15
	%	0,0	100,0	100,0
Micaela Bastidas	Frecuencia	0	10	10
	%	0,0	100,0	100,0
Pachacutec	Frecuencia	0	17	17
	%	0,0	100,0	100,0
Samana Cruz	Frecuencia	0	12	12
	%	0,0	100,0	100,0
Simón Bolívar	Frecuencia	0	15	15
	%	0,0	100,0	100,0
Tulpuna	Frecuencia	0	20	20
	%	0,0	100,0	100,0
Total	Frecuencia	12	89	101
	%	11,9	88,1	100,0

GRÁFICO 2. Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Instrumental 2008-2009.



En cuanto a la tenencia y calidad de instrumental, el 88,1% de los establecimientos de salud cuenta con ello y además están operativos, por tanto, califica como bueno; sólo un establecimiento de salud (Atahualpa) no cuenta con instrumental suficiente por tanto califica como malo para ofrecer una atención pre natal de calidad a las adolescentes embarazadas.

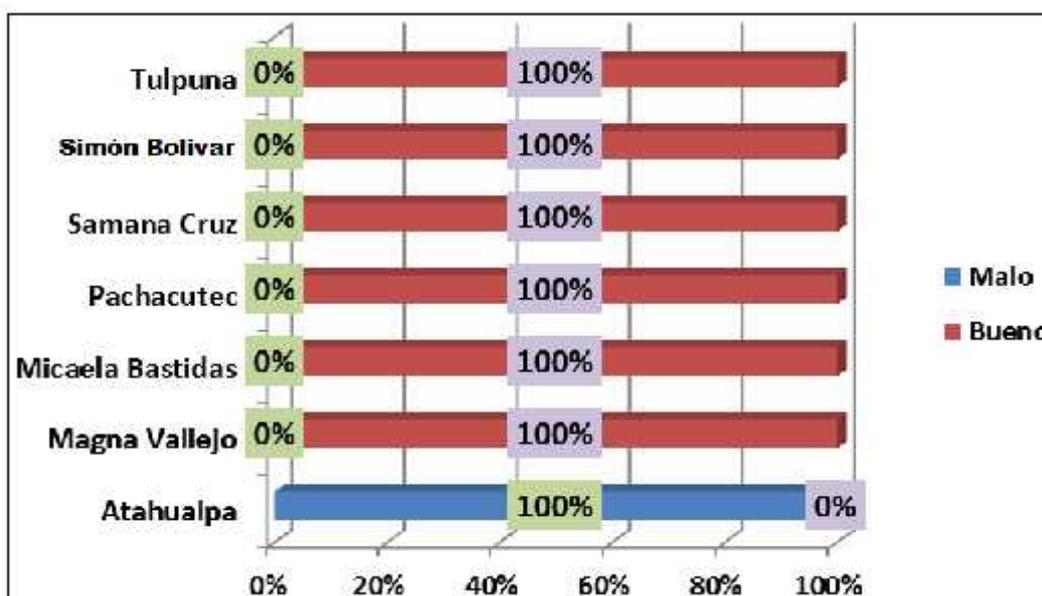
Según el Proyecto Salud y Nutrición Básica, 1999. La ausencia de la calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir como es la poca disponibilidad presupuestaria que genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos, material instrumental, entre otros.⁵²

Los establecimientos de salud, independientemente del nivel de complejidad deben disponer de equipos, materiales e insumos básicos e indispensables para ofrecer atención integral de salud de calidad a las (os) adolescentes. De acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento, el servicio debe disponer además de otros materiales y equipos necesarios para brindar una adecuada atención, por el contrario, la escasa tenencia de instrumental para la atención pone en riesgo la salud de las adolescentes embarazadas enfrentándolas a graves problemas de salud e incluso la muerte.

TABLA 5. Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Material fungible 2008-2009.

Establecimiento de salud		Material Fungible		Total
		Malo	Bueno	
Atahualpa	Frecuencia	0	12	12
	%	0,0	100,0	100,0
Magna Vallejo	Frecuencia	0	15	15
	%	0,0	100,0	100,0
Micaela Bastidas	Frecuencia	0	10	10
	%	0,0	100,0	100,0
Pachacutec	Frecuencia	0	17	17
	%	0,0	100,0	100,0
Samana Cruz	Frecuencia	0	12	12
	%	0,0	100,0	100,0
Simón Bolívar	Frecuencia	15	0	15
	%	100,0	0,0	100,0
Tulpuna	Frecuencia	0	20	20
	%	0,0	100,0	100,0
Total	Frecuencia	15	86	101
	%	14,9	85,1	100,0

GRÁFICO 3. Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Material fungible 2008-2009.



La tabla y el gráfico muestran que el único establecimiento que no cuenta con material fungible (estándar de calidad - estructura) satisfactorio, es Simón Bolívar calificándose efectivamente como malo. Los demás se califican como bueno, para la atención prenatal de las adolescentes embarazadas.

Donabedian, especifica que la calidad de atención en salud se basa en ofrecer un servicio de acuerdo con los requerimientos del paciente, más allá de lo que éste espera; también es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. Implica constancia de propósito, consistencia y adecuación de las necesidades del cliente, incluidos la necesidad y el costo del servicio. Es decir, el servicio que reúne los requisitos establecidos y dados los conocimientos y recursos de que se dispone, satisfacción de las aspiraciones de obtener el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos para la salud y bienestar de los pacientes. Por consiguiente, una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional,

la eficiencia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los pacientes y un efecto favorable en la salud.⁴⁸

La oferta de servicios, en los establecimientos de salud de los niveles; 1-1, 1-2, 1-3, 1-4 (como los del estudio) debe estar constituida por los recursos humanos, infraestructura, equipamiento, aspectos tecnológicos y financieros que organizados adecuadamente, deben solucionar las necesidades de salud de la población (de adolescentes embarazadas). Los criterios para la existencia, crecimiento y/o desarrollo de la oferta deben surgir de las necesidades de salud y deben satisfacerla cualitativa y cuantitativamente; estas razones son suficientes para los responsables puedan gestionar oportuna y adecuadamente dicho material fungible.

TABLA 6. Establecimientos de salud según de la ciudad de Cajamarca características de Estructura: Ropa disponible 2008-2009.

Establecimiento de salud		Ropa Disponible		Total
		Malo	Bueno	
Atahualpa	Frecuencia	0	12	12
	%	0,0	100,0	100,0
Magna Vallejo	Frecuencia	0	15	15
	%	0,0	100,0	100,0
Micaela Bastidas	Frecuencia	0	10	10
	%	0,0	100,0	100,0
Pachacutec	Frecuencia	0	17	17
	%	0,0	100,0	100,0
Samana Cruz	Frecuencia	12	0	12
	%	100,0	0,0	100,0
Simón Bolívar	Frecuencia	0	15	15
	%	0,0	100,0	100,0
Tulpuna	Frecuencia	0	20	20
	%	0,0	100,0	100,0
Total	Frecuencia	12	89	101
	%	11,9	88,1	100,0

Respecto a la ropa disponible para la atención prenatal a las adolescentes embarazadas, seis (88,1%) establecimientos si cuentan con ropa disponible, calificándose como bueno, inversamente el establecimiento de salud Samana Cruz no dispone de ropa para la atención de calidad a las adolescentes embarazadas y califica como malo.

La disponibilidad de la ropa, también es un aspecto importante que debe tomarse en consideración para determinar la calidad con que se presta la atención a los usuarios en los establecimientos de salud. Además, permitirá elaborar juicios de valor en relación con las acciones desarrolladas por el personal, satisfaciendo con ello las necesidades mínimas indispensables para otorgar servicios de buena calidad a los (as) usuarios (as) de los mismos.

Es tan indispensable la ropa que debe usar el usuario como la del personal de salud quien debe tener una ropa de trabajo (uniforme) que sólo sea usada dentro del establecimiento y de ninguna manera fuera de el, por lo que es recomendable guardarse en roperos distintos.

Además, para áreas como sala de partos y otras áreas restringidas, el personal de salud debe contar con vestimenta especial que sólo debe ser utilizado en dichas áreas y de ninguna manera en otros ambientes del establecimiento.

La ropa utilizada tanto por el personal como por los(as) usuarios(as) se clasificará en ropa sucia y ropa contaminada, según haya o no tenido contacto con fluidos corporales u objetos contaminados y deben recibir un tratamiento diferenciado.

Las ropas usadas, deben recogerse separadamente en bolsas plásticas de distinto color, respetando el código de colores, con rótulos indicando el tipo de ropa y utilizando el sistema de doble embolsado para ropa contaminada.

Lo que comúnmente se observa es que el personal de la mayoría de los establecimientos de salud, permanece en su centro laboral con la misma ropa con que realiza otras actividades en lugares ajenos al establecimiento de salud, exponiendo la salud de los y las usuarios (as), así como su propia salud.

TABLA 7. Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Set de partos 2008-2009.

Establecimiento de salud		Set de partos		Total
		Malo	Bueno	
Atahualpa	Frecuencia	12	0	12
	%	100,0	0,0	100,0
Magna Vallejo	Frecuencia	0	15	15
	%	0,0	100,0	100,0
Micaela Bastidas	Frecuencia	0	10	10
	%	0,0	100,0	100,0
Pachacutec	Frecuencia	0	17	17
	%	0,0	100,0	100,0
Samana Cruz	Frecuencia	0	12	12
	%	0,0	100,0	100,0
Simón Bolívar	Frecuencia	0	15	15
	%	0,0	100,0	100,0
Tulpuna	Frecuencia	0	20	20
	%	0,0	100,0	100,0
Total	Frecuencia	12	89	101
	%	11,9	88,1	100,0

Respecto al beneficio de set de partos, de los siete establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca, seis si cuentan con ello para la atención de las adolescentes embarazadas, calificándose como bueno. El que no cuenta con ello es el establecimiento de salud Atahualpa, evaluándose como malo. Como es de saber es muy importante y necesario que todos los establecimientos cuenten con un Set de Parto, como medida de emergencia, por cuanto en cualquier momento se puede presentar el parto inminente en las adolescentes embarazadas y el hecho de no tenerlo podría agravar su situación de salud de estas adolescentes e inclusive enfrentándolas con la muerte.

Los consultorios de atención a la mujer, se deben encontrar suficientemente equipados para el monitoreo y la atención a las gestantes adolescentes, sobre todo, de acuerdo con las normas establecidas, respetando las costumbres de la gestante. Dada la importancia de este servicio, los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales primarias (FONP) deben contar con el 100% de los equipos e instrumentales básicos operativos para uso exclusivo del servicio, como: sets de parto y episiotomía que se usa durante el parto inminente de las adolescentes, para el corte del cordón umbilical y otros procedimientos pertinentes para la evaluación obstétrica adecuada, de esta manera brindar una atención oportuna.²⁴

TABLA 8. Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Estructura: Soluciones químicas 2008-2009.

Establecimiento de salud		Soluciones			Total
		Malo	Regular	Bueno	
Atahualpa	Frecuencia	0	0	12	12
	%	0,0	0,0	100,0	100,0
Magna Vallejo	Frecuencia	0	0	15	15
	%	0,0	0,0	100,0	100,0
Micaela Bastidas	Frecuencia	0	0	10	10
	%	0,0	0,0	100,0	100,0
Pachacutec	Frecuencia	0	17	0	17
	%	0,0	100,0	0,0	100,0
Samana Cruz	Frecuencia	12	0	0	12
	%	100,0	0	0	100,0
Simón Bolívar	Frecuencia	0	0	15	15
	%	0,0	0,0	100,0	100,0
Tulpuna	Frecuencia	0	0	20	20
	%	0,0	0,0	100,0	100,0
Total	Frecuencia	12	17	72	101
	%	11,9	16,8	71,3	100,0

En la presente tabla se evidencia que cinco establecimientos de salud cuentan con soluciones necesarias para brindar atención a las embarazadas adolescentes, en el establecimiento Pachacutec si se cuenta, pero en condición regular, lo cual no permite brindar una atención apropiada. Mientras que en el establecimiento de Samana Cruz no se cuenta con este recurso.

La Carta de Derechos reconoce las necesidades de los proveedores; las principales son: a) capacitación y orientación técnica actualizada, b) **suficiente disponibilidad de materiales**, c) infraestructura sólida, y d) la posibilidad de obtener comentarios y sugerencias de los clientes y de otros proveedores de atención, así como de los gerentes y supervisores.⁴

La capacidad que tiene la oferta de servicios de salud (capacidad resolutive) involucra también contar con suficientes soluciones químicas para una atención apropiada y satisfacer las necesidades de salud de la población.

TABLA 9. Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según Características de Estructuras: Farmacia 2008-2009.

Establecimiento de salud		Farmacia		Total
		Malo	Bueno	
Atahualpa	Frecuencia	0	12	12
	%	0,0	100,0	100,0
Magna Vallejo	Frecuencia	0	15	15
	%	0,0	100,0	100,0
Micaela Bastidas	Frecuencia	0	10	10
	%	0,0	100,0	100,0
Pachacutec	Frecuencia	0	17	17
	%	0,0	100,0	100,0
Samana Cruz	Frecuencia	12	0	12
	%	100,0	0,0	100,0
Simón Bolívar	Frecuencia	0	15	15
	%	0,0	100,0	100,0
Tulpuna	Frecuencia	20	0	20
	%	100,0	0,0	100,0
Total	Frecuencia	32	69	101
	%	31,7	68,3	100,0

Esta tabla evidencia que, el 68,3 % de los establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca cuentan con el servicio de Farmacia para la atención prenatal de las adolescentes embarazadas, calificándose como bueno. Observándose de manera diferenciada, los establecimientos de la Tulpuna y Samana Cruz (31,7%) no cuentan con el servicio de calidad de farmacia, por lo cual se lo evalúa como malo, repercutiendo negativamente en la atención de salud y por ende en el estado de salud de las adolescentes embarazadas.

Las características fundamentales del Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad (MAISBFC). Considera ... La organización de los servicios en redes de salud y que asegure la complementariedad e integralidad de la atención que requieren las necesidades de salud sentidas y no sentidas, que garantice la continuidad de la atención, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada. Por lo que, los responsables de la gestión de los establecimientos de salud deben implementar adecuada y convenientemente todos los servicios incluyendo el de Farmacia con los requerimientos de medicamentos e insumos mínimos a fin de satisfacer las necesidades de las adolescentes embarazadas y de los usuarios en general.⁵⁰

Esta área funcional donde se realiza la dispensación de medicamentos e insumos, debe almacenar adecuadamente los medicamentos esenciales y contar con mobiliario y equipos para la conservación y expendio adecuado de los medicamentos e insumos. Así mismo tendrá la capacidad para atender los requerimientos de medicamentos e insumos de acuerdo al petitorio correspondiente a su complejidad, contribuyendo de esta manera para que se brinde una atención de calidad.⁵⁰

TABLA 10. Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según las características de Estructura: Equipo para esterilización 2008-2009.

Establecimiento de salud		Equipo para esterilización		Total
		Malo	Bueno	
Atahualpa	Frecuencia	0	12	12
	%	0,0	100,0	100,0
Magna Vallejo	Frecuencia	0	15	15
	%	0,0	100,0	100,0
Micaela Bastidas	Frecuencia	0	10	10
	%	0,0	100,0	100,0
Pachacutec	Frecuencia	0	17	17
	%	0,0	100,0	100,0
Samana Cruz	Frecuencia	12	0	12
	%	100,0	0,0	100,0
Simón Bolívar	Frecuencia	0	15	15
	%	0,0	100,0	100,0
Tulpuna	Frecuencia	0	20	20
	%	0,0	100,0	100,0
Total	Frecuencia	12	89	101
	%	11,9	88,1	100,0

En la tabla 10, se demuestra que el 88,1% de la muestra en estudio refiere contar con equipo para esterilización del material y/o equipos médicos y quirúrgicos del establecimiento mediante métodos físicos y agentes químicos. Encontrándose además que en el establecimiento de Samana Cruz (11,9%) no cuenta (adecuadamente) con este importante recurso para cubrir con las necesidades sanitarias de las adolescentes embarazadas.

Una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficiencia en la utilización de todos los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los pacientes y un efecto favorable sobre todo en la salud de las personas.⁴⁸

En este sentido, brindar una atención de calidad considera como elemento importante a la bioseguridad, por tanto, es un deber brindar los servicios de salud con garantía y seguridad.

La bioseguridad constituye el conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los usuarios y de la comunidad, frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos.

Si se tiene en cuenta el Estándar de estructura en relación a los laboratorios clínicos se observa que los establecimientos no cuentan con equipo de esterilización y con laboratorios clínicos para los respectivos análisis que se requiere para brindar una atención de calidad, lo cual consecuentemente conlleva a una atención perniciosa a las adolescentes embarazadas.

Los establecimientos de salud deben realizar los exámenes básicos en el primer control prenatal de la gestante consistentes en: Examen para VIH, grupo sanguíneo y factor (determinación del tipo de sangre de la gestante es importante para casos de transfusión de sangre por hemorragia, y diagnosticar otras enfermedades causadas por la incompatibilidad de tipos de sangre); RPR/VDRL (para el diagnóstico de gestantes con

sífilis para dar tratamiento y evitar el contagio y malformaciones en el bebé) . También se debe hacer examen de Glucosa (para diagnosticar si la madre tiene diabetes gestacional); hemograma (para descartar infección y anemia en la gestante) y examen completo de orina (la mayoría de gestantes presentan infecciones urinarias, que pueden resolverse o complicarse con sépsis de la madre y el bebe, asegurando así la salud de las gestantes).²³

En los establecimientos sanitarios de nuestro medio se envía a los usuarios al Hospital Regional de Cajamarca para efectuar dichos medios de diagnóstico, causando malestar e incomodidad, por el tiempo de espera, el traslado, etc. como así opinan las adolescentes embarazadas del estudio.

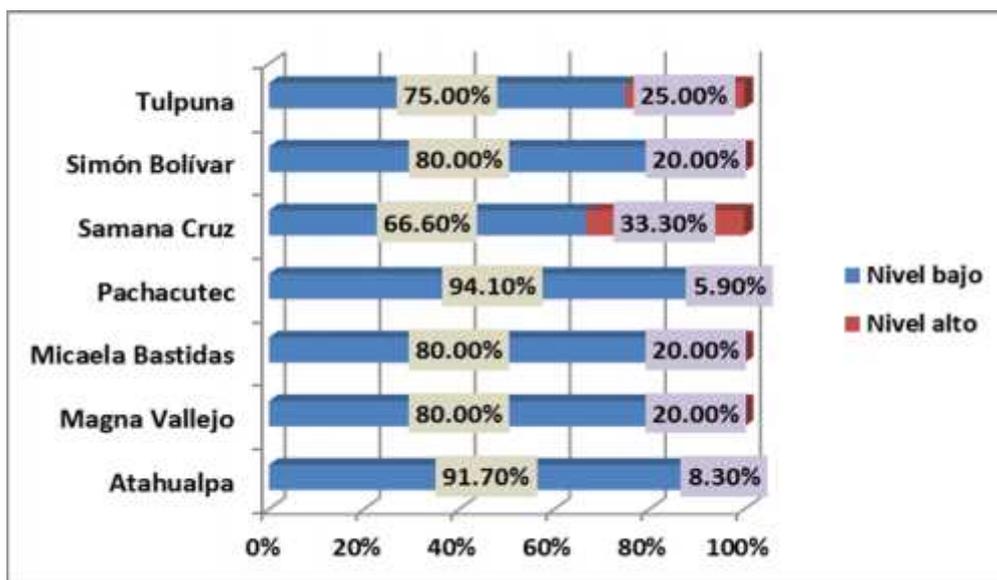
Respecto al Estándar de Estructura: Medios de transportes. Para la atención de salud de las adolescentes embarazadas, ninguno de los establecimientos cuenta con ello, lo cual es necesario para que las adolescentes embarazadas y sus familias puedan trasladarse y recibir la atención requerida, o inclusive para trasladarse en caso de una emergencia a un centro de mayor complejidad.

La mortalidad materna es un problema de salud pública que tiene muchas causales como de derechos humanos, equidad de género y de acceso a los establecimientos de salud, la mayor parte de las muertes de las gestantes se producen en lugares pobres y con poco acceso a los establecimientos de salud esto sucede en donde no existen medios de transporte ó el traslado se realiza en vehículos poco adecuados, originando mayor riesgo en la salud de las gestantes adolescentes y/o que los partos sean en lugares sin condiciones de bioseguridad.

TABLA 11. Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Proceso de calidad: Atención prenatal 2008-2009.

Establecimiento de salud		Atención prenatal		Total
		Nivel bajo	Nivel alto	
Atahualpa	Frecuencia	11	1	12
	%	91,7	8,3	100,0
Magna Vallejo	Frecuencia	12	3	15
	%	80,0	20,0	100,0
Micaela Bastidas	Frecuencia	8	2	10
	%	80,0	20,0	100,0
Pachacutec	Frecuencia	16	1	17
	%	94,1	5,9	100,0
Samana Cruz	Frecuencia	8	4	12
	%	66,6	33,3	100,0
Simón Bolívar	Frecuencia	12	3	15
	%	80,0	20,0	100,0
Tulpuna	Frecuencia	15	5	20
	%	75,0	25,0	100,0
Total	Frecuencia	82	19	101
	%	81,2	18,8	100,0

GRÁFICO 4. Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca según características de Proceso de calidad: Atención prenatal 2008-2009.



Referente al Estándar de Proceso: Atención prenatal, se observa que del 100% de la muestra en estudio, en un alto porcentaje (81,2%) se identifica un proceso de calidad de atención prenatal de nivel bajo, observándose el porcentaje más alto en el establecimiento de Salud Pachacutec. Sólo en el 18,8% el proceso de calidad de atención prenatal presenta un nivel de calidad alto.

Es necesario considerar las condiciones (calidad) en que se brinda la atención prenatal a este grupo de madres. Los expertos como Donnabedian y Ruelas (1990) entienden y definen la CALIDAD EN SALUD como “la totalidad de las características de un producto o servicio que influyen en su capacidad de satisfacer una necesidad dada”, lo cual de acuerdo a los resultados del estudio no concuerda, por cuanto la atención prenatal que reciben las adolescentes en un porcentaje bastante elevado es calificada como mala y puede decirse inclusive que en el total de los establecimientos de salud no se cumplen con todos los pasos establecidos por el MINSA, para brindar una atención prenatal de calidad a las adolescentes embarazadas.

Donabedian, refiere que la Calidad de la atención es "el tipo de atención que se espera y que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención".⁴⁸

Refiere Casado M. (2009) en su estudio: "Resumen de los elementos de la calidad de atención durante el proceso reproductivo" que es valioso tener en cuenta los principales parámetros en cualquier atención de salud como: ⁴⁶ *La Capacidad o Competencia Técnica*. Es importante que los(as) profesionales realicen una atención integral, viendo a quienes atienden como individuos y no como un órgano, un problema, o un caso clínico. Implica, además, estar al día en los programas de salud; actualizados en el ámbito de acción correcto y practicando medicina basada en la evidencia científica, para poder entregar al usuario y a la familia, todas las prestaciones que correspondan. Esto implica también, orientar a los (as) usuarios (as) al cumplimiento de los programas de salud, o realizar interconsulta de cualquier problema que se investigue, aunque no tenga que ver directamente con la atención que se está realizando en ese momento. Por ejemplo, derivación a: Vacunación, Programa de Alimentación Complementaria, etc. También requiere educar en el cuidado de la salud propia y de sus hijos(as), así como en habilidades para la crianza. No menos importante es, conocer las limitaciones que se tienen, a fin de efectuar diagnósticos adecuados y referencias a otros especialistas cuando sea necesario. Todo ello implica **Proceso de calidad**.

Los reportes de la Oficina de Epidemiología de la DIRESA Cajamarca (2011), revelan que la incidencia de embarazos adolescente despliega un ligero descenso, principalmente en el año 2011, no obstante la región Cajamarca sigue siendo una de las regiones con mas alto porcentaje de esta eventualidad, además durante el año 2010 se

empieza a medir la atención prenatal reenfocada como un indicador que refleja integralidad de la atención, evidenciándose una mejora en dicho indicador, pero que aún muy pocas adolescentes embarazadas reciben atención prenatal completa y de calidad debido a que la captación de ellas es aún tardía.²⁶

Los resultados encontrados en el presente estudio, pueden deberse al escaso personal profesional que debe cumplir con muchas funciones, sobre todo administrativas, restando importancia muchas veces a la atención directa a las usuarias, originando evaluaciones incipientes, diagnósticos equivocados, tratamientos inoportunos, entre otros.

El estándar de estructura está constituido por los recursos humanos, físicos y tecnológicos los cuales determinan la capacidad resolutive de la oferta de los servicios de salud. La evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal médico y métodos para su evaluación). Lo cual es necesario llevar a cabo todo el proceso.

Por tanto, su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva, engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, sobre la base de conseguir una calidad aceptable para un momento dado. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión hospitalaria.

En otras palabras, ni el proceso ni los resultados pueden existir sin estructura aunque ésta puede albergar distintas variantes del propio proceso. La relación entre estructura y

calidad dimana sobre todo de que algunas deficiencias del proceso pueden estar, al menos parcialmente, explicadas por problemas de estructura.

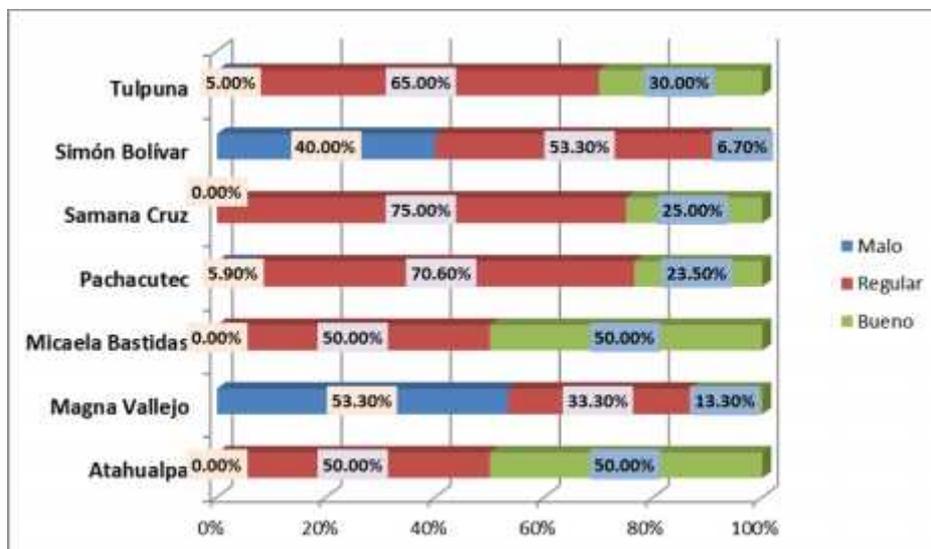
Además, cabe mencionar que dentro de los indicadores que se consideran como “de estructura” están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas.

TABLA 12. Nivel de satisfacción del servicio según Establecimiento

de salud de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.

Establecimiento de salud		Nivel de satisfacción del servicio			Total
		Malo	Regular	Bueno	
Atahualpa	Frecuencia	0	6	6	12
	%	0,0	50,0	50,0	100,0
Magna Vallejo	Frecuencia	8	5	2	15
	%	53,3	33,3	13,3	100,0
Micaela Bastidas	Frecuencia	0	5	5	10
	%	0,0	50,0	50,0	100,0
Pachacutec	Frecuencia	1	12	4	17
	%	5,9	70,6	23,5	100,0
Samana Cruz	Frecuencia	0	9	3	12
	%	0,0	75,0	25,0	100,0
Simón Bolívar	Frecuencia	6	8	1	15
	%	40,0	53,3	6,7	100,0
Tulpuna	Frecuencia	1	13	6	20
	%	5,0	65,0	30,0	100,0
Total	Frecuencia	16	58	27	101
	%	15,8	57,4	26,7	100,0

GRÁFICO 5. Nivel de satisfacción del servicio según Establecimiento de salud de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.



En cuanto al nivel de satisfacción por establecimiento de salud, el 57,4% del total de la muestra refiere un nivel de satisfacción regular no en tanto, el 15,8% señala un nivel de satisfacción malo.

En el Establecimiento de Salud Magna Vallejo más de la mitad de la muestra en estudio, (53,3%) manifiesta tener un nivel de satisfacción malo, mientras que el 50% de las adolescentes embarazadas atendidas en los establecimientos de salud Simón Bolívar y Micaela Bastidas respectivamente revela que el nivel de satisfacción del servicio es bueno. Encontrándose una asociación entre estas dos variables.

La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de alta calidad; los servicios de salud son de calidad cuando satisfacen las necesidades de los usuarios determinada por: la equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad y confortabilidad.⁵¹

La insatisfacción con la atención, la accesibilidad geográfica, el tiempo de espera, el coste de la atención, condiciones físicas del local, abastecimiento, calidad de personal, su experiencia y rotación del mismo, contribuye a la medición de la calidad de atención donde el grado de satisfacción del usuario es inversamente proporcional al tiempo de espera, tomando en cuenta que el tiempo va a depender del problema presentado. Los (as) usuarios (as) de servicios valoran la satisfacción basándose en criterios de tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuestas, seguridad y empatía.⁵²

Para la Organización Mundial de la Salud da cuenta que la calidad consiste en "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos de los pacientes y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente".⁸⁹

Por su parte, Donabedian (1989), especifica que la calidad de atención en salud se basa en ofrecer un servicio de acuerdo con los requerimientos del paciente, más allá de lo que éste espera; es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. Localidad implica constancia de propósito, consistencia y adecuación de las necesidades del cliente, incluidos la necesidad y el costo del servicio. Esto significa que el servicio que reúne los requisitos establecidos y dados los conocimientos y recursos de que se dispone, satisfacción de las aspiraciones de obtener el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos para la salud y bienestar de los pacientes. Por consiguiente, una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los pacientes y un efecto favorable en la salud.⁴⁸

TABLA 13. Nivel de satisfacción según características de Estructura de calidad de los Establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.

Estructura		Nivel de satisfacción de la calidad de atención				Total
		Malo	Regular	Bueno	Excelente	
Mala	Frecuencia	3	13	19	9	44
	%	21,4	36,1	55,9	52,9	43,6
Regular	Frecuencia	9	17	4	0	30
	%	64,3	47,2	11,8	0,0	29,7
Buena	Frecuencia	2	6	11	8	27
	%	14,3	16,7	32,4	47,1	26,7
Total	Frecuencia	14	36	34	17	101
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La presente tabla muestra que para el 43,6% de las adolescentes embarazadas, las características de estructura (de la calidad) en los establecimientos de salud, califican como mala, a pesar de que, en su mayoría de la muestra en estudio (55,9%) manifiesta un nivel de satisfacción bueno.

Las usuarias, (adolescentes embarazadas) están satisfechas cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas de la usuaria son bajas o si la usuaria tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecha con recibir servicios relativamente deficientes.

La calidad se ha convertido en un argumento ineludible e imprescindible en la actualidad, sobre todo en las instituciones de salud. Aún no se cuenta con un concepto uniforme de lo que significa calidad, solo se consideran los juicios de valor que varían de acuerdo al contexto, respondiendo a las necesidades cuya responsabilidad recae en quienes los

promueven. Por tanto, calidad es valorada, en función de la satisfacción que produce el servicio.

Del mismo modo, la DIRESA Cajamarca (2003) revela que la calidad de la atención es “Brindar servicios de salud que respondan a las necesidades de la población, enmarcados en el “Modelo de Atención Integral”, **con adecuación cultural del equipamiento básico**, y una gerencia participativa y horizontal.⁴⁹

En realidad, la calidad se constituye en un elemento clave de los programas de salud reproductiva, en el contexto del enfoque centrado en el cliente cuyo objetivo es proporcionarle un servicio de calidad, como un derecho humano básico. La provisión de servicios de calidad en los programas de salud sexual y reproductiva asegura que las(os) usuarias(os) sean atendidas (os) como realmente se merecen, y, consecuentemente, al proporcionar mejores servicios, se atrae a más usuarios, se incrementa el uso de los métodos de planificación familiar y por tanto se reduce el número de embarazos no planeados.

TABLA 14. Nivel de satisfacción de las adolescentes embarazadas según características de Proceso: Atención prenatal en los establecimientos de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.

Nivel de satisfacción del servicio		Atención prenatal		Total
		nivel bajo	nivel alto	
Malo	Frecuencia	14	3	17
	%	82,4	17,6	100,0
Regular	Frecuencia	50	10	60
	%	89,7	10,3	100,0
Bueno	Frecuencia	18	6	24
	%	88,9	11,1	100,0
Total	Frecuencia	82	19	101
	%	81,2	18,8	100,0

La tabla muestra, respecto a la satisfacción según la Atención Prenatal (estándar de proceso), que en el 81,2% de las adolescentes se evidencia un nivel bajo en la atención que recibe, sin embargo un alto porcentaje 89,7% indica una nivel de satisfacción regular, lo cual nos lleva a concluir por tanto que existe una asociación entre el nivel de satisfacción y la atención prenatal.

La noción de que calidad de atención de salud recibida, según como lo perciben las adolescentes embarazadas, brota de una comparación de sus expectativas sobre los servicios que ellas recibirán con sus percepciones sobre el comportamiento de las instituciones que proveen servicios de salud. De acuerdo con esto, la calidad percibida del servicio es el grado y dirección de la discrepancia entre las percepciones y las expectativas de las usuarias; mientras las percepciones sean mejores que las expectativas, será más alto el nivel de la calidad percibida del servicio.⁵⁵

El Colegio Médico del Perú (2009), reporta que la calidad depende tanto de las imprecisiones como del conocimiento de los usuarios ya que estos perciben cuáles son los servicios que le brindan atención médica más favorable o más desfavorable, aunque ellos tengan ciertos valores en cuanto al estado y el contenido de la comunicación con el medio y el personal de salud.³

Incluye también su percepción acerca del tiempo que se necesita para efectuar diagnóstico, administrar tratamiento y obtener un resultado favorable, influyendo además del nivel cultural, nivel de escolaridad y otros, constituyéndose la calidad de la atención desde el punto de vista del paciente un componente necesario, aunque no es suficiente, ya que el paciente puede estar perfectamente satisfecho aunque no esté recibiendo servicios de buena calidad, en relación con el diagnóstico y tratamiento.

La DIRESA Cajamarca (2011), asume que la calidad de la atención es “Brindar servicios de salud que respondan a las necesidades de la población, enmarcados en el “Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad” (MAISBFC), con adecuación cultural del equipamiento básico, y una gerencia participativa y horizontal. De este modo se promueve un personal de salud con valores, identificado con su misión institucional y con competencias técnicas para dar una atención efectiva, confiable, segura oportuna y con trato amable.⁵⁰

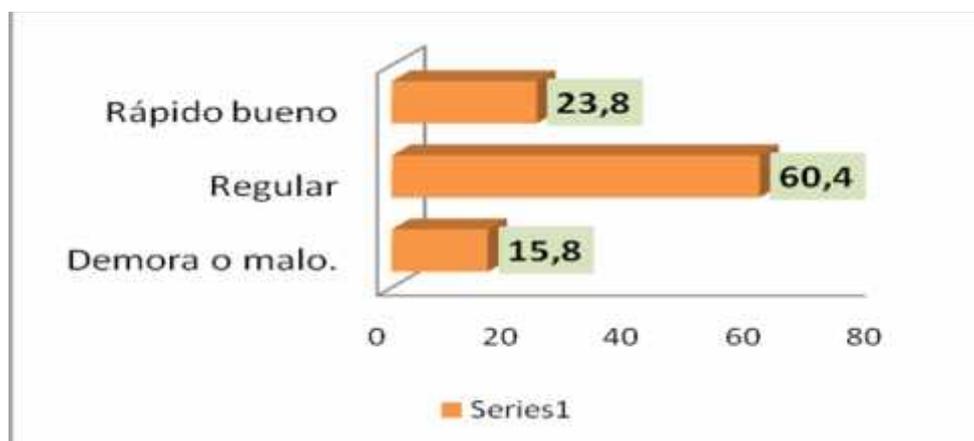
Pese a la gran importancia que reviste la calidad en los servicios de salud, hasta la fecha se han llevado a cabo muy pocos esfuerzos continuos de garantía de calidad en los países en vías de desarrollo. La mayoría de las evaluaciones se han concentrado en la medición de los cambios en las tasas de mortalidad, morbilidad y cobertura. Pocas han enfatizado la calidad de los servicios o el proceso de la prestación de éstos y aún menos realizan esfuerzos sistemáticos para mejorar la calidad sobre la base de los resultados del proceso de prestación de servicios.³

La satisfacción del usuario es un indicador muy sensible que nos permite evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios y cómo estos responden a la calidad de atención percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados.

TABLA 15. Nivel de satisfacción de las adolescentes embarazadas según Tiempo de espera en los establecimientos de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.

Tiempo de Espera	Frecuencia	Porcentaje
Demora o malo.	16	15,8
Regular	61	60,4
Rápido bueno	24	23,8
Total	101	100,0

GRÁFICO 6. Nivel de satisfacción de las adolescentes embarazadas Según Tiempo de espera en los establecimientos de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.



El 60,4% de las adolescentes embarazadas refieren que el tiempo de espera para su atención es regular. Esto no concuerda con Donabedian (1989) respecto a la calidad en servicios de salud que la considera en dos dimensiones: La técnica y la interpersonal, la primera busca el mayor beneficio para los pacientes sin riesgo en la prestación. La

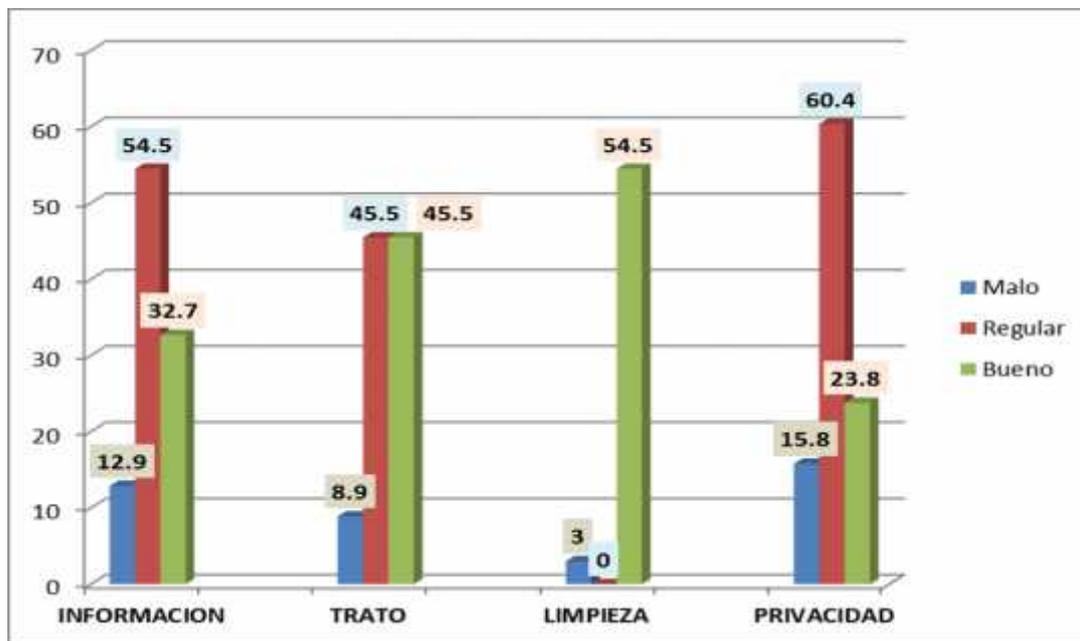
interpersonal pretende respetar al paciente como ser humano integral buscando su satisfacción plena; dentro de esta se encuentra el tiempo de espera para recibir atención en un servicio de salud.

Las usuarias llegan al servicio de salud para recibir una atención con cierta expectativa, buscando satisfacer sus necesidades mediante el servicio que se les brinda, lo que más les incómoda son las largas colas y el tiempo que tienen que esperar para que se las atienda, por todas la incomodidades que les ocasiona y el tiempo que deben perder, agravado con la mala atención recibida.

TABLA 16. Nivel de satisfacción de las adolescentes embarazadas según Información, trato, limpieza y privacidad en los establecimientos de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.

Respuesta	Información		Trato		Limpieza		Privacidad	
	Frec.	%	Frec.	%	Fre	%	Frec	%
Malo	13	12,9	9	8,9	3	3,0	16	15,8
Regular	55	54,5	46	45,5	43	42,6	61	60,4
Bueno	33	32,7	46	45,5	55	54,5	24	23,8
Total	101	100,0	101	100,0	101	100,0	101	100,0

Gráfico 7. Nivel de satisfacción de las adolescentes embarazadas según Información, trato, limpieza y privacidad en los establecimientos de la ciudad de Cajamarca 2008-2009.



Tanto la tabla como el gráfico muestran que la información recibida durante la atención es regular (54,5%); las adolescentes en su mayoría refieren que reciben un trato entre bueno y regular (45,5% en ambos casos). Más de la mitad (54,5%) de las adolescentes embarazadas indica que la limpieza es buena en los establecimientos de salud y en lo que respecta a la privacidad durante su atención, el 60,4% manifiesta que es regular.

Por su parte, Glascoe C. En su investigación “Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua” aborda la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las usuarias, dando cuenta de los aspectos importantes para las mujeres, en términos de satisfactores, en el momento de acudir a las instituciones de salud para su atención prenatal. Estas mujeres presentan una predilección por obtener "orientación plena en cuanto a los cuidados" y un trato que vislumbre respeto al "interés de los médicos por sus emociones y sentimientos". También critican la condición de las clínicas, entre otros aspectos.³²

Asimismo, Casado M. (2009) en su estudio: “Resumen de los elementos de la calidad de atención durante el proceso reproductivo” detalla entre los principales parámetros en cualquier atención de salud: 1. *El Intercambio de Información entre proveedor(a) y usuaria(o)*. Señala que la adecuada *retroalimentación* entre ambas personas que permite al proveedor(a) contar con información completa y veraz del usuario(a), con el fin de brindarle un buen servicio, es importante el tiempo para escuchar, realizar una entrevista competente y amable, dando confianza al usuario(a) para contestar los datos requeridos y expresar dudas. En salud sexual y reproductiva, la información requerida tiene que ver con un ámbito muy íntimo y privado de la persona, por lo que si no se ha generado confianza suficiente, el usuario puede omitir información. 2. “*La Relación proveedor(a) usuario(a)*: referente al vínculo que establece el o la proveedor(a) con las/os usuarias(os)”. Si el trato es respetuoso, amable, interesado en lo que le pasa a quien es nuestro usuario y si existe interacción de persona a persona y no una relación de poder o paternalista, así como, el respeto a las normas de cortesía propias del lugar (por ejemplo: saludar, ofrecer asiento, etc.).⁴⁶

Efectivamente, la atención de calidad incluye una buena atención y un buen trato, lo que quiere decir, que para sentirse satisfecho también requiere sentirse bien tratado, es decir con amabilidad, respeto, cortesía y oportunamente; sobre todo cuando se trata de instituciones del estado.

Lograr la calidad de atención por parte de los profesionales de la salud es un permanente desafío; precisamente por la búsqueda por parte de quienes atendemos, de un bien tanpreciado como es la salud. En este proceso las adolescentes califican el trabajo del personal de salud, no sólo por la resolución del problema que traen, sino por la forma en que es dada esta atención. Si bien es cierto que muchas veces existen

carencias materiales, la mayoría de las usuarias insatisfechas en salud no lo están por las comodidades ni el servicio de “hotelería” sino por el trato recibido y la forma en que fueron atendidas. Esta atención para ellas involucra el interés, la actitud, el lenguaje corporal, el ambiente en que se da la atención, etc. lo que no requiere mayormente de recursos económicos.

Las estrategias comunicacionales, con enfoque de género e interculturalidad, respetando las costumbres y tradiciones, permiten lograr que las gestantes adolescentes accedan sencillamente a los servicios de salud para controlar su embarazo y evitar su muerte y la de sus hijos.

Es necesario reconocer que las actividades de promoción de salud (a través de la información comunicación y educación) tienen como finalidad contribuir a que las familias se desarrollen como unidad básica social, adoptando comportamientos y generando entornos saludables.

También, es preciso estar al tanto que existen actitudes que bloquean la comunicación y dificultan una adecuada relación profesional / paciente como: ordenar, dirigir, mandar, pues en el afán de “educar”, se entrega indicaciones sin considerar las experiencias y expectativas del paciente considerando solamente que la tarea es obedecer. Advertir, amenazar. A lo anterior se agregan las consecuencias de la negación de cumplir lo ordenado, moralizar, sermonear, con todo se mantiene al paciente en una situación de inferioridad, dificultando la corresponsabilidad en salud.

Por otro lado, los ambientes para la atención diferenciada a las adolescentes deben contar con condiciones que garanticen la confidencialidad y privacidad en la atención y que faciliten las relaciones interpersonales entre las usuarias y los proveedores.

Así Casado (2009), precisa que son relevantes las características del lugar en que se realiza la atención y la forma en que se atiende. La reunión de estas condiciones debe permitir una relación interpersonal en un ambiente de privacidad. Es imprescindible la actitud de respeto, mostrada no sólo por quien atiende, sino también por el resto del personal. Por ejemplo, un box de atención puede ser aislado, aparentemente adecuado, pero si existe personal que circula, o entra y sale durante la atención, se convierte en un lugar sin privacidad.⁴⁶

CONCLUSIONES

Luego de haber determinado y analizado la calidad de atención de las adolescentes embarazadas en los establecimientos del Ministerio de Salud de la ciudad de Cajamarca sobre la base de la evaluación de las tres dimensiones: estructura, proceso y resultado, se arribó a las siguientes conclusiones:

1. Las características de ESTRUCTURA de calidad en los establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca son calificadas como MALA, sobre todo en lo que respecta a los equipos, los cuales son deficientes en la mayoría de establecimientos de salud.
2. En cuanto a las características de PROCESO de la calidad de atención a las adolescentes embarazadas en los establecimientos de salud de Cajamarca, son evaluadas como NIVEL BAJO, esto involucra directamente al personal de salud, quienes ofrecen la atención directa a las adolescentes embarazadas.
3. Las adolescentes embarazadas atendidas en los establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca refieren que su NIVEL DE SATISFACCIÓN es REGULAR principalmente por el tiempo de espera para su atención.
4. De acuerdo a los resultados se llega a concluir que la Hipótesis Alterna ha sido comprobada íntegramente, lo cual significa que la CALIDAD DE ATENCIÓN de las adolescentes embarazadas en los establecimientos de salud es MALA, incluyendo sus tres componentes: estructura, proceso y resultado.

SUGERENCIAS

A los jefes de los establecimientos de salud:

1. Mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud para la atención de la población beneficiaria especialmente de las adolescentes embarazadas, en lo que respecta a la Estructura: requerimientos específicos de equipo, local, muebles, materiales insumos que sean necesarios para que la entrega de servicios sea de mejor calidad.
2. Incrementar las acciones de promoción y prevención, sin desmedro de las acciones curativas, pero impactando en la situación de salud de las adolescentes embarazadas.
3. Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde las adolescentes embarazadas, su familia y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.
4. Proporcionar cuidados continuos de salud, a las adolescentes embarazadas, familias y comunidad, de una manera integral, resolutive, oportuna y eficaz, que sea accesible y de calidad, con equipos de salud multidisciplinarios capacitados para satisfacer las necesidades de esta población tan vulnerable y por lo tanto lograr un nivel de satisfacción bueno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Di Prete Brown Lori, Miller Franco Lynne, Rafeh Nadwa, Hatzell Theresa 2006 Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo. Segunda edición USAID <http://www.qaproject.org/pubs>. Acceso: Enero de 2010
2. OMS 2006 [Derecho a la salud](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/). Disponible en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/
3. Colegio Médico del Perú 2009. Calidad en los Servicios de Salud. Acceso: Diciembre de 2010. Disponible en <http://www.cmp.org.pe/index.php?option.com>
4. Wong Blandón Yudy Carla, García Vega Leyla del Carmen, Rodríguez Martínez Edgar Tesis Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud: Perspectiva de los Usuarios, Matagalpa 2002.
5. Ministerio de Salud. “Modelo de Atención Integral de Salud: Etapa de Vida Adolescente” 2003
6. Loza Alcalá Cristina Ibeth. Not Just Another Single Issue, San Miguel el Alto, Estado de Jalisco, México 2004.
- 7. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú - ENDES 2011**
8. OMS, 2012. Procesos y acciones orientados a la oferta de prestaciones según las necesidades
9. UNICEF. 2009. Slide Share Inc. All Rights Reserved.
10. UNICEF en el Perú. Pathfinder International 2006. [Avanzando hacia la maternidad segura en el Perú - UNFPA](#).
11. Louro Bernal Isabel. Manual para la intervención en la salud familiar. Ed. Ciencias Médicas. La Habana 2002.
12. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES – Lima 2006.

13. [Fernández Liliam Susana, Carro Puig Eugenio, Osés Ferrera Dalia y Pérez Piñero Julia](#). Caracterización de la gestante adolescente. Rev. Cubana. Obstet Ginecol, 2004:30(2).
14. Salinas Edwin Alberto: Not Just Another Single Issue, 2004. El Nuevo Diario. Emerging Issues in Maternal and Child Health ... Journal of Adolescent Health 2004; Acceso: Enero de 2009
15. PROFAMILIA. Distrito Nacional, Republica Dominicana, 2007 Especialistas en Salud Sexual y Salud Reproductiva.
16. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), Informe “Cuando los Adolescentes Tienen Hijos”- Rev. No. 31 (2004); José René Irizarry Mártir N BSN TeleMedik.
17. UNICEF. 2006. Protección infantil contra el abuso y la violencia
18. Ministerio de Salud. Principales Grupos de Causas de Morbilidad Registrada en Hospitalización, Departamento de Cajamarca - Año 2006”.
19. INEI en el Perú (2007). [Principales Indicadores Demográficos, Sociales y Económicos](#) . Disponible en censos.inei.gob.pe/Censos2007/IndDem/. Acceso: Julio de 2011
20. UNICEF. 2007 Embarazo en Adolescentes - Guatemala.
21. Temin, M. y Levin, R., 2009. Adolescentes... Los Servicios de salud sexual y reproductiva tienen especial relevancia. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/es/articles/685-adolescentes.html> HYPERLINK. Acceso: Julio de 2012
22. Mascaro Sánchez Pedro. Calidad y Seguridad en la Atención: Nuestro Derecho Lima 2009. Acceso: Mayo 2012 <http://www.cgh.org.co/temas/calidadensalud.php>.
23. ENDES 2010 Embarazo en Adolescentes Perú. Disponible en www.slideshare.net/consultoriauniversidad/embarazo-en-adolescentes-per. Acceso Julio de 2012

24. Ministerio de Salud. (MINSA) Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales. Lima 2007.
25. Wong Blandón Yudy C, García Vega Leyla, Rodríguez Martínez EdgarG. Tesis Universidad Autónoma de Nicaragua Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud: Perspectiva de los Usuarios, Matagalpa 2002.
26. Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud de Perú 2011.
27. **ENDES 2010, en el Perú El embarazo en adolescentes. Disponible en : www.slideshare.net/ilianaromero/embarazo-en-adolescentes-2707404**
28. **Encuesta Global de Salud Escolar Resultados Perú 2010. Disponible en www.who.int/chp/gshs/GSHS_Report_Peru_2010. Acceso: Julio de 2012**
29. Ramírez Hita, Susana. Calidad de Atención en Salud: “Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano”. Catalogado por el Centro de Información y Documentación OPS/OMS. 2010 Bolivia.
30. Orozco Miguel. IV Curso Internacional de Desarrollo de Sistema de Salud, II Módulo Calidad en Salud. CIES-UNAM, Nicaragua. 2009
31. Macías Gustavo Fidel. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales Universidad Nacional Jujuy no.37 San Salvador de Jujuy jul./dic. 2009. Artículo Original: Evaluación de la calidad de atención en el centro de salud de campo verde. San Salvador de Jujuy.
32. Glascoe Camarena. Tesis: Perspectivas de la calidad de atención prenatal alterna a la institucional: Ciudad de Chihuahua, México 2007.
33. Vera G, Calleja J. Tesis “Calidad de Atención para Garantía de la Maternidad Segura. Hospital de Colon-Tachira Venezuela 2005.

- 34. Pérez Renfiges María Inés. Tesis : Calidad de atención en primer nivel Centro de Salud Palermo Oeste – Cachi (Salta), citado en la Revista de la Facultad de Medicina - vol. 6 - Suplemento N° 1 (2005).**
35. Andrade Sampaio Álida, De Vasconcelos Silva Ángela R., Ferreira Moura Escolástica Tesis: Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad? . Citado en la REV. CHIL. OBSTET. GINECOL. 2008; 73(3) 185-191. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-262008000300008&script=sci_arttext. Acceso: Enero de 2013.
36. Encuestas de Satisfacción del Usuario - Hospital General de Huacho. ... Cuarta encuesta de satisfacción del usuario de consultorios ... Junio 2009. Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Huacho. Disponible en www.yumpu.com/.../encuestas-de-satisfaccion-del-usuario-hospital-gener.
37. Capitán Rosa. Tesis: Medición de la calidad del servicio en términos de satisfacción del usuario externo. Centro de salud de Magdalena-Red de Salud II Cajamarca 2000.
38. Álvarez, A; García A. y Bonet, M. 2007 disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid50864-34662007000200013#cargo Acceso: Enero de 2013.
39. Organización para la Excelencia de la Salud (OES). Centro de Gestión Hospitalaria. Calidad en Salud: Calidad en la Atención de la Salud 2012.
40. Donabedian, Avedis Norms and Standards of Quality. What do they Means? American journal of Public Health, Vol 71, N° 4 EEUU. 1989
41. Donabedian A. Garantía. Monitoría de la Calidad de Atención Médica: Un Texto Introductorio. Instituto Nacional de Salud Pública, México. 1999,
42. MINSA 2002 [Guía para la autoevaluación de la](#) calidad ministerio de salud.
- 43. OMS 2002 [Calidad percibida en el marco de la Responsabilidad - AEC](#).**
- 44. Koenig et al. 1997; Mroz et al. 1999; Bollen 2000 Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: Definiciones y Mediciones de la Calidad**

45. Bureau, Creel Liz C, Justine C. Sass y. Yinger Nancy V. Nuevas Perspectivas de Calidad de la Atención N°1. Population Council y Population Reference. Diciembre del 2004. Disponible en www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/...sp/QOC1_Overviewcolor_sp.pdf. Acceso: Marzo de 2009
- 46. Casado González María Eugenia. Calidad de atención. Resumen de los elementos de la calidad de atención durante el proceso reproductivo. Chile 2009. www.icmer.org/documentos/salud_y...sex.../calidad_de_atención. Acceso: Enero de 2013**
47. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011.
48. Donabedian, Avedis. La Dimensión Internacional de la Evaluación y garantía de la Calidad. Salud Pública, Vol 32. México 1989.
49. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Modelo de Atención Integral 2003
50. MINSA. Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAISBFC). 2011
- 51. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica: Trabajo de Investigación : Satisfacción del usuario como indicador de calidad. por Jiménez y Villegas María del Carmen. Ortega Vargas María Carolina, Cruz Ayala, . Gloria y cols. México 2003.**
52. PSNB. Diploma de Gerencia en Servicios de Salud: Modulo II Gestión de la Calidad. Lima 1999.
53. Revista Cubana Salud Pública. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. v.30 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. [Rosa E. Jiménez Paneque](#), Hospital Clínico-quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Cuba 2004.

54. Gilmore Carol. Manual de Gerencia de la Calidad. OPS. Fundación W. K. Kellog, 2000.
55. Tejada Macedo Luis. Curso Básico de Salud Pública “Gestión de la Calidad en salud”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú 2000.
56. OMS. La salud de los Adolescentes 2010
57. OMS. Conde-Agudelo A, Belizan J M, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004. 192:342–349. 2010
58. Canaza [J. Francisco](http://apuntesperuanos.com). Embarazo Adolescente. <http://apuntesperuanos.com>. 2007. Acceso: Julio-2009.
59. Dávila Soto Estefany: Consejo de Adolescentes y Jóvenes para la Prevención del Embarazo Adolescente – Lima <http://espacios-seguros.promsex.org/informacion/articulos/21>. Acceso: Enero de 2012
60. Ramos Barroso Antonio A. Embarazo Adolescente. 2009
61. Issler Juan R. Embarazo en la Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VI^a Medicina N° 107 – 2001- Página: 11-23
62. Cárdenas Sánchez, Daniel. Programa diferenciado de atención prenatal y parto para adolescentes embarazadas en la maternidad 18 de mayo Caja Nacional de Salud CNS en la ciudad de La Paz gestión 2001. La Paz; s.n; 2000. 39 p. tab, graf. (BO). LILACS. Acceso: Julio de 2009.
63. ENDES 2011: “Espacios Seguros. Embarazo Adolescente en el Perú. <http://espacios-seguros.promsex.org/informacion/articulos/21>. Acceso: 10 de enero de 2012
64. Instituto Nacional de Estadística Chile 2002

65. Rev. Ped. Elec., Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918 42; *Revista Pediatría Electrónica Universidad de Chile Servicio Salud* . [Embarazo adolescente - SlideShare](#) 2008. Acceso: Marzo de 2009.
66. UNICEF *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* [Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño](#).
67. OPS Salud de Adolescentes y Programa de Desarrollo
68. El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021.
69. El Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo 2012-2021
70. UNFPA [Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en ... La Prevención del Embarazo 2012-2021. Disponible en \[www.unfpa.org.pe/.../MINSA-Plan-Multisectorial-PEA-2012-2021\]\(http://www.unfpa.org.pe/.../MINSA-Plan-Multisectorial-PEA-2012-2021\)](#). Acceso: **Febrero de 2013**
71. Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral (ESI). Disponible en www.minedu.gob.pe/.../download.php?...lineamientos_educacion_sexual... Acceso: Enero de 3013
72. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la adolescencia 2002 – 2010”.
73. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente. 2012
74. Chris Woolston 2004. Salud Femenina El Embarazo en la Adolescencia Consumer Health Interactive.
75. Gogna M. Binstock G. y cols. Buenos Aires 2004. Embarazo en la adolescencia en Argentina: Recomendaciones de política basadas en la evidencia Disponible en: http://www.diassere.org.pe/page_id=153. Acceso: Enero de 3013

76. Revista de la Facultad de Medicina - vol. 6 - Suplemento N° 1 (2005). Pérez Renfiges, María Inés, Tesis “Calidad de atención en primer nivel Centro de Salud Palermo Oeste. Cachi –Salta. 2004.
77. Aguirre-Gas H. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud pública México 1991.
78. Martin, J.A. et al. Births: National Vital Statistics Report , National Center for Health Statistics. Births to Teenagers in the United States, volúmen 57, número 7. 2003 Disponible en www.cdc.gov/nchs/data/nvsr. Acceso: Mayo de 2009
79. Ishikawa k. ¿Qué es el control total de la calidad? . Editorial Norma. 1996.
80. Ministerio de Salud del Perú. Unidad Coordinadora de Acreditación de Compendio del Curso de Capacitación para Evaluación de Establecimientos de Salud. 1999.
81. Deming W E. A qualidades e a consumidor. En: Qualidades: A revolução da Administraço. Rio de Janeiro. Editora Marques Saravia SA. 1990.
82. Paganini J M. La Relación entre estructura, proceso y resultado. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. Washington DC. OPS/OMS. 1993.
83. Parasumaran, Zeithaml y Berry. Delivering quality service, balancing customer perceptions and expectations. 1984.
84. Voto Liliana S. Hipertensión en el embarazo. 2001 Acceso: febrero 2012 http://www.ecured.cu/index.php/Hipertensi%C3%B3n_en_el_embarazo
85. Lugones Botell M, Quintana Riveron T. Algunas afecciones y [problemas](#) de [interés](#) de la Ginecología Infanto-Juvenil en la Atención Primaria, Rev Cub MGI; 1998; 14
86. Donoso Siña E, Becker Valdivieso J, Villarroel del Pino L Natalidad y Riesgo Reproductivo en Adolescentes en Chile, 1990-1999. Rev. Panam. Salud Pública. 2003; 14:3-8.
87. Tapia Q. Marlene, Ulloa P Teresa. Embarazo Adolescente desde una Perspectiva Bio-Psicosocial. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y

Comunitaria y Promoción. Osorno, 2007. Universidad Austral Chile.
[http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno2007/embarazo adolescente desde una perspectiva bio-psicosocial](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno2007/embarazo%20adolescente%20desde%20una%20perspectiva%20bio-psicosocial). Acceso: Febrero de 2013.

88. **Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología** **Riesgos de la gestación en adolescentes**, disponible en <http://trome.pe/noticia/560379/riesgos-gestacion-adolescentes.2009>
89. **Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro. Ginebra: OMS 2003.**
90. Dirección Regional de Salud Cajamarca. “Análisis Situacional de Salud – 2008”. Cajamarca – Perú 2008
91. Dirección Regional de Salud Cajamarca. “Análisis situacional de salud – 2006”. Cajamarca – Perú 2006.
92. Rigol, Orlando. Obstetricia y Ginecología. Ciencias Médicas. La Habana. 2004
93. OMS, 2010+28514. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet, 2009. 374:881–892.
94. Banco Mundial/BM (2008) Nuevas Tendencias a largo Plazo. Recuperada el 23 de julio de 2008. <http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources>
95. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la adolescencia 2002 – 2010”.

ANEXOS

Solicito autorización para realizar estudio de
Investigación en el Establecimiento de Salud

Sr. Dr.

Jefe del Establecimiento de Salud

Mercedes Marleni Bardales Silva, Estudiante de Doctorado, con DNI 26673762, con domicilio legal en el Jr. Huanuco # 2316 de esta localidad, con el debido respeto expongo:

Que, deseando realizar un estudio de investigación titulado Calidad de atención en adolescentes atendidas en los Establecimientos del MINSA de la ciudad de Cajamarca, recurro a su digno despacho a fin de que se me otorgue el permiso respectivo para obtener datos sobre características del establecimiento, procedimientos de la atención en el servicio de Salud Reproductiva, concernientes al tema de investigación cuyos resultados servirán de base para alcanzar medidas posibles de solución.

Por lo expuesto es justicia que espero alcanzar.

Cajamarca, 27 de octubre de 2008

Mercedes Marleni Bardales Silva

**ENCUESTA DEMOGRÁFICA PARA LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE
LA CIUDAD DE CAJAMARCA:**

Formulario No..... fecha de la evaluación.....

Establecimiento de Salud:

Buenos días, estamos aplicando la presente encuesta con la finalidad de evaluar la calidad de atención en las adolescentes embarazadas atendidas en los establecimientos de la ciudad de Cajamarca, para lo cual solicitamos su colaboración contestando con sinceridad las preguntas que se muestran a continuación, le aseguramos que los datos que usted nos brinde serán únicamente utilizados para la investigación y serán manejados con la privacidad requerida.

Marque con una X la respuesta correcta en el recuadro correspondiente.

DATOS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE

Dirección _____

1. Edad en años cumplidos: ()

2. Edad Gestacional en Semanas ()

3. Tipo de usuaria:

Nueva () continuadora () reingreso ()

4. Con complicaciones en el embarazo

Si () No ()

Si tiene alguna complicación ¿de qué tipo?

Sangrado Vaginal ()

Vómito excesivo ()

Fiebre ()

Hipertensión arterial ()

Preclampsia ()

5. Grado de instrucción:

Analfabeta () Primaria incompleta () Primaria completa ()

Secundaria incompleta () Secundaria completa () Superior incompleta ()

6. Deserción escolar:

Si () No ()

7. Estado civil:

Casada () Conviviente () Separada ()

8. Ocupación:

Ama de casa () Empleada doméstica () Comerciante ()
estudiante ()

9. Zona de residencia:

Urbana () Urbana Marginal () Rural ()

10. Religión

Católica () Evangélica () otra ()

Gracias

Nombre del evaluador_____

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA
ATENDIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD
DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA**

ENCUESTA PARA LAS ADOLESCENTES

Número de encuesta..... Fecha de la evaluación.....

Establecimiento de Salud:.....

Nombre del evaluador.....

1. ¿Los trámites para recibir atención médica u obstétrica en consultorio considera que fue?

D ó M Re R ó B

2. ¿En la consulta de hoy el tiempo que Usted tuvo que esperar para ser atendida por el médico, obstetríz o enfermera fue?

D ó M Re R ó B

3. ¿La información que le dio el personal sobre signos de alarma y cuidados en la consulta de hoy fue?

M R B

4. ¿El personal de salud brindó información sobre planificación familiar?

Si No

5. ¿El personal de salud le informó sobre nutrición en el embarazo?

Si No

6. ¿En la consulta de hoy el trato que usted recibió cómo fue?

M R B

7. ¿En la consulta de hoy, la privacidad que tuvo usted (entraban y salían personas), cómo fue?

M R B

8. ¿Cómo considera Usted la limpieza del consultorio?

M R B

9. ¿Cómo considera usted la limpieza de los servicios higiénicos del establecimiento?

M R B NA

10. ¿Cómo considera usted el servicio que brinda la Farmacia del establecimiento?

M R B NA

11. ¿Cómo considera la atención que le brinda el laboratorio?

M R B NA

Puntaje de cada escala:

D ó M = 0 (Demorado ó Malo)

Re = 1 (Regular)

R ó B = 2 (Rápido ó Bueno)

Si = 2 puntos

No = 0 puntos.

NA = sin puntaje (si la usuaria no ha utilizado esos servicios)

(Estándar 1)

Estándar e indicador de **ESTRUCTURA**: Establecimientos del MINSA de la ciudad de Cajamarca que brindan funciones obstétricas a las adolescentes embarazadas.

Instructivo:

1. Se realiza la observación de los recursos existentes en los respectivos servicios o ambientes del establecimiento.
2. Se realiza la constatación física de cada uno de los ítems, consignados en el formato para establecimientos FOP que se detallan en la directiva sanitaria para la evaluación de las funciones obstétricas en los establecimientos de salud (RM 1001-2005/MINSA). En estos formatos de anotará:
 -) Con “1” si el recurso existe y está operativo,
 -) Con “2” si el recurso no existe y
 -) Con “0” si el recurso existe pero no está operativo.
3. Estos datos son digitados en el aplicativo FO
4. Usando el aplicativo FO se obtiene el reporte “Resumen general por grupo FO” en donde se constata **la capacidad resolutive del establecimiento en relación a recursos.** (MINSA)
5. Con este reporte se evalúa el porcentaje de recursos con que se cuenta para las actividades de las FOP:
 - e. Consulta prenatal primaria.
 - f. Atención de la hipertensión inducida por el embarazo (HIE)
 - g. HIE moderada/ severa, eclampsia
 - h. Atención de la hemorragia leve.

Determinación de capacidad resolutive

Hoja de ingreso de datos

Funciones Obstétricas primarias.

CONSULTORIO PRENATAL/OBSTÉTRICO/DE LA MUJER

EQUIPO	
1 balanza de pie	
1 biombo o aditamentos para asegurar privacidad	
1 camilla o mesa de examen ginecológico con piñeras, tobilleras o taconeras	
1 cinta obstétrica CLAP	
1 depósito para desechos con bolsa descartable	
1 gestograma	
1 lámpara de cuello de ganso	
Lavamanos	
1 linterna a pilas o similar, operativa	
1 recipiente para descontaminación	
Tallímetro	
Instrumental	
1 estetoscopio biauricular	
1 fetoscopio de Pinard	
1 tensiómetro	
Material fungible	
Algodón	
Baja lenguas	
Carné prenatal	
Esparadrapo	
Gasa estéril	
Guantes quirúrgicos 6.5- 6	
Historia clínica materno perinatal	
Papel secante o secador para manos	
1 termómetro oral/ axilar	
Ropa disponible en función al número de procedimientos	
Sábanas para camilla	
Soleras	
Soluciones	

Alcohol yodado.	
Jabón líquido	
Solución antiséptica (yodo-povidona)	
Solución de hipoclorito de sodio.	
FARMACIA	
Medicamentos e insumos.	
Agua destilada.	
Agujas descartables N° 16, 20,21 por 1.5 y 21,23 por 1	
Analgésicos orales y/o parenterales	
Antieméticos orales y/o parenterales	
Antiespasmódicos y/o parenterales	
Catéteres endovenosos 18,23 y 25	
Cloruro de sodio al 9%	
Complejo B y/o parenterales	
Corticoides (Hidrocortisona, Betametasona, Dexametasona,) y/o parenterales	
Dextrosa al 33%	
Dextrosa al 5% en agua destilada	
Diuréticos orales y/o parenterales	
Equipo de venoclisis	
Expansores plasmáticos	
Fenobarbital: orales y/o parenterales	
Jeringas descartables 3,5, 10 y 20cc	
Lidocaína al 1% y 2% sin epinefrina, sin preservantes parenteral	
Suero fisiológico (Cloruro de sodio al 9% amp)	
Sulfato ferroso oral	
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES	
1 equipo de radio trasmisor/receptor	
1 teléfono disponible	
1 vehiculo disponible para referencia de pacientes del establecimiento o de la comunidad	
EQUIPO PARA ESTERILIZACIÓN	
Equipo	
Esterilizador eléctrico de aire caliente seco	
EXÁMENES AUXILIARES DISPONIBLES	
Bioquímica	
Glucosa	

Hematología	
Hematocrito	
Hemoglobina	
Inmunología	
Factor R h	
Grupo Sanguíneo	
RPR / VDRL	
Orina	
Examen completo	

ESTÁNDARES E INDICADORES DE PROCESO: ATENCIÓN PRENATAL.

Estándar: Toda adolescente embarazada, en la primera atención prenatal se le realiza y registra en la historia clínica (HCL) las actividades de acuerdo a la norma.

Indicador: Porcentaje de gestantes a quienes en su primera atención prenatal se le realiza y registra en la historia clínica las actividades de acuerdo a la norma.

Instructivo:

1. Se Verifica en las HCL. de las adolescentes embarazadas atendidas en consulta externa por atención de la gestación durante el mes evaluado.
2. Se hace un listado de las HCL de las **primeras atenciones prenatales**
3. Se verifica en la HCL, las actividades del ítem 1 al 15, si el proveedor de salud aplicó y registra las actividades seleccionadas según la norma. Se verifica el estado nutricional de acuerdo a la tabla CLAP de peso/talla/edad gestacional.
4. Las actividades que están con un asterisco (*) indica que van a depender de la edad gestacional (10,11,12)
5. En el instrumento de recolección de datos se registra el N° de HCL y en cada casillero en sentido vertical se registra con (+) si cumple y con (-) si no cumple.
6. Si la actividad con (*) no se puede realizar por que NO APLICA (Ej. No puede medir la altura uterina por tener 13 semanas de gestación) en ese caso se registra con (+).
7. En el casillero donde: ¿cumple el estándar con los 15 aspectos? Se registra si cumple con el signo (+), o no cumple con el signo (-).

ANEXO N° 4-1

FORMATO O INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS – (PROCESO)

N° de HCL							
1. Datos de Filiación, antecedentes personales, ginecológicos y obstétricos.							
2. Identificación de signos y síntomas de violencia y salud mental.							
3. Edad gestacional							
4. Medición de la talla							
5. Medición del peso							
6. Presión arterial							
7.Registro de vacunación antitetánica							
8. Examen Clínico general (***)							
9. Examen de mamas (***)							
10. Medición de la altura uterina (*)(***)							
11. Auscultación de los latidos cardiacos fetales(*)(***)							
12. Movimientos fetales (*)(***)							
13. Evaluación del estado nutricional (basado en el peso por talla, por edad gestacional, a partir de la semana 13 y 1,40 metros) (***)							
14. Solicitud de análisis de laboratorio para consejería pre test para VIH (***)							
15. Inicio del plan de parto (**)							
¿cumple el estándar con los 15 aspectos? Se marca + si cumple y – si no cumple							

(*) Depende de la edad gestacional.

(**) De acuerdo a la realidad local

(***) Realizado por el o la profesional de salud

FORMATO O INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS – (PROCESO)

Estándar Toda adolescente embarazada cuenta **antes de la 4ta atención** prenatal con resultados de análisis de laboratorio de acuerdo a la norma:

Indicador: Porcentaje de adolescentes embarazadas que antes de la 4ta atención prenatal con resultados de análisis de laboratorio de acuerdo a la norma:

Instructivo:

1. Recopilar las HCL de adolescentes embarazadas
2. Se verificará en la HCL si cuentan con los resultados de laboratorio (del 1 al 6), de acuerdo a la norma.
3. En el instrumento de recolección de datos se registrará el N° de HCL y con el signo + si cumple con la actividad; con signo - si no cumple, para obtener el reporte correspondiente.
4. * Solo aplica HIV en caso de contar con consejería previa y disponibilidad de insumos

N° de HCL													
1. Grupo sanguíneo y factor Rh													
2. Hemoglobina y hematocrito													
3. Serología (RPR o VDRL)													
4. Orina completa													
5. Test de Elisa o prueba para VIH (*)													
6. Glicemia													
¿Cumple el estándar con los 6 resultados? Marcar + si cumple Marcar - si no cumple												+	/

*Prevía consejería.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CALIDAD DE ATENCIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
 ATENDIDAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE
 SALUD DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA. 2008-2009

El presente trabajo es un estudio que determinará la Calidad de la Atención recibida por las Adolescentes Embarazadas que asisten a los establecimientos de Salud del MINSA en la ciudad de Cajamarca en el año 2008, por lo que le solicitamos a Usted Participar voluntariamente en el presente trabajo de investigación. Antes de tomar una decisión de su participación lea con atención lo siguiente:

1. Se le realizará unas preguntas previamente elaboradas solicitándole su participación y contribuir con veracidad al momento de responder a las mismas, referidas a la atención recibida.
2. Toda la Información que Usted nos ofrezca será considerada CONFIDENCIAL y será utilizada con fines de la investigación y solo tendrá acceso el investigador.
3. De no tener la disponibilidad a participar en el estudio, Ud. tendrá derecho a hacerlo, así como retirarse cuando lo desee sin que esto implique ningún prejuicio actual ni futuro para su persona o en su atención.

En conocimiento y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles,

YO....., con DNI,
 domiciliado en:, ACCEDO A PARTICIPAR en
 el presente estudio y me someto a las exigencias que este supone y de las cuales he
 tenido conocimiento mediante el presente documento.

Fecha.....

Firma de participante: _____

Firma del investigador: _____

**CALIDAD DE ATENCIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD
DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA 2008-2009**

ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE MINSA EN CAJAMARCA Año: 2009

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	GESTANTES TOTALES ENERO-OCTUBRE	ADOLESCENTES EMBARAZADAS ENERO - OCTUBRE	Atendidas en diciembre 2008 y enero 2009
CS. Magna Vallejo	479	70	15
PS Tulpuna	366	104	24
PS. Micaela Bastidas	392	42	14
CS. Pachacutec	391	60	15
PS. Simón Bolívar	382	87	23
PS. Atahualpa	104	18	6
PS. Samana Cruz	77	22	5
TOTAL	2171	406	101

Fuente. MINSA-2008