

CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
CICLO – MODALIDAD DISTANCIA

Cátedra: Taller de Trabajo Final
Proyecto de Investigación

Percepción sobre la calidad de atención en el marco del
Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

Estudio a realizarse según la opinión de los usuarios que asisten al CAPS Dr. Hernán
Miranda, Provincia de Jujuy –segundo semestre 2019

Autores: Benicio Susana Soledad

Cortez Ángela Gabriela

Corimayo Ricardo

Asesor Metodológico: Prof. Esp. Soria Valeria

San Salvador de Jujuy, noviembre de 2018

*“La mayor gloria no es no
caer nunca,
Sino levantarse siempre”*

Nelson Mandela

(1918 – 2013)

DATOS DE LOS AUTORES

BENICIO, SUSANA SOLEDAD

Profesional de Enfermería, egresada en el año 2015 del Instituto Técnico Superior “Eduardo Fellner “, de la Provincia de Jujuy. Actualmente se desempeña como enfermera tratante el Centro de Salud Alberdi, dependiente al Hospital San Roque de la Provincia de Jujuy.

CORTÉZ, ANGELA GABRIELA:

Enfermera profesional, egresada en el año 2008 del Instituto Superior “Dr. Guillermo Cleland Paterson”, de la Provincia de Jujuy. Actualmente se desempeña como enfermera tratante en la Terapia Intensiva del Sanatorio Nuestra Señora del Rosario y en la Terapia Intensiva del Hospital San Roque de la provincia de Jujuy.

CORIMAYO, RICARDO:

Enfermero Profesional egresado del Instituto Superior Guillermo Cleland Paterson de la provincia de Jujuy en el año 2004. Actualmente cumple sus funciones en el área de atención Primaria de Salud dependiente del Hospital San Roque.

AGRADECIMIENTO

Este texto representa la culminación de numerosos esfuerzos realizado por parte de nuestro grupo. Y queremos brindar nuestro aprecio más profundo y nuestra gratitud más sincera a la Licenciada Valeria Soria, por ser nuestra guía constante, ya que sin su ayuda y la confianza que deposito en nosotros, no hubiera sido posible escribir el siguiente proyecto de investigación.

A todo el equipo docente de la Licenciatura en Enfermería de la modalidad distancia de la Universidad Nacional de Córdoba, quienes fortalecieron y enriquecieron nuestros saberes.

Finalmente, queremos agradecer a todas esas personas que con su apoyo acompañaron no solo la construcción del presente trabajo, sino el camino recorrido a lo largo de toda la carrera Familia, amigos, compañeros.

Nuevamente gracias

Índice

Prólogo.....	¡E
rror! Marcador no definido.	
CAPITULO I	3
Planteo del Problema	4
Definición del Problema	17
Justificación	19
Marco Teórico.....	20
Definición Conceptual de la Variable	36
Objetivos.....	38
CAPITULO II	40
Diseño Metodológico	41
Tipo de Estudio	41
Operacionalización de la Variable	41
Universo y Muestra	42
Fuente, Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	44
Planes.....	44
Tablas.....	47
Cronograma de Actividades	55
Presupuesto.....	56
Referencias Bibliograficas.....	58
Anexos	59
Anexo I Nota de autorización a la institución.....	61
Anexo II Consentimiento Informado.....	62
Anexo III Instrumento de Recolección de Datos.....	63

Prólogo

Desde el reconocimiento, fundamental de que el individuo, la pareja y la familia, se consideran esencial para alcanzar los ocho “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, y para el buen desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones, la salud sexual y procreación responsable se fortalece como uno de los principales ejes.

En nuestro país, con la vigencia de la Ley 25.673 que da creación al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, se tiene como objetivo garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; incorporando de esta manera a la salud sexual y reproductiva como un requerimiento comunal, al cual se le debe dar respuesta desde de las políticas sanitarias y sus estrategias de implementación.

Este estudio parte de la seguridad de que la salud sexual y reproductiva, es un derecho reconocido por y para la población y por tanto su ejercicio debe ser dentro de ese contexto.

Es por ello que la calidad de la atención de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar cobra cada vez mayor relevancia, dado que cuando mejora la atención y prestación de un servicio, se incrementa la cobertura, se reducen los riesgos de enfermedad o muerte asociados a la vida sexual.

El CAPS H. Miranda como centro de apertura del sistema de salud para la comunidad de los Barrios El Chingo, Radio Estación y parte de Punta diamante, cuenta con un equipo de salud que desde el conocimiento y la investigación pretenden generar actitudes responsables frente a la salud y la procreación que tienen un impacto directo sobre el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Es por ello que, al determinar desde la percepción de los usuarios del programa de salud sexual y procreación responsable, establecerá el conocimiento necesario para generar los ajustes y mejoras en el funcionamiento a fin de que el servicio prestado sea de calidad, eficiencia y efectividad.

Por ello esta investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, plantea obtener los objetivos mediante la recolección de datos de fuente primaria y en la aplicación de una cedula de entrevista a los usuarios, posterior a la asistencia recibida.

Dicha cédula indagará sobre la variable de investigación, percepción de la calidad de atención en sus dimensiones de estructura, proceso y resultado. Así mismo en el presente estudio, se plantea identificar las características de los sujetos del estudio en cuanto a (Género, edad, estado civil y tiempo de permanencia en el proyecto), también se quiere describir la opinión de los 128 usuarios seleccionados en la muestra.

Por otro lado, la estructura de la presente investigación comprende 3 capítulos, descritos de la siguiente manera:

Capítulo I. que parte desde la presente introducción, el planteo del problema donde se desarrolla el tema en general, los antecedentes, el área del estudio, con la formulación del problema, su justificación, el marco teórico, la definición conceptual de variables y los objetivos planteados.

Capítulo II. Comprende el desarrollo metodológico es decir el diseño del proyecto donde, se describe la población de estudio, la muestra y selección de muestra, lo operacionalización de la variable, así como la recolección de datos, medidas, y método de análisis estadístico utilizado en la investigación.

Finalmente, en los Anexos, se describe la propuesta de la encuesta, las notas de permiso para el trabajo de campo y el modelo de consentimiento informado requerido para ser partícipe de la investigación.

CAPITULO I

Planteo del Problema

Ante la búsqueda de la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud, en la I Cumbre de las Américas (Miami, 1994) los gobiernos de la Región de las Américas, reafirmaron su compromiso de incorporar en sus procesos de reforma del sector de la salud mecanismos como el acceso equitativo a determinados servicios básicos de salud y de mejorar la calidad de esos servicios.

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la participación del Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y de otras agencias internacionales, patrocinó una reunión internacional sobre la reforma del sector de salud donde se establecieron criterios rectores basados en los principios de equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

A partir de ello el mejoramiento de la calidad ha sido uno de los objetivos proclamados de las reformas del sector de salud. El reto fundamental para las autoridades en las labores del nuevo siglo es garantizar el acceso de toda la población a servicios de salud.

Los estudios de las políticas públicas están estrechamente conectados con la relación entre el Estado y la sociedad. Esta relación no ha sido nunca estática, sino que se ha ido transformando con el devenir de la historia. *“La política pública cristaliza una relación social, resultado de la interacción estado-sociedad en cada momento histórico”* (Barukel, 2014, pag.87).

Las últimas décadas del siglo XX, se caracterizan por el desarrollo a nivel mundial del proceso de globalización y neoliberalismo como respuesta política hacia la crisis de gobernabilidad que se hacía manifiesta en la década del 70. Esta transformación, impacta fuertemente en el endeble sistema político de salud, de los países en desarrollo generando una gran crisis de los Estados de Bienestar (EB). Bauman define al Estado Bienestar como, *“La única tarea económica que se le permite al Estado y se espera que este cumpla es mantener un presupuesto equilibrado, al reprimir y controlar las presiones*

locales a favor de una intervención más vigorosa en la administración de los negocios y en la defensa de la población ante las consecuencias más siniestras de la anarquía del mercado” (Bauman, 1999, pag.90).

Mientras que, al liberalismo, se lo debe caracterizar más por sus efectos antes que por su enfoque analítico, *“la pérdida de terreno que sufre el Estado frente al mercado”* genera una perspectiva en la que las políticas (neoliberales) económicas de exclusión advierten una agudización de las desigualdades sociales ya existentes. Así, además del aumento de la pobreza ya conocido, observamos la «pauperización de la pobreza», que condujo a las sociedades alcanzadas por estas políticas a un proceso de desagregación rápido y profundo. (Salama, 2003, pag.9)

Y por su parte la globalización está asociada con los problemas más graves del medio ambiente así como con la explosión demográfica, el desempleo masivo, los grandes movimientos migratorios, el incremento de la delincuencia, la expansión del narcotráfico, la agudización de los conflictos interétnicos y religiosos, la expansión de la pobreza y la indigencia, la feminización de la pobreza y de la fuerza de trabajo, la aparición de nuevas enfermedades y la reaparición de epidemias en versiones mutantes más resistentes (tuberculosis, malaria, cólera, etc.). (Bermejo, 1998; pag.185-199)

La Globalización incluye aquellos procesos que contribuyen a intensificar la interacción humana en un amplio rango de esferas (económica, política, social, ambiental y de salud) a través de las fronteras espacial, temporal y cognitiva que han separado a individuos y sociedades (Lee 2000; pag.15-41). Queda expuesto entonces que el neoliberalismo y el avance de la globalización llevan aparejado el crecimiento de la pobreza y la desigualdad social.

En ese entorno, la *globalización de la salud* se entenderá como un problema global alrededor de un bien esencial, un bien indivisible, un objetivo social deseable, centrado en los valores humanos, enfrentado a la inequidad y apoyado en una conciencia ambientalista y sanitaria de tipo planetario (Berlinguer, 1999, pág. 36-45).

En América Latina en el año 1990, se implementan procesos de reformas en algunos Estados, impulsados por los organismos internacionales

de crédito, se producen cambios sectoriales; sobre las problemáticas de las políticas sociales del sector salud, haciendo hincapié en el subsector público.

A mediados de los noventa los autores Meny y Tohening definían a:

“Las políticas públicas como el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y ligiamente gubernamental, en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico, a través de un conjunto de prácticas y normas que emanan de varios actores”. Meny y Tohening (1996. pag.35).

Es así que instituciones socio-económicas, son generadoras de programas y políticas orientadas a la promoción del bienestar general de las personas. Dando forma a los modelos de salud, en que se reparte la producción de bienestar entre el Estado, el mercado y las familias. (Meny y Tohening.1996).

Las desigualdades en salud son sobre todo un reflejo de las desigualdades sociales y económicas. Ejemplo: Desde el punto de vista histórico, enfermedades como las cardiovasculares o la ulcera duodenal y factores de riesgo como la obesidad y el tabaquismo han cambiado de patrón epidemiológico entre las clases sociales y tienden en la actualidad a ser más frecuentes entre las clases sociales más desfavorecidas. No obstante, el gradiente social de las enfermedades varía según los países. Además de las razones económicas, varios factores sociales tienen gran importancia para explicar las desigualdades. La educación, el desempleo, la precariedad en el trabajo, el medio laboral, la calidad de la vivienda, el medio ambiente y los aspectos de la cohesión comunitaria son quizás los más relevantes. (Bermejo, 1998; pag.185-199)

En Argentina, mediante la descentralización sanitaria, tiene hoy su sistema de salud, formado por tres subsistemas; publico, de obras sociales y privado, formando parte de un proyecto neoliberal que ha reformado y modernizado al Estado.

Estado que en su afán de brindar respuesta a las necesidades sociales de los grupos poblacionales más vulnerables genera la creación de políticas sanitarias, estrategias y servicios de salud pública, mediante los cuales busca

desarrollar programas que beneficien a la población y promover su participación a nivel comunitario.

Uno de los principales programas establecido por el estado argentino, es el reglamentado por Ley Nacional N° 25.673, "Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable"

Que tiene por objetivos, según su Art. 2:

a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;

- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable

Y como destinatario, por el Art. 3:

- A la población en general, sin discriminación alguna.

Dicho programa pretende que la transformación del modelo de atención refuerce la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines deberá cada efector del programa:

- Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;

- A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT

El CAPS Dr. Hernán Miranda, forma parte de una red de centros de salud situados en la periferia de la capital jujeña que dependen del Hospital San Roque, formando parte del primer nivel de atención.

Este, al encontrarse en contacto directo con la población, ejecuta diversas acciones emanadas desde el nivel central u hospitalario, como así también es el brazo operativo de diferentes programas nacionales y provinciales, entre ellos el de Salud Sexual y Procreación Responsable, que contribuye al cuidado integral de la salud de la mujer y el hombre dando lugar al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos con el fin de elevar la calidad de vida de la población en su área de incumbencia.

Cuenta dentro de su organización interna, con un espacio físico exclusivo para la implementación del programa, por lo que cuenta con un consultorio para brindar la consejería en salud sexual reproductiva que está a cargo principalmente por la educadora sanitaria, que atiende un promedio de 10 consultas por día, aunque también de manera espontánea otros integrantes del equipo brindan consejería y métodos anticonceptivos requeridos por la población de la zona de influencia del CAPS.

El equipo de salud en su totalidad, integrado por médicos generalistas, obstétricos, enfermeros, educadores y agentes sanitarios, desde su competencia llevan a cabo diferentes acciones con el fin de dar cumplimiento al mencionado programa.

De acuerdo a datos de la población emanadas, a la fecha, por administración, de la Institución detalla la siguiente información referida:

- Mujeres en edad fértil: 4700.

- Usuarios de métodos anticonceptivos: 500. (90% mujeres)

Métodos anticonceptivos usados por este grupo:

- Valerato de Estradiol/Enantato de Noretisterona: 263. Siendo el más utilizado.
- Levonorgestrel: 120.
- Medroxiprogesterona: 14.
- Desogestrel: 10.
- Implante su dérmico: 36.
- DIU: 7.
- Condones: 51.

A pesar de la implementación del programa de Salud Sexual en el CAPS se observa:

- Bajo nivel de cobertura. Solo el 10,6 % del total de mujeres en edad fértil usa algún método anticonceptivo.
- Incumplimiento de los objetivos del programa (cual). Alcanza al objetivo A de la Ley provincial N° 5133 y a los objetivos A, C, D y F de la Ley nacional N° 25673.
- Aumento del número de embarazo adolescente en relación al año 2016. En el mismo periodo de ese año, se registraron 32 embarazos sobre 23 del periodo en comparación
- Prevalencia de embarazos no deseados.
- Uso inadecuado de los métodos anticonceptivos por parte del usuario.
- Poco uso del método anticonceptivo de barrera
- Preferencia por los métodos anticonceptivos inyectables mensuales y trimestrales. Éste es el más demandado con respecto a los otros,

por su comodidad, conveniencia y tiempo que demanda su administración según relato de las enfermeras que recogen de las usuarias.

- Barreras que surgen de la provisión de los anticonceptivos. Disponibilidad discontinua en el caso de los medicamentos inyectables, horarios de atención reducidos en la farmacia del CAPS.

Partiendo de que:

- La “planificación familiar” se entiende por todos aquellos suministros y servicios que hacen posible que las personas y las parejas tengan el número de hijos e hijas que desean tener y planifiquen el cuándo y cada cuánto tiempo los tendrán. En ella se incluyen los métodos anticonceptivos modernos, tales como la píldora anticonceptiva de emergencia, los DIU, los productos inyectables o los preservativos para hombres y mujeres y los servicios incluyen atención médica, asesoramiento e información y educación relacionadas con la salud sexual y reproductiva

- Del hecho de que el CAPS Dr. Hernán Miranda cuenta con el equipo de salud adecuado y los medios provistos por el nivel central (Ministerio de Salud),

- Y que el programa no tiene una alta adhesión por parte de las mujeres en edad fértil de la zona de influencia del CAPS, surgen ciertos interrogantes, como ser:

- ¿Cuáles son las barreras con las que se encuentran los usuarios en el programa de salud sexual?
- ¿Cómo perciben, los usuarios, la calidad de atención que brinda el equipo de salud al momento de la entrega de MAC?
- ¿Qué percepción tiene el usuario sobre las estrategias de la implementación del programa de salud sexual?
- ¿Cómo pueden las/los Usuarías/os evaluar el funcionamiento del programa de Salud Sexual y Reproductiva implementado por el CAPS H. Miranda?

Para ir dando respuestas a los interrogantes planteados y en análisis de la literatura consultada, se integrarán las investigaciones encontradas.

Con respecto a las barreras con las que se encuentran los usuarios en el programa de salud sexual, un estudio realizado por UNICEF en el año 2015. **“Análisis sobre legislaciones y políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR y VIH en América Latina 2015**, que tenía el objetivo de este análisis es conocer a profundidad cómo las leyes y políticas afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a información y servicios de salud sexual reproductiva (SSR) y al virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Este trabajo analiza barreras que interfieren con la posibilidad de los adolescentes para acceder a los MAC, pero planteadas desde algunas legislaciones de países latinoamericanos, como ser:

- En diversos países, las personas menores de edad requieren del consentimiento de sus padres o tutores legales para solicitar servicios e insumos de SSR,
- En Chile y Paraguay la edad de consentimiento para las relaciones sexuales homosexuales es mayor a la edad de consentimiento para las relaciones sexuales heterosexuales. Esta diferencia supone discriminación por orientación sexual
- En lo que se refiere a la accesibilidad del condón, si bien todos los países latinoamericanos considerados en el análisis provisionan el condón masculino de manera gratuita a través de sus sistemas de salud, solo seis países (Bolivia, Brasil, Ecuador, México, Perú y Uruguay) distribuyen gratuitamente el condón femenino. El limitado acceso que existe en la región al condón femenino, sumado a la necesidad de obtener el consentimiento de padres o tutores para obtener insumos de SSR, constituyen importantes barreras para el acceso y ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes.
- Respecto de la anticoncepción oral de emergencia (AOE), de los 17 países presentes analizados, solo cuatro de ellos (Chile, Colombia,

Ecuador y Uruguay) poseen leyes que de manera explícita garantizan el acceso a la AOE. Por otra parte, Honduras prohíbe la AOE mediante un Acuerdo de la Secretaría de Salud y Perú prohíbe su distribución en los servicios públicos de salud por una decisión del Tribunal Constitucional. En la legislación de Costa Rica no se hace referencia alguna a la AOE, generando un vacío legal en este tema.

El resto de los países distribuyen la AOE, pero no establecen claramente la edad en que es permitida, dejando la materia a la interpretación.

Sería largo de señalar todos los puntos en los cuales esta investigación encontró barreras, desde lo legal, para que la población pueda acceder a los MAC, la información y los servicios de salud que brindan estos servicios.

Muchos de los países al determinar las políticas públicas y de salud sobre la SSRR de los adolescentes se apoyan en los aspectos legales que señalan el inicio y el consentimiento de las relaciones sexuales en este grupo poblacional.

En Argentina el inicio legal de las relaciones sexuales es de 13 años y por ende a partir de allí mucha de las acciones en cuanto a la educación, prevención, uso de MAC entre otras suele estar como superada como barrera legal, pero no, así como barrera social, cultural o familiar.

Lizarsaburo y Piñón, en su trabajo “Barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el IEMP en el periodo Octubre-diciembre del año 2005” plantea en su Objetivo: Identificar las barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes y si existe asociación entre edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, antecedente de embarazo, edad de inicio de relaciones coitales y dichas barreras.

En sus resultados, los autores del mencionado trabajo señalan que como barreras de tipo personales los adolescentes poseen un desconocimiento del uso correcto de la mayoría de los MAC, en cuanto a lo sociocultural señalan que predomina la necesidad de establecer el tema en las currículas educacionales.

En cuanto a los servicios de que deben brindar asistencia en salud sexual y reproductiva señala aun la necesidad de salvar esa brecha que pone de un lado al profesional y del otro al usuario con esa relación impositiva, por un lado y sumisa por el otro, posicionando al profesional de salud como incomprensivo, frío y autoritario. Es una imagen que obviamente representa un obstáculo ante el adolescente y el acceso a los MAC.

Por lo expuesto y en concordancia con las conclusiones del trabajo se destaca que *“las barreras personales, socioculturales, con los servicios de planificación familiar y con el profesional de salud fueron un obstáculo para el uso de un método anticonceptivo en las adolescentes, principalmente las barreras personales.”*

Habiendo mencionado al profesional de la salud como una de las barreras de acceso a los MAC es que surge otro de los interrogantes que hace referencia al ¿Cómo perciben, los usuarios, la calidad de atención que brinda el equipo de salud al momento de la entrega de MAC? La respuesta a este interrogante está encaminada a la calidad de la atención que se brinda en la consejería de SSyPR, y para ello se encontró que:

En el año 2015, Perú, Zamora a través de su estudio “Satisfacción de los usuarios externos acerca de la infraestructura y de la calidad de atención en la consulta del servicio de gineco-obstetricia del hospital de la solidaridad de Comas agosto 2011 – febrero 2012” encontró como resultados que el grado de Satisfacción de los Usuarios Externos acerca de la Infraestructura y de la Calidad de atención fue de 70,92%, el grado de Satisfacción de los Usuarios Externos en la atención en la consulta externa fue de 87,55% y el grado de satisfacción de los usuarios en relación a la infraestructura del servicio fue de 64,66%utilizando para ello el cuestionario de SERVQUAL modificado, para su uso en los Establecimientos de Salud y Servicio Médico de Apoyo del Ministerio de Salud. Estableciendo así la correlatividad entre la calidad percibida y la alta demanda de atención que tiene el servicio.

En igual sentido **Orihuela, Perú, en su tesis “Evaluación de la calidad de atención del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional**

Daniel Alcides Carrión – Callao, febrero 2011” plantea evaluar los procesos administrativos que giran en torno a la atención del paciente, la disponibilidad de métodos anticonceptivos, la capacidad del personal; e identificar áreas a mejorar respecto a calidad de atención a través de un estudio descriptivo transversal. Dentro de sus resultados encuentra que el consultorio de planificación familiar cumple con el 88.8% de las características deseadas para un buen funcionamiento, concluyendo así que la calidad de la atención del servicio de planificación familiar en el HNDAC es adecuada. Con respecto a la percepción de comodidad en los establecimientos de salud se evidenció un 100%, además de buen trato por parte del proveedor de salud en un 100%. El 85% de las usuarias manifiesta que los horarios de atención son convenientes. La gran mayoría de las usuarias (96%) manifiesta que el tiempo de espera fue aceptable; falta comparación con otros establecimientos de salud que brindan mejores servicios.

Alva y Jiménez en Perú realizaron el estudio titulado “Percepción de la calidad de atención de salud sexual y reproductiva en adolescentes del Hospital de San Juan de Lurigancho de octubre a diciembre, 2007” el cual tuvo como objetivo determinar la percepción de calidad de atención de las adolescentes en los consultorios de Salud Sexual y Reproductiva, conocer las percepciones, expectativas de la atención de salud y analizar la discrepancia entre estas. Utilizaron el método Servqual el cual se basa fundamentalmente en la discrepancia existente entre las expectativas y las percepciones de los usuarios, evaluando la calidad de servicios a través de cinco dimensiones: tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Como resultado obtuvieron que el promedio Global Servqual encontrado en la muestra fue de 1,1 lo que lo ubica en un nivel de insatisfacción con respecto a la calidad de la atención percibida. Todos los promedios globales de cada una de las dimensiones se encontraron a este nivel. La seguridad y la empatía evidencian un promedio de gap menor 0,9 en ambas dimensiones, es decir se encontró en mejor ubicación que las demás dimensiones, la dimensión con los menores niveles de satisfacción fue confiabilidad y capacidad de respuesta 1,2 en ambas dimensiones. En la priorización de las dimensiones, la mayoría opinó que la dimensión más importante es la seguridad y en segundo lugar la

dimensión empatía. Concluyendo así que la percepción de calidad de atención resultó en la categoría de insatisfacción.

La satisfacción o insatisfacción que la población objetivo refiere, se encuentra aunada a la respuesta o cobertura que se tiene a la necesidad de dicha población. Y para dar respuesta al interrogante de ¿Qué percepción tiene el usuario sobre las estrategias de la implementación del programa de salud sexual?; se analiza el informe del artículo de investigación: percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del estado de México; dan a conocer que *“la percepción del usuario es considerada como un conjunto de conceptos y actitudes que construye a partir de sus expectativas y la satisfacción de sus necesidades por lo tanto el trato digno por enfermería que el usuario recibe constituye un indicador de calidad”* (Conamed, vol. 17, pág. 1)

Además, establecen que la buena calidad es la que satisface a los usuarios y es claramente percibida, de tal forma que su percepción se traduce en actividades que incrementan su satisfacción y fundamenten las intervenciones para mejorar la calidad, con énfasis en el trato digno como derecho constitucional y humano.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: *“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”*. De acuerdo con Donabedian (1990. pag.251-253), la calidad es un atributo de la atención médica que se define como los *“logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente”*. Para este mismo autor, la calidad puede interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica refiere a *“la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgo y beneficios”* y, la atención interpersonal *“se mide por el*

grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes”.

Todo programa social, al nacer de una necesidad poblacional y pretender satisfacer dicha necesidad, tiene por controlador y evaluador a la población objetivo del programa, es por ello que en este trabajo se plantea el interrogante de, ¿Cómo pueden las/los Usuarías/os evaluar el funcionamiento del programa de Salud Sexual y Reproductiva implementado por el CAPS H. Miranda?; **Valdés, en su libro Hacia una Sexta Generación de los Procesos de Calidad,(México 1996)** hace referencia a las primeras cinco generaciones en los procesos para la evaluación y mejora en los procesos de calidad.

1ª. Generación, Control de calidad por inspección: mediante la verificación presencial del cumplimiento de los estándares de calidad preestablecidos.

2ª. Generación, Aseguramiento de calidad: mediante la determinación de políticas, programas y procesos, que permitiera garantizar que los procesos se condujeran dentro de los estándares de calidad.

3ª Generación, Calidad total: a través de la planeación de los sistemas de calidad, en que la estructura, el proceso y los resultados cumplieran los estándares previstos de calidad, incluyendo las instalaciones, el equipo, el mobiliario, los insumos, el personal, en cuanto a selección, capacitación y desempeño, y la realización de los procesos, que condujeran a resultados con calidad.

En esta tercera generación es en donde, a través de Deming y Juran, el usuario externo cobra importancia a través del concepto de calidad percibida y calidad objetiva.

Por su parte **Donabedian en Panamá (1966)**, escribió uno de sus primeros artículos titulado “**Evaluación de la calidad de la atención médica**” en donde además de detallar la importante participación del usuario, establece la necesidad de evaluar la calidad de la atención sanitaria a través de los aspectos de estructura, procesos y resultados

4ª Generación, Mejora continua de la calidad: mediante la integración de un diagnóstico situacional, la identificación de problemas y procesos con baja eficiencia y calidad, la solución de los problemas identificados y la mejora o reingeniería de los procesos ineficientes o con baja calidad.

5ª Generación, Reingeniería y calidad total: a través del rediseño de los procesos que no permitan el cumplimiento de los estándares de calidad. Ciertamente definir calidad dependerá mucho del contexto en el que este sea citado y por ende de los actores sociales que participen; sin embargo, la literatura nos presenta definiciones que son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud, por ejemplo, Avedis Donabedian, indica que la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud 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.

De los cuatro interrogantes planteados, a tres se les pudo dar respuesta con los antecedentes de investigación; Para lo cual se recurrió a referentes claves y consultas a expertos.

Considerando que la calidad de atención fue abordada, por otros autores, en otros contextos socio-sanitarios, se fundamenta así la importancia necesaria para establecer el siguiente problema de investigación

Definición del Problema

¿Cuál es la percepción sobre la calidad de atención en el marco del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que manifiestan los usuarios del CAPS Dr. Hernán Miranda, de la provincia de Jujuy, durante el segundo semestre del 2019?

Justificación

El Estado establece políticas de salud social, propone programas y plantea estrategias de acuerdo a la demanda de la población, el desarrollo social, económico y las necesidades de la población.

El programa de salud sexual y reproductiva, es una de la mencionada política de salud y forma parte de una necesidad de los habitantes, su conocimiento y reconocimiento son elementos clave para alcanzar las metas del programa y mejores niveles de bienestar para la población, como así también cumplimentar con uno de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” (ONU, 2015)

Por lo cual, no solo es fundamental una medición cuantitativa, sino, también, cualitativa desde la percepción de los usuarios para determinar la calidad del servicio en relación a este programa, que las instituciones de salud suelen brindar a la comunidad.

Desde la participación de la comunidad en la planificación y ejecución de los programas de salud los resultados, de dichos programas, miden su efectividad y eficiencia en base a la percepción que tiene el paciente sobre la atención que recibe (Mariño, 2014).

Es por ello que la Atención Primaria y su equipo de salud, debe situar a las personas en el centro de la atención sanitaria, buscando que los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos.

El presente estudio permitirá, desde la percepción de las usuarias del programa de Salud sexual y Reproductiva, establecer la calidad de atención que reciben, conocer los indicadores determinantes de esta y adquirir información que permita replantear o diseñar nuevas estrategias que aporten a la calidad de atención que brinda el servicio, a fortalecer la relación de la institución con la comunidad y asegurar la satisfacción de los usuarios. del CAPS H. Miranda.

“Las características de la atención de salud deben ser la centralidad en la persona, la integralidad e integración de la continuidad (...) con acceso al sistema sanitario para que los pacientes y quienes los atienden puedan entablar una relación duradera basada en la confianza; es una relación directa entre cada individuo, su familia, la propia comunidad y un determinado miembro de la plantilla de salud”. (Chacon, 2014)

La evaluación de la calidad de atención es de importancia significativa y por ello adquiere valor científico la realización del presente proyecto, cuyos resultados sirven de aporte para la toma de decisiones (formulación de estrategias y actividades) y mejorar la atención en el servicio, entre otras posibles utilidades.

Además, los resultados y hallazgos podrían ser útiles, como punto de partida para otras investigaciones, permitiendo fortalecer a los profesionales en el conocimiento de la realidad, para que no se limiten solamente a la entrega de los métodos anticonceptivos, sino que sean capaces de establecer relaciones interpersonales significativas, diseñar normativas facilitadoras del cumplimiento del programa y garantizar así la accesibilidad a la población a este u otro programa mediante una atención de calidad y teniendo en cuenta al usuario como un ser humano de derecho y no instrumento de trabajo.

Marco Teórico

A nivel mundial, desde la creación de los servicios de salud pública hasta nuestra era, se ha observado un incremento en las demandas de los servicios básicos de salud y cada vez la población exige mayor calidad en los servicios que se ofertan en las diferentes unidades de salud

A partir de los años ochenta se difundió el concepto de promoción de la salud y la atención de muchos de los programas se centró principalmente en la salud materno-infantil. El objetivo de los programas era reducir la morbimortalidad de los infantes a través de intervenciones en la salud materna (embarazo, parto y atención perinatal) Como uno de sus factores determinantes (OPS, 1998).

La planificación familiar se abordó inicialmente como un programa separado y paralelo a aquellos de salud materno- infantil. Después de un tiempo, y con el objeto de dar mayor coherencia y efectividad a los programas de salud, estas dos líneas programáticas se integraron en una sola: salud materno-infantil y planificación familiar (Corvalán, 1997); citado por Flórez & Soto, 2008).

En los años noventa, se adopta un nuevo concepto de salud reproductiva y derechos reproductivos, incluyendo la planificación de la familia y la salud sexual (UNFPA, 2004). En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, celebrada en El Cairo, los gobiernos reconocieron internacionalmente los derechos reproductivos contenidos en documentos sobre derechos humanos, y declararon que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales para el desarrollo.

En este contexto, el diseño de los servicios se orientó al individuo, con énfasis en los derechos humanos, la libertad y las responsabilidades que conllevan el libre ejercicio de la sexualidad. Las políticas y programas se definieron bajo la perspectiva de género y se documentó la necesidad de

integrar a la salud pública aspectos del desarrollo humano Como la educación y la nutrición, entre otros (OPS, 1998).

A pesar de la importancia dada a la SSR en el CIPD, están o estaba incluida dentro de las 18 metas asociadas a los 8 objetivos definidos en el 2000. Por esta razón y después del esfuerzo de muchos gobiernos y de ONGs, en octubre del 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó incluir una nueva meta al quinto Objetivo del Milenio: garantizar acceso universal a la salud reproductiva en el 2015 (IPPFWHR, 2006). De esta forma, con la enmienda a la quinta meta de los ODM, se ratifica el compromiso internacional con la SSR logrado en 1994 en la CIPD, y se obliga a los países a incorporar, en el marco de las reformas del sector salud, políticas que promuevan y garanticen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. (Flórez et al., 2008).

En la Argentina, paulatina pero sistemáticamente, los temas sexuales y reproductivos ocuparon un lugar en la agenda pública y política. (Petracci & Pecheny, 2007). En 1974, el gobierno de Isabel Perón, a través de la sanción del decreto 659, dispuso la prohibición de las actividades destinadas al control de la natalidad el control de la comercialización y venta de anticonceptivos (se exigían recetas por triplicado) y la realización de una campaña de educación sanitaria para destacar los riesgos de las prácticas anticonceptivas. Esa prohibición afectó el funcionamiento de los primeros servicios de asistencia en anticoncepción, que habían comenzado a desarrollarse en las instituciones de salud pública a principios de los años setenta. La justificación central de esa disposición era *“la persistencia de bajos índices de crecimiento de la población”*.

El argumento de que la Argentina era un país con espacios despoblados que la debilitaban geopolíticamente, fue retomado por la dictadura militar. (Petracci & Pecheny, 2007).

En 1985, el Congreso ratificó por ley la Convención sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. Entre las consideraciones de esta Convención, los Estados parte reconocen “[...] que para lograr la plena igualdad entre el hombre y la mujer es necesario modificar el papel tradicional

tanto del hombre como de la mujer en la sociedad y en la familia” y convienen en adoptar “[...] todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, con el fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar en condiciones de igualdad para hombres y mujeres: Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia” (Parte III, Art. 10, inc. h) y “los mismos derechos a decidir libre y responsablemente número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”(Parte IV, Art. 16, inc. c).

En 1986, el decreto 2274 derogó el de 1974, y en 1987 se implementó, como experiencia piloto en la Ciudad de Buenos Aires, la primera iniciativa en el marco de las políticas públicas, destinada a suministrar asistencia en anticoncepción a la población usuaria de los servicios de la red asistencial pública: el Programa de Procreación Responsable.

Paralelamente, en los años ochenta aparece y se extiende la epidemia del VIH/sida. El tema ocupó un lugar en la agenda pública local una década después (Petracci & Vacchieri, 1994).

La ley nacional 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable se aprobó en el 2002, casi a veinte años del retorno a la democracia, y junto con ella se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La intención del Programa fue abordar los obstáculos económicos para el acceso a la anticoncepción de las mujeres pobres a través de la distribución gratuita de algunos métodos anticonceptivos en el sector de salud pública. Otra intención fue enfrentar las diferencias en el acceso a los anticonceptivos entre las provincias, ya que el gobierno nacional se comprometió, a través del Programa, a proveer todos los métodos anticonceptivos necesarios y aprobados (reversibles, no abortivos y transitorios). También en su aplicación concreta, permitió detectar enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de VIH y Enfermedades de Transmisión Sexual. Por otro lado, desde el Ministerio de Salud Nacional se brindó la

asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales y, simultáneamente, capacitación a los equipos de salud en el marco del Programa de Médicos Comunitarios. (Cingulani & Seidler, 2008).

Si bien fue, en un principio, restringida al ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, los alcances de la ley pudieron proyectarse sobre las provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la medida en que se suscribieron convenios para organizar el programa en dichas jurisdicciones (Art. 11º). Sus objetivos, intuitivos de la salud sexual y de la procreación responsable, exponen una finalidad especialmente preventiva (Art. 2º, Decreto Reglamentario 1282/03), al apuntar a disminuir la morbimortalidad materno-infantil, evitar embarazos no deseados, prevenir enfermedades de transmisión sexual y patologías genitales y mamarias, entre otros.

En tal sentido, el programa buscó asegurar a toda la población, “sin discriminación alguna” (Art. 3º), el acceso a información y consejería en materia de sexualidad y comportamiento reproductivo; también, detectar conductas de riesgo, potenciar la efectiva participación de la mujer en la adopción de decisiones vinculadas a su salud sexual y procreación (en especial, en la libre elección de métodos anticonceptivos), y promover la salud sexual de los adolescentes (Art. 2º).

Los fines aspirados de la ley no se agotaron en los aspectos preventivos, sino que, complementariamente, trascendieron al diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (incluyendo el HIV/SIDA) y patología genital y mamaria (Art. 6º, Decreto 1282/02), y al monitoreo y evaluación de los métodos y elementos anticonceptivos entregados.

Los programas no solo necesitan una cobertura adecuada del Estado, es indispensable contar con objetivos claros y medibles que permitirán guiar su ejecución de tal manera que en el seguimiento o evaluación que debe hacerse del mismo, se detecten los problemas para poder corregirlos sobre la marcha.

El término evaluación se puede entender de diversas maneras, dependiendo de las necesidades, propósitos u objetivos de los diferentes ámbitos que se requiera evaluar, tales como: el control y la medición, el enjuiciamiento de la validez del objetivo, la rendición de cuentas, la educación,

salud, hasta en nuestra vida diaria, por citar algunos propósitos. *“Una fase de control que tiene como objeto no sólo la revisión de lo realizado sino también el análisis sobre las causas y razones para determinados resultados, y la elaboración de un nuevo plan en la medida que proporciona antecedentes para el diagnóstico”*. (Duque, 1993, p. 167)

De esta manera la evaluación constituirá un proceso permanente que permitirá ejercer un control constante sobre el desarrollo del programa y no solamente es fundamental una medición cuantitativa, sino cualitativa desde la perspectiva de los usuarios.

Algunas definiciones presentan una orientación meramente cuantitativa de control y medición del producto, se pueden concebir como *“una fase de control que tiene como objeto no sólo la revisión de lo realizado sino también el análisis sobre las causas y razones para determinados resultados, y la elaboración de un nuevo plan en la medida que proporciona antecedentes para el diagnóstico”*. (Duque, 1993, pág. 167).

La búsqueda de alternativas a la solución de problemas es el reto fundamental de la evaluación como proceso para el mejoramiento de la calidad de la atención. Este paso se considera necesario, dado que la experiencia ha demostrado que las personas no están dispuestas a emprender procesos participativos sino encuentran motivación y justificación para cambiar las prácticas tradicionales y elevar la calidad de la atención.

Como menciona Zas (2001), el proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes). Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los

servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia.

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad.

La satisfacción puede definirse como *"la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario."* (Flores 2008. 6- 13.)

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.

Si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces, la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y que falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros.

Al analizar los antecedentes sobre estudios de satisfacción en Cuba, se encontraron respuestas dadas a toda queja formulada por los pacientes, las cuales han constituido un sistema de detección de problemas muy útil, que debe considerarse factor importante en la evaluación de la satisfacción con la atención. Los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Satisfacción, arrojaron que aproximadamente el 70 % de la población se encontraba medianamente satisfecha con los servicios de salud. (Donabedian 1990. 251-253)

Las variables más significativas que inciden en el nivel de satisfacción de la población se encontraban:

1. Problemas en la organización de los servicios institucionales.

2. Problemas relacionados con la información.

3. Problemas éticos.

4. Problemas atribuibles a condiciones materiales.

La satisfacción puede referirse como mínimo a tres aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente y otros); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población; y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.

La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de, al menos, cuatro eslabones fundamentales:

1. La variable intrasubjetiva del usuario.

2. La variable intrasubjetiva del proveedor.

3. El proceso de interrelación que se produce entre ambos.

4. Las condiciones institucionales.

En consecuencia, al evaluar la satisfacción, antes del intento de conocer y medir el peso específico o la magnitud que determinados factores tienen en este proceso, habrá que tener en cuenta los siguientes objetivos:

1. Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud que brinda la institución.

2. Identificar cuáles elementos de la atención determinan la satisfacción o insatisfacción de los usuarios.

3. Evaluar el grado de satisfacción de los proveedores de los servicios de salud con su trabajo.

4. Identificar cuáles elementos de su trabajo afectan su satisfacción laboral.

La definición del término satisfacción, ha sido algo ampliamente debatido y discutido en las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad pone en la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud y ha sido necesario retomar el

concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios.

La satisfacción de los usuarios de salud no sólo es un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia. Su implementación como un indicador de excelencia de la calidad, sólo es posible si se tienen en cuenta:

1. Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (el hospital), grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico, entre otros) en la consideración de la satisfacción.

2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

Según el servicio andaluz de salud medir la satisfacción de los ciudadanos constituye un objetivo de primer orden porque permite escuchar directamente a las personas acerca de los servicios que reciben y porque consideran que la medida de la satisfacción es una medida de resultado de la atención (Cruz 2009)

Una herramienta muy valiosa para dar salida a tal objetivo es el análisis de encuestas porque proporciona información sobre el grado de satisfacción de los pacientes en cuanto al trato recibido y cómo fijar objetivos a los que llegar con las mejoras llevadas a cabo.

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por *Donabedian (1990)* como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes, usuarios. En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud.

La preocupación por la satisfacción del paciente está condicionada porque esta se relaciona significativamente y funcionalmente con conductas de salud específicas (desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados, o incluso, conductas preventivas de la enfermedad).

Al hablar de satisfacción, es importante tener en cuenta la distinción entre satisfacción general, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la satisfacción específica, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos.

Por otro lado, se ha planteado el modelo que valora los resultados clínicos, económicos y humanísticos, como una guía para la medición de los resultados en salud.

Desarrollar procedimientos normalizados de trabajo (PNT), incluyendo los instrumentos de registros apropiados, es fundamental para asegurar la provisión de un servicio de calidad. El surgimiento de los servicios de excelencia pone a los involucrados en la necesidad de buscar y adoptar nuevas formas de medir la calidad y evaluar la actuación. La valoración de la satisfacción de los pacientes es una medida para evaluar la atención sanitaria (Armando, 2005).

La orientación de los servicios hacia las demandas de quienes los utilizan está cada día más presente en las propuestas de profesionales, gestores y planificadores del ámbito sanitario. Actualmente y desde corrientes cercanas al marketing, surgen propuestas de control de la calidad de los servicios a partir de la opinión de los usuarios que los utilizan. En esta línea, el análisis de la opinión de los usuarios incorpora la perspectiva de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud. En estudios revisados sobre satisfacción y calidad, se concluye que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad esta satisfacción disminuye y con ello la calidad del servicio recibido.

Según Carey & Lloyd (2001) virtualmente se han escrito toneladas de textos alrededor del concepto de calidad. Aunque en el campo de la salud la discusión y producción ha sido muy fértil, según estos autores los profesionales de la salud entraron tardíamente a esta arena y no es hasta los años 90 que se comienza a generar una “explosión” de reportes, discusiones y estudios dirigidos específicamente al tema de calidad de la atención. Ellos afirman que, en el campo de la salud, históricamente, el concepto de calidad había sido definido por los proveedores de los servicios. Sin embargo, a partir de los años 80 y sobre todo en los 90 ha habido por parte de los clientes o beneficiarios un movimiento para establecer ellos mismos su definición de calidad. Algunos de los primeros debates con relación al término “calidad de la atención” se dieron en programas de planificación familiar y salud reproductiva. Ciertas audiencias involucradas en la ejecución y evaluación de estos programas realizaron un trabajo pionero en cuanto a establecer la necesidad de incluir la voz de la paciente en el proceso de valoración de la calidad en la prestación de servicios. La teoría de género y los enfoques participativos han producido un marco de referencia que cuestiona la relación tradicional médico-paciente y que tiene consecuencias en la definición y componentes de la dimensión calidad de la atención (Bruce, 1990).

Según Aday et al. (1998) “*calidad es un atributo del proceso de salud que tiene que ver con estar haciendo lo apropiado, lo correcto y estarlo haciendo bien*”. La Agency for Healthcare Research and Quality de los Estados Unidos (2001) presenta una definición muy similar de calidad de la atención pues afirma que Marco conceptual para la evaluación de programas de salud 251 significa hacer lo correcto, en el momento correcto, en la forma correcta, por el personal correcto y teniendo los mejores resultados posibles. Según esta agencia hay dos tipos básicos de medidas de calidad: las que incluyen la valoración de los consumidores (clientes o pacientes) y las que involucran indicadores del desempeño clínico, también llamados medidas de calidad técnica. Ambos tipos de medidas están basadas en lo que se denomina “outcomesresearch” (investigación de resultados). Desde nuestra perspectiva, las medidas de resultado deben incluir indicadores de satisfacción y calidad de vida en sus diferentes aspectos, es decir no solo deben considerarse los

indicadores clásicos de mortalidad y morbilidad. Para el desempeño clínico se pueden mencionar las dimensiones de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y medicación apropiados, así como la capacidad de prevenir antes que curar.

Según *Donabedian* (1990) propuso una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "*Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes*" e incluye estructura, procesos y resultados como los tres componentes de una armazón conceptual para evaluar la atención sanitaria y, bajo esta teoría, existe una relación funcional fundamental entre estos tres elementos tal que uno le sigue al otro.

- La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros.
- Los procesos corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención.
- Los resultados representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

Los estándares de calidad en salud son requerimientos indispensables que debe cumplir un establecimiento de salud para garantizar una adecuada calidad en la prestación de salud, que deben ser sometidos a revisiones periódicas para su actualización en base a los logros obtenidos y a los avances científicos y tecnológicos en salud (Hidalgo Jara, 2002).

Es importante resaltar que los estándares cuentan con una particularidad en común:

El Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso, parte desde la planeación, pasando por las labores de monitorización, identificación de

prioridades, propuesta de evaluación de resultados y comunicación de los mismos, elementos que permiten que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en soportes técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrolle mecanismos de evidencia y soporte que permita a todos los actores sociales constatar su compromiso con la gestión de calidad en Salud.

Teniendo como área de estudio, el presente trabajo un CAPS de nivel primario en salud, cabe ver los Estándares de Calidad para el primer Nivel de Atención. (Reyes Puma, 2003). Los que se basan en:

1- Atributo: Respeto Al Usuario: Los usuarios están satisfechos por el trato recibido del personal de salud en los servicios.

- Propósito: Es un estándar de resultado, que se focaliza en el trato al usuario por parte de los proveedores de salud, dicha interacción debe ser percibida como favorable por el usuario externo.
- Ámbito: El enfoque en el usuario atraviesa todo el sistema de prestaciones de salud.
- Proactividad: Promueve la medición y análisis del componente trato al usuario dentro de la prestación de salud.
- Ciclo de evaluación y mejoramiento: Se hará el seguimiento en base al indicador percepción del trato en el usuario externo.
- Impacto: Mejorar la calidad de atención de los servicios de salud con un enfoque basado en el usuario.
- Despliegue en la institución: El enfoque es aplicable y es consistente con las políticas de calidad en las distintas áreas de la organización.
- Despliegue hacia el usuario: Pasa a ser el usuario externo foco de atención en sus percepciones medidas a través de encuestas, cuyos análisis de resultados son de importancia para el usuario interno.

2- Atributo: Información completa Los usuarios del servicio reciben información clara acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento, referidos a su caso.

- Propósito: Estándar de resultado, basado en la percepción de los usuarios respecto al conocimiento, comprensión y aceptación de la información brindada por el equipo de salud, durante el proceso de atención.
- Ámbito: El enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización.
- Proactividad: Promueve el interés por el usuario interno en lograr una interacción efectiva de intercambio de información con el usuario externo.
- Ciclo de evaluación y mejoramiento: Se utilizará el indicador de comprensión del usuario respecto a la información recibida en el servicio.
- Impacto: Contribuye a generar en los usuarios una actitud crítica y de colaboración con el desempeño de la prestación de servicios de salud que le permita tomar decisiones sobre su salud.
- Despliegue en la institución: La implementación del enfoque es consistente en las distintas áreas de la organización.
- Despliegue hacia el usuario: El enfoque es percibido por los usuarios internos y/o externos.

3- Atributo: Satisfacción del usuario externo Los usuarios están satisfechos con los servicios de salud brindados por el equipo del establecimiento de salud.

- Propósito: Componente de resultado.

- **Ámbito:** En todos los niveles de prestación del Departamento Médico
- **Proactividad:** Promueve la incorporación de las mediciones de satisfacción del usuario externo de manera periódica, sistemática y analítica.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** En base al indicador satisfacción del usuario con los de servicios de salud recibidos.
- **Impacto:** Mejora sostenida de la satisfacción del usuario.
- **Despliegue en la institución:** En todos los niveles de servicios la medición de satisfacción del usuario es consistente en las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario:** Es la esencia del enfoque en el usuario y es percibido por los usuarios internos y/o externos.

4- **Atributo:** Satisfacción del usuario interno 1. El personal de salud está satisfecho por su trabajo en la institución.

- **Propósito:** Estándar de resultado.
- **Ámbito:** Todos los niveles de servicios de salud dentro de la organización.
- **Proactividad:** Promueve la medición sistemática de la percepción del eje o motor del cambio hacia la calidad de atención en salud.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** A través del indicador de satisfacción del usuario interno.
- **Impacto:** Mejora global y sostenida de la calidad de atención en los servicios de salud.
- **Despliegue en la institución:** En todos los niveles de atención dentro del Sistema de Salud. del Departamento Médico

- Despliegue hacia el usuario: Centra su atención en el usuario interno.

Para cada estándar propuesto se han definido uno o más indicadores que posibilitan su medición de manera periódica, priorizándose los siguientes:

- A. % de usuarios que perciben buen trato en el servicio de salud.
- B. % de usuarios que perciben que la información recibida en la atención es entendible y completa.
- C. % de usuarios que refieren estar satisfechos con los servicios brindados por el equipo del establecimiento de salud
- D. % de trabajadores de salud que refieren estar satisfechos en la institución.

INDICADOR 1(Reyes Puma, 2003).

1.- NOMBRE Porcentaje de usuarios que perciben buen trato en los servicios de salud.

2.- TIPO Estructura Proceso Resultado

Se debe tener presente, que la calidad no se construye solo a expensas de la voluntad del recurso humano, sino que lo organizacional, institucional, edilicio, los recursos y accesibilidad son piezas claves de un servicio de calidad.

El individuo puede estar suficientemente motivado y comprometer todo su esfuerzo individual o el de su equipo; para que su actitud no resulte estéril, se requiere de toda una estructura que debe ser diseñada desde niveles de conducción, con la debida planeación, con el fortalecimiento de las áreas críticas, con el flujo permanente de todo tipo de facilidad, sobre todo con la preparación y motivación adecuadas del personal, al que fundamentalmente se le debe introducir dentro del necesario esquema de la educación continua hacia la calidad, sin discriminaciones de clase o de nivel.

“El aseguramiento de calidad es la disposición y utilización adecuada de actividades planificadas, recursos económicos, materiales y humanos,

procesos, documentaciones; de todos los elementos necesarios para que las tareas y operaciones se desarrollen, asegurando calidad en los resultados, minimizando al máximo las fuentes de error.” (Malagón, 2006)

Las personas que son parte de la institución de salud deben tener en cuenta que el usuario ve todas las funciones de los personeros de salud, observan incluso el trato en la atención y si hay deficiencias, va a incidir en la calidad de la institución de salud.

La atención brindada debe procurar que el paciente salga satisfecho de sus necesidades de salud, reciba un trato digno, amable y respetuoso; con personal suficiente y preparado para otorgar la atención que requiere, que se disponga de los recursos suficientes para lograr que la atención se otorgue en un ambiente adecuado.

El usuario espera que la atención no sea interrumpida, que el trato sea personalizado, amable, con un mobiliario cómodo. La evaluación de la calidad de la atención se centra no solo en la información ofrecida, también es importante la disponibilidad y capacidad profesional o técnica del personal de salud, congruente con un trato social y humanitario, así como del adecuado balance que debe existir entre la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios, ya que los recursos no son ilimitados y sus costos son cada vez mayores (Aguirre, 2008).

En resumen, la calidad de un servicio se juzga como un todo, sin disociar sus componentes. Al asegurar la calidad se permite que las actividades que se realiza sean adecuadas para la tarea que se esté realizando, donde la unidad de todos los ofertantes se traduce en compromiso para con los usuarios, lo que generar confianza y satisfacción de parte de estos para con la institución y el equipo de salud.

La bibliografía consultada y la construcción teórica del presente trabajo pretenden la evaluación de los resultados que nos permita tener un enfoque más amplio sobre la evaluación del programa de S.S. y P.R, sus aspectos técnicos y la calidad de atención, buscando la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Definición Conceptual de la Variable

En base al marco teórico expuesto, los autores del proyecto se posicionaron en las teorías de los autores Vargas (1998), Donabedian (1990) y Mariño (2012), para percepción de la calidad de atención del usuario sobre el programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en el CAPS Hernán Miranda.

Desde el punto de vista antropológico, *“La percepción es entendida como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos”* (Vargas, 1998, pág. 134).

A través de la vivencia, la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad.

Por lo tanto, se puede decir que cuando un usuario entra a un servicio de salud, su percepción dependerá de una serie de aspectos básicos para la identificación y satisfacción de las necesidades de los usuarios ya que formarán la percepción de la calidad del servicio de salud que se oferta, y lo relacionaran inmediatamente con la Institución.

La satisfacción del usuario, depende del desempeño que se percibe del servicio en cuanto a la entrega de valor en relación con las expectativas del cliente. Si el desempeño del servicio no alcanza las expectativas, el paciente quedará insatisfecho. Si el desempeño coincide con las expectativas, el paciente quedará satisfecho. La satisfacción del cliente depende de las expectativas del cliente y la calidad de los servicios (Mariño, 2012).

Explicitando lo expuesto, se afirma que la *“Calidad de la atención es la que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”*(Donabedian 1990, pág. 543).

En base al mismo autor se establecen las siguientes dimensiones e indicadores:

➤ **Estructura:** se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos y físicos.

1- Organizacional: referida a la habilidad y cuidado para brindar el servicio con eficiencia, eficacia, efectividad, por lo tanto, se indagará sobre la percepción con respecto a:

- Orientación que recibe sobre la modalidad de atención del programa.
- Disponibilidad continua de un profesional para la orientación.
- Disponibilidad de los MAC.
- Programación de los turnos.

2- Aspectos físicos: destacada por los sujetos que perciben para y durante la atención en relación a la apariencia de las instalaciones físicas, equipos y material de comunicación y limpieza. Por ende, se destacará la percepción correspondiente a:

- Señalización (carteles, letreros y flechas).
- Equipos y materiales para su atención.
- Espacio físico para proveer privacidad al usuario.
- Higiene y confort de las instalaciones.

➤ **Procesos:** corresponden al contenido de la percepción de la atención y a la forma como es ejecutada la misma por lo cual sus dimensiones son:

1- Empatía, capacidad de ser sociable, de establecer buenas relaciones interpersonales, disposición y buena voluntad para atender a los usuarios y dar un pronto servicio se refiere a Cortesía y habilidad para transmitir confianza, confidencia y buen trato. Por lo tanto, se indagará sobre la percepción con respecto a:

- Trato (amabilidad, respeto y paciencia).
- Interés demostrado en la consulta por parte del profesional de salud.
- Lenguaje utilizado por los profesionales de salud.
- Predisposición para la atención.

2- Accesibilidad del servicio mediante la cual se agiliza la atención. Por lo tanto, se indagará sobre la percepción con respecto a:

- Respeto de la programación y el orden de llegada para recibir la atención.
- Documentación disponible.
- Horario de atención conveniente.

➤ **Resultados:** representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

1- Capacidad de Respuesta que tiene que ver con la disposición y buena voluntad para atender a los usuarios y dar un pronto servicio. Por lo tanto, se indagará sobre la percepción de calidad de atención con respecto a:

- Tiempo de espera para la atención.
- Entrega del MAC y/o consejería.
- Resolución de problema

Objetivos

Objetivo general

- Determinar la percepción sobre la calidad de atención en el marco del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que manifiestan los usuarios del CAPS Dr. Hernán Miranda, de la provincia de Jujuy, durante el segundo semestre del 2019

Objetivos específicos

- Determinar la percepción de la calidad de atención, en relación al marco de la estructura que incluye lo organizacional y aspectos físicos.
- Describir la percepción de la calidad de atención con respecto a la empatía y accesibilidad del servicio.
- Destacar la percepción de la calidad de atención en cuanto a los resultados producto de la capacidad de respuesta y resolución de problemas.

CAPITULO II

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio

Se realizará un estudio descriptivo, de corte transversal, para determinar la percepción sobre la calidad de atención en el marco del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que manifiestan los usuarios del CAPS Dr. Hernán Miranda, de la provincia de Jujuy, durante el segundo semestre del 2019.

Descriptivo: por que buscara describir la percepción sobre la calidad de atención en el marco del programa de salud sexual y Procreación Responsable que manifiestan los usuarios del CAPS Dr. Hernán Miranda, de la provincia de Jujuy.

Transversal: porque el estudio de la variable se realizará en un momento dado, haciendo una sola medición en el tiempo.

Operacionalización de la Variable

De acuerdo al marco teórico en donde se definió conceptualmente la variable del estudio, se expresará la misma a través de un cuadro, incluyendo sus dimensiones, sub-dimensiones e indicadores para que pueda ser cuantificada.

VARIABLE: percepción sobre la calidad de atención en el marco del programa de salud Sexual y Procreación Responsable

Variable	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Escala (1-2-3 pto) De 0 al 51
Percepción de la Calidad de atención, por las usuarias del programa SSyPR del CAPS Dr. H. Miranda	Estructura	Organizacional	Orientación	De 0 a 17 Desfavorable
			Profesional presentes	De 18 a 34
			Disponibilidad de los MAC	Medianamente desfavorable
			Programación de los turnos	De 34 a 51 Favorable
		Aspectos Físicos	Señalización	De 0 a 17 Desfavorable
			Equipos y materiales	De 18 a 34
	Higiene y confort		Medianamente desfavorable De 34 a 51 Favorable	
	Proceso	Empatía	Trato	De 0 a 17 Desfavorable
			Interés	De 18 a 34
			Lenguaje	Medianamente desfavorable
			Predisposición	De 34 a 51 Favorable
		Accesibilidad	Respetado al orden de llegada	De 0 a 17 Desfavorable
			Documentación y registro de seguimiento	De 18 a 34
	Horario de atención conveniente		Medianamente desfavorable De 34 a 51 Favorable	
	Resultado	Capacidad de Respuesta	Tiempo de espera	De 0 a 17 Desfavorable
			Entrega del MAC y/o consejería	De 18 a 34
Resolución de problemas			Medianamente desfavorable De 34 a 51 Favorable	

Universo y Muestra

El universo del estudio estar conformado por la totalidad definida por las/os usuarios del Programa de SSyPR del CAPS Dr. H. Miranda, los que según registro del año 2018 son 500 personas de Ambos sexos que residen dentro de la Zona de Influencia del CAPS.

Con la finalidad de que esta sea representativa, se utilizara la siguiente fórmula para establecer la cantidad representativa de la población en estudio.

La muestra fue calculada en función de la siguiente formula. En donde n= 500 son los usuarios seleccionados.

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

N: 2400 - **k:** 1,96 (95%) - **e:** 5% - **p:** 0,5 - **q:** 0,5

Tamaño de muestra: 218 Usuarios del programa de SSyPR

Al tratarse de una población ubicada en una amplia área de estudio y en función de la objetividad del trabajo y los datos a recolectar se deberá trabajar el tipo de muestreo.

Tipo de Muestreo

El muestreo será aleatorio, no probabilístico y estratificado, tomando por estratos el sexo de los participantes entre las cuales se distribuirá proporcionalmente el número de unidades de muestra, tomado como base proporcional la cantidad diferencial establecida estadísticamente que nos dice que del total de usuarios el 90% pertenece al sexo femenino.

Es así que la conformación final de la muestra es de:

Varones ---- 22

Mujeres ---- 196

Que se tomaran según se presenten al consultorio de consejería que funciona en el CAPS, y se ajusten a los siguientes criterios:

Criterio de Inclusión

- Personas atendidas en el servicio de salud.
- Que sean Mayores de 16 años
- Que lleven más de un año en la utilización de MAC

Criterios de Exclusión

- Que posean impedimentos mentales para brindar su respuesta al cuestionario
- Que no brinden su consentimiento informado

Fuente, Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Fuente: Para la recolección de datos se empleará una fuente primaria ya que la información se obtendrá directamente de la población en estudio.

Técnica: Se utilizará para la recolección de datos un cuestionario en modalidad auto-administrada, con preguntas semi-estructuradas y abiertas, ya que permite obtener información más completa mediante el establecimiento de una comunicación interpersonal entre los entrevistados y las investigadoras, que se caracteriza por su flexibilidad y apertura para las respuestas, además de ser aplicable a toda persona.

Instrumento: el instrumento será una cédula de encuesta, auto administrada diseñada por los investigadores. Para su construcción se tuvieron en cuenta los objetivos, la variable en estudio, con sus respectivas dimensiones, sub-dimensiones y escala diseñada. La entrevista estará dividida en dos partes: en la primera se solicitará los datos personales, a excepción del nombre, ya que la misma será anónima; y en la segunda parte, en relación a la variable en estudio, se desarrollarán preguntas abiertas y cerradas con puntaje codificado que definirán la calidad de atención percibida en las sub categorías como Favorable, Medianamente Favorable y Desfavorable según la percepción de cada participante. Esta caracterización de la calidad se presentará en las tablas de frecuencia y porcentaje.

Planes

I. Recolección de Datos

De acuerdo al flujo de atenciones por día en el centro de salud, se considera la realización de 10 entrevistas por día, siendo estas las 10 primeras usuarias asistentes al consultorio, asegurando así la comodidad y privacidad para el participante y la confiabilidad de los datos.

Luego de elaborar el instrumento, se procederá a recolectar la información mediante el siguiente proceso:

- Se elaborará y presentará la nota de autorización dirigida a la Dirigida a la Jefa de servicio Dra. Trapaglia Marcela, del Centro de salud del Chingo Dr." Herman Miranda". (Ver Anexo I).
- Se le entregara a cada uno de los entrevistadores un consentimiento informado de manera escrita (ver Anexo II), especificando el que, el por qué y el para que de la realización del estudio
- Una vez firmado dicho consentimiento, podrán realizar el cuestionario (ver Anexo III), de preguntas semi-estructuradas y abiertas, otorgándole el tiempo que se necesario a cada participante para que responda la totalidad de preguntas, de la manera más completa posible. Se estima un aproximado de 30 minutos para la realización.
- La recolección de datos se realizará de lunes a viernes, entre las 12 hs. Y las 14 hs, previamente habiendo estipulado con los usuarios.

II. Procesamiento de datos

Una vez que se hayan recogido la información, los datos serán procesados a través del siguiente procedimiento:

- a) Se ordenarán los datos en tablas matriz, según las dimensiones de estructura, proceso y dimensiones, con los indicadores correspondientes, para establecer con qué frecuencia y porcentaje se manifiestan por similitud de expresión entre los participantes.
- Según el análisis descriptivo de las respuestas, se codificarán y caracterizaran en la siguiente escala, diseñada por los autores que permitirá establecer la percepción de los usuarios a la calidad de atención percibida.

Se puntuarán las respuestas otorgadas como: **1- (desfavorable)**, **2- (medianamente favorable) y 3- (favorable)**. Partiendo de esto, la escala tendrá como constante la cantidad de preguntas establecidas en el instrumento.

Puntaje	Constante	Puntaje Mayor	Escala	Percepción
1	17	17	0 a 17	Desfavorable
2	17	34	18 a 34	Medianamente Favorable
3	17	51	35 a 51	Favorable

- En el caso de las respuestas binominales y abiertas, se categorizarán por similitud de respuestas.

III. Presentación de los datos

Se emplearán tablas para la presentación de los datos personales y demográficos de las personas encuestadas, para conocer la población en estudio; y una tabla por cada dimensión y/o sub dimensión, para plasmar las respuestas según la categorización anteriormente estipulada, permitiendo relacionar las frecuencias y porcentajes de cada una de las dimensiones en estudio.

También se elaborará un cuadro de contenido para la presentación de las preguntas abiertas, donde se tabularán los datos por similitud de respuestas.

Se exponen a continuación algunas tablas a modo de ejemplo, que serán construidas cuando el proyecto sea ejecutado, una vez obtenidos los datos.

Tablas y Gráficos Ejemplos

TABLA 1 Distribución de frecuencia según grupo de edad de los usuarios del programa SSyPR del CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Grupo de Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 20		
Mayor de 20		
Mayor de 30		
Total Sujetos	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 2 Distribución de frecuencia según Sexo de usuarios del programa SSyPR del CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino		
Femenino		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 3 Distribución de frecuencia según estado civil de los usuarios del programa SSyPR del CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera/o		
De unión Estable		
Casada/o		
Divorciada/o		
Viuda/o		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 4 Distribución de frecuencia según tiempo que llevan dentro del programa estado los usuarios del programa SSyPR del CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Tiempo de permanencia en el programa	Frecuencia	Porcentaje
6 meses		
Un año		
2 a 3 años		
4 a 5 años		
Más de 5 años		
Total de sujetos	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 7 Distribución de frecuencia según la percepción de la calidad de la organización institucional que tienen los usuarios del programa SSyPR del CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Percepción de la Calidad según Organización Institucional	Frecuencia	Porcentaje
Favorable		
Medianamente Favorable		
Desfavorable		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 8 Distribución de frecuencia según la percepción de la calidad en la modalidad de los turnos de atención que tienen los usuarios del programa SSyPR del CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Percepción de Calidad en la Modalidad de Turnos	Frecuencia	Porcentaje
Favorable		
Medianamente Favorable		
Desfavorable		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 9 Distribución de frecuencia según la percepción de la calidad organizacional del o de los consultorios para la consejería que tienen los usuarios del programa SSyPR del CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Percepción de la Calidad Organizacional de los Consultorios de Consejería	Frecuencia	Porcentaje
Favorable		
Medianamente Favorable		
Desfavorable		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 10 Distribución de frecuencia según la concordancia con la calidad de orientación que reciben los usuarios del programa SSyPR del CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Percepción de la Orientación Recibida	Frecuencia	Porcentaje
Favorable		
Medianamente Favorable		
Desfavorable		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 11 Distribución de frecuencia según la percepción del lenguaje utilizado para la atención de los usuarios del programa SSyPR, en el CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Percepción del Lenguaje Utilizado en la atención	Frecuencia	Porcentaje
Favorable		
Medianamente Favorable		
Desfavorable		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 12 Distribución de frecuencia según la recepción del MAC solicitado por los usuarios del programa SSyPR, durante su atención en el CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Obtención del MAC Solicitado	Frecuencia	Porcentaje
Siempre		
A Veces		
Nunca		
Casi Nunca		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 13 Distribución de frecuencia según la percepción del horario y turnos designado para la atención de los usuarios del programa SSyPR, en el CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Percepción en cuanto a los Horarios de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Favorable		
Medianamente Favorable		
Desfavorable		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 14 Distribución de frecuencia según la percepción del trato recibido durante la atención de los usuarios del programa SSyPR, en el CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Percepción del Trato Recibido durante la Atención	Frecuencia	Porcentaje
Favorable		
Medianamente Favorable		
Desfavorable		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 15 Distribución de frecuencia según la percepción del tiempo de espera para la atención de los usuarios del programa SSyPR, en el CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Percepción de la Calidad en relación al tiempo de Espera	Frecuencia	Porcentaje
Favorable		
Medianamente Favorable		
Desfavorable		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 16 Distribución de frecuencia según capacidad de respuesta en la atención brindada a los usuarios del programa SSyPR, en el CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Percepción en cuanto a la Calidad de respuesta para la Atención	Frecuencia	Porcentaje
Favorable		
Medianamente Favorable		
Desfavorable		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

TABLA 17 Consideraciones a mejorar en la atención brindada a los usuarios del programa SSyPR, en el CAPS Dr. H Miranda, durante el segundo semestre 2019.

Consideraciones a mejorar	Frecuencia	Porcentaje
Turnos		
Atención		
Comunicación		
Consultorios		
Profesionales		
Otros		
Total	218	100%

Fuente encuesta en modalidad auto-administrada

Cronograma de Actividades

GRÁFICO DE GANTT

Actividades	Tiempo Programa																							
	Julio				Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión del Proyecto	■	■	■	■																				
Recolección de Datos					■	■	■	■	■															
Procesamiento de Datos									■	■	■	■												
Análisis de Resultados													■	■	■	■								
Conclusiones																	■	■						
Elaboración del informa																			■	■	■	■	■	■
Publicación																								■

Presupuesto

Recurso		Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Humano	Investigadores	3	\$00,00	\$00,00
Materiales	Librería varios	1	\$ 60,00	\$60,00
	Impresiones	5	\$40,00	\$200,0
	Fotocopias	550	\$1,50	\$825,00
	Encuadernaciones	3	\$200,00	\$600,00
Gastos varios	Transporte al Área de Estudio	40	\$30,00	\$1200,00
	Imprevistos	4	\$100,00	\$400,00
Total de Gastos				\$2885,00

Referencias Bibliografía

Bambas A, Casas JA, Drayton H, Valdés A, (2000), Health and human development in the new global economy: The contributions and perspectives of civil society in the Americas. 2000, Lee K. Globalization and health policy: a conceptual framework and research and policy agenda. En: editors. Washington DC: PHO, p. 15-41.

Berlinguer G. (1999), Globalización y salud global. Salud, Problema y Debate (Buenos Aires); p. 36-45

Cayro Quispe Lucero Isabel (2016), Grado de satisfacción de usuarias en el consultorio de consejería de planificación familiar en el Instituto Nacional Materno Perinatal mayo. (Tesis de pregrado) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú

Cendali, Florencia y Pozo, Luciana. V (2008), Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos. Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata

Cerda Walter (2016), Historia de los Derechos Sexuales en Argentina. Hospital Dr. Roque Sáenz Peña – Rosario Argentina

Cristobo Matías (2009), El neoliberalismo en Argentina y la profundización de la exclusión y la pobreza, Edición Nº 55 - setiembre 2009

De León Sac Glendy Magali (2017), Comparación del Nivel de Satisfacción de las Usuaris de Planificación Familiar en Servicios de Salud del Segundo Nivel de Atención con y sin Intervención de Cooperante, en el Departamento de Totnicapán, Guatemala.

Del Salto Mariño Edgar (2012), Evaluación de la Calidad de Atención y Satisfacción del usuario que Asiste a la Consulta en el Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía (Tesis de maestría). Universidad Central del Ecuador. Quito.

Donabedian A. (1990), La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Salud Pública de México, vol. 32, núm. 2, marzo-abril, 1990, pp. 248-249 Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México

Eiliana Montero Rojas. (2001), Población y Salud en Mesoamérica Marco conceptual para la evaluación de programas de salud

Estadísticas Vitales. (2016), Secretaria de Soporte del Sistema de Salud Departamento Provincial de Bioestadística Ministro de Salud: Dr. Mario R. Fiad.

García Gonzales Gabriel Iván. (2008), Evaluación del Impacto del programa de salud sexual y reproductiva en adolescentes de Medellín

González Hilda Fabiana. (2012), Satisfacción de Usuarios del Servicio de Salud Sexual y Reproductiva. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Córdoba. Catamarca Argentina.

INDEC (2013), Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable Ministerio de Salud Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Mas Bermejo P, Valdivia Domínguez A, Díez Cabrera M. (1998), Los retos de la epidemiología en la era de la globalización. Rev. Cubana de Higiene y Epidemiología 1998; 36(3):185-199.)

Mora Vargas, Ana Isabel. (2004), La evaluación educativa: Concepto, períodos y modelos. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación", vol. 4, núm. 2, julio-diciembre, 2004

Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima. (2014), Modelo de Evaluación de Programas de Salud., Colombia

Anexos

Anexo I Nota de autorización a la institución

San Salvador de Jujuy, ...de.....del 2019

A LA Jefa del CAPS Hernán Miranda

Dra.

S_____ / _____D

Tenemos el de dirigirnos a Usted a fin de solicitar su inapreciable colaboración, permitiendo el acceso a la institución a su cargo para la recolección de los datos necesarios, para el trabajo de investigación titulado “Percepción sobre la calidad de atención en el marco del programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del CAPS Dr. Hernán Miranda”. Cuyo objetivo es Determinar la percepción sobre la calidad de atención en el marco del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que manifiestan los usuarios del CAPS Dr. Hernán Miranda, de la provincia de Jujuy, durante el segundo semestre del 2019

Por tal motivo se pretende obtener información directamente de los usuarios de este programa dentro del servicio e inmediatamente a posterior de su atención.

Sin otro particular y agradeciendo su intervención, la saludamos atte.

Benicio Susana

Cortez Ángela

Corimayo Ricardo

Anexo II Consentimiento Informado

Evaluación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del CAPS Dr. Hernán Miranda.

Investigadoras: Benicio Susana Soledad, Cortez Ángela Gabriela y Corimayo Ricardo

Este estudio pretende ser beneficioso para el plantel de profesionales que interviene en el programa de SSyPR del CAPS y para mejorar la calidad de atención brindada por todo el personal de salud interviniente, exponiendo de manera categórica las posibles falencias que se identifican en la actualidad.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas apropiadas y los consejos de revisión de la Universidad Nacional de Córdoba y la cátedra de Taller de Trabajo Final de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba, implica que no habrá daños previsibles o daño para su familia e incluye completar una cedula de entrevista para la recolección de los datos necesarios.

Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación en éste, teniendo en cuenta que su participación en el estudio es voluntaria, por lo que tiene el derecho a abandonar el estudio cuando quiera y su relación laboral con su institución no se verá en absoluto afectados.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez haya sido publicado, será recompilada por las investigadoras, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso y se mantendrá en secreto estadístico.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

Firma del sujeto

Fecha

Rep. Legal Fecha He explicado el estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del Investigador

Fecha

Anexo III Instrumento de recolección de datos

Somos alumnos del 5to año de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba. Y estamos realizando un estudio descriptivo, cuyo propósito es reunir información referente a “La percepción de los usuarios en relación a la calidad de atención de salud sexual y procreación responsable por el personal de salud del CAPS Dr. Hernán Miranda Jujuy, en el segundo semestre del año 2019 “

Por este motivo, le solicitamos que acceda a responder el siguiente cuestionario el mismo nos aportará los datos que permitan conocer sobre el tema en cuestión.

Esta entrevista es de carácter libre y anónimo. ¡Gracias por tu participación!

CARACTERISTICAS DEL USUARIO

- Edad:
- Sexo: Masculino. Femenino: Otro:
- Estado civil: Soltera/oDe unión Estable: Casada/o
Divorciada/o Viuda/o

Complete la línea punteada según su percepción en relación a cada pregunta y amplíe cuanto Ud. considere necesario.

1- ¿Hace cuánto tiempo que está bajo el programa de salud sexual y procreación responsable?

6 meses..... Más de un año..... 2 a 3 años.....

4 a 5 años..... Más de 5 años

PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCION

Marque con una X las características asistenciales del CAPS Hernán Miranda según su percepción **D** (desfavorable). **MF** (medianamente favorable) **F** (favorable) y amplíe brevemente su respuesta en las observaciones.

Nº	Pregunta	D 1	MF 2	F 3	Observaciones		
					¿Mejoraría?		¿De qué manera?
					SI	NO	
1	¿La orientación o explicación sobre los requisitos o forma de atención que le fueran brindado cómo le pareció...?						
2	¿La presencia de los profesionales para su atención durante los últimos meses fue, según su criterio...?						
2	¿La modalidad de entrega de turno, considera es...?						
3	¿La continuidad de la entrega de los Anticonceptivos, durante los últimos meses fue...?						
4	¿Los Horarios de atención del consultorio de Planificación Familiar son, según su opinión...?						
5	¿La identificación de la cantidad de turno, horarios de atención, consultorios y profesionales en el CAPS son para la comunidad...?						
6	¿Cuándo Ud. es atendido, el equipamiento del consultorio y los materiales utilizados para la asistencia en Salud Sexual considera Ud. son...?						
7	¿La higiene y el confort que Ud. percibe de los Consultorios de consejería son...?						
8	¿En relación al trato que le brindo el profesional de salud para Ud. fue...?						
9	¿El interés que demostró el personal que lo atendió, para que Ud. se sintiera bien atendidos, cree que fue...?						
10	¿El lenguaje que han utilizado los profesionales cuando le brindaron información como lo definiría...?						
11	¿Cuándo Ud. asiste al consultorio de consejería, la predisposición de los profesionales que lo atienden es comúnmente...?						
12	¿El profesional que atiende en el consultorio de salud sexual respeta la programación de los turno y el orden de llegada de los usuarios de manera..?						
13	¿Los registros y documentación para su seguimiento, historial y retiro de MAC que utiliza el CAPS son según						

	UD...?						
14	¿La organización de los horarios del servicio para la atención y consejería en Salud Sexual le pareció...?						
15	¿El tiempo de espera para la atención en planificación familiar le parece a Ud. es...?						
16	¿La capacidad de respuesta que le brinda el programa de SSyPR a sus necesidades y/o de los otros usuarios cómo Ud. le parece que es...?						
17	¿Cuándo se le presento algún inconveniente con la atención, los MAC, los turnos u otra situación problemática, la forma de resolverla por parte del personal del CAPS fue para Ud....?						