



UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
VICERRECTORIA ACADEMICA
ESCUELA DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES
SISTEMAS DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLES



PROYECTO FINAL DE GRADUACIÓN

“Análisis de la calidad de la atención de las consultas de Planificación Familiar y Control Prenatal y de las condiciones de Salud Sexual y Reproductiva de las madres con el antecedente de una muerte infantil en el Área de Salud de Pavas- Costa Rica 2000-2005”

Estudiantes:

**Dra. Silene Aguilar Orias
Dra. Laura Castro Niño**

Tutora del Proyecto de Investigación:

Dra. María Elena López N.

02 de julio de 2009



AGRADECIMIENTOS

A Dios Padre, a nuestras familias, a nuestros hijos y a cada una de las personas que con su ayuda y apoyo hicieron posible el inicio, la continuación y la feliz conclusión de esta etapa de nuestras vidas.

A la doctora María Elena López y licenciada Ingrid Behm por sus atinados y valiosos aportes en la propuesta, desarrollo y finalización de esta investigación.

Al equipo sicosocial, médicos y personal administrativo de la Clínica de Pavas que hicieron posible la realización del grupo focal, las entrevistas y la revisión de los expedientes de salud.

A la Comisión Local de Mortalidad Infantil que nos permitió acceder a sus bases de datos y nos brindó la información que hizo posible la selección del grupo de estudio.

Finalmente, un agradecimiento muy especial a las madres que accedieron a participar en las entrevistas y en el grupo focal, quienes con sus opiniones y aportes contribuyeron en el mejoramiento de la atención de la salud sexual reproductiva que brinda la Clínica de Pavas.

DEDICATORIA

A Elaine, Leonardo, Melissa, Sebastián, Santiago y Roderick que, con su dulce y valiente espera, nos brindaron aliento y fuerza para culminar este trabajo. Cada minuto dedicado a él, significó una oportunidad menos de disfrutar de sus ocurrencias, de sus abrazos y de su cariño. Este mismo cariño dedicado a cada hoja y multiplicado por infinito, refleja nuestro amor por ellos. A nuestro Dios Padre, paciente y misericordioso por el amor que nos brinda todos los días de nuestra vida.

RESUMEN EJECUTIVO

La salud reproductiva involucra todos los procesos, funciones y sistemas reproductivos a lo largo de todas las etapas de la vida, lo cual permite, tanto a hombres como a mujeres, el ejercicio de una vida sexual plena, responsable y segura, como resultado de lo cual, entre otras cosas, se logra la planificación conjunta de la familia y se previenen infecciones de transmisión sexual, aspectos que inciden en alto grado en la calidad de vida de la población.

A pesar de los esfuerzos realizados por la Seguridad Social para brindar, desde el primer nivel de atención reforzado, una atención integral al hombre y la mujer, existen limitaciones en el acceso a los servicios que dificultan una adecuada atención de la salud sexual y reproductiva y que son condicionados, en parte, por aspectos culturales, pero también por una insuficiente adecuación de los servicios a las necesidades de los usuarios, condición que afecta la oportunidad en la atención de esta población.

Para este estudio, se seleccionaron casos de madres que tenían el antecedente de haber sufrido al menos una muerte infantil y que fueron atendidas en la Clínica de Pavas. Esto, con el objetivo de analizar la calidad de la atención brindada en esta Clínica, en las consultas de control prenatal y planificación familiar, que habían recibido algunas madres con este antecedente y determinar así, sus necesidades en salud sexual y reproductiva (la salud de la adolescencia, la planificación familiar, el control prenatal, la atención del parto, del posparto y del crecimiento y desarrollo infantil en términos de atención en salud), conocer sobre la calidad de la respuesta recibida en estos servicios, las condiciones de vida y de exposición al riesgo de los hogares involucrados.

En ese sentido, se efectuó la revisión documental de los expedientes de salud, de los instrumentos de Mortalidad Infantil de la COLAMI (Comisión Local de Análisis Mortalidad Infantil) y se entrevistó a las usuarias y al personal médico con el propósito de conocer algunos aspectos sobre accesibilidad, cumplimiento de la normativa y satisfacción usuarios y proveedores de la atención recibida.

Los resultados obtenidos reflejan la necesidad de reorientar y reorganizar la atención de la salud sexual y reproductiva, de manera tal que satisfaga, las expectativas y las necesidades en esta materia, tanto de los usuarios como de los proveedores; identificando así, las estrategias y las acciones más pertinentes para lograr una mejoría en la salud sexual y reproductiva y disminuir

consecuentemente, los riesgos de mortalidad infantil en los futuros embarazos a controlar en la Clínica de Pavas.

Los principales resultados presentan la caracterización de la salud sexual y reproductiva de estas madres, sus conocimientos sobre este tema, los antecedentes de violencia intrafamiliar, los antecedentes que llevaron a la muerte infantil de estos bebés, como fue la atención de las consultas de control prenatal y de planificación familiar; además de conocer, cómo estas madres consideraron la atención recibida y el proceso que llevó a la muerte de sus bebés. Por otra parte, se analizó el cumplimiento de la normativa en estas consultas y se analizaron las posibles causas que llevaron a la muerte del infante.

Algunos resultados obtenidos en el presente estudio fueron:

- Inicio de las relaciones sexuales en edad temprana (adolescencia).
- 25-30% de los casos estudiados tenían el antecedente de abortos previos.
- Desconocimiento en el uso adecuado de los métodos de planificación, a pesar de estar en control en las consultas de Planificación Familiar.
- Se detectaron hechos que sugieren limitación en el ejercicio de sus derechos de salud sexual y reproductiva se refiere, que podría representar la presencia de violencia intrafamiliar o en los casos estudiados.

Esta investigación concluye con la propuesta de un plan de innovación para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de los hombres y las mujeres de todas las edades que reciben atención en el Área de Salud de Pavas.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO UNO	16
MARCO CONTEXTUAL	16
1. ANTECEDENTES	17
2. CONTEXTO INTERNACIONAL	18
3. CONTEXTO NACIONAL	34
4. CONTEXTO LOCAL	45
6. DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	
58	
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	58
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	59
7. OBJETIVO GENERAL	59
8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	60
CAPÍTULO DOS.....	61
MARCO TEÓRICO.....	61
1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	61
<i>2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y POBREZA.....</i>	<i>74</i>
3. FECUNDIDAD Y ANTICONCEPCIÓN	77
<i>4. VIOLENCIA BASADA EN EL CONCEPTO DE GÉNERO</i>	<i>80</i>
CAPÍTULO TRES	87
DISEÑO METODOLÓGICO	87
1. TIPO DE ESTUDIO.....	87
2. ÁREA DE ESTUDIO	88
3. UNIDADES DE ANÁLISIS O SUJETOS/OBJETOS DE ESTUDIO.....	88
4. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	89
5. IDENTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE LAS VARIABLES Y/O CATEGORÍAS DE LAS VARIABLES.....	90

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	94
7. SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO Y DE LA TÉCNICA A UTILIZAR	101
8. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	103
9. RESULTADOS ESPERADOS Y LIMITACIONES	106
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	110
CAPÍTULO CUATRO	111
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	111
1. CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	111
2. ANTECEDENTES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR iError! Marcador no definido.	
3. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ROLES FEMENINO Y MASCULINO iError! Marcador no definido.	
4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	130
CAPITULO CINCO	155
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	155
1. CONCLUSIONES	155
2. RECOMENDACIONES	159
A. Recomendaciones Generales.....	159
B. Propuesta de Atención Integral.....	161
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181
ANEXOS	187

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Área de Salud de Pavas. Tipos de violencia en la población de la zona de atracción.....	53
Cuadro 2. Entrevistas realizadas a mujeres con el antecedente de una muerte infantil en el distrito de Pavas – Características de las madres - Clínica de Pavas 2000-2005	113
Cuadro 3. Escolaridad de las madres con el antecedente de una muerte infantil según los registros del Instrumento número 2 de la COLAMI de Pavas.	117
Cuadro 4. Conocimientos sobre el método de planificación usado	121
Cuadro 5. Número de partos en las madres con el antecedente de una muerte infantil que asistieron a la consulta de Planificación Familiar.....	123
Cuadro 6. Resultados de la calidad de la atención recibida en las consultas de Planificación Familiar y Control Prenatal de las madres entrevistadas – Clínica de Pavas 2000-2005	134
Cuadro 7. Número de consultas de Control Prenatal de los casos analizados de la COLAMI, Clínica de Pavas.....	144
Cuadro 8. Clasificación de los recién nacidos en los casos de muertes infantiles de la COLAMI. Clínica de Pavas 2000-2005	145

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sectores que componen el distrito de las Pavas.....	47
Figura 2. Marco conceptual determinantes de fecundidad en adolescentes.....	76
Figura 3. Modelo ecológico de factores asociados con la violencia de pareja	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Índice de mortalidad infantil en el mundo hasta 1998.....	20
Gráfico 2. Escolaridad de las madres con antecedente de una muerte infantil que asistieron a la consulta de Planificación Familiar en la Clínica de Pavas.....	114
Gráfico 3. Edad de las madres con el antecedente de una muerte infantil que asistieron a la consulta de Planificación Familiar	115
Gráfico 4. Edad de las madres con el antecedente de una muerte infantil según los registros del instrumento número 2 de la COLAMI de Pavas. Clínica de Pavas 2000-2005	116
Gráfico 5. Periodo intergenésico en las madres con el antecedente de una muerte infantil que asistieron a la consulta de Planificación Familiar.	124
Gráfico 6. Total de controles prenatales de las madres con el antecedente de una muerte infantil Clínica de Pavas 2000-2005.....	138
Gráfico 7. Edad gestacional al término del embarazo en las madres que tienen el antecedente de una muerte infantil Clínica de Pavas 2000-2005	139
Gráfico 8. Método anticonceptivo indicado por el médico para las madres con el antecedente de una muerte infantil en la consulta de Planificación Familiar Clínica de Pavas 2000-2005	140
Gráfico 9. Riesgo reproductivo de las madres con el antecedente de una muerte infantil en la consulta de Planificación Familiar Clínica de Pavas- 2000-2005	141
Gráfico 10. Clasificación de la muerte infantil de acuerdo con el período en los casos analizados de la COLAMI Clínica de Pavas 2000-2005.....	143

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Tasa de Mortalidad en Costa Rica para los años 1997-2005.....	188
Anexo 2. Características de los niños, casos de mortalidad infantil. Área Salud Pavas. 2005	189
Anexo 3.	190
Anexo 4. Instrumento N° 2 Sistema Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil ..	192
Anexo 5. Instrumento para la revisión de la calidad de la consulta de Planificación Familiar en la Clínica de Pavas, COOPESALUD R.L.....	206
Anexo 6. Instrumento para la revisión de la calidad de la consulta de Control Prenatal en la Clínica de Pavas, COOPESALUD R.L	207
Anexo 7. Guía para la entrevista al personal de salud sobre la calidad de la atención de la consulta de Control Prenatal y Planificación Familiar en la Clínica de Pavas	210
Anexo 8. Consentimiento Informado	214
Anexo 9. Guía para la entrevista a las usuarias del servicio de planificación y/o control prenatal con el antecedente de una muerte infantil	216
Anexo 10. Grupo focal para madres de Pavas con el antecedente de una muerte infantil previa. Años 2000-2005	224

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva de las mujeres ha sido preocupación de las autoridades sanitarias del mundo desde hace muchos años, razón por la que se han hecho propuestas tendientes a mejorarla, sobre todo, en los países pobres y en desarrollo, en los que, como es de esperarse, el acceso a los servicios de salud es limitado.

El programa de acción adoptado por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en 1994 en El Cairo, y un año más tarde en Beijing, en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer, definió nuevos mecanismos para enfrentar los problemas de la población y el desarrollo. Desde esta perspectiva, el enfoque ya no era sólo el efecto del crecimiento de la población sobre el desarrollo, sino la implicación que tiene una inadecuada salud sexual y reproductiva en el desarrollo humano.

En ambas conferencias, se hizo reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos universales. Estos derechos incluyen tanto a los hombres como a las mujeres, e implican aspectos como la capacidad de decidir libre y espontáneamente el número, intervalo y espaciamiento de los hijos, tener acceso a servicios de salud apropiados que garanticen a las mujeres embarazos y partos seguros; finalmente, se considera un derecho de la mujer, el no ser enajenada de su capacidad sexual y reproductiva, tal y como sucede con la violencia o la negación al acceso de métodos de planificación.

Una de las formas más dramáticas en la que se refleja la inequidad en cuanto al acceso a los derechos más fundamentales en los inicios del siglo XXI, es la morbilidad y mortalidad de las mujeres en etapa reproductiva. Es por esta razón que la Organización Panamericana de la Salud, al igual que otras organizaciones, está trabajando intensa y responsablemente en la revisión de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva que se brinda en los centros de salud, con el fin de reducir la brecha existente.

Estas iniciativas nacen luego de que, en 1978, en la Conferencia de Alma Ata, haya habido personas interesadas en cuestionar la calidad de los servicios de salud y su naturaleza; es por ello que desde

entonces se han realizado numerosas propuestas encaminadas a la mejora de la calidad de la atención en los servicios de salud en general.

Los aportes de Donabedian y de Judith Bruce para la evaluación de la calidad de los servicios de salud reproductiva incorporan aspectos de la organización (estructura) de la prestación del servicio o atención (proceso) y de los resultados dentro de los que se enmarca la satisfacción de los usuarios. El sistema de evaluación propuesto incluye tanto la opinión de los usuarios como la de los proveedores.¹

La iniciativa original respeta los principios de la Federación Internacional de Planificación de la Familia para la atención de los servicios de planificación familiar, dentro de los que se menciona el derecho a la información, al acceso, a la elección, a la privacidad, confidencialidad, a la continuidad de los servicios y a la opinión de los servicios recibidos, entre otros.²

Por otra parte, la mortalidad infantil expresada mediante la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), es un indicador que refleja la calidad de vida de las poblaciones, las condiciones específicas de su salud sexual y reproductiva, la respuesta social y, en particular, la calidad de la atención en salud. Como indicador de resultado que es, la Tasa de Mortalidad Infantil, expresa la gran variedad de interrelaciones que existe en las diferentes dimensiones de las condiciones de vida, razón por la que no puede ser solamente interpretada desde la respuesta del sistema de salud y de las intervenciones concebidas con una perspectiva puramente biológica.³

En la Clínica de Pavas existe la Comisión Local de Análisis Mortalidad Infantil (COLAMI) que analiza los casos de muertes infantiles del distrito, constituida por un grupo interdisciplinario de profesionales que revisa los casos reportados desde el Instituto

¹ Bruce J., Quality of care. Fundamental Elements of the quality of care: A simple framework. Studies in Family Planning. Vol 21 N° 2, March, April. 1990.

² Organización Panamericana de la Salud OPS. Calidad de los servicios de salud sexual y Reproductiva, interacción prestadores de servicios/usuarios (as): eje fundamental de una buena atención en salud sexual y reproductiva, 2000.

³ Breilh J., Granda E. Deterioro de la Vida. Un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y en la salud, CEAS, Quito, 1990

Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el Ministerio de Salud o los hospitales nacionales.

El presente estudio tiene como propósito conocer algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva de un grupo de mujeres de Pavas que tienen el antecedente de una muerte infantil durante el período 2000-2005, y analizar la calidad de la atención recibida en las consultas de planificación familiar y control prenatal, tomando en cuenta aspectos como el acceso a los servicios, el cumplimiento de la normativa existente y la satisfacción de las usuarias; el objetivo es identificar puntos críticos en la atención de la salud sexual y reproductiva, que lleven a la identificación de estrategias de intervención, para mejorar la calidad de respuesta de los servicios de salud en este campo.

CAPÍTULO UNO

MARCO CONTEXTUAL

1. ANTECEDENTES

Se define salud reproductiva como un componente del desarrollo humano, del cual, la reproducción biológica es tan solo uno de los aspectos. La reunión de Querétaro plantea la siguiente definición: *“La salud reproductiva es la capacidad y el derecho que tiene el hombre y la mujer de reproducirse en forma saludable y de tomar decisiones responsables concernientes como miembros de una familia y una comunidad considerando el contexto social en el que está inmerso.”*⁴

Continúa la definición haciendo énfasis en el proceso de socialización, en el que los individuos, la familia, la clase social y el género influyen en los conocimientos, las actitudes y prácticas de los seres humanos y, por tanto, constituye una reproducción o respuesta social y como tal hay que abordarla.⁵

Respecto a la atención en salud reproductiva, se ha conceptualizado desde el punto de vista de reproducción biológica, lo que se traduce en programas de atención orientados fundamentalmente a la atención del parto, el postparto, la planificación familiar y la atención temprana del cáncer de mama, ovarios y útero. En Costa Rica, se plantean estos subprogramas como parte de la atención integral a la salud de la mujer adulta, siempre con una perspectiva biológica, es decir, no se parte de las necesidades de las usuarias ni del contexto social en el que ellas están inmersas, sino que enfatiza tal perspectiva el cumplimiento de metas en coberturas brutas y con calidad en los compromisos de gestión pactados con las distintas áreas de salud.⁶ Más recientemente, en los convenios de gestión firmados con áreas de I y II nivel de atención se incluyen, además de los anteriores aspectos, la vigilancia y promoción de la mujer sana, atención a la salud sexual y reproductiva, atención al embarazo, parto, postparto y postaborto, detección y referencia del embarazo de alto riesgo, detección y referencia del cáncer de cérvix y mama, detección, atención y referencia de los casos de

⁴ Behm I., Camacho E. Elementos conceptuales y metodológicos para el análisis de la salud reproductiva. Revista de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, N° 84-85. 1999

⁵ Mora M., Rosa, Villafuerte V. Salud Reproductiva: Análisis de los contenidos del discurso de un grupo de funcionarios del nivel local. Área de Salud de Liberia, Guanacaste. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica. 1998.

⁶ Dirección de Compras de Servicios. Caja Costarricense de Seguro Social. Compromiso de Gestión y fichas técnicas. Área de Salud de Pavas. 2007-2008

violencia, detección y atención de la menopausia y el climaterio y, por último, atención a la morbilidad prevalente.⁷

Dado que se parte del hecho de que la situación de salud es producto de las condiciones de vida de las personas y que éstas a su vez se estructuran en el contexto histórico y social, la atención de la salud reproductiva debe tomar en cuenta estos aspectos para un abordaje holístico, de acuerdo con las necesidades de la población a la que se dirige.

Aunque hay varias definiciones, se puede decir que un servicio de salud sexual y reproductiva es de calidad en cuanto es accesible y donde hay una buena interacción entre el proveedor o prestador de servicios y el usuario. Se agrega a la definición el hecho de que el proveedor parte de que las necesidades de las personas usuarias les provee información, apoyo, acompañamiento y tratamiento y de que se dispone de una gran variedad de tecnologías y de métodos para la anticoncepción, de acuerdo con las necesidades de los usuarios y las usuarias. No se puede hablar de calidad de los servicios si no se toman en cuenta las opiniones, tanto de los usuarios como de los proveedores.

2. CONTEXTO INTERNACIONAL

Desde 1935 hasta los años 80, se inicia el proceso de descenso de la mortalidad infantil, debido a la disminución de las enfermedades infecciosas y de la tasa de natalidad, con la promoción de la planificación familiar⁸. Sin embargo, esta tasa varía en forma considerable en las diferentes regiones del mundo.

Cada año, en las Américas, más de 250.000 niños mueren antes de los 5 años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición, y otras enfermedades prevenibles por medio de la vacunación. Estas patologías son también la causa del 60 a 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y del 40 al 50% de las hospitalizaciones de niños menores de 5 años.⁹

⁷ Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia de División Médica, Gerencia de División Administrativa, Gerencia de División Financiera. Contratación Directa CD- 0009-2006 Prestación de Servicios Integrales de Salud. CCSS- COOPESALUD R.L. Artículo Decimonoveno, inciso 3. Pág. 15

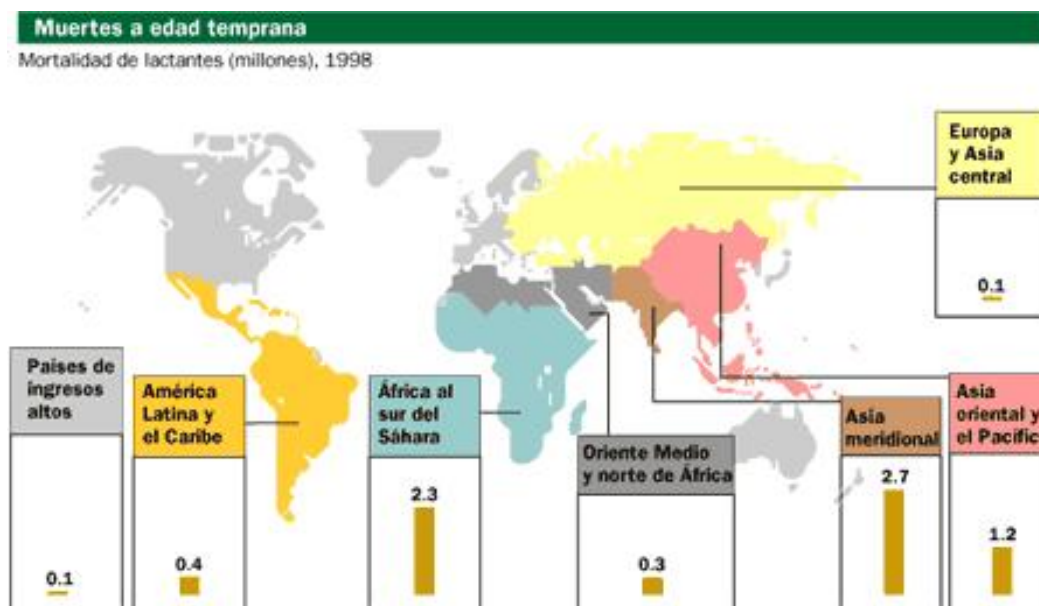
⁸ Rosero,B, Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en CR, Panamá, noviembre 1985

⁹ División de Población de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Un mundo mejor para todos, informe París 21, año 2000

Entre las causas que influyen en la alta tasa de mortalidad en otras regiones del mundo por estas enfermedades, en especial en los países con alto índice de pobreza, podemos mencionar la falta de acceso de la población a la información preventiva y a los servicios de salud por barreras geográficas, sociales, económicas y culturales, así como la falta de conocimiento de los signos de alarma o las medidas de prevención, por parte de los padres para buscar ayuda oportuna. Otros factores importantes que intervienen en la mortalidad infantil y que se relacionan con las condiciones de salud son la falta de agua potable; vacunación insuficiente; guerra y conflictos civiles; alto grado de pobreza y malnutrición; escaso acceso a la educación básica, en particular de las niñas; avance del VIH/SIDA y reaparición de la malaria y la tuberculosis.

Para tratar de reducir estas muertes, la OPS-OMS ha requerido la colaboración de otras organizaciones nacionales e internacionales y la participación de los ministerios de salud. Veamos a continuación cómo se presenta esta tasa en el mundo.

Gráfico 1. Índice de mortalidad infantil en el mundo hasta 1998



Fuente OPS-OMS, 2003

Durante tres décadas, desde 1960 a 1990, la tasa de mortalidad infantil se redujo a casi la mitad. En la década del 90, el progreso continuó. La tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años en el mundo en desarrollo se redujo en un 11%.

Desde los inicios de la atención primaria en salud, con la declaración de Alma Ata, en 1978, la atención a la salud materno-infantil es contemplada como uno de los pilares más importantes de la gestión sanitaria. Muchas de las iniciativas sobre la salud materna e infantil, desde inicios de los años 80, parte de las luchas por los derechos de las mujeres, los niños y las niñas.

En 1987, se desarrolló en Nairobi, Kenya, la **Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo**, donde se lanzó la iniciativa del mismo nombre y cuyas metas se orientan a *reducir la morbilidad y mortalidad materna, así como asegurar que cada mujer tenga acceso al amplio rango de servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad y de bajo costo, especialmente la atención adecuada y oportuna de las emergencias obstétricas.*

Desde el 2000, 149 líderes de gobierno de 191 estados miembros de las Naciones Unidas, reafirmaron a nivel mundial los **Objetivos del Desarrollo Humano del Milenio**, que constituyen un conjunto de metas internacionales a satisfacer para el año 2015, con el fin de erradicar la pobreza en el mundo; en este sentido, se insta a la comunidad internacional a cumplir con los siguientes objetivos:

- 1- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- 2- Lograr la enseñanza primaria universal.
- 3- Promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer.
- 4- Mejorar la salud materna.
- 5- Reducir la mortalidad de niños y niñas.
- 6- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Las metas del milenio han sido determinantes en las políticas y programas adoptadas por distintos países en el mundo, en materia de salud materna e infantil, como un esfuerzo mundial de mejorar la salud de este sector de la población. Más recientemente (2005), la OMS ha dedicado el Día Mundial de la Salud al bienestar de la madre y el hijo/a.¹⁰

A finales del siglo XX, aumenta la preocupación por la salud materno-infantil y en el año 1999, la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, formulan una declaración conjunta por una “Maternidad Segura”, para lo cual elaboran un plan para reducir el número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto en América Latina. Se recomiendan tres áreas de acción:

1. En derechos humanos, se insta a las mujeres a tomar sus propias decisiones acerca de sus vidas reproductivas, con el apoyo de sus familias y comunidades.
2. Mejorar la calidad de atención y el acceso a los servicios de salud materna, y contar con acceso voluntario a servicios e información precisa de planificación familiar.
3. Mejorar la calidad de vida de las mujeres que viven en condiciones de pobreza (*Lynne, 2005*).

¹⁰ Ministerio de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. Universidad de Costa Rica, Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura. Costa Rica 2006-2015

Un estudio brasileño realizado en la década de los noventa titulado “Mortalidad infantil y condición social en América”, presenta un análisis sobre la relación existente, en la Región de las Américas, entre la tasa de mortalidad infantil como indicador del estado de salud de la población y otros índices expresivos de áreas, tales como la demográfica, la social y de desarrollo de la atención médica basado en la teoría de correlaciones. Los resultados obtenidos demuestran que los factores más importantes en el riesgo de morir de los menores de un año son el nivel de educación materna y la tasa de natalidad, y representan indicadores indirectos de la posición social de la madre. Por otra parte, parece confirmarse que el aumento de los recursos destinados a la atención, por sí mismos, no mejoran la situación de la mortalidad infantil en nuestros países, una vez alcanzado cierto nivel.¹¹

En los países desarrollados, el análisis de la mortalidad infantil es diferente, pues la tasa de natalidad es menor cuanto mayor sea el desarrollo socioeconómico del país y específicamente el nivel educativo de la madre. Para Estados Unidos, esta tasa viene decreciendo a un ritmo de 2,65% por año.¹²

Las causas de muerte infantil en estos países se relacionan principalmente con mecanismos violentos no intencionados (37%), accidentes de tránsito (13%), anomalías congénitas (12,6%); como otras causas, están las lesiones por fuego, VIH/SIDA y deficiencias inmunológicas.¹³

Como se mencionó anteriormente, uno de los factores que influye en la tasa de mortalidad en los países de pocos recursos, es la falta de educación de las madres. Diferentes estudios (Rosero y otros, 2004) demuestran la baja escolaridad de las madres. Esto representa que desconocen los riesgos a los que se exponen por embarazos tempranos o

¹¹ Silva, L y Durán E, Mortalidad infantil y condición social en América. Un estudio correlativo, diciembre 1990

¹² Rodwin, Víctor, Mortalidad infantil y cuatro ciudades de los países desarrollados, American Journal de Salud Pública, enero 2005

¹³ Singh, Gomal, Mortalidad Infantil en USA desde 1950 a 1993, tendencias y diferencias socioeconómicas, American Journal de Salud Pública, vol 86, N94, abril 1996

cuando no hay control prenatal adecuado, aspectos que definitivamente favorecen el aumento de esta tasa.

En este marco, la salud reproductiva de estas mujeres está limitada por la falta de acceso a los servicios de salud. Para lograr disminuir el número de niños muertos antes del año, se ha propuesto mejorar, por medio de un plan de inversión social con apoyo de capital extranjero y de organizaciones de ayuda internacional, las condiciones de vida de estos países, mejorando las condiciones ambientales y de salud en las que se desenvuelven.

Desde 1948, fecha en la que se aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se reconoce la igualdad de todas las personas, sin distinción. Algunos años más tarde, se conoce que aún en esta declaración existía discriminación y por tanto era importante hacer una revisión más profunda. Posteriormente, en Teherán, durante el año 68, se menciona por primera vez los derechos reproductivos como un aspecto importante de la salud de las personas; ocho años más tarde, en Bucarest, sede de la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas, se discutió por primera vez el papel del Estado como garante de estos derechos.

A esta serie de reuniones siguieron muchas más: I Conferencia Mundial sobre la Mujer, Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Copenhague, Nairobi (1994-1995),¹⁴ entre otras. Todas estas iniciativas abrieron caminos hacia la igualdad entre las mujeres y los hombres y definieron propuestas para lograr un mayor nivel de compromiso entre todos los países representados.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en el año de 1994, se dio un salto importante en el tema de la salud reproductiva. Se trascendió de lo puramente demográfico hasta llegar a establecer la relación entre la salud de la mujer y los niños con la equidad de género. Fue ésta la primera vez en la que se habló sobre el papel y la responsabilidad del hombre en la salud sexual y reproductiva de la mujer. En esta ocasión, representantes de 179 países adoptaron

¹⁴ Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas DEMUS. Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Nueva York 1997.

un programa de acción que incluye la definición de salud sexual y reproductiva, ahora reconocida internacionalmente.¹⁵¹⁶

Otro aporte importante es el de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD); ésta valida la relación entre el desarrollo social y económico y la salud sexual y reproductiva, al mismo tiempo que reconoce las desigualdades con base en el género de las cuales son víctimas las mujeres. Esta situación las coloca en franca desventaja porque debilita su poder de decisión frente a todo lo relacionado con su salud reproductiva y limita el acceso y las oportunidades a los servicios de salud y sociales en general.¹⁷

El Programa de Acción reconoce el papel central de la relación entre los hombres y las mujeres en todo lo que tiene que ver con la salud y los derechos de la mujer. Afirma que los hombres deben asumir la responsabilidad sobre su conducta sexual, su fecundidad, la transmisión de enfermedades sexuales y el bienestar de sus parejas y los hijos que procrean.

Entre los objetivos acordados en El Cairo respecto a estas igualdades se encuentran:

- ◆ 4.11 “Insistir en las responsabilidades de los hombres respecto a la crianza de los hijos y los quehaceres domésticos”
- ◆ 4.24 “Es fundamental mejorar la comunicación entre hombres y mujeres en lo que respecta a las cuestiones relativas a la sexualidad y a la salud reproductiva...”
- ◆ 4.25 “El objetivo es promover la igualdad de los sexos en todas las esferas de la vida familiar y comunitaria...”
- ◆ 4.27 “... Esfuerzos especiales para insistir en la parte de paternidad responsable...”¹⁸

¹⁵ FNUAP/OPS. Experiencia de colaboración entre las organizaciones no gubernamentales y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en el área de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en América Latina. USA. 1998.

¹⁶ FNUAP/OPS/ Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. La contribución de las ONGs a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en América Latina. USA. 1998.

¹⁷ THE CAIRO Consensus Women Exercising Citizenship Monitoring. The Cairo+5 Process 1998-1999 (1999). Santiago: Latin American and Caribbean Women’s Health Network.

¹⁸ United Nations. 1994 “Report of the International Conference on Population and Development”. Cairo, 5-13 September 1994.

Cinco años más tarde, la comunidad internacional llevó a cabo la primera evaluación de los logros alcanzados y los rezagos en acciones prioritarias para el avance hacia una mejor salud sexual y reproductiva. En este encuentro se revisaron tópicos importantes como:

- ◆ La gravedad de las infecciones de transmisión sexual, especialmente lo relacionado con el VIH- SIDA
- ◆ El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva
- ◆ Maternidad segura
- ◆ Accesibilidad y calidad de los servicios de planificación familiar
- ◆ Sostenibilidad económica y participación de las organizaciones no gubernamentales en los programas.

En un estudio realizado recientemente en Colombia, titulado “Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia”, en el que se buscaba contribuir a un mejor entendimiento de la problemática del embarazo en las adolescentes y de sus factores determinantes, próximos y socioeconómicos, en dos contextos culturalmente diferentes, publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública, el año anterior, se leen las siguientes conclusiones.¹⁹

“Entre los estratos socioeconómicos se observan grandes diferencias en los patrones de actividad sexual, unión y maternidad, tanto en Bogotá como en Cali, no solo en relación con la edad en que se inician, sino también con el patrón por edad. Se aprecia una mayor frecuencia de maternidad en las adolescentes del estrato bajo, a consecuencia de un inicio temprano de las relaciones sexuales y de las uniones y de una menor disposición al uso de métodos de planificación familiar. Este comportamiento se asocia con las diferencias por estrato observadas en los conceptos que tienen las adolescentes sobre la maternidad, el deseo de satisfacer las necesidades afectivas y el de obtener un proyecto de vida.”

¹⁹ Flórez C. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Revista Panamericana de Salud Publica. 2005;18(6)

Otro de los estudios que parece confirmar este comportamiento fue uno que se realizó entre los países de América y España y que fue presentado en la XII Conferencia de Ministros de Juventud celebrada en México, a finales del 2004.²⁰ Como conclusión respecto al tema del nivel socioeconómico y la salud reproductiva se cita: “Entre los grupos socioeconómicos superiores, menos del 5% de las muchachas han sido madres a los 17 años, mientras que entre los grupos socioeconómicos desaventajados la incidencia alcanza entre un 20 y un 35% de las muchachas, dependiendo del país. Esto lleva a la reproducción de la pobreza, por cuanto una fracción importante de las muchachas pobres tiene su primer hijo a una edad en que debieran estar recién terminando la secundaria, truncando con ello su progresión educativa.”²¹

Finalmente, sobre la mortalidad infantil es preciso acotar que en la mayoría de los países en desarrollo las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas constituyen las dos primeras causas de muerte, mientras que las infecciones tanto del sistema digestivo como del sistema respiratorio dejan de aparecer entre las primeras cinco causas de mortalidad. Sin embargo, las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen estando entre las cinco grandes causas de muerte en Costa Rica.

Para disminuir las posibilidades de defunciones por afecciones originadas en el período perinatal, es necesario mejorar las medidas que garanticen una adecuada atención preconcepcional, acceso a los servicios de planificación familiar, prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades de transmisión sexual, atención prenatal, atención del parto y posparto.

Es importante recalcar que, dentro de una adecuada atención preconcepcional, se deben analizar los antecedentes de violencia intrafamiliar, como una forma manifiesta de la desigualdad de género que existe, a pesar de las proclamas de igualdad de derechos ya mencionada

La OMS define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad y

²⁰ FUNDACIÓN Mexicana para la Salud (1994). Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. México, D.F.: FUNSALUD.

²¹ Openhain M. La Juventud en Iberoamérica Tendencias y Urgencias. Oficial al Cargo de Desarrollo Social. CEPAL. Noviembre 2004

que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.²²

El concepto de violencia no sólo engloba los actos físicos causantes de muerte y lesiones, sino también las acciones de carácter psicológico, las amenazas e intimidaciones y sus consecuencias en el individuo, la familia y la comunidad.

Algunos estudios como los que se analizan en el documento “Violencia Doméstica y Salud Reproductiva”, de la OPS, concluyen que existe una relación significativa entre la violencia de los hombres y la masculinidad hegemónica, lo cual justifica o excusa su violencia, así como también la causa.²³ La necesidad de dominio sobre la mujer, la alta competitividad entre los hombres, el miedo al fracaso en sus roles de proveedores económicos de la familia, la represión de sus emociones son factores identificados y asociados con la violencia masculina.

En la encuesta nacional de violencia contra las mujeres en Estados Unidos, en el año 2000, se observó que las mujeres experimentan más violencia en las relaciones de pareja que los hombres. El 30% de estas mujeres había experimentado violencia alguna vez en su vida a manos de sus compañeros, novios o esposos. En los países de Europa Central y del Este, Lituania presenta una mayor tasa de abuso, con un 42% de mujeres casadas o unidas.

La violencia sexual, como el uso deliberado del sexo como un arma para demostrar o humillar, es cometida en la inmensa mayoría de los casos por hombres contra las mujeres. En el mundo, un 10-15% de las mujeres han reportado haber sido víctimas de este tipo de violencia.²⁴

Se ha señalado que entre las situaciones detonantes de violencia contra las mujeres están:

- ◆ No obedecer a sus maridos
- ◆ Contestarles cuando los hombres las reprenden

²²Fuente: OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002.

²³ Pallito, C.,Violencia Doméstica y Salud Sexual y Reproductiva: Un análisis crítico de la Bibliografía. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., Julio 2004.

²⁴ Hasbun, J. Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer: asunto tanto del hombre como de la mujer. Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer. INTRAW. Mayo 2003

- ◆ No tener la comida a tiempo
- ◆ Errores en el cuidado de los hijos y la casa
- ◆ Pedir explicación a los hombres respecto a los gastos del dinero que ingresa al hogar
- ◆ Pedir explicación sobre las amigas de los hombres
- ◆ Salir de la casa sin permiso del hombre
- ◆ Negarse a tener sexo con la pareja
- ◆ Expresar sospechas de infidelidad del hombre
- ◆ Abandonar la relación con el hombre.

Entre los esfuerzos que se requieren para enfrentar el problema de la violencia, se mencionan los siguientes:

- ◆ Políticas que protejan a las mujeres, tipifiquen la violencia como delito y hagan efectivas las penas que se deriven de éste.
- ◆ Programas y servicios dirigidos a la detección de los signos de violencia.
- ◆ Agencias especiales para brindar apoyo especializado a las víctimas, consejería legal.
- ◆ Políticas y agencias dirigidas a la rehabilitación de los agresores.
- ◆ Cambios culturales y sociales que contribuyan a mejorar la condición de la mujer y a darle un mayor poder en las esferas pública y privada.

Sin importar cuán severas sean las consecuencias físicas de la violencia, la mayoría de las mujeres encuentran que los efectos psicológicos son aún más prolongados y devastadores (Sagot, 2000). El maltrato recurrente puede socavar la resistencia de las mujeres y exponerlas al riesgo de sufrir otros problemas psicológicos, como el trastorno de estrés postraumático, el suicidio y el consumo de alcohol y de drogas.

Los servicios de salud pueden y deben desempeñar una función esencial en detectar, enviar y atender a las mujeres que viven con violencia. Las mujeres que sufren maltrato a menudo recurren a los servicios de salud, aun cuando no revelen el episodio de violencia. Si bien las mujeres tienden a buscar servicios de salud más que los hombres durante su vida, los estudios muestran que las mujeres víctimas de maltrato buscan aún más los servicios para dolencias relacionadas con el

maltrato sufrido (García-Moreno 2002). Por consiguiente, las intervenciones que los servicios de salud hagan en este tema son de gran importancia para las mujeres y sus hijos (as).

Antes de entrar a analizar la calidad de la atención de la salud reproductiva y los esfuerzos que sobre el tema se han realizado en otros países, es importante revisar los determinantes que la hacen deficiente. Posteriormente, se revisará el concepto de calidad y sus principales fundamentos.

Determinantes de una Salud Reproductiva Deficiente

Entre los determinantes que pueden generar una salud reproductiva deficiente se encuentran la pobreza, el bajo nivel educativo, el mal estado nutricional y de salud, la falta o mala calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y en general los factores asociados a estilos de vida no saludables.

La pobreza afecta a hombres, mujeres y niños, pero son estos dos últimos los que sufren en mayor medida sus consecuencias. Las mujeres pobres necesitan trabajar más tiempo para cubrir sus necesidades y por tanto tienen menos tiempo para ir a los centros de salud y recibir información, apoyo y acompañamiento en su salud reproductiva y sexual. Por otro lado, en algunos estudios se ha demostrado que las mujeres que tienen mayores oportunidades de desarrollo económico adquieren un mayor control sobre su salud sexual y reproductiva y en general sobre sus vidas.²⁵

Respecto a la educación, se conoce que cuanto mayor es el nivel educativo en la mujer, mayores posibilidades tiene de generar sus propios ingresos económicos, de hacer uso de los servicios de salud, postergar la primera unión, tener familias más pequeñas, hacer mayor uso de los métodos de planificación y, en general, de los servicios de salud sexual y reproductiva.²⁶

El mal estado nutricional de la embarazada influye en la salud de sus hijos. Es claro que la desnutrición está asociada a partos prematuros, niños de bajo peso e hijos con deficiente salud en general. Por otra parte, la práctica de estilos de vida no saludables como el abuso del tabaco, del alcohol, medicamentos y uso de drogas ilegales repercuten directamente en la salud de las mujeres haciéndolas más propensas a: dismenorreas más severas, aumento del riesgo de infecciones del tracto

²⁵ Buvinic, M. Women y Poverty: A new global underclass. Foreign Policy, Fall 1977

²⁶ Smyke, P. Women and Health. Zed Brookes Ltd. Londres. 1991

reproductivo, cáncer de mama, cuello del útero, mayor riesgo de infertilidad, embarazo ectópico, osteoporosis y menopausia más temprana. No hay que perder de vista que estas mismas prácticas durante el embarazo están asociadas a parto prematuro, abortos, muertes fetales y perinatales.

Concepto de Calidad

Aunque hay varias definiciones, se puede decir que un servicio de salud reproductiva y sexual es de calidad en cuanto es accesible y donde hay una buena interacción entre el proveedor o prestador de servicios y el usuario. Para que esta definición sea completa se debe asegurar que el proveedor parte de las necesidades de las personas usuarias para brindar información, apoyo, acompañamiento y tratamiento y, además, dispone de una gran variedad de tecnologías y de métodos para la anticoncepción, de acuerdo con las necesidades de estos y estas usuarias. No se puede hablar de calidad de los servicios si no se toma en cuenta las opiniones tanto de los usuarios como de los proveedores.

Entre las características de calidad de los servicios de salud se encuentran:

1. Se dispone de recursos suficientes.
2. Responde a las necesidades de los usuarios y las usuarias.
3. Los servicios satisfacen a la población.
4. Existe personal capacitado y sensible a las necesidades de los usuarios.
5. Existe una buena comunicación y coordinación entre los diferentes niveles de atención.
6. Existe participación comunitaria.
7. Se incluye a los hombres en las actividades que se desarrollan.
8. Hay respeto por los valores y normas culturales locales.
9. Se toma en cuenta la opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio.
10. Accesibilidad a los servicios.

En forma general, los estudios sobre evaluación de la calidad que se han realizado en los países de América Latina y África incorporan, además de los elementos anteriores, los que se describen a continuación.

Accesibilidad y Disponibilidad de Infraestructura y Recursos

- Accesibilidad geográfica, económica (administrativa) y cultural.

- Tiempo de espera para la atención
- Trato a usuarios digno, cordial y respetuoso; respeta los principios sobre salud sexual y reproductiva adaptados de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) para los servicios de planificación familiar: derecho a la información, acceso, elección, privacidad, confidencialidad, dignidad, comodidad, continuidad, y a opinar sobre sus decisiones y la atención recibida.

Recursos disponibles. Los recursos son los siguientes: Recursos humanos, insumos, infraestructura y equipamiento y el conocimiento de su uso. En cuanto a los RR. HH., es importante revisar las necesidades de capacitación, información y actualización; a la vez, se requiere contar con la infraestructura y el equipo adecuados. También, se necesita que haya disponibilidad de insumos (medicamentos, métodos de planificación), de orientación técnica (normativa), y que exista respeto, retroalimentación, libre expresión y estímulo.

Competencia técnica de los prestadores del servicio. Son las siguientes competencias:

- Sensibilidad y competencia técnica para proveer un servicio que responda a las necesidades de las usuarias, tomando en cuenta los factores o determinantes de la salud sexual y reproductiva de los usuarios y las usuarias.
- Actualización permanente en los conocimientos y destrezas técnicas de los proveedores de servicios.

En 1996, en Bolivia, se condujo un estudio realizado por la Secretaría Nacional de Salud, el Centro de Información y Desarrollo de la Mujer, con el apoyo del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo fue realizar un diagnóstico cualitativo de la atención de la salud sexual y reproductiva, incorporando elementos que hacen parte del sistema de evaluación de la calidad aportados por Bruce y Donabedian.²⁷ Entre los resultados, se destacan las debilidades en la información entregada a las usuarias respecto al uso de los métodos anticonceptivos, aspecto que no sólo estimula el abandono, sino que impide que más usuarias se acerquen a los servicios, dificultades en el acceso a los servicios, sobre todo, por barreras geográficas, económicas y culturales. Respecto a la competencia técnica, fue sorprendente encontrar que el personal de salud no sólo carecía de información actualizada y adecuada, sino que manifestaron ser incapaces de reconocer las

²⁷

OMS. Diagnóstico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia. 1996

necesidades de las usuarias y, por tanto, de llenar sus expectativas y propiciar un acercamiento que garantizara una atención con calidad.

La calidad de atención es una de las líneas de acción sanitarias más fuertemente impulsadas por las reformas de los sistemas de salud en América Latina y muy en especial, en el área de salud reproductiva, tal y como lo muestra el artículo de la Dra. Ana Gabriela Ross, publicado en el Revista Panamericana de Salud Pública, en el año 2000.²⁸

En términos generales, la calidad se puede definir como el conjunto de características de servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario. Independientemente del enfoque que se adopte, el tema ha venido cobrando creciente importancia, no solo en el sector privado productivo, sino también en los sectores públicos sociales.

En el ámbito de los sistemas y servicios de salud, se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas: la calidad técnica, que desde el punto de vista de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las calidades humanas, calidez, buen trato y el respeto a sus derechos. De igual manera, la calidad, desde el usuario, también evalúa la competencia técnica de la atención y el servicio.

Se postula que al mejorar la calidad de atención, se promueve una mayor utilización de los servicios y un mejor estado de salud de los usuarios y la población en general. Estudios realizados en Nepal, en el 2000, y en Pakistán, en el 2004, confirman que aquellos establecimientos con mayores niveles de calidad tuvieron mayor utilización de los servicios de consulta prenatal y mayores coberturas de vacunación infantil; además, se encontró una relación directa entre calidad y organización de los servicios de salud y su utilización por las mujeres, sobre todo, en establecimientos periféricos.^{29 30}

²⁸ Ross, A., Zeballos, J., Infante, A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Rev. Panam. de Salud Pública., Vol. 8 n° 1,2. Julio- Agosto- 2000

²⁹ Acharya L, Cleland J. Maternal and child health services in rural Nepal: does access or quality matter more. Health Policy Plann 2000; 15: 223-9.

³⁰ Parvez M. Utilization of rural basic health services in Pakistan: Report of evaluation study. Alexandria: WHO; 1994.

Respecto a la información entregada a las usuarias, Bruce propone que como elemento del sistema de evaluación de la calidad, la información debe ser suficiente, ajustarse a las necesidades y expectativas de las usuarias. En términos generales, la información debe responder a las siguientes características:

1. Debe ser generosa respecto a los métodos disponibles, usos, ventajas y desventajas, entre otros.
2. Debe incluir aspectos sobre el uso de los métodos. Estudios realizados en distintos países apuntan al hecho de que el fracaso en el método obedece al desconocimiento del uso de éste, así como los efectos que tiene en la salud de los usuarios.
3. La entrega de información encaminada hacia la consejería en la que se enfatizan aspectos del uso y conveniencia de acuerdo con las expectativas, necesidades y características de los usuarios.
4. Al respecto, un estudio realizado en Kenya y publicado el año anterior en el sitio Web de Family Health Internacional (FHI-www.fhi.org), confirmó que la deficiente información es razón suficiente para desmejorar la calidad de la atención. Este estudio parte de la preocupación de las autoridades sanitarias por el descenso en el uso del Dispositivo Intrauterino (DIU) entre las mujeres y consistió en la entrevista que se realizó a un grupo de enfermeras que simulaban ser pacientes y que fueron en busca de información sobre el método. Los resultados reflejaron debilidades en la información que manejaban los proveedores sobre el método, las ventajas, desventajas y los efectos secundarios para la salud. Además, los proveedores contaban con poco tiempo para la explicación del método y, en algunos casos, desestimularon el uso del dispositivo, alegando que requería de un entrenamiento y habilidad técnica que no tenían y que no estaban en capacidad de solicitar al sistema de salud. Por otra parte, el fenómeno del descenso respondía a la mitificación que la población había hecho del método, por cuanto generaba dolor durante la relación sexual, o bien, exponía a la mujer a que éste fuera desplazado y por consiguiente generara problemas de salud; al respecto, los proveedores no respondieron ni aclararon las dudas existentes.

3. CONTEXTO NACIONAL

El Ministerio de Salud escogió el indicador de mortalidad infantil, como un elemento trazador de la calidad de un servicio de salud, de la capacidad de una red de servicios y de la respuesta social en salud y bienestar, con relación a grupos de población determinados, tomando como eje de evaluación el embarazo y su control, el parto, la atención del recién nacido, así como el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de un año.³¹

El análisis de esta tasa permite que un dato abstracto sin significado para el nivel local, se convierta en una importante fuente de insumos para orientar la toma de decisiones y acciones de los equipos de salud, a nivel local y nacional, para priorizar tanto en las intervenciones en salud como a cuáles grupos poblacionales orientarlas. Esto ha sido posible sobre la base de los conceptos de atención integral en salud, ciudadanía, derechos y participación.

Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI)

Dentro del sistema de salud, se cuenta con un programa nacional responsable del análisis de estas muertes, cual es el Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI), que está conformado por una Comisión Nacional (CONAMI), nueve Comisiones Regionales (CORAMI) y 92 Comisiones Locales (COLAMI).

De esta manera se formó, desde 1996, el Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI).

Los objetivos del SINAMI son:

- ◆ Mejorar la calidad de atención en salud, especialmente en los grupos más vulnerables por condiciones de vida y género.
- ◆ Mejorar la calidad de los registros de estadísticas vitales, de manera que sean fidedignos y oportunos.

³¹ Informe Anual 2003. Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil y del Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna. SINAMI 2003. Ministerio de Salud. Costa Rica

- ◆ Disminuir, a mediano y largo plazo, las brechas existentes entre las diferentes áreas geográficas, con relación a la tasa de mortalidad infantil.

- ◆ Apoyar y fortalecer un sistema nacional de calidad en los servicios de salud

Fomentar la creación de grupos de calidad en todos los establecimientos de salud.

- ◆ Fomentar la cultura de calidad en el sector salud.

- ◆ Promover espacios para una participación activa de los usuarios y de la comunidad en la vigilancia de la calidad del sistema de salud.³²

En las estadísticas nacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) se observa que en los años de 1965 a 1970 la tasa de mortalidad infantil fue de 67,67; de 1975 a 1980 fue de 36,56; de 1985 a 1990 fue de 19,40. Estos datos nos demuestran una reducción de la tasa en un 71,33 %. Dicha reducción se debe a las políticas de salud aplicadas en el país, así como al desarrollo social y económico alcanzado en los años anteriores, factores que llevaron a que nuestro país lograra índices de salud comparables a los de los países desarrollados. (Anexo 1)

De 1987 a 1988, se registra una disminución de esta tasa debido a una reducción de muertes postneonatales, probablemente a un mejor control de las enfermedades diarreicas, de las infecciones respiratorias agudas y de las infecciones prevenibles por vacunación.³³

Para la década de los noventa, este descenso se estabiliza, para reanudar uno moderado a partir de 1998 y lograr una tasa de MI de 9,8 por mil nacimientos en el 2005. Las causas de la MI en este último periodo señalan un predominio de las causas perinatales y de malformaciones congénitas, que, en conjunto, representan más del 70% del total de defunciones,

³² Ministerio de Salud. *Análisis Sectorial de Salud*. Costa Rica, Diciembre, 2002.

³³ INEC, *Salud Mortalidad infantil, según: defunciones infantiles, tasas, edad y grupos de causas de enfermedades* Período: 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2005, año 2005

La mortalidad infantil ha disminuido de manera sostenida desde inicios de la década de los años 90, cuando la tasa era de 15,3 muertos por cada mil nacidos vivos, lo que llevó a un mínimo histórico de 10,1 en el 2003 y a 9,78 el año anterior. Esto representa, para el período 1990-2003, una reducción de 34% en términos relativos y de 5,2 en términos absolutos.

Al examinar la tasa de mortalidad infantil, según el componente neonatal (muerte antes de los 28 días después de haber nacido) y el postneonatal (muerte entre los 28 días y 11 meses y 29 días después de nacido), se puede apreciar que ambas han disminuido en el período 1990-2003. Sin embargo, la mortalidad neonatal desciende más lentamente que la postneonatal pues, mientras la primera pasa de 9,1 a 7 por cada mil nacidos vivos, para una reducción de 23% (2,1 por mil nacidos vivos), la segunda tiene un valor inicial de 6,1 por mil nacidos vivos en 1990 y termina con 3,1 en el 2003, cambio que representa una disminución de 48,9% (3 por mil nacidos vivos).

En el período 2000-2003, de la tasa total, 69% se origina por la mortalidad neonatal y 31% por la posneonatal. Ya para el año 2005, las proporciones de las tasas son las siguientes: respecto a la de mortalidad neonatal temprana, ésta pasó de 7,00 a 7,1 y la posneonatal pasó de 3,13 a 2,7.³⁴

Reducciones mayores en esta tasa son técnicamente muy difíciles de lograr, pues debe tomarse en cuenta que, de las causas de muerte que se presentan en la actualidad, cerca del 83%, están relacionadas con afecciones del período perinatal y malformaciones congénitas. Más específicamente, las malformaciones congénitas son la causa de una tercera parte de la mortalidad infantil (33%) y la mitad se deben a causas perinatales (50%). Las primeras son causas muy difíciles de atacar ('causas duras') pues requieren de facilidades tecnológicas no disponibles, tales que permitan realizar diagnósticos prenatales y, aún si se detectaran problemas serios en los fetos, por la legislación vigente, no sería posible realizar abortos terapéuticos. También se ha determinado que la alta prevalencia de estas causas, se debe al uso excesivo de agroquímicos, lo cual requiere acciones más allá del sector salud y cuyos resultados sólo se podrían ver a largo plazo.³⁵ Una de las

³⁴ Indicadores Demográficos. Boletín Anual. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Vol. 1 Año 7. Año 2006 Costa Rica

³⁵ Ministerio de Salud. *Análisis Sectorial de Salud*. Costa Rica, Diciembre, 2002.

acciones ejecutadas para contrarrestar la prevalencia de malformaciones congénitas, fue la implementación, en el 2003, del Programa Nacional de Suministro de Ácido Fólico, dirigido a mujeres en edad fértil a partir de los 15 años de edad, con el fin disminuir uno de los riesgos, que pueden provocar anomalías congénitas del tubo neural. También se consolidó el Programa Nacional de Tamizaje, con una cobertura de cerca de 90%, y cuyo objetivo es detectar lo más temprano posible, por medio de la prueba del talón, 17 posibles enfermedades metabólicas congénitas.

Por otro lado, las causas perinatales están principalmente asociadas con la prematuridad y el bajo peso al nacer, condiciones que predominan en las madres adolescentes y las mujeres con muchos hijos(as) que generalmente viven en condiciones de pobreza.

Se estima que un 40% de las muertes infantiles son evitables.³⁶ Se ha observado que las causadas por diarreas e infecciones respiratorias agudas están disminuyendo, aunque se concentran en poblaciones con difícil acceso a los servicios de salud, tales como las zonas rurales dispersas y las indígenas. A pesar de esto, la reducción de estas muertes tendrá un impacto relativamente pequeño en la tasa nacional.

Por estas razones, se propone que la meta nacional por alcanzar en el 2015, en el marco de los objetivos del milenio ODM, sea de 9 por cada mil nacidos vivos. Esta meta supone, para ese mismo año, una tasa de mortalidad neonatal de 6 por cada mil nacidos vivos y de 3 en el caso de la mortalidad posneonatal.

Respecto a las brechas: Hay importantes diferencias geográficas en la mortalidad infantil. En el trienio 2001-2003, las provincias que presentaron una tasa mayor al promedio nacional fueron Limón (12,8), Puntarenas (12,1), San José (11,2) y Guanacaste (10,3).

Sin embargo, un hecho relevante es que la reducción en la tasa nacional ha sido el resultado, tanto de disminuciones en todas las provincias, como de cierre de brechas, pues las diferencias entre las provincias son cada vez menores. Limón es la única provincia que al 2003 sigue presentando una tasa sobresalientemente alta, lo cual se explica por las condiciones de pobreza, la presencia de grupos de población rural muy dispersos, como los indígenas, que tienen dificultades para acceder a

³⁶ Informe Anual: Sistema Nacional de Mortalidad Infantil y del Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna. Ministerio de Salud de Costa Rica. Año 2003

los servicios de salud, y el hecho de ser la provincia que, en su totalidad y por cantones, presenta valores bajos del Índice de Desarrollo Social (IDS).³⁷

Por cantón, las brechas son aún mayores. En el año 2000, por ejemplo, mientras cinco cantones tuvieron tasas de mortalidad infantil iguales a cero (Alfaro Ruiz, Turrubares, León Cortés, Orotina y San Mateo), en cuatro cantones las tasas fueron superiores a 20 por cada mil nacidos vivos (Guatuso, Dota, Mora y Hojancha). Vale anotar que los cantones con peores tasas son mayoritariamente rurales, y tienen un bajo nivel de desarrollo social, medido en este caso con el Índice de Desarrollo Social (IDS).

Factores y políticas: el país ha mostrado un interés sostenido en el seguimiento de la mortalidad infantil, tanto como indicador del desarrollo social, como de la calidad de la respuesta del sistema de salud, lo cual se refleja en el apoyo dado a las acciones dirigidas a su reducción.

En este sentido, desde 1996 funciona el Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI). Como se mencionó anteriormente, es un ente interinstitucional y multidisciplinario que conduce el análisis de las tendencias en mortalidad infantil, así como la propuesta de planes de acción para mejorar la calidad de la atención. Desde su creación, el SINAMI ha promovido la puesta en práctica de acciones para mejorar el registro de las muertes infantiles y logró en el 2003 el 94% de éstas; además, ha aumentado el análisis de los casos de muertes infantiles, al pasar de 62% en 1999, a 82% en el 2003.

El compromiso del país con la reducción de la mortalidad infantil también se ve reflejado en la legislación que se ha aprobado en los últimos años para respaldar tal iniciativa, como por ejemplo, la Ley del Fomento de la Lactancia Materna, Ley General de Protección a la Madre Adolescente, y el Código de la Niñez y la Adolescencia.³⁸

³⁷ Indicador resumen desarrollado por MIDEPLAN que combina una serie de dimensiones socioeconómicas tales como educación-cultura, demográfica-social y económica para obtener un índice que denota el desarrollo social de una población específica. Los valores posibles varían entre 0 y 100, correspondiendo el valor 0 al peor nivel de desarrollo social presente y 100 al mayor.

³⁸ Ministerio de Salud., CCSS., Universidad de Costa Rica., Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura. Costa Rica 2006-2015.

En la Agenda Sanitaria Concertada, se especifica, como primer compromiso del sector salud, “*fortalecer y mejorar las intervenciones orientadas a sostener o incrementar los logros en: mortalidad infantil, mortalidad materna, enfermedades transmisibles y carencias nutricionales*” (Ministerio de Salud, 2003a: 8). También se plantea, como estrategia de la Política Nacional de Salud 2002-2006 (Ministerio de Salud, 2003b), el fortalecimiento del SINAMI, “*con énfasis en los cantones prioritarios*”, lo cual lleva al desarrollo y fortalecimiento de las comisiones regionales y locales de análisis de mortalidad infantil.

Estos mandatos explícitos son muestra del propósito del Ministerio de Salud y sectorial por disminuir la mortalidad infantil, incorporando el hecho de la existencia de brechas, particularmente aquellas dadas por factores geográficos y sociales. Sin embargo, se sabe que altas tasas de mortalidad infantil (y mortalidad en general), así como bajos niveles de salud están asociados con condiciones de vida y desarrollo social; esto quiere decir que una de las estrategias básicas para disminuir la mortalidad infantil es el mejoramiento de dichas condiciones, situación que no está únicamente en manos del sector salud y sus instituciones, sino que requiere de una participación institucional más amplia.³⁹

Del año 1999 al 2005, el descenso de la tasa de mortalidad infantil continúa hasta llegar en el 2004 a 9,2 y aumenta en el 2005 a 9,8. Sin embargo, se mantienen en forma predominante las mismas causas de muerte: afecciones perinatales y anomalías congénitas.⁴⁰ (Véase anexo número uno)

Para 1999, dicha tasa se situó en 11,8 e igualó la alcanzada en 1996; para el año 2004, se registró 9,2 por mil, la cual representa la menor cifra registrada en la historia de nuestro país.

Posteriormente, una evaluación realizada por las comisiones locales, hospitalarias y regionales de mortalidad infantil, clasificó como prevenible el 38% de las defunciones en niños menores de un año, y el resto como no prevenible. Para ello, se basaron en entrevistas familiares, así como en los

³⁹ Primer Informe de Costa Rica sobre el Avance en el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Consejo Social Gobierno de la República de Costa Rica y Sistema de las Naciones Unidas en Costa Rica, San José, diciembre de 2004.

⁴⁰ INEC, Salud Mortalidad infantil, según: defunciones infantiles, tasas, edad y grupos de causas de enfermedades Período: 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2005, año 2005.

expedientes de casos de defunciones en atención ambulatoria y hospitales; se llegó a la conclusión de que es posible disminuir el riesgo de muerte en estos casos, en un máximo de 42%, mejorando las intervenciones en salud y las condiciones de vida de las poblaciones en riesgo.

A pesar de que Costa Rica posee la menor tasa de mortalidad infantil en Centroamérica, los estudios realizados confirman que los casos de defunción infantil pueden reducirse aún más, pues se estima que un gran porcentaje de éstos son prevenibles; esta conclusión se sustenta en el hecho de que las causas de muerte infantil antes del año de vida, predominantemente son de tipo perinatal y muchas de ellas se consideran prevenibles en el contexto de un reconocimiento precoz del riesgo reproductivo, de la captación oportuna y de la coordinación entre niveles de atención para la atención del alto riesgo obstétrico, entre otras variables”⁴¹.

Otro estudio que analiza los casos de muertes infantiles en Grecia, en el año 2003 y que fue realizado por el doctor Carlos Morera Mesén, fue publicado en la revista Acta Médica Costarricense, en el cual se observaron datos coincidentes con los registrados en Pavas, específicamente, en relación a las necesidades básicas, las cuales, en su mayoría son satisfechas, solo 10 de los casos tienen estas necesidades insatisfechas (NBI), las madres en su mayoría eran costarricenses con un bajo nivel de escolaridad, de forma general con primaria completa.

Las tasas de mortalidad materna y perinatal se aceptan como indicadores que reflejan la eficacia, la calidad y la oportunidad en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, están íntimamente relacionadas con determinantes sociales, económicos y demográficos y son el reflejo de la calidad de vida de cada país.

La desigualdad entre las naciones, la discriminación y las grandes diferencias sociales, aún dentro de un mismo país y región, son determinantes que establecen grandes variaciones en la mortalidad materna y perinatal, incluso entre ciudades e instituciones

La salud perinatal guarda una relación estrecha con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre, aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal. Por tal razón, los indicadores específicos para evaluar los programas orientados

⁴¹ Carlos Morera Mesén, Acta Pediátrica Costarricense v.17 n.2 San José 2003

a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de planificación familiar, nutrición, control prenatal y parto.

Se ha sugerido que un primer paso en el mejoramiento de la atención a la mujer embarazada es un adecuado y cuidadoso control prenatal y que el mejoramiento en la calidad de la historia clínica ha demostrado ser eficaz, en disminuir la mortalidad materna y la morbilidad perinatal, en dos investigaciones previas que utilizaron la misma metodología de este estudio.^{42 43}

La salud materna involucra todos los fenómenos y las situaciones que ocurren alrededor del embarazo, parto o puerperio. Estos estados, implican importantes ajustes para la mujer en el plano biológico, psicológico y social y no está exento de riesgos. En el campo de la salud, la presencia de complicaciones en estos procesos implica poner a disposición toda la tecnología disponible para la atención. Lamentablemente, en los países en desarrollo, sobre todo entre las personas más pobres, estas tecnologías no están al alcance de las mujeres que las necesitan. Es todavía más preocupante que en amplios sectores de la población, muchas mujeres no reciben atención durante el embarazo o el parto y mucho menos durante el postparto.

Estadísticas de hospitalización en los servicios de obstetricia de los hospitales nacionales durante el año 2004

Los internamientos en el servicio de obstetricia no siempre terminan en parto; por ejemplo, los embarazos de alto riesgo pueden tener más de una hospitalización antes del parto; las clínicas tuvieron 236 en el año, y el Hospital San Juan de Dios 9.250, concentrándose entre los 20 y los 44 años.

Las principales causas de internamiento en los servicios de obstetricia son las siguientes:

◆ Parto complicado	38%
◆ Parto normal	23,6%
◆ Parto con desgarro perineal	14,3%

⁴² Pazmiño S. Mejoramiento continuo del Programa de Atención Prenatal en Instituciones del Seguro Social y de la Secretaría de Salud de Cali. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1997; 48(1): 39-46.

⁴³ Pazmiño S, Amastha F, Perdomo C y col. La calidad del control prenatal como garantía de salud de madres y recién nacidos. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1998; 49 (4): 190-195.

◆ Complicaciones del embarazo	11,5%
◆ Falsa labor de parto	9,2%
◆ Aborto	3,5%

El parto complicado es más frecuente en los hospitales nacionales, clase A (47,45%), sobre todo en el Hospital Dr. Calderón Guardia, en donde alcanza un 67%; sin embargo, el parto normal sigue siendo muy frecuente en el tercer nivel de atención. La falsa labor de parto representa más del 15% de las hospitalizaciones en el Hospital Dr. Enrique Baltodano, en el de La Anexión y en el de Ciudad Neilly.

Respecto al movimiento general por hospital, se observa que la mayor parte de los partos se atiende en los hospitales nacionales, en los cuales el porcentaje de cesáreas varía desde 19,6 en la el Hospital de las Mujeres, a 23,63% en el San Juan de Dios; también, en ellos se atienden más abortos, y más nacimientos con una mortalidad fetal que varía entre 9,44% en el Hospital México y 14,62% en el San Juan de Dios.

En los datos recopilados, se ve claramente que la reducción en la fecundidad, ha afectado a todas las mujeres en edad fértil, incluyendo la adolescencia, pues entre 1950 y 1955, la fecundidad de este grupo era del 11,9%; entre 1990 y 1995 fue de 9,2% y 7,2% en el período 2000-2004; obviamente, la mayor reducción se observa en las mujeres de 30 años y más. Las damas entre los 20 a 29 años, contribuyen con más nacimientos a la natalidad general y su fecundidad actual es 3 veces menor; por ese motivo, aunque la probabilidad de embarazo se haya reducido para las menores de 20 años, el peso relativo de los embarazos (partos y abortos) de madres menores de 20 años, en el total de mujeres embarazadas, se ha incrementado, produciendo la falsa impresión de que lo que ha aumentado, es la probabilidad de embarazo (fecundidad), en la población de las adolescentes.

El efecto de la reducción de la fecundidad se puede revisar a la luz de los nacimientos inscritos en el país que, en cifras absolutas, alcanzaron el máximo en 1985, con 84.337, y el 75,38% de madres entre los 20 y los 34 años; en 2004, se registraron sólo 72.247 (11.490 menos) con un 69,2% de madres de 20 a 34 años.⁴⁴

⁴⁴ Estadísticas de Hospitalización en los Servicios de Ginecoobstetricia de los Hospitales Nacionales de la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica. Disponible en www.ccss.sa.cr

Los partos, por cualquiera que sea la vía, generan alrededor del 30% de los egresos hospitalarios en la CCSS y el 41% de las hospitalizaciones femeninas. Es conveniente aclarar que, por razones de accesibilidad, en algunas clínicas (que no son hospitales), ocasionalmente ocurren partos y se registran dentro de los egresos hospitalarios, en aras de la integridad de tales datos. Son números absolutos muy pequeños que aparecen en las cifras totales de todos los cuadros con partos y están, por supuesto, incluidos en el total de egresos. Como complemento, se incluyen las cifras nacionales de fecundidad y las institucionales sobre esterilizaciones electivas.

Respecto al control prenatal se investiga la proporción de parturientas atendidas, que declararon, por lo menos una atención prenatal, la cual, después de estar variando entre 51 y 57% desde 1980, sobrepasó el 60% en 1997 y llega al 91,7% en 2004; este es un indicador del desempeño del primer nivel de atención, el cual ha sido favorecido por los procesos de modernización de la CCSS. Respecto al porcentaje de partos por cesárea, éste ha ido aumentando de 14,1% en 1983, a más del 21% desde 1999. Los otros dos indicadores se refieren a peso al nacer: el bajo peso se ha mantenido por encima de 6,1 y por debajo de 7,1% y el peso insuficiente ha estado entre 21 y 23,1% sin tendencia marcada desde 1980.⁴⁵

En Costa Rica, la información existente sobre la violencia hacia mujeres embarazadas, no es sistemática ni continua. Una encuesta de opinión pública, aplicada a 1.200 personas mayores de 17 años, en zonas urbanas del país (51,9% mujeres y 48,1% hombres), reveló la existencia de violencia física en 36,3% de los hogares, de violencia sexual en 21,4% y de violencia psicológica en 65,7%. En esta encuesta no se especificó si hubo violencia durante el embarazo.⁴⁶

La violencia intrafamiliar representa en Costa Rica un problema de salud pública y de seguridad ciudadana. Se produce habitualmente, entre miembros de la familia, con frecuencia entre miembros de la pareja. En numerosas ocasiones, la consecuencia de la violencia intrafamiliar es la muerte o la discapacidad de la persona agredida.

⁴⁵ Estadísticas Generales de los Servicios de Salud 1980-2004. Departamento de Estadísticas. Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica

⁴⁶ Núñez. P., Monge. R., La violencia física, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 14, N° 2, Agosto 2003.

Entre las víctimas sobrevivientes del género femenino, una tercera parte sufre episodios de depresión y está en mayor riesgo de desarrollar conductas suicidas, sufrir de dependencia del alcohol o consumir psicofármacos indebidamente.²⁷

En general, la medición de la violencia presenta numerosas dificultades, toda vez que la percepción que se tiene del fenómeno, varía ampliamente de país a país, de acuerdo con el desarrollo de sus sistemas de información, la confiabilidad de los datos, las actitudes de la población y el medio cultural. La fuente más utilizada para la medición, son las estadísticas de mortalidad y morbilidad, aunque las muertes por violencia frecuentemente están subregistradas, especialmente en los países en vías de desarrollo.

En un reciente trabajo de A. Carcedo y M. Sagot, se señala que en Costa Rica se produjeron en el período 1990 a 1999, un total de 1.865 homicidios, según las estadísticas del Organismo de Investigación Judicial (OIJ). Las tasas correspondientes muestran un aumento sostenido, a partir de 1991, cuando la incidencia fue de 4,4 muertes por 100.000 habitantes hasta 1999, cuando la tasa llegó a 6,7 muertes por 100.000.

El 86% de los homicidios correspondió al género masculino y 14% al femenino, lo que se traduce en una razón hombre/mujer de 7:1. Los anuarios de la OIJ indican que la edad de la mayoría de las víctimas femeninas, oscilaba entre los 25 y los 35 años.

En el año 2001, se atendieron en el Hospital Nacional de Niños, 313 niños agredidos, de los cuales, 185 (59%) eran del sexo femenino y 128 (41%) del masculino. El 40,8% de las atenciones fueron por abuso sexual, 27,4% por agresión física y 21% por negligencia. En el año 2002, el número de niños atendidos ascendió a 331, de los que el 53,5% fueron víctimas de abuso sexual y 25,5% de agresión física.

Los niños víctimas de abuso están en alto riesgo de desarrollar cuadros depresivos, trastornos de ansiedad y de estrés post-traumático. Pueden llegar a hacer intentos de suicidio, presentar trastornos psicosomáticos y sufrir limitaciones en el despliegue óptimo de la personalidad⁴⁷

⁴⁷ Pallito, C., *Violencia Doméstica y Salud Sexual y Reproductiva: Un Análisis Crítico de la Bibliografía*. Organización Panamericana de la Salud. Washintong, D.C., Julio 2004

Está ampliamente documentado que entre las mujeres agredidas durante el embarazo hay mayor frecuencia de abortos espontáneos, de muerte intrauterina y neonatal y de hijos nacidos con bajo peso al nacer (BPN), lo que representa una limitación en las posibilidades de supervivencia del recién nacido. La clara asociación entre la violencia y el bajo peso al nacer (BPN), coloca a la violencia, como un problema de salud pública que requiere de intervención urgente, por parte de las autoridades de salud.

Sin embargo, son pocos los estudios publicados, en que se ha observado la asociación entre la violencia durante la gestación y el peso del recién nacido, como variable continua. Este estudio demostró que, en promedio, los hijos de las mujeres embarazadas estudiadas en el período de 1998-1999 (118 mujeres), pesaron 449,4 gramos menos que los hijos de las mujeres que no habían estado expuestas a la violencia.⁴⁸

4. CONTEXTO LOCAL

Nuestra área de estudio es el Área de Salud de Pavas. La siguiente información resume algunos de los aspectos más importantes.

Las Pavas fue decretado distrito número nueve de la provincia de San José, el 15 de diciembre de 1915. Era un lugar destinado para la cría de animales que, posteriormente, evolucionó a un poblado dedicado a la agricultura, para finalmente convertirse, por su cercanía con el centro económico de la ciudad de San José, en una zona eminentemente urbano-industrial.

El clima predominante es tropical lluvioso, con dos épocas bien definidas:

- a. Lluviosa de marzo a noviembre
- b. Seca de diciembre a marzo

El distrito de las Pavas se encuentra a una altitud de 1.045 metros sobre el nivel del mar y la temperatura promedio es de 21 grados centígrados. Su extensión corresponde a 9,33 kilómetros cuadrados

⁴⁸ Nuñez, H., Monge. R., La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Revista Panamericana de Salud Pública. Agosto 2003.

En 1979, se inició una expansión urbana acelerada con el desarrollo de proyectos del Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU), del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y de empresas privadas. Entre los proyectos más relevantes se tiene a Villa Esperanza, urbanizada en 1971; Ciudadela Libertad 1, urbanizada en 1982 y Ciudadela Libertad 2, urbanizada en 1984.

A principios de 1984, la compañía SAGECO compró los terrenos ubicados en el sector occidental del distrito, conocido como Lomas del Río, con el propósito de construir viviendas para ser vendidas a funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y del Instituto Nacional de Seguros (INS), entre otros, pero debido a dificultades financieras debió vender un área importante al Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU).

En 1986, el INVU urbanizó parte de esta zona, la cual fue denominada Residencial Bribrí y a partir de 1988, la Comisión Especial de Vivienda inició la urbanización de Metrópolis en sus tres etapas, así como las urbanizaciones Laureles y Oscar Felipe. Entre 1990 y 1994, pobladores de diferentes sectores del Área Metropolitana, en tránsito y a la espera de un asentamiento definitivo, se asentaron en el área conocida actualmente como Finca San Juan. Algunos de los comités que integraban este grupo fueron los de Gloria Bejarano, Barrio México, Comité Calderón Guardia del Barrio Pitahaya y luego el Comité Paz 86, Santa Lucía y Loma Linda.

En 1992, la Finca San Juan era habitada por más de 1.300 familias, que lograron que el gobierno las ubicara permanentemente en esa zona. En ese lugar, reconstruyeron sus ranchos y algunas familias lograron construir su vivienda, proceso en el cual se invadieron áreas destinadas para zonas verdes.

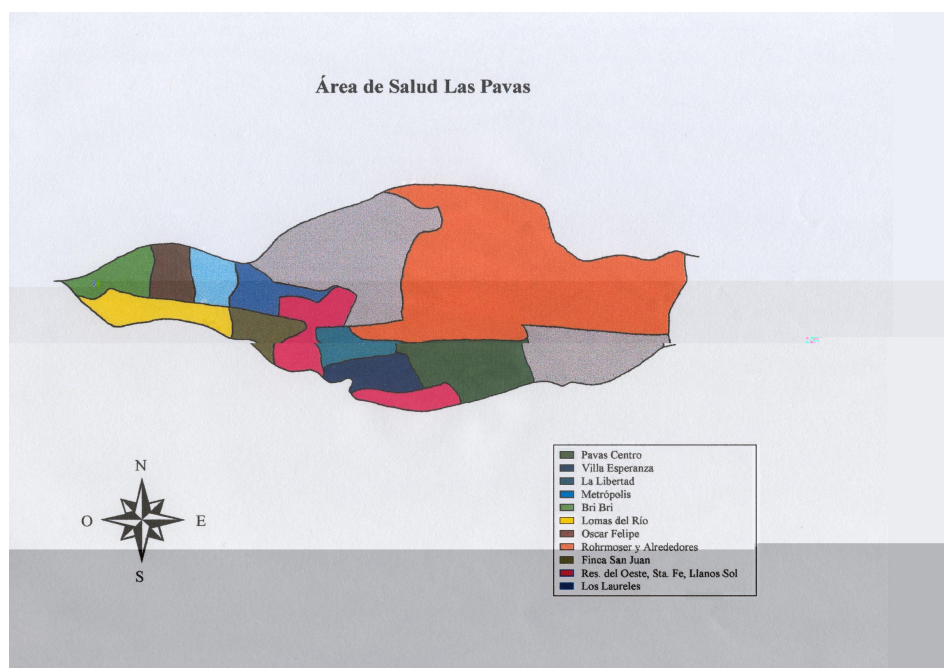
Durante este proceso de asentamiento, se dio la venta de pequeños espacios de suelo y Rincón Grande se saturó de población, con lo que, incluso, se levantaron ranchos en lugares peligrosos de habitar.

Exceptuando Lomas del Río, el resto de los barrios de Rincón Grande surgieron al amparo del desarrollo de programas sociales que han incorporado los procesos de autoconstrucción habitacional y comunal, como uno de sus componentes centrales.

En los últimos años, el área occidental del distrito ha nutrido su población, a base de inmigrantes de zona rural de Costa Rica y del resto de países centroamericanos, predominando los de nacionalidad nicaragüense, quienes habitan esta zona de manera permanente o temporal, según sus posibilidades de trabajo. Un porcentaje de esta población, se encuentra en nuestro país en carácter de ilegalidad, lo que le dificulta su aseguramiento y adscripción formal a los servicios públicos de salud.⁴⁹

La figura siguiente muestra la distribución del distrito por sector sanitario:

Figura 1. Sectores que componen el distrito de las Pavas



Territorialmente, Pavas es el distrito más extenso del cantón central de la provincia de San José y cuenta con los siguientes sectores sanitarios: Pavas Centro, Villa Esperanza, Libertad, Metrópolis segunda etapa, Bribri, Lomas del Río, Óscar Felipe, Residencial del Oeste, Finca San Juan, Laureles y un sector integrado por Rohrmoser y las urbanizaciones de La Favorita, Santa Catalina y otras aledañas al aeropuerto internacional Tobías Bolaños. (Ver figura número uno).

⁴⁹

Castro. L., Ferrero. A., Análisis de Situación de Salud del Área de Salud de Pavas. Año 2005

Este último sector está ubicado en la parte oriental del distrito y se compone principalmente de familias ubicadas en rangos socioeconómicos medios y medios altos, en los que el nivel educativo y el ingreso económico es en general alto, las condiciones del ambiente más favorables, y las posibilidades de esparcimiento y recreación mayores. Esta población, por sus características, tiene mayor acceso a servicios de salud privados, tanto en morbilidad como en prevención.

En contraste, las características económicas del resto de sectores ubicados hacia la zona occidental oscilan entre rangos medios hasta la pobreza, y persisten aún zonas de precarios.

En el distrito de Pavas, también se realiza el análisis de los casos de mortalidad infantil por parte de la Comisión Local de Análisis de la Mortalidad Infantil.

Esta Comisión se conformó desde el año 2000 y está integrada por un equipo interdisciplinario de profesionales, a saber, un médico general, un pediatra, una licenciada en enfermería, una trabajadora social, un técnico en registros médicos y un representante del Ministerio de Salud como entidad rectora. Esta comisión cuenta con el apoyo técnico de un especialista en Ginecología y Neonatología para el análisis de casos muy específicos que así lo requieran.

La comisión se reúne una vez al mes para realizar la revisión y discusión de los casos reportados a través de las distintas fuentes: Ministerio de Salud, hospitales nacionales, OIJ, vecinos de la comunidad, entre otros. Su objetivo es analizar los casos de muertes infantiles ocurridas en el distrito y valorar cada una de ellas, con el fin de convertir tales datos en insumos para la revisión de los procesos de atención.

El análisis de los casos se inicia cuando se alerta el sistema de información por medio del envío del formulario (instrumentos número 1 y 2), que llega desde el sitio del evento (hospital, establecimiento de salud) en forma directa o por medio del Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud. Con este documento, el área inicia la investigación y el primer contacto con la madre o padre del menor, siempre y cuando hayan transcurrido al menos 3 meses desde la muerte.

El instrumento contiene información respecto al control del embarazo, la atención del parto, del recién nacido y de las consultas de crecimiento y desarrollo en los casos que corresponda; por ello, la investigación se inicia en el sitio de atención de la madre y el niño, y requiere del desplazamiento al hospital de atención para la revisión de los expedientes correspondientes. El documento también contiene información atinente a la comprensión de la madre, de todos los procesos de atención, desde su perspectiva, y permite que se transcriban en forma textual las palabras e impresiones expresadas por ella respecto a la atención.

En relación con el comportamiento de las muertes infantiles en el distrito de Pavas, vale revisar dos momentos de análisis:

A. El primero de ellos tuvo lugar con ocasión de una publicación en la que se realizaba una revisión retrospectiva de los casos en el cuatrienio 2000-2003.⁵⁰ En esta publicación se destacan los siguientes aspectos:

Se estudiaron un total de 56 casos; 14 fueron clasificados como muertes prevenibles y 25 casos como no prevenibles. Sin embargo, en 17 casos no fue posible establecer la prevenibilidad, razón por la que se clasificó como “desconocido”, ya sea porque se tratara de casos que no pudieron ser analizados en su totalidad (imposibilidad para localizar a la madre, no anuencia a la entrevista, entre otros), o bien, porque aún después de revisar la síntesis comprensiva del proceso de muerte no fuera posible determinar su prevenibilidad o porque ésta fuera dudosa.

Una vez analizados los resultados, se concluye que en este estudio la mayoría de los niños fallecieron en el periodo neonatal, lo cual guarda una estrecha relación con la causa de muerte, la clasificación del recién nacido al momento del parto y finalmente la puntuación del Test de APGAR (Evaluación que revisa el estado neurológico del recién

⁵⁰ Pacheco. H., Vargas. E. Mortalidad Infantil en el Área de Salud de Pavas. Período 2000-2003. Acta Pediátrica Costarricense. Vol. 18 Nº 1 Año 2004

nacido a través de la valoración de la frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja, y coloración de la piel).

No se encontró diferencia significativa respecto a la vía del parto y su relación con la causa de muerte. La mayoría de los fallecidos tuvieron puntuaciones de APGAR a los 5 minutos iguales o mayores a 7, lo cual se relaciona con la edad de muerte (la mayoría no murió en las primeras 24 horas de vida).

La prematuridad constituye una causa de muerte importante. Muchos de los niños fallecidos eran prematuros extremos y en ellos el principal factor predisponente era el embarazo gemelar (10 de 56 casos).

Las madres de estos niños son en su mayoría costarricenses, y del total de las que perdieron hijos, el 20% correspondió a adolescentes. Respecto a la ocupación y el nivel educativo, la serie revisada mostró que el 60% de las madres estaban dedicadas al hogar y, con ese mismo porcentaje, se trataba de mujeres con educación primaria completa o incompleta.

La mayoría de las madres recibieron control prenatal. De las que recibieron control prenatal, el 76% tuvo captación temprana y el 59% recibió un total mayor o igual a 5 consultas, siendo esto un reflejo del impacto que ejerce el control prenatal sobre la disminución de los casos de mortalidad infantil. Asimismo, la mayoría de las pacientes clasificó la percepción de la atención prenatal como buena. Respecto al Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, se encontró que poco más del 50% las necesidades básicas estaban satisfechas.

Dentro del grupo de causas no prevenibles, encontramos un alto porcentaje de prematuros extremos quienes además cursaron con malformaciones cardíacas complejas, que ensombrecía por mucho, el pronóstico de sobrevivencia, a pesar de la disponibilidad de la tecnología en el nivel de atención correspondiente.

B. El segundo momento de análisis se realiza en el trienio 2003-2005, en el cual se encuentran los siguientes resultados:

El total de casos analizados fue de 24 (se incluyen 8 casos del año 2003). Al menos, el 60% de los niños fallecieron en los hospitales nacionales. La causa asociada con muerte, en el 50% fue malformaciones congénitas, sobre todo, cardiopatías congénitas complejas, seguida por la prematuridad y los eventos asociados a las complicaciones perinatales.

El 66% de las madres de los niños eran costarricenses de nacimiento y se dedicaban a las labores domésticas. El 29% de las madres eran adolescentes, a diferencia del periodo anterior (2000-2003) que correspondían a un 20%.

Respecto a la prevenibilidad, 20 casos se catalogaron como no prevenibles, 3 prevenibles y sólo uno como dudosa.

Según los registros de la Comisión Local de Análisis de la Mortalidad Infantil, durante el trienio 2003-2005, se produjeron 24 muertes infantiles en el distrito de Pavas; dos terceras partes de estas correspondieron a niños (as) cuyas madres son costarricenses, la mayoría de éstas con una edad comprendida entre los 20 y 34 años y con un índice de necesidades básicas que se clasificó como satisfecho; solo una de las madres no acudió a control prenatal; en el 70% de ellas hubo captación temprana de su embarazo y la atención del parto, en la totalidad, se realizó en el tercer nivel de atención.⁵¹

La mayoría de los niños murieron en la etapa neonatal temprana. El 50% de los casos de este trienio, fallecieron por malformaciones congénitas y el otro 50% por causas perinatales, que se distribuye en patologías asociadas con la prematuridad, procesos sépticos tempranos o intrahospitalarios, causas traumáticas e hipoxia perinatal. (Ver anexo 2). Este dato concuerda con las causas de mortalidad a nivel nacional ya valoradas.

⁵¹

Informe Final del Análisis de Mortalidad Infantil- Clínica de Pavas, 2005

En cuanto al lugar de residencia de la madre, la mayor parte de los casos se situaron en el sector de Rincón Grande de Pavas, específicamente en los sectores de Finca San Juan, Laureles, Metrópolis II. Estos sectores, además de compartir condiciones de vida, sanitarias y características demográficas similares, se encuentran en la zona más occidental del distrito y es allí en donde se sitúan el 90% de los precarios del área. (Ver anexo 2)

Para cada uno de los casos, se realiza un análisis exhaustivo y se le da retroalimentación al personal del equipo básico de atención integral en salud (EBAIS), con el propósito de identificar en conjunto esos puntos críticos y realizar las medidas correctivas que correspondan, sensibilizando al personal sobre la necesidad e importancia del seguimiento de las familias en donde ocurrió una muerte infantil, por tratarse de familias de alto riesgo.

Para el año 2005, y como medida para facilitar ese seguimiento, la COLAMI de la Clínica de Pavas elaboró un instrumento que permitiera recolectar información relevante de la madre que tuvo una muerte infantil en los últimos cinco años, tratando de valorar aspectos de su salud mental y física, sobre las condiciones socioeconómicas en que se desenvuelve, satisfacción de las necesidades básicas, opinión de las madres sobre el acontecimiento; con esta información se definiría el tipo de intervención requerida y la periodicidad de dicho seguimiento.

El instrumento de análisis no incluye aspectos como la presencia de violencia intrafamiliar en estos grupos. Respecto a este factor, a continuación se describe el comportamiento del registro de casos de violencia en todas sus manifestaciones, en el Área de Salud, en los últimos tres años.

Cuadro 1. Área de Salud de Pavas. Tipos de violencia en la población de la zona de atracción

TIPO DE CASOS	AÑO			
	2003	2004	2005	PROMEDIO
Intrafamiliar	152	148	117	139
Extrafamiliar	152	147	177	152
Muertes violentas	23	15	19	19
Muertes por accidentes	26	32	29	29
Lesionados graves en rehabilitación	46	40	58	48
Accidentes tránsito	57	60	71	63
TOTAL	304	295	294	297

Fuente: INEC y Registros de Promoción Social- Clínica de Pavas

El número de casos de violencia registrados con la boleta de Registro de Enfermedades de Notificación Obligatoria para el año 2005 no supera los 64. Este dato corresponde a los que fueron detectados en la consulta médica y se registraron como evento de notificación obligatoria. Existe en los registros de Promoción Social un número mayor, debido a que los que acceden a este servicio lo hacen espontáneamente, o bien, son casos que fueron referidos por razones distintas a violencia y en la entrevista se confirmó que había un trasfondo de agresión o antecedente de ésta.⁵² El número de casos de violencia intrafamiliar es excedido por el de violencia extrafamiliar en el año 2005, situación que refleja el importante papel que este problema de salud pública tiene en la comunidad de Pavas.

En ese sentido, el Departamento de Promoción Social de la clínica ha hecho un esfuerzo por mantener los registros de todos los pacientes que acuden al servicio, con el fin de compararlo con los registros de la boletas VE 01. El análisis de todas las boletas registradas y su comparación con los casos del departamento, permitió observar que, de todos los pacientes enviados al servicio, sólo dejaron de acudir 17. Esto demuestra que existe la posibilidad de que los pacientes, aún conscientes de su situación de agresión, prefieran no plantear las denuncias del caso por distintas razones, entre las que podemos mencionar: miedo, dependencia económica, ignorancia.

⁵² Castro, L., Ferrero, A. Análisis de Situación de Salud. Clínica de Pavas- año 2005

Realizando una comparación en la distribución de los casos de los últimos tres años, se puede decir que, durante el 2003, el número más alto de casos (152), se presentó en el sector de Libertad (29 casos), seguido, en orden descendente, por el sector de Lomas del Río con 19, Finca San Juan, Laureles con 14 casos. El sector que menos casos presentó fue Villa Esperanza.

En el año 2003, la causa más frecuente de denuncia fue el maltrato físico con 57 casos (37,5%), seguido del abuso sexual con 39 (25%). En el primer grupo, las víctimas más frecuentes fueron las mujeres entre los 20 y 39 años de edad. En el segundo grupo, las víctimas, en más de la mitad de los casos, fueron niños entre los 2 y los 12 años (17 niñas y 6 niños).

Respecto a la relación entre la víctima y el supuesto abusador, se encontró en el grupo de abuso sexual como responsable al tío, padrastro, pareja y vecino.

En el año 2004, se reportaron y atendieron menos casos en el departamento. No obstante, llama la atención que más de la mitad de ellos se concentraron en dos sectores sanitarios: Finca San Juan y Metrópolis II. Es de destacar que, aunque en otros años no se había reportado casos del Sector de Rohmoser, este año, 5 personas del sector hicieron denuncias por abuso sexual y físico. Al igual que el año anterior, los rubros con más casos fueron los de violencia sexual, física y emocional, en ese orden. De nuevo, las víctimas más frecuentes de abuso sexual son los niños entre los 2 y los 12 años, con predominio de las niñas (24 casos, del total de 34).

En el año 2005, la totalidad de casos reportados fue de 117; la distribución de los casos fue mayor en los sectores de Lomas del Río y Libertad. Este año, nuevamente Rohmoser presentó casos en el servicio; el número de casos más frecuente lo compartieron el abuso sexual y el físico. Las víctimas, al igual que el año anterior, fueron niños menores de 12 años y en este grupo se destaca que, a pesar de que las niñas constituyen un porcentaje mayor, los niños representan una proporción mayor en relación a los años anteriores.

En relación con las acciones que se desarrollan en la actualidad en la clínica, se cuentan las siguientes:

- ♦ **Detección y registro:** Durante los últimos años se ha estado trabajando en la mejora de los procesos de registro. Es así como a la fecha, la consulta social se registra en el sistema de información y el expediente electrónico, lo que permite un adecuado seguimiento de todos los casos.

Respecto a la detección, durante el 2005 se trabajó en mejorar los conocimientos del personal de salud y los usuarios. Para el primer grupo, se realizaron capacitaciones dirigidas a los equipos de salud en temas como detección, registro, denuncia y abordaje de los casos de violencia. Se desarrollaron estrategias de sensibilización dirigidas a los usuarios, mediante panfletos, carteles y actividades de promoción en los grupos de proyección a la comunidad, como el grupo de madre adolescente, adolescente embarazada, adulto mayor, curso de preparación al parto, entre otros.

Por otra parte, se coordinó con grupos cautivos en centros educativos, grupos de la comunidad y organizaciones sociales para impartir talleres sobre la prevención de la violencia.

- ♦ **Atención y coordinación interinstitucional:** mediante la participación de los miembros del departamento en la red de violencia de Pavas y la red de trabajo al menor, esta actividad permite la coordinación y el manejo interinstitucional de los casos que así lo requieren.

No obstante lo anterior, el porcentaje de mujeres agredidas durante el embarazo que se encontró en una investigación sobre la violencia física y psicológica durante el embarazo, hecha en la comunidad de Finca San Juan de Pavas, un sector urbano marginal con asentamientos en precarios, fue de 29,7% de los casos y es superior al informado por algunos autores extranjeros, e inferior al informado en Brasil y México. Estas diferencias pueden deberse al método empleado para recoger la información. McFarlane encontró una prevalencia de violencia significativamente más baja (7,3%), al utilizar un instrumento autoadministrado, que cuando las entrevistas fueron realizadas por personal capacitado.

Por otra parte, este estudio mostró que el antecedente de violencia constituía un factor predictivo de bajo peso al nacer.⁵³

La salud materna involucra todos los fenómenos y las situaciones que ocurren alrededor del embarazo, parto o puerperio. Estos estados implican importantes ajustes para la mujer en el plano biológico, psicológico y social y no están exentos de riesgos. En el campo de la salud, la presencia de complicaciones en estos procesos implica poner a disposición toda la tecnología disponible para la atención.

Lamentablemente, en los países en desarrollo, sobre todo entre las personas más pobres, estas tecnologías no están al alcance de las mujeres que las necesitan. Es todavía más preocupante que en amplios sectores de la población, muchas mujeres no reciben atención durante el embarazo o el parto y mucho menos durante el postparto.

Desde esta perspectiva, el análisis se centrará en conocer cómo las condiciones económicas, mediante la revisión de algunas variables, la presencia de violencia intrafamiliar, el conocimiento y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y las condiciones de la salud reproductiva de las madres que han tenido una muerte infantil afectan la calidad de la atención de la salud reproductiva que reciben desde la clínica.

5. JUSTIFICACIÓN

La calidad de la atención en salud es, sin lugar a dudas, una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a la población y una necesidad sentida de quienes requieren de éstos.

Con los últimos desarrollos científicos y los avances en la legislación que regula la prestación de dichos servicios en los diferentes países, se ha puesto en evidencia la imperiosa necesidad de planear y ejecutar precisos programas de garantía de la calidad y de evaluarla periódicamente, con el fin de realizar los ajustes necesarios que conduzcan a brindar a la población una atención ajustada a las exigencias de la buena calidad.

⁵³ Nuñez, H., Monge. R., La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Revista Panamericana de Salud Pública. Agosto 2003.

Es un hecho conocido que toda institución prestadora de servicios de salud debe evaluar con regularidad la calidad de la atención. Sin embargo, se reconoce que son escasos los logros alcanzados en este campo. Se aduce como razón fundamental la no disponibilidad de una metodología práctica y sencilla, que pueda aplicarse a todas las instituciones con una relativa baja inversión de recursos y que permita generar información útil para la toma de decisiones, orientadas a mejorar progresivamente la calidad de la atención.

En Costa Rica, es importante mencionar que las iniciativas nacionales en materia de políticas de salud sexual y reproductiva, son reflejo de los acuerdos de diversas reuniones y del consenso mundial dictado por la Organización Mundial de la Salud. En este sentido, el país se ha comprometido a dictar y seguir políticas de atención integral en salud sexual y reproductiva a las mujeres que vivan en el territorio, mismas que están contempladas en la Agenda Concertada del Ministerio de Salud 2002-2006 y en el Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura, Costa Rica 2006-2015.

Como lo han mostrado las estadísticas nacionales y locales, las causas atribuibles a las muertes infantiles en los últimos tres años, pertenecen al gran grupo de eventos o complicaciones perinatales. Muchos de ellos son el resultado de vulnerabilidades en la calidad de la atención de la madre gestante, o más allá de este período, de debilidades en la atención con calidad de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil.

Desde esta perspectiva, la atención integral de la salud de las mujeres, tomando en cuenta el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, el uso de métodos anticonceptivos de calidad al alcance, el acceso a los servicios de control prenatal, el apego a la normativa existente y la opinión, tanto de los usuarios como de los proveedores, son aspectos a tomar en cuenta a la hora de evaluar la calidad de la atención en salud reproductiva y sexual que brindan los servicios de salud.

Los resultados de esta investigación contribuyen a la atención de la salud sexual y reproductiva en diferentes dimensiones:

Se enmarca en la línea de los acuerdos internacionales, como por ejemplo, las metas de los objetivos del milenio que tienen que ver con avances y mejoras en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Desde el punto de vista de la gerencia de los servicios, este estudio contribuye con el mejoramiento continuo de la atención, por medio de una propuesta que, con base en los elementos de estructura u organización, procesos y resultados, beneficiaría a la población, así como a los profesionales en salud directamente vinculados con los procesos de atención de la salud sexual y reproductiva.

Finalmente, esta investigación parte de la utilización de una estrategia metodológica que integra técnicas cualitativas y cuantitativas para la evaluación de la calidad, por parte de los proveedores o prestadores (profesionales en salud o funcionarios) y los usuarios de los servicios de salud sexual y reproductiva.

6. DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Se ha señalado previamente que durante el año 2003, el análisis de las muertes infantiles a nivel nacional mostró que más del 70% de los casos correspondía a muertes perinatales. Esto indica que las condiciones de salud reproductiva de estas madres, como son las condiciones socioeconómicas, la violencia intrafamiliar, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros, son aspectos a considerar y probablemente constituyen factores de riesgo para la ocurrencia de estas muertes.

Durante el período 2000-2005, el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), ha registrado un total de 92 muertes infantiles sólo en el distrito de Pavas. De éstas, cerca del 70% han sido analizadas por la Comisión Local de Análisis de estas muertes, de manera que se cuenta con una base de datos que permite conocer, con algún grado de certeza, la situación del distrito.

Para el caso de Pavas, el análisis del último trienio (24 casos analizados por la COLAMI en el período 2003-2005), indica que cerca del 70% de las muertes sucedieron en el período neonatal temprano y en una proporción similar, las causas se relacionan con eventos perinatales. Así mismo, un importante porcentaje de las muertes sucedieron en mujeres costarricenses con necesidades básicas insatisfechas (33%).

Partiendo del considerable peso que tienen las causas de las muertes perinatales, en el indicador de mortalidad infantil, entre las que se mencionan las malformaciones congénitas y los eventos perinatales como el parto inmaduro, la asfixia perinatal y las complicaciones del parto, se hace necesario revisar la calidad de atención de la consulta prenatal y de planificación familiar, además de caracterizar la salud sexual y reproductiva de las madres que han tenido el antecedente de una muerte infantil en el distrito de Pavas, durante los años 2000-2005.

Con este estudio, a la vez, se pretende analizar la calidad, tomando en cuenta la accesibilidad a la consulta y a los servicios, el apego o cumplimiento de las normas de atención integral y la opinión que tanto proveedores como usuarias puedan expresar.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿La calidad de la atención, entendida como el acceso a los servicios, el cumplimiento de las normas de atención y la satisfacción expresada por las usuarias y las personas proveedoras de servicios, tiene correspondencia con la caracterización y necesidades de la salud sexual y reproductiva en un grupo de mujeres con el antecedente de una muerte infantil durante el período 2000-2005 en el Área de Salud de Pavas?

7. OBJETIVO GENERAL

Analizar la calidad de la atención en cuanto a la caracterización de la salud sexual y reproductiva, el acceso a los servicios, el cumplimiento de las normas de atención y la satisfacción expresada por usuarios y proveedores, en las consultas de planificación

familiar y control prenatal en un grupo de mujeres con el antecedente de una muerte infantil durante el período 2000-2005 en el Área de Salud de Pavas.

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- α. Caracterizar la salud sexual y reproductiva: edad de inicio de las relaciones sexuales, compañeros sexuales, conocimiento y uso de los métodos de planificación, fecundidad, antecedentes ginecobstétricos, muertes infantiles previas, períodos intergenésicos y los antecedentes de violencia intrafamiliar de las madres que tienen el antecedente de una muerte infantil durante el período en estudio.
- β. Analizar la calidad de la atención de las consulta de planificación familiar y de control prenatal en relación con la accesibilidad, el cumplimiento de la normativa de atención y la satisfacción de usuarios y proveedores.
- χ. Proponer un plan estratégico para mejorar la calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva en las usuarias de los servicios del Área de Salud de Pavas, tomando en consideración los resultados del estudio.

CAPÍTULO DOS

MARCO TEÓRICO

La salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones. Ahora, luego de las distintas intervenciones estratégicas de organismos internacionales, este enfoque se ha trasladado desde los efectos del crecimiento de la población sobre el desarrollo, hasta la implicación que tiene una inadecuada salud reproductiva en el desarrollo humano. En estos momentos, la meta principal ya no es la reducción de la fecundidad, sino más bien la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres, que en alguna medida hacen parte de los derechos humanos.

Por tanto, la salud sexual y reproductiva implica el ejercicio de estos derechos que aplican tanto para mujeres como hombres. No hay duda de que se trata de un extenso y complejo tema que abarca al individuo en todas sus dimensiones, desde la capacidad para elegir responsablemente el número de hijos que quiere tener, el acceso oportuno a los servicios de salud, el medio en el que se desarrolla y desenvuelve (nivel socioeconómico, presencia de violencia), hasta el conocimiento y el ejercicio de sus derechos.

En esta sección se analizarán los conceptos de calidad de la atención, las condiciones socioeconómicas, la fecundidad y anticoncepción y la violencia intrafamiliar.

1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La calidad en los servicios de salud se refiere a todos los procesos que se realicen para satisfacer las necesidades razonables de los usuarios en la atención de esos servicios. Se dice que hay calidad en esta prestación cuando se realiza en forma oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. Esta atención está determinada por la estructura y los procesos de la atención, que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario.

El Dr. Avedis Donabedian define calidad en salud de la siguiente forma:

“Calidad técnica en los servicios de salud es la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes.”⁵⁴

La OMS define la calidad en salud como un alto nivel de excelencia profesional, con un uso eficiente de los recursos, que represente un mínimo de riesgos para el paciente y con un impacto final en la salud. Una buena gestión de los servicios de salud permitirá al Estado cumplir con su obligación de promover y satisfacer los derechos de las personas, así como cumplir con los objetivos para los que fueron creados los servicios de salud.

Ahora, conociendo qué es calidad en salud, se podrá revisar lo que significa calidad de la atención en salud: es la provisión de los servicios accesibles y equitativos con un nivel óptimo, que tiene en cuenta recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. Esta calidad tiene como características las siguientes:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud. Este término se refiere a la facilidad con que se pueda obtener un servicio, lo cual depende de los prestadores, pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios..
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos de estructura, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencia científicamente probada, que tienden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

⁵⁴ Bruce J., Quality of care. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Studies in Family Planning. Vol 21 N° 2, March, April. 1990.

- 4 **Pertinencia.** Es el grado por el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- 5 **Continuidad.** Consiste en cómo las instituciones prestadoras del servicio realizan la coordinación de la asistencia necesaria entre diferentes médicos y centros sanitarios y a lo largo del tiempo, de manera tal que se dé una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
- 6 **Aceptabilidad.** Aspecto relacionado con la satisfacción de los usuarios (y que depende de aspectos culturales), respecto de la valoración que estos realizan acerca del costo, la calidad, la seguridad, la actitud del proveedor.
- 7 **Efectividad.** El grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.
- 8 **Eficiencia.** Es la relación entre los resultados obtenidos de la asistencia o atención y los recursos utilizados para prestar el servicio al usuario. Esto se mide con indicadores.
- 9 **Competencia.** Es la capacidad que corresponde a un área específica, como por ejemplo, la competencia de un médico o de una enfermera en el servicio de urgencias.
- 10 **Coordinación.** Representa el arte de correlacionar las acciones de aquellos miembros de la organización, que se encuentran comprometidos en la tarea de ejecutar las decisiones tomadas por los niveles superiores, permitiendo la mayor disminución posible de los conflictos individuales y/u organizacionales.

REVISIÓN CONCEPTUAL DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD PÚBLICA.

Terminología de la evaluación

El Institute of Medicine of the National Academies (IOM) de los E. U. A. ha definido como calidad del cuidado de la salud, “el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones

aumenta la probabilidad de alcanzar los resultados en salud que se desean y que sean consistentes con el actual conocimiento profesional”. La evaluación de la calidad (“quality assesment”) en salud pública es la medición del logro de los objetivos de salud en la población, realizada por una organización particular o un grupo de individuos. “Performance assesment”, por otra parte, investiga el progreso hacia objetivos organizacionales, y puede incluir, no solo medidas de calidad, sino de costo/eficiencia. En la literatura, sin embargo, se usan los términos “quality assesment” y “performance measurement”, como sinónimos. Los indicadores de calidad en salud pública son expresiones cuantitativas de capacidad (estructura), acción (procesos) o resultados (“outcomes”) de las actividades de salud pública.

Definición del campo de la evaluación en salud pública

Es un requisito para la evaluación de la calidad en SP (salud pública), una descripción del rango de sus actividades (programas, información, políticas), lo que es un problema por la variabilidad que existe entre centros de salud. Una descripción ideal debería tener una base teórica.

Marco para la evaluación

Los autores desarrollan un marco basado en las tres funciones que Donabedian define para la evaluación de calidad: (1) calidad estructural, que evalúa características estructurales y los recursos; (2) calidad del proceso, que es lo que el sistema hace y (3) calidad del producto, que evalúa la influencia de lo que se hace en la salud de la población. Desde cada dimensión de la evaluación de calidad (estructura, proceso, resultados), se indican los aspectos de la planificación (toma de decisiones) y la producción de programas y servicios a los que pueden aplicarse los indicadores de calidad.⁵⁵

LAS DIMENSIONES DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD

Estructura

La evaluación de calidad se refiere a los elementos organizacionales y los recursos del sistema que afectan su capacidad para enfrentar las necesidades de salud de la comunidad y promover vidas

⁵⁵ Stephen F. Derose et.al. Public Health Quality Measurement: Concept and Challeges. Annu. Rev. Public Health 2000. 23:1-21

sanas. La calidad estructural comprende (1) recursos (personal, recursos financieros) y (2) organización (cómo se manejan los recursos).

Es importante dar preferencia a los factores que pueden cambiar y que afecten más al proceso y sus resultados. A pesar de todo, las medidas estructurales tienen valor limitado, sobre todo respecto al funcionamiento diario de la organización.

Proceso

Evalúa lo que la institución hace y cómo lo hace para los individuos y organizaciones comunitarias. Examina acciones específicas, con la mira de mejorarlas (ejemplos: porcentaje de contactos examinados de casos TBC, según la norma).

El análisis de calidad tiene dos aspectos: excelencia técnica y excelencia de la interacción. La primera significa que los programas y los servicios fueron bien planeados y realizados. Para la evaluación de la calidad, un planeamiento efectivo significa que los resultados esperados son mejores que los alcanzables con estrategias alternativas. Una entrega inteligente de servicios significa eficiencia en su aplicación por individuos y por la organización. La excelencia en interacción se refiere al comportamiento humano en las acciones. Ejemplo: ¿la información del programa se da en el idioma que los clientes hablan?

Resultados (“Outcome”)

Evalúa la influencia de las actividades de SP en la salud comunitaria. Los resultados pueden ser finales (o verdaderos) o intermedios. Los primeros pueden ser (1) nivel de salud, esto es, estado físico y mental de la población (ej., tasas de mortalidad por accidentes); (2) funcionamiento social (ej., tasa de personas con incapacidad que viven independientemente); (3) satisfacción del consumidor (ej., satisfacción del cliente con campaña contra tabaco). Todos los proveedores y consumidores pueden contribuir con su experiencia personal.

La satisfacción del consumidor puede no ser un indicador confiable, porque éste puede no saber calificar técnicamente la atención recibida y podría no ser una opinión representativa de la población. Los resultados (“outcomes”) intermedios indican efectos de servicios de salud en factores de riesgo, de tal modo que -con reservas- podrían ser utilizados como indicadores de resultados

verdaderos. A menudo se usa la proporción cubierta de la población en riesgo como indicador de calidad, como un resultado intermedio.

Si no se sabe cómo las acciones realizadas afectan a los resultados, es difícil usarlas para mejorar el sistema. A menudo hay variables correlacionadas que afectan los resultados, de tal modo que hay que hacer ajustes estadísticos, que pueden incluir modelos de regresión múltiple. Si un servicio de salud local tiene poco control sobre estas otras variables, los resultados no son un indicador útil de calidad.

A pesar de la expansión de los servicios nacionales de salud, el nivel de la salud reproductiva en los países en desarrollo es pobre. Incrementar el acceso a la atención es insuficiente: la calidad de los servicios parece un determinante clave para obtener buenos resultados. Hay muchas lagunas en el conocimiento de los condicionantes de esta calidad, por lo cual la OMS decidió dar prioridad a la investigación de la calidad de atención en salud reproductiva en 2000-2005.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA: PERSPECTIVAS E IMPACTO.

De los servicios de planificación familiar

Estudios recientes han investigado la influencia de varias características de las mujeres que utilizan los servicios de planificación familiar y del personal que las atendió, analizando la satisfacción con respecto a la atención recibida y el uso de anticonceptivos. En general, la proximidad del servicio, el método de elección y diversos aspectos de la interacción entre el cliente y el proveedor, están asociados con el uso mantenido de estos métodos en diferentes contextos geográficos. La mejoría en la calidad de los servicios se asocia con su mayor uso y con la satisfacción del cliente.

De los servicios relacionados con infecciones de transmisión sexual (STI/HIV/RTI)

Numerosos estudios demuestran insatisfacción de los usuarios con la atención recibida por infecciones transmitidas sexualmente. En Estados Unidos, los usuarios con HIV positivo denuncian el rechazo y el temor de infectarse, de los funcionarios que los atienden. Estudios en otros países señalan que la educación apropiada del personal puede disminuir el problema, pero que estos resultados a veces son temporales.

En la atención del aborto y el cuidado ulterior.

A pesar de restricciones legales, el aborto sigue practicándose con frecuencia. Hay varios estudios sobre el adiestramiento para usar la aspiración manual por vacío, que muestran que este adiestramiento es efectivo para extender su uso, reducir la estancia hospitalaria, y aumentar el uso posterior de la planificación familiar. También se ha demostrado el efecto positivo que tiene mejorar la comunicación entre el cliente y quien lo atiende, en una mayor aceptación posterior de la planificación familiar.

En los servicios de salud maternal

Los estudios muestran que en países en subdesarrollo hay mucha tolerancia frente a servicios de salud materna e infantil que tienen deficiencias. Las clientas tienden a no responsabilizar al sistema de salud de la deficiente atención, sino a quien la atiende. En algunos países, las deficiencias del sistema refuerza la tendencia a atender el embarazo y el parto en casa. La satisfacción de la gestante por su atención está asociada con una percepción positiva del personal, consultas más largas con el médico, facilidad de contacto con éste, y menor tiempo de espera.

Los programas para mejorar la satisfacción del cliente se ha centrado en aumentar el sentido de control y moral de la mujer durante el embarazo y el parto. Los resultados que se citan son, sin embargo, contradictorios. Las evidencias disponibles muestran que una proporción substancial de las muertes maternas y perinatales son atribuibles a deficiencias técnicas en la calidad del servicio prestado.

En adolescentes

Constituye un grupo de edad creciente de manera importante, que ha sido menos estudiado en cuanto a la calidad de servicios de salud reproductiva. El acceso de ellos a estos programas es muy limitado y la atención recibida es deficiente: el joven se limita a contestar las preguntas que se le hacen. Los estudios muestran que los programas tienen múltiples deficiencias y algunas publicaciones señalan que éstas se pueden superar.

En programas para hombres

La histórica concentración de programas en la mujer, se está superando con el reconocimiento de que el hombre influye en el comportamiento contraceptivo y reproductivo de las mujeres y que su participación es importante para reducir las infecciones de transmisión sexual. Además de las deficiencias en los sistemas de atención, está el problema del frecuente uso de referentes ajenos al

sistema de salud. La participación de los líderes comunitarios y de voluntarios, es importante para tener éxito en los programas de educación sexual y reproductiva.

Para este estudio, no se consideró la inclusión de los varones, ya que éste, se basó en la población de mujeres atendidas en la Clínica de Pavas y que tuvieron el antecedente de una muerte infantil entre los años 2000 y 2005. No obstante lo anterior, se destaca que esta exclusión, se debió a la naturaleza indagatoria y trazadora de la calidad de condiciones de vida, relacionadas con la violencia de género, por lo que en primera instancia, se analizó solamente, la visión de este tema, desde una perspectiva femenina.

RETOS Y PRIORIDADES PARA INVESTIGACIÓN

La concentración de estudios en usuarios mujeres y en planificación familiar, ha limitado el conocimiento en otros grupos: hombres, adolescentes, usuarios y no usuarios, proveedores, por ejemplo. Hay numerosos retos respecto al diseño de los estudios, recolección de datos y análisis. También existen problemas con la definición de calidad y con el diseño de instrumentos para medirla. Pocos estudios consideran el nivel de la fecundidad, que es importante. Los métodos pueden ser cualitativos o cuantitativos, dependiendo de la población, característica del área y objetivos del estudio. Y no está claro que la misma intervención tenga el mismo efecto en otro contexto. Por ello, estos estudios de la calidad de la atención son complejos.

La calidad de la atención se considera un aspecto clave en los programas de planificación familiar y la atención de la salud sexual y reproductiva, en el contexto de un enfoque centrado en el usuario, que tiene como objetivo brindar un servicio de alta calidad, por considerarse éste un derecho humano básico.

La provisión de servicios de alta calidad asegura que los usuarios sean atendidos como merecen, asegurando la entrega de un servicio que tiene todas las calidades técnicas necesarias, tomando en cuenta a los usuarios a los que se dirige, sus necesidades, percepciones, valoraciones, creencias, aspectos de conciencia y conducta y expectativas, entre otras. Por otra parte, la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, asegura que los usuarios comprendan la información y que se apeguen al uso de los métodos de planificación, disminuyendo las infecciones de transmisión sexual, y en general, contribuye a mejorar la salud de las personas.

La mayoría de las personas coinciden en la importancia de mejorar la calidad de los servicios. Los especialistas no siempre están de acuerdo en los factores que deben incluirse en la definición de calidad de los mismos. Tradicionalmente, calidad, en términos de servicio, se ha definido como los conocimientos técnicos y la habilidad de proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para el bienestar del paciente. Sin embargo, la calidad de la atención es multidimensional y puede definirse y medirse de distintas formas, según las prioridades y necesidades de los interesados (usuarios-proveedores).⁵⁶

Los usuarios pueden verse influidos o afectados por aspectos sociales, culturales y probablemente midan la calidad en términos del aspecto humano de la atención que reciben. Por otra parte, los proveedores miden ésta de acuerdo con sus capacidades técnicas, de infraestructura, recurso y apoyo logístico. Los directores de programa la miden a través de la capacidad y el énfasis de los sistemas de apoyo, de información y los registros. Finalmente las autoridades que diseñan las políticas y los que participan en la toma de decisiones estarán más preocupados por el costo, la eficacia y los resultados obtenidos.

La complejidad de la definición de las políticas sanitarias hace que sea difícil identificar y medir las mejoras en la prestación de los servicios.

Los especialistas en atención sanitaria han sugerido varios cambios para ampliar o modificar la definición de calidad, incluidos los siguientes:

- ✓ Ampliar el marco a otros aspectos de la salud reproductiva, como la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, los servicios de salud materna (incluida la atención después del aborto) y otros servicios para detectar, asesorar y remitir a programas de ayuda a las mujeres víctimas de violencia (Mora *et al.* 1993).
- ✓ Prestar más atención a aquellos mecanismos que pueden contribuir a mejorar la calidad de la atención, como por ejemplo, los utilizados para asegurar el seguimiento del usuario y la continuidad del servicio.

⁵⁶ Creel, L.,Saas, J.,Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y medición de la calidad. Boletín del Fondo Nacional de Población. Diciembre 2002

- ✓ Considerar las relaciones de género, tanto entre la población que se atiende, como entre los proveedores y sus usuarios.
- ✓ Añadir normas formales de calidad, como el establecimiento de protocolos de tratamiento y pautas de actuación clínica por los ministerios de salud, organizaciones profesionales o las propias instalaciones de salud (Brown *et al.* 2000).
- ✓ Considerar el acceso de los usuarios a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, incluida la distancia, el costo del servicio, las actitudes de los proveedores y aquellos requisitos innecesarios que se imponen a los clientes para tener derecho al servicio y que pueden excluirlos por razón de su edad, estado civil, o sexo.

Todas estas modificaciones ponen en el centro de la calidad al usuario de los servicios, al tiempo que recalca la importancia de establecer normas técnicas y mejorar el acceso a los servicios y a la información.

En este contexto, es importante analizar cómo es la calidad de atención en salud sexual y reproductiva, para lo que se expone la siguiente definición de salud reproductiva:

“La Salud Reproductiva es un estado general del bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y métodos de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles, y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas, y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el

desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”⁵⁷

De acuerdo con lo citado anteriormente, se deben considerar como derechos de los usuarios de los servicios de salud sexual y reproductiva y planificación familiar, los siguientes:

- ✓ La disponibilidad de varios métodos diferentes y la posibilidad de elegir entre ellos.
- ✓ El trato respetuoso y amable
- ✓ La confidencialidad
- ✓ La capacidad profesional del personal
- ✓ La posibilidad de obtener información y asesoría
- ✓ Horarios de atención cómodos y tiempos de espera aceptables
- ✓ La accesibilidad a los servicios
- ✓ La comunicación persona a persona con calidez, empatía y respeto
- ✓ La actitud afable y considerada del personal de salud
- ✓ El reconocimiento de que los promotores de salud masculinos y femeninos pueden tener diferentes apreciaciones de las necesidades, temores y reacciones de las mujeres.⁵⁸

Las organizaciones correspondientes y encargadas de velar por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, han preparado una normativa que permite evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva de género, fomentando la igualdad en la atención, de manera que tanto los hombres como las mujeres, tengan acceso irrestricto a los servicios y se les pueda proveer de métodos, de acuerdo con sus necesidades.

En este sentido, vale agregar que, en la medida que se margine o se aparte al varón en el proceso de atención (acceso a los métodos anticonceptivos propios), más difícil será incorporarlo a participar, al igual que su pareja, en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva de ambos.

57 Fuente: Párrafo 7.2 Programa de Acción de la CIPD, Tomado de Hardee, K., Agarwal K *et al.* Políticas y Programas de Salud Reproductiva después de El Cairo: Un Estudio Comparativo de Ocho Países. Septiembre 1998

58 Creel, L., Saas, J., Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y medición de la calidad. Boletín del Fondo Nacional de Población. Diciembre 2002

Por otra parte, la explosión demográfica, así como las debilidades existentes en los programas de salud reproductiva, han favorecido el surgimiento de enfermedades de transmisión sexual de alta y peligrosa propagación y la proliferación de nacimientos no deseados, hecho fundamental para lograr mejorar las condiciones de vida de la población, lo cual refuerza el punto anterior en el sentido de la importancia de la participación del varón en el abordaje y atención de la salud sexual y reproductiva de ambos.⁵⁹

La tendencia actual de las políticas gubernamentales, como Estado de derecho, es crear conciencia en la población, por medio de la educación, sobre la necesidad de una planificación familiar eficiente, mediante manuales informativos, proyectos de reformas de ley en salud reproductiva y sexual, para así lograr un crecimiento apropiado y deseado de las familias.⁶⁰

La atención integral en materia de salud sexual y reproductiva incorpora aspectos médicos, educativos y enfocados hacia la prevención; a la vez, hace que, a un mediano plazo, nuestro país pueda tener un manejo adecuado del crecimiento demográfico.

Mejorar la calidad de la atención a los usuarios implica comprender sus valores culturales, experiencias pasadas y sus percepciones acerca del papel que representa el sistema de salud; con esta información se reúne a los proveedores de servicios de salud y a la comunidad para establecer una visión común de lo que es la calidad y cómo mejorarla y adaptarla a las necesidades de los usuarios; así se logrará identificar aquello que los estimula, tomado en cuenta sus necesidades (incluida la necesidad de apoyo general administrativo y logístico por parte del sistema de salud)⁶¹.

El Estado tiene la obligación de dotar a sus miembros de las condiciones que le faciliten el libre desenvolvimiento y despliegue de sus facultades a favor de su dignidad, de la solidaridad y con miras a crear relaciones subsidiarias para potenciar su desarrollo. Por ello, brindándoles la atención y la capacitación necesaria, los ciudadanos podrán planificar y mejorar su vida sexual y reproductiva.⁶²

⁵⁹ Idem 38

⁶⁰ Solano. P. El derecho a la salud y la reproducción asistida. *Medicina Legal. Costa Rica*, mar. 2003, vol.20, no.1, p.15-27. ISSN 1409-0015.

⁶¹ Núñez. H., Rojas. , Ana. Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. *Rev. costarric. salud pública*, jul. 1999, vol.8, no.14, p.09-19. ISSN 1409-1429

⁶² Gobierno de Costa Rica (abril 2002), proyecto de ley 14701, Asamblea Legislativa de Costa Rica

La política pública promueve la salud integral más allá de la salud física. Para ello, la promoción y el desarrollo de habilidades, prácticas y condiciones saludables son de importancia fundamental, seguidas de la prevención de las conductas de riesgo y de la parte curativa. La información sobre morbilidad y mortalidad muestra que aquellos aspectos a los cuales se les debe prestar atención son las conductas de riesgo y la salud sexual y reproductiva⁶³

La evaluación de los compromisos de gestión realizada por la Dirección de Compras de Servicios de Salud muestra que la atención de las personas jóvenes guarda una distancia considerable de un punto óptimo. En el año 2003, la cobertura nacional de la atención individual del adolescente fue de 28%. De acuerdo con las normas de atención, la cobertura con calidad fue de un 23%. El informe señala que se trata de un grupo poco demandante de los servicios de salud y que deben ensayarse estrategias de promoción y prevención que acerquen a los jóvenes a los servicios de salud. Con respecto a la salud de las mujeres de 15 a 35 años, señala que en los últimos años se ha observado una disminución de la cobertura de citología vaginal en las mujeres menores de 35 años. En lo que se refiere a la cobertura de atención prenatal, esta también se ha reducido en los últimos años (CCSS, 2004).

La relación entre escolaridad y salud sexual y reproductiva es clara; a mayor grado de educación, mejor ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, identificándose un inicio de relaciones sexuales tardío, utilización de métodos de planificación, menor índice de embarazos no deseados y menos embarazos de alto riesgo.⁶⁴

Las estrategias necesarias para garantizar un buen programa en salud sexual y reproductiva son la promoción de la salud, la coordinación intersectorial e interinstitucional, el fortalecimiento de la gestión institucional y de la participación social, el desarrollo, investigación y potenciación de las redes sociales de apoyo, así como el planteamiento de las metas propuestas a alcanzar.

Entre los aspectos que se revisarán, en el marco de la salud sexual y reproductiva, es importante analizar a qué se refieren los derechos sexuales y reproductivos, ya que afectan directamente esta área de la salud.

⁶³ 2004, Consejo nacional de la política pública de la persona joven, Estado de la Nación

⁶⁴ Estado de la Nación, noviembre 2004, Salud integral y fomento de una educación integral para una sexualidad sana y segura, Plan de acción de la política pública de la persona joven

Los derechos del cuerpo están arraigados en los principios más básicos de los derechos humanos. En términos generales, los derechos del cuerpo en la sexualidad y la reproducción abarcan dos principios básicos: el derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva, y el derecho a la autodeterminación sexual y reproductiva.

El término “derechos reproductivos” aparece en el siglo pasado para designar al conjunto de derechos humanos que tienen que ver con la salud reproductiva y, más ampliamente, con todos los derechos humanos que inciden sobre la reproducción humana, así como aquellos que afectan el binomio población-desarrollo sostenible. Si bien estos derechos no están explicitados como tales en ningún instrumento legal internacional de derechos humanos, están dispersos en todas las personas. Es por ello que se puede afirmar que los derechos reproductivos sí están reconocidos internacionalmente y sí son jurídicamente vinculantes.

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres bajo el derecho internacional de los derechos humanos son entonces el resultado de una combinación de una serie de derechos civiles, políticos, sociales, culturales y económicos: el derecho a la salud, a la salud sexual y a la salud reproductiva, el derecho a la planificación familiar; el derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos; el derecho a unirse y a constituir una familia; el derecho a la vida, a la libertad, integridad y a la seguridad; el derecho a no ser discriminado por cuestiones de género; el derecho a no ser agredido ni explotado sexualmente; el derecho a no ser sometido a tortura ni a otro tipo de castigos o de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes; el derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer; el derecho a la privacidad; el derecho a la intimidad; el derecho a disfrutar del progreso científico y a dar consentimiento para ser objeto de experimentación.⁶⁵

2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y POBREZA

La pobreza personal, familiar, comunitaria o nacional repercute de forma directa sobre la salud de las personas. Esta relación ha sido ampliamente documentada y no es distinta de la que se establece en

⁶⁵ Obando A., Los derechos sexuales y reproductivos. Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo (AWID). Marzo 2003

la salud reproductiva de los hombres y mujeres. En la mayoría de los estudios epidemiológicos, la pobreza se expresa en altos índices de fecundidad, morbilidad y mortalidad infantil y materna.⁶⁶

Desde esta perspectiva, la pobreza influye en forma directa en los casos de muertes maternas, en situaciones en las que la mujer no cuenta con los recursos necesarios para pedir ayuda a un servicio de salud o cuando se trata de comunidades aisladas y excluidas del sistema. La relación indirecta se establece cuando, por su limitado poder de decisión en la familia o la comunidad, la mujer no reacciona oportunamente ante un problema de salud propio.⁴²

Algunos autores postulan que la relación entre la pobreza no es lineal, sino más bien circular, de manera que no sólo las precarias condiciones socioeconómicas determinan una inadecuada salud sexual y reproductiva. En ese sentido, el ejemplo más representativo y dramático lo constituye la muerte de una madre joven por causas prevenibles, situación que provoca una pérdida de la productividad para la economía nacional y para el hogar; además, tiene un efecto intergeneracional que se manifiesta en menores probabilidades de los hijos de sobrevivir, de recibir atención en salud o de estudiar. También se describe un mayor riesgo de uniones de las hijas de ésta a edades más tempranas, probablemente, perpetuando este ciclo⁶⁷.

Cuando hay mejoras en la salud sexual y reproductiva, se dan consecuencias positivas para la mujer, la familia y la comunidad. No hay duda de que cuando se aumentan las oportunidades para la mujer en lo que se refiere al acceso a educación, trabajo, se está haciendo una contribución al desarrollo personal, familiar y social. En efecto, se ha demostrado que, en comparación con sus parejas, las mujeres invierten una proporción mayor de sus ingresos en los hijos y el hogar, y que con frecuencia las que trabajan fuera del hogar dedican a sus hijos un tiempo de “mejor calidad” que aquellas que están dedicadas exclusivamente a las labores domésticas.

Aunque en las décadas pasadas las mujeres incrementaron de manera importante el nivel de escolaridad, este avance no ha sido suficiente para disminuir las brechas salariales respecto a los hombres con calificaciones similares. Esta situación afecta negativamente la posibilidad de

⁶⁶ FUNDACIÓN Mexicana para la Salud (1994). Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. México, D.F.: FUNSALUD.

⁶⁷ Mones. B., Guzmán. J., Sexualidad y reproducción en la pobreza. ISIS Internacional Santiago- Chile. Agenda Salud. Programa Mujeres y Salud. Abril- Junio 1998

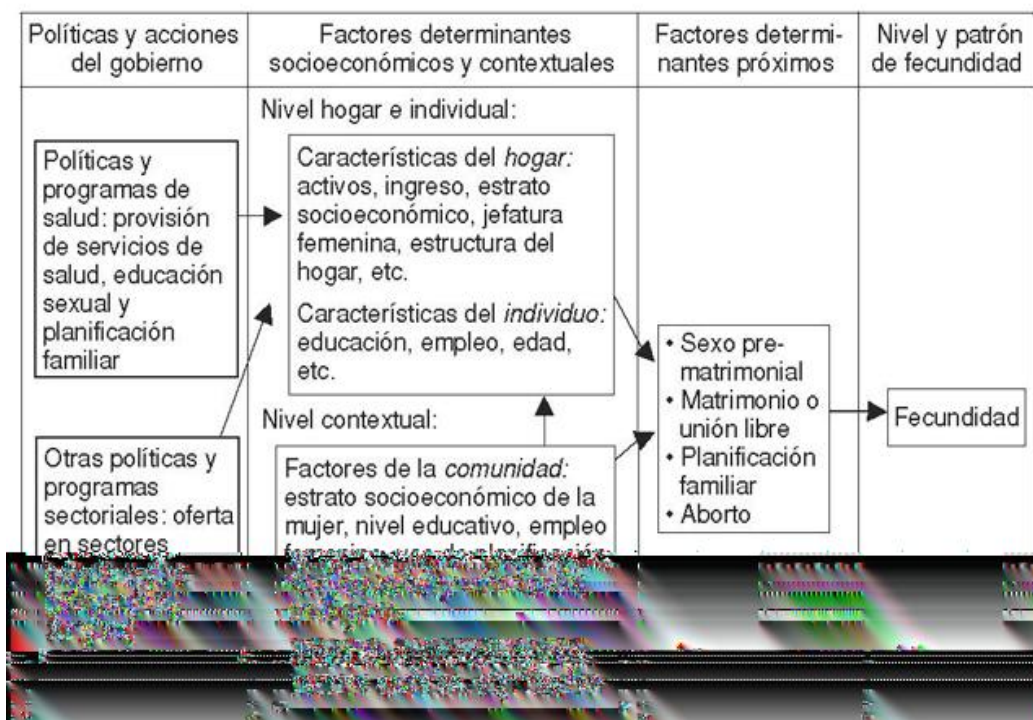
sobrevivencia y seguridad humana de las mujeres, quienes, en promedio, constituyen el 25% de los jefes y proveedores de los hogares de la región centroamericana.

En las condiciones socioeconómicas actuales de América Latina y El Caribe, el significado de las sobrevivencia para las mujeres pobres se traduce en incertidumbre e inseguridad permanente, porque, además de las inequidades sociales, su identidad de género se ha convertido en un factor de riesgo y las coloca en la posición de dependencia extrema frente a las necesidades de toma de decisiones.

Respecto a la fecundidad y su asociación con los factores económicos, existen estudios que han mostrado cómo afecta el nivel y patrón de edad de la fecundidad, como son la exposición al riesgo de embarazo, la concepción y la gestación de éste.

Figura 2

FIGURA 2 Marco conceptual sobre los factores determinantes de la fecundidad en adolescentes (adaptado de Simmons [8])



De acuerdo con el marco conceptual, se postula que hay tres tipos de factores que ejercen influencia directa e indirecta en la fecundidad por medio de los determinantes próximos. Se parte de las **políticas y programas gubernamentales** en los sectores de salud y otros relacionados (educación, empleo), mediante los cuales se organiza la oferta de servicios de salud, de planificación familiar y de los bienes de otros sectores (educación, empleo) que inciden de forma directa o indirecta en la fecundidad. Los **factores socioeconómicos globales o el contexto social** en que se vive, incluido el discurso social sobre el matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, la pareja, el amor y la familia, entre otros. Los **factores socioeconómicos particulares**, o características individuales de la adolescente y del hogar en que reside.^{68 69 70}

En definitiva, la condición social de pobreza en la mayoría de las mujeres de América Latina y el Caribe, la desigualdad de las condiciones socioeconómicas al interior de los países, las inequidades por razón de género, étnicas, o de edad, son factores determinantes del riesgo que ellas enfrentan en general en la salud y obviamente en materia de salud sexual y reproductiva. Se observa un aumento de las brechas de inequidades sociales entre las mujeres de los sectores urbanos y rurales, a lo interno de todos los países de América Latina y El Caribe.

Precisamente en esta región, la expresión más crucial de las inequidades de género y socioeconómicas respecto a la salud reproductiva, se observa en el aumento del número de embarazos no deseados en las adolescentes, en la persistencia de la morbilidad materna, en la violencia hacia las mujeres y las niñas, en el aumento en la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, y el limitado acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.⁷¹

3. FECUNDIDAD Y ANTICONCEPCIÓN

El rol reproductivo-maternal asignado socialmente a las mujeres es uno de los factores que determinan el comportamiento que ellas tienen en relación con la valoración de la salud de los otros y del bienestar familiar en el que la salud de la mujer no es una prioridad.

⁶⁸ Simmons G. Research on the determinants of fertility. En: Farrooq GM, Simmons GB, eds. Fertility in developing countries. New York: Macmillan; 1985.

⁶⁹ Colombia, Ministerio de Salud. Lineamientos de políticas de salud sexual y reproductiva. Santa Fe de Bogotá: MINSA; 1998. (Documento técnico N° 1).

⁷⁰ Flórez C. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2005;18(6):

⁷¹ CEPAL. 1997 La brecha de la equidad. América Latina, El Caribe y la Cumbre Social.

Existe una necesidad, tanto de información como de servicios de planificación familiar, expresada por mujeres, hombres y autoridades sanitarias. Una de estas necesidades se ve reflejada en el uso de contraceptivos inyectables que se encuentran disponibles en las farmacias y que no tienen ningún control de prescripción médica. Sin embargo, la percepción de las encuestas realizadas en distintos países muestran que en general no hay una adecuada información al respecto y por ello se plantea la necesidad de reforzar estos aspectos.⁷²

América Latina y El Caribe es la región del mundo que ha mostrado descensos más importantes en la fecundidad en los últimos treinta años. En la actualidad, se estima que la tasa global de fecundidad regional es de 3,0, con los valores más elevados en América Central (3,4), Bolivia y Paraguay. Gran parte de esta reducción se debe al aumento del uso de métodos anticonceptivos. En esta región se estima que aproximadamente una proporción que va entre el 19 y 34% de las mujeres en edad fértil tienen una demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos, situación que preocupa no sólo por su magnitud sino por el impacto que tiene en la salud reproductiva de las mujeres de América Latina.

El descenso descrito no sólo es consecuencia de las políticas de población y el uso de los anticonceptivos modernos, sino que es el resultado de otros factores que promueven una menor fecundidad, como la urbanización, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, el aumento de la escolaridad y en general el cambio de valores y culturas. Para Costa Rica, la situación descrita es similar.

Otra parte del cambio parece deberse a la mayor cobertura escolar y a la inclusión de educación sexual en la enseñanza formal. Por otra parte, estas tendencias son indicativas de que el tópico de la planificación familiar se está desmedicalizando.

Respecto a los derechos reproductivos, esbozados con gran precisión en El Cairo y posteriormente en Beijing, se rescata que ya la meta principal no es la disminución o reducción de la fertilidad sino más bien la promoción de los derechos humanos y el mejoramiento del bienestar humano. En ese contexto, se considera que invertir en salud y educación son la clave para el crecimiento económico y el desarrollo sostenido. Se necesitan mayores esfuerzos para que mejore la igualdad de la mujer en la educación, la salud y las oportunidades económicas.

⁷² Diagnóstico Cualitativo de la Salud Reproductiva en Bolivia. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1996

Los derechos reproductivos se refieren tanto a hombres como a mujeres, y se basan en el reconocimiento de los derechos básicos de todas las parejas e individuos para:

- ◆ Decidir libre y responsablemente el número, intervalo y espaciamiento de sus hijos.
- ◆ Tener acceso a los servicios de salud apropiados que permitirán a las mujeres llevar a cabo en forma segura los embarazos y el parto. Se considera un derecho de la mujer el no ser enajenada de su capacidad sexual y reproductiva (prostitución, violencia, esterilización sin su consentimiento, entre otros).
- ◆ Estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar de su propia decisión, seguros, efectivos, y económicamente accesibles.⁷³

Las muertes maternas en América Latina y El Caribe se deben a complicaciones en los embarazos y en los partos, como son la hemorragia y la sepsis. Estas mujeres, generalmente jóvenes, tienen falta de información, con un limitado poder para decidir, movilizarse y acceder a recursos materiales, así como para hacer respetar sus derechos como usuarias de los servicios de salud. Casi el 90% de los casos podrían haberse prevenido con intervenciones más eficaces y oportunas.⁷⁴

La prevención de las muertes maternas es un asunto de derechos humanos y justicia social; las acciones que se necesitan son del ámbito intersectorial, dentro de las cuales se pueden destacar:

- ◆ Compromiso político de los gobiernos, agencias internacionales para dirigir acciones costo-efectivas para la promoción de la salud materna
- ◆ Políticas públicas que aumenten el acceso de las mujeres a información de buena calidad sobre salud sexual y reproductiva.
- ◆ Programas y servicios de buena calidad para la planificación familiar, la atención del control prenatal y el parto.

Además, se enfatiza el hecho de que la mortalidad infantil responde a las condiciones precarias en que se encuentra la salud de muchas madres; se reconoce que la salud y nutrición INADECUADAS de la madre, en muchas de las regiones del mundo, contribuyen al bajo peso de los recién nacidos en

⁷³ Nigenda, G., Reformas del Sector Salud y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina. Organización Mundial de la Salud. Agosto 2004

⁷⁴ Langer, A. Nigenda, G. Salud Sexual y Reproductiva y Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe. Desafíos y Oportunidades. Banco Interamericano de Desarrollo. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera Edición. Año 2000

20 millones de niños cada año, casi el 20% de todos los nacimientos, lo cual lleva a que los recién nacidos tengan mayor riesgo para adquirir infecciones y mayor riesgo de muerte durante el primer año de vida

Esta situación se muestra como una gran preocupación en la iniciativa por una maternidad sin riesgo.

Los principales componentes de esta iniciativa son:

- ◆ *Durante el embarazo:* el cuidado prenatal y la asesoría, procurando dar herramientas educativas a la mujer y la familia sobre la salud en el embarazo.
- ◆ *Durante el parto:* se espera una atención calificada durante el trabajo de parto.
- ◆ *Después del parto:* la atención post-parto, en un primer momento durante los siguientes tres días, para detectar cualquier complicación; en un segundo momento, con visitas por parte de la madre al centro de salud durante las primeras seis semanas, para asegurarse de que ella y el bebé se encuentren bien de salud, dándoles además asesoría y apoyo en la lactancia, información de planificación familiar, entre otras cosas.
- ◆ *Antes y después del embarazo:* con consejería y servicios para la planificación familiar.
- ◆ *Durante todo el ciclo reproductivo de la mujer:* dando atención relacionada con el aborto.
- ◆ *En la adolescencia:* otorgando servicios y educación de salud reproductiva*.
- ◆ *Educación a la comunidad:* sobre temas claves de salud a impartirse a la mujer y a su familia sobre los temas antes mencionados y otros.⁷⁵

4. VIOLENCIA BASADA EN EL CONCEPTO DE GÉNERO

La violencia intrafamiliar es toda acción u omisión ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción, que produzca como consecuencia daños a la integridad física, sexual, psicológica o patrimonial.

Tipos de violencia

Violencia psicológica

⁷⁵ Langer, A. Nigenda, G. Salud Sexual y Reproductiva y Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe. Desafíos y Oportunidades. Banco Interamericano de Desarrollo. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera Edición. Año 2000

Acción u omisión destinada a degradar o controlar acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas a través de la intimidación, manipulación, amenaza, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique el perjuicio a la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

Violencia física

Acción u omisión que arriesga o daña la integridad física de una persona.

Violencia sexual

Acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico, verbal o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal.

Violencia patrimonial

Acción u omisión que implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas.⁷⁶

La violencia basada en el género o “violencia contra las mujeres” abarca muchos tipos de comportamientos físicos, emocionales y sexuales nocivos para las mujeres y las niñas, que son practicados con más frecuencia por miembros de la familia, pero a veces también por extraños. La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer incluye la siguiente definición, hoy ampliamente aceptada, de este tipo de violencia:

... “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las

⁷⁶ Ministerio de Salud- Caja Costarricense de Seguro Social. Normas de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar. Costa Rica. 2000

amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.⁷⁷

Esta definición sitúa la violencia contra las mujeres en el contexto de la desigualdad relacionada con el género, como actos que las mujeres sufren a causa de su posición social subordinada con respecto a los hombres.

Hay un gran debate acerca de una terminología sobre la violencia basada en el género (VBG), aceptada en forma universal. En los países latinoamericanos, la mayoría de las leyes y políticas emplean el término “violencia intrafamiliar” cuando se refieren principalmente a la violencia contra la mujer perpetrada por su pareja. La OPS utilizó inicialmente el término “violencia intrafamiliar”.

Según una reseña reciente de 50 estudios provenientes de todo el mundo, entre 10% y 50% de las mujeres han sufrido en algún momento de sus vidas un acto de violencia física realizado por sus parejas (Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999). Esta reseña y otra anterior del Banco Mundial (Heise, Pitanguy y Germain 1994) destacan algunas de las características que a menudo acompañan la violencia en las relaciones de pareja. La mayoría de los autores de la violencia son hombres; las mujeres corren el mayor riesgo con hombres que ya conocen.

En general, la agresión combina los diferentes tipos de violencia intrafamiliar, que es repetitiva, no reconoce clases, ni etnias y ejerce un control psicológico dominante en la pareja.

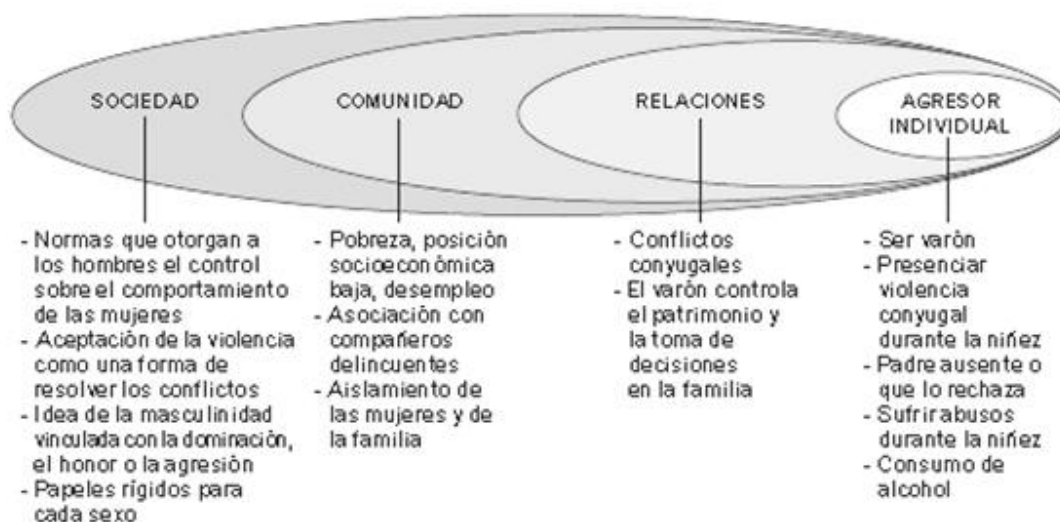
La violencia basada en el género es un problema complejo que no puede ser atribuido a una sola causa. Hay factores de riesgo, como el abuso de alcohol y de drogas, la pobreza y el hecho de presenciar o sufrir violencia en la niñez, que contribuyen a la incidencia y a la severidad de la violencia contra las mujeres.

Sin embargo, en general, es un problema que obedece a múltiples causas, influido por factores sociales, económicos, psicológicos, jurídicos, culturales y biológicos, como se muestra en la figura que se presenta a continuación:

⁷⁷ Organización Panamericana de la Salud. Violencia Basada en Género, un Problema de Salud Pública y de Derechos Humanos. 1999

Figura 3

FIGURA 3 MODELO ECOLÓGICO DE FACTORES ASOCIADOS CON LA VIOLENCIA INFLIGIDA POR LA PAREJA



Tomado de: Heise, Ellsberg y Goffe moeller 1999

Entre los efectos de la violencia contra las mujeres, relacionados con su salud, se pueden mencionar los siguientes:

Efectos no mortales

Con daño en su salud física, por lesiones y discapacidad que podría ser permanente, trastornos crónicos, síndromes dolorosos, fibromialgia, colon irritable, efectos sobre la salud mental: estrés postraumático, depresión, abuso de sustancias psicotrópicas o alcohol. Efectos sobre la salud reproductiva: embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, abortos, complicaciones del embarazo, bajo peso en el recién nacido.

Efectos mortales

Homicidio, suicidio, mortalidad materna, y efectos relacionados con el SIDA.

Riesgos y consecuencias sobre la salud reproductiva:

- Es probable que los hombres autores del maltrato tengan múltiples parejas sexuales, con lo cual se aumenta el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual.
- Las mujeres víctimas de violencia son poco capaces de negarse a mantener relaciones sexuales forzadas, usar algún método de planificación o negociar el uso del preservativo.
- La violencia física y sexual aumenta el riesgo de tener dolor pélvico crónico, flujo vaginal, disfunción sexual, problemas premenstruales, abortos o hijos de bajo peso al nacer.
- El temor, el aislamiento y la falta de recursos puede hacer que la mujer no busque los servicios de salud sexual y reproductiva. (atención prenatal, anticoncepción, prevención de ITS).
- El antecedente de haber presenciado o sufrido violencia se asocia con comportamientos riesgosos: iniciación sexual temprana, embarazo en la adolescencia, promiscuidad, abuso de sustancias psicotrópicas, comercio sexual y el no uso de protección para relaciones sexuales seguras.⁷⁸

La violencia como consecuencia de las inequidades de género tiene diferentes expresiones: violación, abuso sexual a los niños y la violencia doméstica dentro de la que se enmarcan el abuso físico, emocional y psicológico.

La violencia contra las mujeres tiene sus raíces en las condiciones sociales, la inequidad de género, la aceptación social del poder de los hombres sobre sus parejas, el acceso limitado de las mujeres a información, recursos familiares, el alcoholismo, las adicciones, la falta de legislación que proteja a las mujeres y la poca organización civil. La importancia de todo esto radica en que la educación provee a la mujer de armas para mejorar sus condiciones de vida y defenderse contra las agresiones a su condición de mujer. Además, es fundamental mejorar las leyes de protección y castigo a los agresores, así como fomentar la equidad de género, especialmente en el hombre.

La calidad de atención en salud reproductiva y sexual, así como la difusión y asimilación de la educación de estos programas por parte de la población, establecerán la diferencia del ejercicio de los derechos de la salud sexual y reproductiva en las mujeres. Además, facilitarán un medio

⁷⁸

OPS- OMS- Biblioteca de Salud Reproductiva- Publicaciones: La Violencia Basada en el Género: Un Problema de Salud Pública y de Derechos Humanos. Capítulo 1. 2005

para que el hombre se vea involucrado en el planeamiento responsable de la cantidad de hijos deseados, acorde con las condiciones socioeconómicas vividas por esa familia.

5. *SATISFACCIÓN DEL USUARIO O LA USUARIA*

La satisfacción de nuestros clientes se puede afectar por los factores de descontento, satisfacción o gratificación del servicio recibido. Para conocer cómo perciben los servicios las usuarias, es fundamental realizar encuestas sobre satisfacción.

El prestador o proveedor de los servicios de salud es considerado por los usuarios (o las usuarias) como una empresa con múltiples productos y servicios. Por su parte, el proveedor debe ser una empresa que vea sus productos y servicios en función de sus clientes externos (sus pacientes y familiares) e internos (los mismos trabajadores). La diversidad de estos productos, bienes y servicios y la existencia de dos clases de clientela, le permiten establecer distintas clasificaciones de los procesos de producción, llegando a considerar procesos asistenciales y no asistenciales, intermedios y finales, de dirección y de apoyo, clínicos, técnicos, y administrativos.

Los principios en que se fundamenta la atención centrada en el cliente son:

- Las instituciones, sus programas y sus servicios deben identificar con precisión quiénes son sus clientes y cuáles son sus necesidades y expectativas de cuidado y servicio.
- Aunque los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención se basan en el mejoramiento de los procesos, este ejercicio debe estar orientado hacia la obtención de los resultados asociados con dichos procesos.
- La evaluación de los procesos no se realiza por dependencias, sino de manera transversal, con los equipos de trabajo que participan en el resultado de los procesos, de manera que se reflejen todos los niveles y áreas de la organización involucradas en cada proceso.
- El respaldo y el compromiso gerencial son factores claves para el éxito de los procesos de mejoramiento de la calidad.

- En la actualidad, la integralidad y la continuidad de los servicios son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población, lo que conlleva a lograr la satisfacción del usuario (o la usuaria). Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos, el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esta forma de evaluación implica que la organización debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la institución hasta que sale. Todo esto representa que es necesario evaluar la calidad de los servicios para lograr el conjunto armonioso de la organización, sus procesos, procedimientos, recursos y responsabilidades de cada uno de los participantes en el proceso de la gestión de calidad; situación fundamental para garantizar la satisfacción de los servicios recibidos por los usuarios y a su vez ofertados por los proveedores.

CAPÍTULO TRES

DISEÑO METODOLÓGICO

1. TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo con el problema planteado, referido a la calidad de la atención, entendida ésta, como el acceso a los servicios, el cumplimiento de las normas de atención y la satisfacción expresada por usuarios y proveedores en las consultas de atención prenatal y planificación familiar y su correspondencia con la caracterización y necesidades de la salud sexual y reproductiva, en un grupo de mujeres con el antecedente de una muerte infantil durante el período 2000-2005, en el Área de Salud de Pavas, se realizó un estudio que incluyó el enfoque cuantitativo y el cualitativo.

La integración de ambos enfoques permitió conocer aspectos que no podían ser revisados con el uso de sólo uno de ellos. La información que se obtuvo por medio de las entrevistas o de las hojas de registro fue complementada con la realización de un grupo focal con las madres que participaron en este, donde externaron su experiencia y conocimiento, y aportaron elementos de juicio personal.

Para efectos del presente estudio, se conocieron las opiniones de este grupo de usuarias de los servicios de salud analizados, respecto a la calidad de la atención recibida, la caracterización de su salud reproductiva y sexual y la presencia de violencia en las familias. Con esta información, a la que se le da un enfoque cuantitativo, se precisó el uso de técnicas cualitativas que permitieron obtener una visión más integral del problema estudiado.

Las ventajas de la triangulación para este estudio son las siguientes:

- ♦ La complementariedad de ambos enfoques permitió conocer mejor las variables y categorías de análisis de estudio y su relación dinámica con el problema en estudio.

- ◆ Incrementó la validez y fiabilidad de los datos encontrados, ya que parte de las variables y categorías de análisis son de ambos enfoques.
- ◆ Se obtuvo una perspectiva global de las variables en estudio.

Respecto a su profundidad, se efectuó un estudio exploratorio de carácter descriptivo y analítico. De acuerdo con la temporalidad, se trató de un estudio retrospectivo porque revisa algunos aspectos de la salud reproductiva y sexual de las mujeres que tuvieron una muerte infantil en el período 2000-2005; y prospectiva, ya que utilizó la técnica de grupos focales con parte del grupo en estudio.

2. ÁREA DE ESTUDIO

Este estudio se realizó en la Clínica de Pavas, ubicada en el distrito de las Pavas, contiguo al Hospital Nacional Psiquiátrico. Este centro de salud es administrado por la cooperativa de servicios “COOPESALUD R.L.” que provee y administra la atención sanitaria del distrito de Pavas desde hace más de 18 años. La Clínica es un proveedor externo de la Caja Costarricense de Seguro Social y tiene la responsabilidad de atender a la población del distrito que, para el año 2005, tenía más de 97.000 habitantes.

La Clínica de Pavas tiene un primer nivel de atención constituido por 22 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y un segundo nivel de atención ambulatoria que ofrece las especialidades básicas de Pediatría, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Cirugía. También cuenta con los servicios de apoyo de Promoción Social, Nutrición, Odontología, Rayos X, Farmacia y, como pocos en su género, tiene un servicio de Urgencias que trabaja durante 12 horas al día.

3. UNIDADES DE ANÁLISIS O SUJETOS/OBJETOS DE ESTUDIO

De acuerdo con los registros del Centro Centroamericano de Población, el número de muertes infantiles sucedidas en el distrito de Pavas en el período comprendido entre el año 2000-2005 fue de 92. De acuerdo con los registros y archivos de la Comisión Local de Análisis de Mortalidad Infantil, durante este período se han analizado 76 casos. Para determinar la muestra, se utilizó el programa STATS, con los siguientes parámetros:

- **Error máximo aceptable del 5%**
- **Nivel de confianza del 95%**
- **Porcentaje estimado de la muestra entre un 5 y 95%**
- **La muestra es de 36 casos**

Se consideró, para la selección de los casos, lo siguiente:

- ◆ Para el análisis descriptivo de algunas variables, se seleccionaron los expedientes de salud y de la COLAMI de Pavas de todos los casos analizados de muertes infantiles ocurridas en el período de estudio.
- ◆ Para el análisis cualitativo, se seleccionó aleatoriamente a 15 mujeres que cumplieron con los siguientes criterios:
 - Madres con el antecedente de una muerte infantil ocurrida en el período de estudio en el distrito de Pavas
 - Que vivieran en el distrito de Pavas y que estuvieran dispuestas a participar en el estudio.
- ◆ Del total de las madres, 11 participaron en la entrevista estructurada y el resto en el grupo focal.
- ◆ Se seleccionó a un grupo de 10 funcionarios médicos del personal de salud de la Clínica de Pavas, ya que son éstos los únicos que brindan la atención de estas consultas.

4. FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes primarias:

Información obtenida de la revisión de los expedientes electrónicos de las madres del muestreo.

- ◆ Información de los instrumentos de análisis de las muertes infantiles durante el período, aportados por la COLAMI de Pavas
- ◆ Información del Instrumento número 1 y 2: Formulario para el Análisis de los casos de Muertes Infantiles utilizado por el Ministerio de Salud.
- ◆ Información de resultados del grupo focal
- ◆ Información de la entrevista estructurada realizada a las madres y al personal de salud.
- ◆ Guías de entrevistas

- ◆ Guía de grupo focal

Fuentes secundarias:

- ◆ Libros, documentos, informes, revistas, tesis de graduación.

5. IDENTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE LAS VARIABLES Y/O CATEGORÍAS DE LAS VARIABLES

Variables y conceptos

- ◆ Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: es el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos, así como el conjunto de métodos, técnicas, y servicios que contribuyen al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.
- ◆ Cumplimiento de las normas de atención integral de la consulta prenatal y de planificación familiar, de acuerdo con los criterios de calidad en la revisión de los expedientes de la muestra elegida. Estos criterios incluyen la observancia de la normativa vigente dentro de parámetros de eficacia y eficiencia tal y como lo plantea las Normas de Atención Integran en Salud.
- ◆ Satisfacción de usuarios y proveedores: concepto que tienen las usuarias de la atención recibida y de los proveedores (o las proveedoras) del servicio otorgado.
- ◆ Caracterización de la salud sexual y reproductiva: cómo es la salud sexual y reproductiva de las madres tomadas en cuenta para el presente estudio.

Categorías de análisis y conceptos

- ◆ Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: modalidad de aseguramiento
- ◆ Cumplimiento de las normas de atención integral de la consulta prenatal y de planificación familiar.

- ◆ Satisfacción de usuarios y proveedores.
- ◆ Caracterización de la salud sexual y reproductiva.

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Problema: ¿La calidad de la atención entendida como el acceso a los servicios, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción expresada por usuarias y proveedores tiene correspondencia con la caracterización y necesidades de la salud sexual y reproductiva en un grupo de mujeres con el antecedente de muerte infantil en Pavas durante el periodo 2000-2005?

Objetivo General: Analizar la calidad de la atención en cuanto a la caracterización de la salud sexual y reproductiva, el acceso a los servicios, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción expresada por usuario y proveedores en las consultas de Planificación Familiar y Control Prenatal en un grupo de mujeres con el antecedente de una muerte infantil en Pavas en el periodo 2000-2005

Objetivo Específico	Variable/Categoría de análisis	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental
Caracterizar la salud sexual y reproductiva: Edad de inicio de las relaciones sexuales, compañeros sexuales, conocimiento y uso de los métodos de planificación, fecundidad, antecedentes ginecobstétricos, muertes infantiles previas, periodo intergenésico y el antecedente de violencia intrafamiliar en las mujeres con historia de una muerte infantil durante el periodo en estudio.	Salud Sexual y Reproductiva	Estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear o adquirir enfermedades o decidir hacerlo o no libre y responsablemente.	1. Edad de inicio de las relaciones sexuales	a. Edad de la primera relación sexual en la madre	10- 15 , 16-19, 20-25 , más de 25 años	Entrevista estructurada que se realizará a 10 mujeres del grupo en estudio que vivan en Pavas
			2. Número de compañeros sexuales	a. Número de compañeros con las que tuvo relaciones sexuales desde el inicio de la vida sexual	Un compañero sexual, De 2 a 3 compañeros sexuales, Más de tres compañeros	
			3. Utilización de métodos de control de fecundidad	a. Utilización y conocimiento sobre el método de planificación en uso	SI/ NO, Información recibida, clara y completa sobre los distintos métodos	
			4. Fecundidad	a. Número de hijos en el periodo reproductivo de una mujer	1- 3 hijos, 2-3 hijos, más de 3 hijos	Instrumento de recolección de la información de la consulta de planificación familiar
			5. Antecedentes ginecobstétricos	a. Antecedentes del número de embarazos, partos, abortos u óbitos en las mujeres	Número de gestaciones, partos, abortos, mortinatos, óbitos, complicaciones durante embarazos, riesgo obstétrico, tipo de parto	Instrumento de recolección de la información del Instrumento número 2 de mortalidad infantil de la COLAMI
			6. Muertes infantiles previas o posteriores al caso en estudio	a. Otras muertes infantiles o muerte de otros hijos mayores de 1 año previas o posteriores al periodo en estudio	SI / NO, Al menos 1, dos o más	Instrumento de recolección de la información de la consulta prenatal
			7. Período intergenésico	a. Espaciamiento de los embarazos en las madres	Menos de 12 meses, de 12 a 24 meses, Más de 2 años	Instrumento de recolección de la información de la consulta prenatal

Problema: ¿La calidad de la atención entendida como el acceso a los servicios, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción expresada por usuarias y proveedores tiene correspondencia con la caracterización y necesidades de la salud sexual y reproductiva en un grupo de mujeres con el antecedente de muerte infantil en Pavas durante el período 2000-2005?

Objetivo General: Analizar la calidad de la atención en cuanto a la caracterización de la salud sexual y reproductiva, el acceso a los servicios, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción expresada por usuarios y proveedores en las consultas de Planificación Familiar y Control Prenatal en un grupo de mujeres con el antecedente de una muerte infantil en Pavas en el período 2000-2005

Objetivo Específico	Variable/Categoría de análisis	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental
Caracterizar la salud sexual y reproductiva: edad de inicio de las relaciones sexuales, compañeros sexuales, conocimiento y uso de los métodos de planificación, fecundidad, muertes infantiles previas, periodo intergenésico, y el antecedente de violencia intrafamiliar en las mujeres con historia de muertes infantiles durante el periodo de estudio.	Salud Sexual y Reproductiva	Estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear o adquirir enfermedades o decidir hacerlo o no libre y responsablemente.	1. Antecedente de violencia física, sexual o psicológica por parte de la pareja o un miembro de la familia	a. Tipo de violencia	SI / NO Violencia Física/ Sexual/ Psicológica/ Patrimonial. Preguntas abiertas	Entrevista estructurada a un grupo de 10 madres del grupo de estudio
				b. Frecuencia		
				c. Tiempo de evolución	Tiempo de evolución.	
				d. Relación con el agresor	Relación con el agresor	
			2. Identificación y denuncia de estos hechos en las instancias de salud y justicia	a. Notificación y registro de los casos de violencia en la clínica	SI/NO Preguntas abiertas	
				b. Denuncia ante autoridades de justicia	SI / NO Preguntas abiertas	
			3. Antecedente de infecciones de transmisión sexual o flujo vaginal crónico	a. Infecciones transmitidas por el contacto sexual	Tricomonas, Gardnerellas, Condilomatosis, Gonorrea, Sífilis y VIH	
				b. Tipo de ITS		
				c. Tratamiento usado	Tratamiento e investigación de los contactos	
				d. Tratamiento a la pareja		
			4. Antecedentes de dolor pélvico crónico o relaciones sexuales dolorosas	a. Presencia de dolor o molestias durante las relaciones sexuales	Existencia de dispareunia SI/ NO preguntas abiertas	
			5. Negociación del uso de métodos de planificación con la pareja	a. Acuerdo y participación de la pareja en el uso de un método de control de fecundidad	SI / NO Preguntas abiertas	
			6. Antecedente de relaciones sexuales forzosas con la pareja	a. Uso de la violencia en las relaciones sexuales	SI / NO Preguntas abiertas	

Problema: ¿La calidad de la atención entendida como el acceso a los servicios, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción expresada por usuarias y proveedores tiene correspondencia con la caracterización y necesidades de la salud sexual y reproductiva en un grupo de mujeres con el antecedente de muerte infantil en Pavas durante el período 2000-2005?

Objetivo General: Analizar la calidad de la atención en cuanto a la caracterización de la salud sexual y reproductiva, el acceso a los servicios, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción expresada por usuarios y proveedores en las consultas de Planificación Familiar y Control Prenatal en un grupo de mujeres con el antecedente de una muerte infantil en Pavas en el período 2000-2005

Objetivo Específico	Variable/Categoría de análisis	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	
Analizar la calidad de la atención de la consulta de Planificación Familiar, Control Prenatal con relación a la accesibilidad, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción de usuarios y proveedores.	Calidad de la atención de la consulta de Planificación Familiar y Control Prenatal	La calidad de la atención en los servicios de salud se refiere a todos los procesos que se realicen para satisfacer las necesidades razonables de los usuarios en la atención de esos servicios	1. Accesibilidad: Acceso oportuno a los servicios	a. Consulta preconcepcional	Existencia o No de la consulta y acceso a la misma	Instrumento Número 2 del Análisis de los Casos de Mortalidad Infantil (ver anexo) de todos los casos analizados por la COLA MI de Pavas en el periodo 2000-2005 y llenado de la hoja de registro para recolección de información de las variables en estudio	
				b. Control prenatal temprano: Antes de las 12 semanas de edad gestacional	Temprano / Tardío y razones / No hubo control		
				c. Control postparto temprano: En los primeros 45 días luego del parto o aborto	Temprano / Tardío y razones / No hubo control		
				d. Acceso a la consulta de planificación familiar	Consulta de Planificación familiar en la muestra		
				e. Acceso a los servicios de citología vaginal	SI/ NO, razones. Cumplimiento del procedimiento y abordaje de pap alterado, según norma		
				f. Tiempo de espera para obtener cita y ser atendida	Tiempo que transcurre desde el otorgamiento de la cita hasta la atención. Tiempo de espera para ser atendido en la consulta el día de la cita		Entrevista estructurada
				g. Acceso geográfico, administrativo y cultural	Distancia desde la vivienda hasta el EBAIS o clínica		
				h. Acceso administrativo	Condición de aseguramiento y estatus migratorio en caso de extranjero		Instrumento Número 2 de Análisis de casos de Mortalidad Infantil
				i. Acceso Cultural	Nivel educativo de la madre		
				j. Acceso socioeconómico	Índice de Necesidades Básicas INB, dependencia económica extrema		
			2. Cumplimiento de los estándares de atención	a. Cumplimiento de los criterios de calidad para la atención prenatal	Consultas de control prenatal de acuerdo a la concentración que indica la norma de atención Número de consultas, realización de historia clínica, exámenes de laboratorio, llenado de la hoja del CLAP, clasificación del riesgo, referencia y manejo del embarazo según riesgo, temas de educación y prescripción de hierro y ácido fólico. Examen Físico completo, peso, toma de presión arterial, altura uterina, presencia de movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal, presencia de signos de alarma o sangrado transvaginal y verificación de los resultados de exámenes de laboratorio.	Instrumento Número 2 de Análisis de casos de Mortalidad Infantil Revisión documental de expedientes de salud de las madres de la muestra	
							b. Cumplimiento de los criterios de calidad de la consulta de planificación

Problema ¿La calidad de la atención entendida como el acceso a los servicios, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción expresada por usuarias y proveedores tiene correspondencia con la caracterización y necesidades de la salud sexual y reproductiva en un grupo de mujeres con el antecedente de muerte infantil en Pavas durante el período 2000-2005?

Objetivo General: analizar la calidad de la atención en cuanto a la caracterización de la salud sexual y reproductiva, el acceso a los servicios, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción expresada por usuario y proveedores en las consultas de Planificación Familiar y Control Prenatal en un grupo de mujeres con el antecedente de una muerte infantil en Pavas en el período 2000-2005

Objetivo Específico	Variable/Categoría de análisis	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental		
Analizar la calidad de la atención de las consultas de Planificación Familiar, Control Prenatal en relación con la accesibilidad, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción de usuarios y proveedores.	Cumplimiento de la normativa existente	Definido como la atención que brinda el proveedor de los servicios de salud que cumple con los criterios técnicos necesarios para la atención. Además implica la satisfacción de las expectativas de los usuarios tomando en cuenta sus necesidades, creencias, valoraciones, perspectivas, principios, aspectos de conciencia y conducta, nivel social y educativo.	1. Acceso oportuno a los servicios de salud	a. Consulta preconcepcional	Existencia o No de la consulta y acceso a la misma	Revisión del Instrumento Número 2 para el Análisis de los Casos de Mortalidad Infantil (ver anexo) de todos los casos analizados por la COLAMI de Pavas en el período 2000-2005 y llenado de la hoja de registro para recolección de información con las variables en estudio		
				b. Control prenatal temprano: Antes de las 12 semanas de edad gestacional	Temprano / Tardío y razones / No hubo control			
				c. Control postparto temprano: En los primeros 45 días luego del parto o aborto	Temprano / Tardío y razones / No hubo control			
				d. Consultas de control prenatal de acuerdo a la concentración que indica la norma de atención	1 en el primer trimestre, 2 en el segundo y dos en el tercer trimestre		Instrumento de recolección de información de la consulta de control prenatal y planificación familiar	
				e. Acceso a la consulta de planificación familiar	SI/ NO, razones			Entrevista estructurada a 10 mujeres del grupo en estudio que vivan en Pavas
				f. Acceso a los servicios de citología vaginal	SI/ NO, razones. Cumplimiento del procedimiento y abordaje de			
				g. Tiempo de espera para obtener cita y ser atendida	menos de 30, 30 o más de 30 minutos			
				h. Acceso geográfico, administrativo y cultural	Domicilio, aseguramiento, Distancia de la clínica			
				2. Cumplimiento de los estándares de atención	a. Cumplimiento de los criterios de calidad para la atención prenatal	Número de consultas, realización de historia clínica, exámenes de laboratorio, llenado de la hoja del CLAP, clasificación del riesgo, referencia y manejo del embarazo según riesgo, temas de educación y prescripción de hierro y ácido fólico	Revisión del Instrumento Número 2 para el Análisis de los Casos de Mortalidad Infantil (ver anexo) de todos los casos analizados por la COLAMI de Pavas en el período 2000-2005 y llenado de la hoja de registro para recolección de información con las variables en estudio	
				b. Cumplimiento de los criterios de calidad de la consulta de planificación	Información y educación sobre los métodos de planificación, ventajas/desventajas, prescripción del método elegido			
				3. Satisfacción de los proveedores por los servicios entregados	a. Calidad y acceso y disponibilidad de insumos (métodos de planificación), calidad de la infraestructura	Conocimientos, información y educación sobre los métodos de planificación a las usuarias	Grupo Focal, Entrevista estructurada a usuarias de los servicios	
				b. Sensibilidad y Competencia técnica				
				c. Necesidad de capacitación, información y actualización				
	d. Necesidad de realimentación, estímulo y respeto							
					Entrevista a personal de salud que participa en la atención de estas usuarias			

Problema ¿La calidad de la atención entendida como el acceso a los servicios, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción expresada por usuarias y proveedores tiene correspondencia con la caracterización y necesidades de la salud sexual y reproductiva en un grupo de mujeres con el antecedente de muerte infantil en Pavas durante el periodo 2000-2005?

Objetivo General: Analizar la calidad de la atención en cuanto a la caracterización de la salud sexual y reproductiva, el acceso a los servicios, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción expresada por usuario: y proveedores en las consultas de Planificación Familiar y Control Prenatal en un grupo de mujeres con el antecedente de una muerte infantil en Pavas en el periodo 2000-2005

Objetivo Específico	Variable/Categoría de análisis	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental
Analizar la calidad de la atención de la consulta de Planificación Familiar, Control Prenatal en relación a la accesibilidad, el cumplimiento de la normativa y la satisfacción de usuarios y proveedores.	Cumplimiento de la normativa existente	Definido como la atención que brinda el proveedor de los servicios de salud que cumple con los criterios técnicos necesarios para la atención. Además implica la satisfacción de las expectativas de los usuarios tomando en cuenta sus necesidades, creencias, valoraciones, perspectivas, principios, aspectos de conciencia y conducta, nivel social y educativo.	1. Satisfacción expresada por las usuarias de los servicios recibidos	a. Opinión sobre la calidad de la atención recibida	Buena, mala o regular y las razones	Grupo focal con 10 mujeres que cumplan con los criterios de selección.
				b. Acceso a los diferentes métodos de planificación	Diferentes métodos de planificación	
				c. Acceso a la información pertinente para la toma de decisiones	Preguntas abiertas para discusión	
				d. calidad de la interacción con el proveedor (comunicación)	Preguntas abiertas para discusión	
				e. Derecho a la privacidad y confidencialidad	Preguntas abiertas para discusión	
				f. Derecho a la libre elección	Preguntas abiertas para discusión	
				g. Derecho a la continuidad en la atención	Preguntas abiertas para discusión	
				h. Trato respetuoso, amable y considerado	Preguntas abiertas para discusión	
				i. Derecho a la continuidad en la atención	Preguntas abiertas para discusión	
				j. Calidad de la infraestructura	Preguntas abiertas para discusión	
				k. Sensibilidad y competencia técnica de los proveedores		
l. Necesidad de formación, capacitación y actualización de los proveedores						

continuación

Objetivo Específico	Variable/Categoría de análisis	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental
	Violencia familiar	Todo acto que tenga como resultado daño físico, sexual, psicológico o patrimonial que tenga lugar contra la mujer violando su derecho al pleno desarrollo y bienestar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedente de violencia física, sexual o psicológica por parte de la pareja o un miembro de la familia 2. Identificación y denuncia de estos hechos en las instancias de salud y justicia 3. Antecedente de infecciones de transmisión sexual o flujo vaginal crónico 4. Antecedentes de dolor pélvico crónico o relaciones sexuales dolorosas 5. Negociación del uso de métodos de planificación con la pareja 6. Antecedente de relaciones sexuales forzadas con la pareja 	<ol style="list-style-type: none"> a. Tipo de violencia b. Frecuencia c. Tiempo de evolución d. Relación con el agresor a. Notificación y registro de los casos de violencia en la clínica b. Denuncia ante autoridades de justicia a. Infecciones transmitidas por el contacto sexual b. Tipo de ITS c. Tratamiento usado d. Tratamiento a la pareja a. Presencia de dolor o molestias durante las relaciones sexuales a. Acuerdo y participación de la pareja en el uso de un método de control de fecundidad a. Uso de la violencia en las relaciones sexuales 	SI / NO Violencia Física/ Sexual/ Psicológica/ Patrimonial. Tiempo de evolución. Relación con el agresor SI /NO Preguntas abiertas SI / NO Preguntas abiertas Tricomonas, Gardnerellas, Condilomatosis, Gonorrea, Sífilis y VIH Tratamiento e investigación de los contactos Existencia de dispareunia SI/ NO preguntas abiertas SI / NO Preguntas abiertas SI / NO Preguntas abiertas	Se utilizará una entrevista estructurada a un grupo de 10 madres del grupo de estudio
	Salud sexual y reproductiva	Edad de la primera relación sexual Condiciones de la salud reproductiva de la mujer Métodos de control de la fecundidad	<ol style="list-style-type: none"> 1 Edad de inicio de las relaciones sexuales 1 Antecedentes ginecobstétricos 1 Utilización de métodos de control de fecundidad 	<ol style="list-style-type: none"> a. Edad de la primera relación sexual en la madre a. Antecedentes del número de embarazos, partos, abortos u óbitos en las mujeres a. Uso y conocimiento sobre el método de planificación en uso 	10- 15 años, 16-19a, 20-25 a, más de 25 a Número de gestaciones, partos, abortos, mortinatos, óbitos, complicaciones durante embarazos, riesgo obstétrico, tipo de parto SI/ NO, Información recibida, clara y completa sobre los distintos métodos	

continua

continuación

Objetivo Específico	Variable/Categoría de análisis	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental
	Salud sexual y reproductiva	Atención que se brinda de acuerdo a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres.	1 Acceso oportuno a los servicios de salud de salud sexual y reproductiva	a. Consulta preconceptual b. Control prenatal temprano: Antes de las 12 semanas de edad gestacional c. Control postparto temprano: En los primeros 45 días luego del parto o aborto d. Consultas de control prenatal de acuerdo a la concentración que indica la norma de atención e. Acceso a la consulta de planificación familiar f. Acceso a los servicios de citología vaginal	Existencia o No de la consulta y acceso a la misma Temprano / Tardío y razones / No hubo control Temprano / Tardío y razones / No hubo control 1 en el primer trimestre, 2 en el segundo y dos en el tercer trimestre SI/ NO, razones SI/ NO, razones. Cumplimiento del procedimiento y abordaje de pap alterado, según norma	Revisión del Instrumento Número 2 para el Análisis de los Casos de Mortalidad Infantil (ver anexo) de todos los casos analizados por la COLAMI de Pavas en el periodo 2000-2005 y llenado de la hoja de registro para recolección de información con las variables en estudio Entrevista estructurada a 10 mujeres del grupo en estudio que vivan en Pavas

7. SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO Y DE LA TÉCNICA A UTILIZAR

7.1 Análisis Documental Y Descriptivo

Esta parte del estudio se efectuó basada en la información recolectada con los instrumentos de análisis seleccionados de una muestra de 36 expedientes de salud que fueron escogidos al azar y en los cuales se aplicó el Instrumento N°2 de Análisis de Mortalidad Infantil, elaborado por la COLAMI (Anexo N°4). Estos casos se escogieron por tener el antecedente de una muerte infantil, la cual ocurrió en el periodo 2000-2005.

En estos expedientes, se analizaron los aspectos relacionados con la atención prenatal y de planificación familiar de los casos seleccionados, para finalmente, con base a la información obtenida sobre estos temas, elaborar una serie de instrumentos de recolección, que permitieron recopilar información específica sobre la atención que recibieron estas madres en la Clínica de Pavas.

Producto del análisis documental realizado, se seleccionaron los aspectos más importantes contenidos en los instrumentos estudiados (expedientes de salud e instrumentos de la COLAMI) y se compararon con las normas de atención integral de salud de estos subprogramas, con el objetivo de verificar el cumplimiento de la normativa y recabar información relevante para el estudio que permitiera fundamentar los hallazgos y resultados obtenidos.

Para el análisis descriptivo de algunas variables, se utilizaron los instrumentos, antes mencionados, de todos los casos analizados de muertes infantiles ocurridas en el período de estudio, con el objeto de establecer el manejo brindado en éstos antes y después del evento de la muerte infantil, y así identificar aspectos relevantes sobre el proceso de atención. Este análisis incluyó la descripción de las variables definidas en el estudio, la verificación del cumplimiento de la normativa vigente existente, el grado de satisfacción de las usuarias y proveedores de los servicios, identificando los puntos comunes en forma objetiva.

Es importante señalar que mediante la triangulación metodológica se logró la complementariedad de ambos enfoques (enfoque cuantitativo, tratamiento que se le dio a este tipo de variables y enfoque cualitativo, manejo que se le dio a la información aportada por las madres a través de las entrevistas y participación del grupo focal). La triangulación permitió conocer mejor las variables y categorías de análisis del estudio y su relación dinámica con el problema estudiado. Por otra parte,

este proceso incrementó la validez y la fiabilidad de la información obtenida y finalmente, permitió una perspectiva global de las variables estudiadas.

7.2 Grupo Focal

Se utilizó la técnica de grupo focal para un grupo de 10 madres de la muestra que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

- Mujeres con el antecedente de una muerte infantil durante el período en estudio.
- Mujeres que aceptaron participar del estudio; es decir, respondieron afirmativamente al llamado para la entrevista o el grupo focal
- Mujeres con estos dos criterios de inclusión anterior que aún residían en Pavas.

Se preparó una guía de grupo focal con los elementos temáticos y las preguntas a desarrollar en la actividad. Luego, se eligió un moderador que fue el encargado de dirigir y de mantener la discusión y el debate en el grupo. La actividad no tardó más de dos horas y se realizó en uno de los salones comunales del Área de Salud.

La actividad fue grabada en casetes y la información se escribió en hojas de registro. Posteriormente, se efectuó el análisis documental de los registros de cada una de las preguntas y de los ejes temáticos desarrollados.

Esta técnica permitió ahondar en las percepciones y opiniones de las madres sobre temas como su salud sexual y reproductiva, el ejercicio de los derechos sexuales y la opinión que tienen de la calidad de la atención en las consultas de atención prenatal y planificación familiar.

Para agrupar la información obtenida, se confeccionaron instrumentos para recopilar los datos coincidentes e importantes logrados en el grupo focal.

7.3 Entrevista Estructurada

Consistió básicamente en una conversación, generalmente oral, entre dos personas. La entrevista estructurada fue controlada y dirigida, siguiendo un procedimiento fijo, guiado por un cuestionario preparado con anterioridad.⁷⁹ Para los efectos del presente estudio, se escogió esta técnica para entrevistar a 11 madres distintas a las del grupo focal que aceptaron participar. Los criterios de selección fueron los mismos que se utilizaron para el grupo focal.

Se confeccionó una guía de entrevista con las preguntas pertinentes a los temas a desarrollar. La información se recolectó en una hoja de registro, que luego fue analizada y sobre la cual se formularon conclusiones.

Se utilizó la entrevista estructurada para indagar algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las madres, específicamente en lo concerniente a violencia intrafamiliar y para conocer las opiniones de los proveedores (personal de salud), en cuanto a sus necesidades de información, capacitación, estímulo para la prestación de los servicios.

Ventajas de la entrevista:

- ◆ Permitió el contacto con las personas que no saben leer ni escribir
- ◆ Facilitó la labor de persuasión
- ◆ Sirvió para precisar y aclarar preguntas
- ◆ Permitió verificar las respuestas y captar el ambiente natural
- ◆ Se observaron opiniones y actitudes
- ◆ Se apreció el lenguaje no verbal

Además como instrumento, se usaron hojas de registro para la recolección de la información, las cuales fueron analizadas y de ellas se extrajeron los datos relevantes para esta investigación.

8. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

⁷⁹ Barrantes R., Investigación Un camino al conocimiento. Editorial UNED. San José Costa Rica 2004

- Diseño y validación de los instrumentos: En esta etapa, se crearon los instrumentos de recolección de la información y se sometieron a un proceso de validación y adecuación, antes de ser utilizados con el fin de probar su efectividad, respecto a la fidelidad de la información que se deseaba recopilar para los efectos correspondientes. Para el enfoque descriptivo, se elaboraron instrumentos diseñados en el programa de “Microsoft Excel”, con el fin de recopilar la información relevante, consignada en los expedientes de salud, así como en los instrumentos de análisis utilizados de la COLAMI.

La validación de éstos, se efectuó al aplicarlos a 10 expedientes clínicos seleccionados al azar y además, se tomaron cinco instrumentos de análisis de la mortalidad infantil y se cumplieron los documentos del programa Microsoft Excel diseñados para recopilar la información que contienen estos instrumentos. Posterior a esto, se realizaron mejoras a estos documentos, para prepararlos para la recolección de la información necesaria.

Se destaca que otros instrumentos utilizados y que no fueron diseñados por las investigadoras, son los aplicados por la COLAMI, específicamente los instrumentos de análisis de mortalidad infantil, fue prediseñado y validado por la Comisión Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil y el Ministerio de Salud.

Para el enfoque cualitativo, se confeccionaron los instrumentos para las técnicas de grupo focal y de entrevistas estructuradas, los cuales fueron previamente validados a través de su aplicación aleatoria a un grupo de mujeres y de médicos, procedimiento que permitió revisar la estructura y el planteamiento de algunas preguntas que podrían generar confusión. Estos documentos fueron valorados y autorizados por el tutor a cargo, seleccionado por el grupo investigador; quien consideró los instrumentos apropiados y adecuados para la investigación.

Las entrevistas y grupo focal realizados tienen como objetivo, el favorecer la apertura de los canales de comunicación entre el grupo investigador y las participantes en estas técnicas; para lograr así, el aporte de sus experiencias, en relación con los temas puestos a discusión durante las diferentes reuniones realizadas, durante el trabajo de campo.

Para la confección de los instrumentos de análisis de la calidad de la consulta prenatal y de planificación familiar, se efectuó inicialmente una revisión documental de los expedientes de salud y se tomaron en cuenta los objetivos específicos planteados en este estudio, con el fin de conocer cuáles aspectos debían ser considerados e incluidos.

- Recolección de la información: Una vez seleccionados los instrumentos, se realizó la aplicación de éstos, efectuando una revisión y compilación de la información contenida en los expedientes de salud y los de la COLAMI. Por otra parte, en las entrevistas y las reuniones con los grupos focales, se recogió el parecer de las madres con el antecedente de una muerte infantil sobre temas relacionados con la atención recibida y sobre conocimientos y experiencias sobre salud sexual y reproductiva y violencia intrafamiliar. Finalmente, se confeccionó la agrupación y vinculación de los datos obtenidos que fueron resumidos en los hallazgos.

Se destaca que, antes de este proceso, fue necesario lograr la aprobación del protocolo, de los instrumentos aplicados y de la metodología a usar, en este estudio de tipo observacional no intervencionista, según la clasificación establecida por el Comité Local de Bioética (CLOBI) de la Clínica Moreno Cañas. Esta aprobación fue necesaria para poder continuar con las demás etapas de esta investigación.

- Ordenamiento, depuración y análisis de la información: En esta etapa correspondió revisar, ordenar, clasificar, analizar e interpretar la información recopilada en los diferentes instrumentos, agrupándolos conforme las variables descritas en el apartado respectivo, siguiendo lo propuesto en los objetivos general y específicos y en la operacionalización de las variables determinadas para este estudio. Finalmente se efectuó una depuración de los datos, analizando lo obtenido en los diferentes procesos realizados y determinando que era útil y congruente con los objetivos planteados.

La tabulación y análisis de la información recolectada para el análisis de la calidad de atención de la Consulta Prenatal y de Planificación Familiar, se realizó a través de la aplicación del programa estadístico SPSS (siglas del inglés que en español corresponden a “paquete estadístico para las ciencias sociales”), específicamente, para el instrumento de registro de información y de los datos recopilados en los expedientes clínicos. Este *software* permitió el análisis de la estadística descriptiva de las distintas variables del estudio, mediante el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas, las medidas de tendencia central y la correlación de variables.

La información se presentó en cuadros o tablas y gráficos que muestren el comportamiento de las variables y las distintas tendencias.

Para la información recolectada en la entrevista estructurada a las madres y los médicos, se aplicó el programa Microsoft Office Excel 2007, con el fin de analizar algunas de las preguntas diseñadas. El resto de las preguntas de la entrevista fueron analizadas desde la perspectiva cualitativa y revisadas en conjunto con la tutora de la investigación con el fin de establecer las respectivas conclusiones.

Para la interpretación de la información obtenida del grupo focal se procedió de la siguiente manera:

- Se resumió inmediatamente la discusión y los acuerdos de la reunión.
- Se realizó la transcripción de las grabaciones inmediatamente para permitir que se reconstruyera, no solo la atmósfera de la reunión, sino también lo tratado.
- Se analizaron los relatos, las actitudes y opiniones que aparecieron reiteradamente o los comentarios sorprendidos, los conceptos o los vocablos que generaron algunas reacciones positivas o negativas de los participantes, entre otros.
- Se discutió la información con los investigadores y se relacionó con el análisis de las otras variables estudiadas por el otro enfoque (cuantitativo).
- Finalmente, se redactó el informe que revisó una a una las categorías de análisis del estudio.

Para la información recopilada en los instrumentos de análisis de los expedientes de salud y de la COLAMI, se recurrió al análisis estadístico y numérico de los resultados obtenidos; se consignó la información más relevante y representativa, expresada en términos de porcentajes y en datos numéricos absolutos.

Elaboración del informe final: Esta etapa permitió la descripción del problema estudiado, con el análisis de los resultados obtenidos, los objetivos alcanzados, las conclusiones y la propuesta de las posibles soluciones a lo encontrado. El estilo del informe es de corte académico; se efectuó un análisis metódico del borrador del informe, en donde se revisó el contenido y el estilo, enfocándolo hacia los resultados obtenidos y las propuestas del estudio.

9. RESULTADOS ESPERADOS Y LIMITACIONES

Con este estudio, se logró conocer la calidad de atención recibida por las madres objeto de estudio en las consultas de planificación familiar y de control prenatal. Así mismo, se estableció si existía correspondencia o no de esta calidad de atención con la caracterización y necesidades en la salud sexual y reproductiva en estas mujeres. Se determinaron los factores que intervienen en el acceso a estos servicios de salud, en qué medida se cumplieron las normas de atención de estos programas y si las usuarias estaban satisfechas o no con ellos.

Finalmente, se planteó una propuesta para mejorar la atención de las mujeres en la Clínica de Pavas, orientada a la atención centrada en el cliente, en los programas de las consultas de planificación familiar y de control prenatal de esta clínica, a partir de los resultados obtenidos y de la identificación de las necesidades en materia de salud reproductiva y sexual en este grupo.

En cuanto a las limitaciones de este estudio se encontraron las siguientes:

- ◆ Por el período transcurrido desde las muertes, se encontró que una proporción importante de las madres ya no residían en Pavas; por lo tanto, no se consideraron en la presente investigación, ya que no cumplían este requisito. A esta situación se sumó la dificultad de lograr en tres oportunidades una convocatoria adecuada con las madres participantes, pues no respondieron a la convocatoria y como justificación mencionaron la falta de tiempo o el uso de este en actividades personales. No obstante lo anterior, es opinión de las investigadoras, que estas ausencias podrían estar relacionadas con revivir las experiencias que sufrieron de la muerte infantil, el posible sentimiento de enojo con los servicios de salud por lo ocurrido, tal y como lo confirman los procesos de seguimiento, que se le hacen a estas madres por parte de la COLAMI (Comisión Local del Mortalidad Infantil) de Pavas.
- ◆ En cuanto al acceso en la información, fue frecuente que las entrevistadas manifestaran su renuencia a responder algunas preguntas, en relación con su vida sexual, situación que, en parte, dificultó el acercamiento a la madre entrevistada.

- ◆ Algunas mujeres rechazaron de forma inmediata la invitación a la entrevista, a pesar de que se les informó que se trataba de un estudio para evaluar la calidad de la consulta en control prenatal o de planificación familiar que habían recibido.
- ◆ Sobre la información contenida en los expedientes de salud, se encontró que en algunos casos, no tenían información suficiente, ya sea porque se trataba de una atención que recibió a nivel privado o porque del todo no estaba consignada adecuadamente la información en la hoja del CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) y que generalmente portaba la madre en el carné perinatal, pero cuya copia no siempre quedó en el expediente de salud de la madre.
- ◆ La Clínica de Pavas cuenta con el sistema de expediente electrónico, desde el año 2002 y el proceso de transición del expediente físico al computarizado, implicó la transcripción de la información contenida en los expedientes físicos, o bien del lento proceso de acostumbramiento del médico para el uso de esta nueva herramienta electrónica, con lo que se presume que la ausencia de cierta información tiene origen en este hecho.
- ◆ A pesar de la organización y la logística para la realización del grupo focal, hubo aspectos de difícil control ambiental como fueron: el ruido (lluvia intensa y el uso de aire acondicionado que dificultaba la grabación), el bajo tono de voz, los problemas de articulación de palabras y el limitado tiempo con el que contaban las madres pues, dado que no llegaron en forma puntual, el tiempo que duró la realización del grupo focal fue mayor del programado, por lo que algunas abandonaron el recinto antes de la finalización de la reunión.
- ◆ Para la realización de las entrevistas, inicialmente se había programado invitar a las madres a la clínica, pero dadas las frecuentes ausencias, aquellas se realizaron mediante una visita domiciliar en la que participó, además, la trabajadora social o la psicóloga de esta área de salud.
- ◆ No se consideró en este estudio, las perspectivas y opiniones de los hombres sobre este tema, ya que parte de esta investigación consistió en analizar las condiciones de vida relacionadas con la violencia de género en las mujeres atendidas en la Clínica de Pavas y con el antecedente de haber sufrido una muerte infantil durante el periodo 2000-2005.

- ◆ Respecto a la entrevista realizada a los médicos, inicialmente se había programado hacerla de manera personal, pero dadas las dificultades en el proceso de convocatoria, el esfuerzo por reunir a las madres y la limitación con que contaban para reunirlos de forma voluntaria, en algunos casos, fue necesario entregarles las encuestas para que las llenaran. No obstante lo anterior, a pesar de explicarles que se trataba de un proceso anónimo (esto debido a que tenían que señalar las debilidades del sistema o del centro de salud), algunos fueron muy escuetos en sus respuestas o bien no dieron mayores explicaciones en los puntos en los que se requería.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fase del estudio	Elaboración y aprobación del protocolo	Diseño y validación de técnicas e instrumentos	Recolección de la información	Ordenamiento, depuración y análisis de la información	Elaboración del informe final
Mes					
Septiembre 2007	<i>Marco contextual</i>				
Octubre 2007	<i>Marco teórico</i>				
Noviembre 2007	<i>Marco metodológico</i>				
Diciembre 2007	<i>Aprobación del protocolo</i>				
Diciembre 2007		<i>Diseño de instrumentos</i>			
Marzo- Abril 2008		<i>Revisión, adecuación y pruebas de los instrumentos</i>			
<i>Junio-2008</i>		<i>Aplicación de los instrumentos</i>	<i>Recolección de la información</i>	<i>Ordenamiento y depuración de la información</i>	
<i>Agosto 2008</i>				<i>Tabulación y análisis de la información</i>	
<i>Septiembre 2008</i>					<i>Elaboración del informe final</i>
<i>Diciembre 2008</i>					<i>Entrega del proyecto en la Universidad</i>

CAPÍTULO CUATRO

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados y el análisis que se presenta a continuación se detalla y agrupa de acuerdo con las variables del estudio definidas en el protocolo de investigación y su respectiva fuente: Expedientes de salud de las consultas de Control prenatal y Planificación Familiar, casos analizados por la COLAMMI de Pavas, Entrevista Estructurada a usuarias y personal de salud y Grupo Focal realizado con las madres que accedieron a participar.

El análisis de las consultas de Planificación Familiar y de Control Prenatal, se efectuó por medio de la revisión de los expedientes clínicos seleccionados mediante una muestra aleatoria de la totalidad de las madres con el antecedente de una muerte infantil. Para ello, se confeccionaron instrumentos de recolección de la información consignada en los expedientes clínicos de la atención en la consulta de Control del Embarazo y de Planificación Familiar. Los resultados fueron procesados mediante el programa de análisis estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, por sus siglas en inglés) versión 8.0, para la verificación de inconsistencias y tabulación.

Así mismo, los instrumentos elaborados para la recolección de la información de las entrevistas a usuarios y personal de salud y del grupo focal fueron utilizados para el análisis de las categorías definidas entre las que se destacan, la caracterización de la salud sexual y reproductiva, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en pareja, la presencia de violencia intrafamiliar, la percepción sobre los servicios que se reciben y se proveen y las opiniones sobre los hechos que podrían haber llevado a la muerte del infante.

1. CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Para la caracterización de la salud sexual y reproductiva, se tomaron como fuentes de información las siguientes:

- Entrevista estructurada realizada a 11 madres que tenían el antecedente de una muerte infantil en el período 2000- 2005
- Revisión y análisis de 36 expedientes clínicos de la consulta de atención prenatal de las madres con el antecedente de una muerte infantil.

- Revisión y análisis de 37 expedientes clínicos de la consulta de planificación familiar de las madres con el antecedente de una muerte infantil.
- Revisión y análisis de 36 Instrumentos N° 2 de Análisis de las muertes infantiles diseñado por el Ministerio de Salud.
- Grupo focal realizado con las madres que habían tenido el antecedente de una muerte infantil en el período 2000-2005.

Para la realización de las entrevistas a las madres, se contó con su autorización a través de la firma de un consentimiento informado diseñado para tal efecto.

Con la realización de las entrevistas a las usuarias se pretendió conocer algunos aspectos relacionados con sus necesidades en salud reproductiva y sexual, la identificación de barreras de acceso, ya fueran éstas del orden económico, (administrativo: la tenencia de seguro), cultural (empatía y humanización de la atención, adecuada comunicación), entre otras y, finalmente, su percepción sobre la calidad del servicio recibido.

Sobre las características generales de las madres de los casos analizados en todas las series estudiadas, se resumen las siguientes:

- La edad promedio en el 58% y 70% de las series estudiadas fue de menores de 29 años.
- Más del 75% de las madres eran de nacionalidad costarricense
- Más del 50% de las madres se dedicaban a labores del hogar
- La totalidad de ellas tenía al menos, la primaria como nivel educativo mínimo.
- Entre el 50 y 72% de las madres tenían más de dos embarazos como antecedente ginecoobstétrico de relevancia.
- En el 30% de las madres de todas las series existió el antecedente de, al menos, un aborto.
- El intervalo intergenésico en el 50% de los casos fue de menos de 2 años.

Características de las madres en las series estudiadas:

Entrevista estructurada a las madres con el antecedente de una muerte infantil

La edad promedio de las entrevistadas fue de 31 años con rangos que van entre los 18 y los 44 años de edad. Del total sólo dos trabajaban fuera del hogar; una como recepcionista y otra como secretaria. Respecto al estado civil, 6 eran casadas, 4 en unión libre y una divorciada. La totalidad de las entrevistadas eran costarricenses. E cuanto a la escolaridad sólo 3 tenían primaria incompleta, y una de ellas tenía nivel técnico.

-

Análisis documental de la revisión de los expedientes clínicos de la atención prenatal.

Respecto a la edad, una era menor de 15 años (2,8%), once tenían entre 15-19 años (30,55%), ocho tenían entre 20-24 años (20,22%), cinco entre 25-29 años (13,9%) y las once restantes tenían más de 30 años, lo cual representaba un 30,5%.

Respecto a la nacionalidad, 27 (75%) son costarricenses y 9 (25%) nicaragüenses. En cuanto a la escolaridad, 16 (44,44%) de ellas tienen primaria completa, 11 (30,6%) secundaria incompleta. En esta serie no se documentaron madres sin escolaridad.

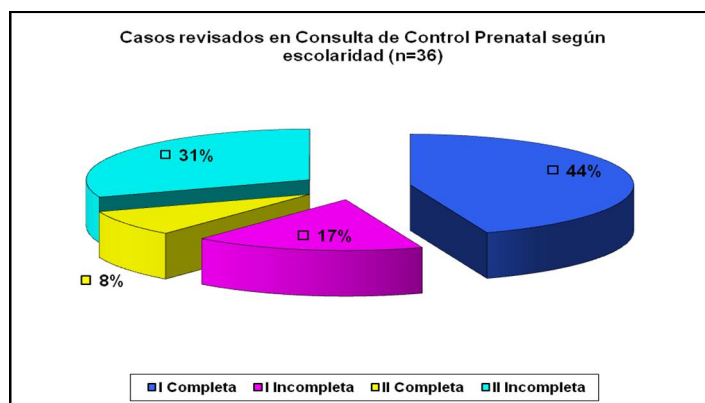
Cuadro 2. Entrevistas realizadas a mujeres con el antecedente de una muerte infantil en el Distrito de Pavas – Características de las madres - Clínica de Pavas 2000-2005

Variables sociodemográficas	Número
Edad Promedio de las entrevistadas	31
Total de entrevistadas	11
<u>Nivel educativo</u>	
Primaria incompleta	3
Primaria completa	3
Secundaria incompleta	2
Secundaria completa	2
Técnico	1
<u>Ocupación</u>	
Ama de casa	9
Secretaria-recepcionista	2
<u>Estado civil</u>	
Casadas	6
En unión libre	4
Divorciadas	1
Características Reproductivas	
<u>Número de embarazos</u>	
2-3 embarazos	10
Más de 3 embarazos	1
<u>Número de abortos</u>	
Ninguno	2
De 1-2	6
Más de 3	3
<u>Intervalo intergenésico</u>	
Menos de 1 año	2
De 1-2 años	8
3 años o más	1

Fuente: Entrevistas realizadas a las madres con el antecedente de una muerte infantil

El siguiente gráfico representa los datos relacionados con la escolaridad:

Gráfico 2. Escolaridad de las madres con antecedente de una muerte infantil que asistieron a la consulta de Control Prenatal en la Clínica de Pavas



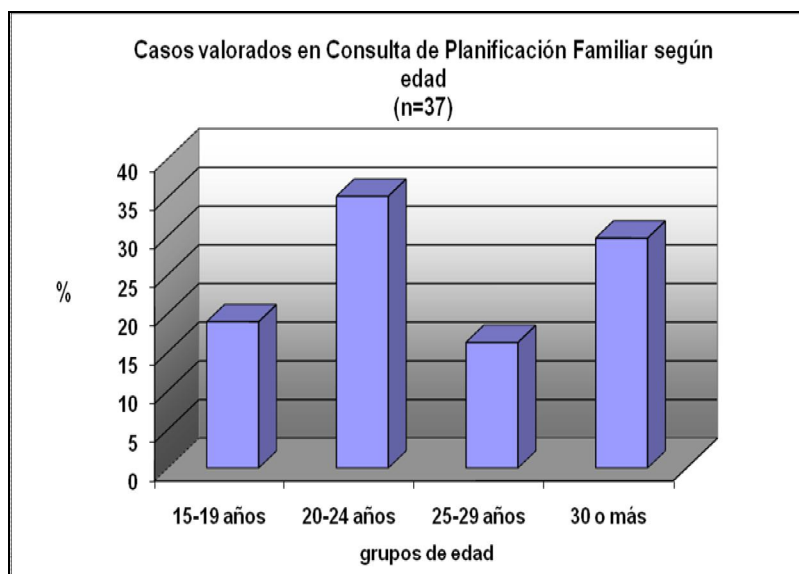
Fuente: Análisis Documental en expedientes clínicos de la Consulta de Atención Prenatal

Análisis documental realizado en los expedientes de la atención de planificación familiar.

De los casos estudiados, siete madres (18,91%) eran adolescentes entre 15 y 19 años, trece (35,13%) tenían entre 20 y 24 años, seis (16,24%) entre 25 y 29 años y 11 (29,72%) 30 o más. Con esta información se concluye que más de 50% de las madres que asistieron a la consulta de planificación familiar tenían menos de 20 años.

El siguiente gráfico resume esta información:

Gráfico 3. Edad de las madres con el antecedente de una muerte infantil que asistieron a la consulta de Planificación familiar



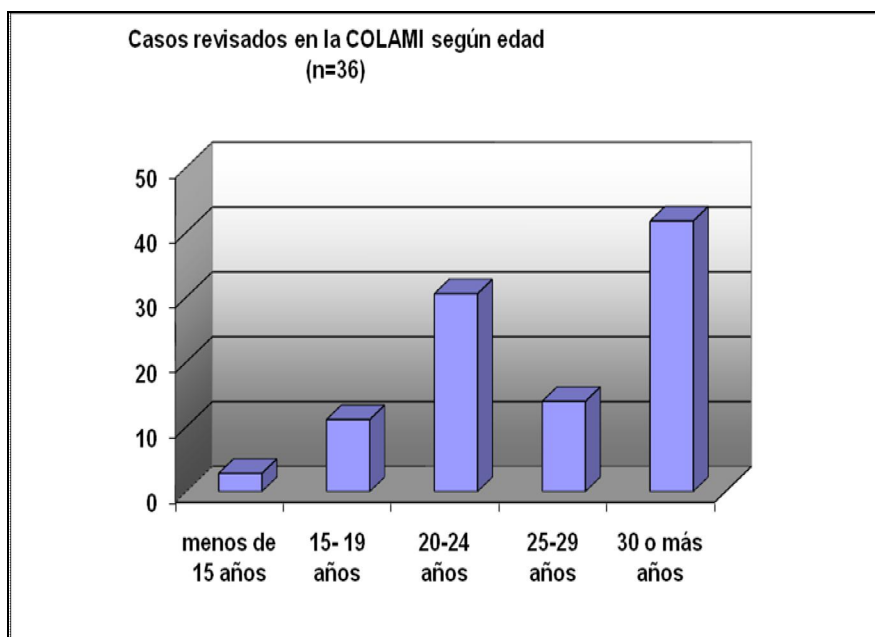
Fuente: Análisis Documental en expedientes clínicos de la Consulta de Planificación Familiar

Análisis documental de los instrumentos número 2 de análisis de muertes infantiles

Se eligieron un total de 36 expedientes de los casos analizados por la COLAMMI de Pavas en el período en estudio.

Las edades de las madres oscilaban entre los 12 y los 38 años, distribuidos de la siguiente manera: una menor de 15 años (2,8%), cuatro de 15 a 19 (11,1%) 11 de 20 a 24 años (30,5%), cinco de 25 a 29 años (13,9%) y 15 de 30 o más (41,7). El siguiente gráfico muestra los datos antes mencionados:

Gráfico 4. Edad de las madres con el antecedente de una muerte infantil según los registros del Instrumento número 2 de la COLAMI de Pavas. Clínica de Pavas 2000-2005



Fuente: Análisis Documental de Instrumentos número 2 de COLAMI, Pavas

De los casos analizados, 29 madres eran de nacionalidad costarricense (80,6%) y 7 nicaragüenses, lo cual corresponde a un 19,4%.

Respecto a la ocupación, una era menor de edad (2,8%), dos (5,6%) eran profesionales, 23 (63,9%) amas de casa, cinco (18,9%) laboraban como operarias o dependientes de comercios y en cinco casos (13,9%) se desconoce este dato. En relación con la escolaridad de las madres, el siguiente cuadro resume esta información:

Cuadro 3. Escolaridad de las madres con el antecedente de una muerte infantil según los registros del Instrumento número 2 de la COLAMI de Pavas.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje
Analfabeta	1	2,8	2,8
primaria incompleta	4	11,1	13,9
primaria completa	13	36	50
secundaria incompleta	1	2,8	52,8
secundaria completa	5	13,9	66,7
secundaria incompleta	5	13,9	80,5
universitaria completa	2	5,6	86,1
se desconoce	5	13,9	100
Total	36	100	

Fuente: Análisis Documental de Instrumentos número 2 de COLAMI Pavas

Se observa en el cuadro anterior que el 47% de las madres tenían un nivel educativo que se considera bajo (educación primaria incompleta/completa), aspecto que, tal y como se ha visto en la literatura, tiene una relación directa con el riesgo reproductivo, obstétrico y la eventual muerte infantil.

Aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva

- Edad de inicio de las relaciones sexuales
- Número de compañeros sexuales
- Conocimiento y uso de los métodos de planificación
- Fecundidad
- Antecedentes ginecoobstétricos
- Antecedentes de muertes infantiles
- Intervalo intergenésico
- Antecedentes de violencia intrafamiliar
- Roles Femeninos y masculinos
- Autonomía en la decisión del uso de los métodos de planificación
- Sobre la decisión del uso del método anticonceptivo
- Capacidad de decisión sobre la frecuencia, características y las condiciones de los encuentros sexuales.
- Concepto de la relación sexual para la mujer y su papel en ella. Capacidad de disfrute.

Edad de inicio de las relaciones sexuales

Respecto a este antecedente, 6 de las entrevistadas iniciaron relaciones sexuales entre los 20 y 25 años de edad, 3 entre los 16 y 19 años y dos antes de los 16 años.

Número de compañeros sexuales

La mayoría de las entrevistadas había tenido entre 2 y 3 compañeros sexuales en promedio.

Conocimiento y uso de los métodos de planificación

Esta información se obtuvo de dos fuentes: la entrevista estructurada y el grupo focal realizado con las madres que accedieron a participar.

En la entrevista, al preguntárseles sobre lo que entendían por método de planificación, sólo una respondió que no sabía la respuesta. El resto de ellas coincidieron en decir que era la forma como se planeaban los hijos que se quieren tener, lo cual significa prevenir los embarazos. Dos de las entrevistadas dijeron no usar un método anticonceptivo, una de ellas porque era hysterectomizada y la otra porque su esposo era vasectomizado. Respecto a los métodos utilizados, 5 usuarias respondieron que utilizaban métodos quirúrgicos (3 salpingectomía y 2 vasectomía), 4 usaban anticonceptivos (3 orales y 1 inyectado); 1 de las usuarias respondió que usaba el preservativo como método contraceptivo.

Sobre la explicación del método utilizado, 4 refirieron desconocer su funcionamiento; de las mujeres salpingectomizadas, sólo dos respondieron que les “*cortaban los tubos y con eso no se queda embarazada*”. De las que usaban contraceptivos orales, sólo dos respondieron que la pastilla se tomaba con el inicio de la menstruación y eso evitaba el embarazo. Al preguntarles quiénes les habían brindado información al respecto, 7 respondieron que habían recibido esta información de amigas con más experiencia; el resto la recibieron del médico o del personal del EBAIS. Todas comentaron estar cómodas con el método elegido. En cuanto a la opinión del compañero sobre el método usado, sólo una comentó que no estaba a gusto con él por lo incómodo y porque no era natural (preservativo). En promedio, el método escogido había sido usado por 4 años, con rangos que van desde los 2 hasta los 7 años.

De las madres que participaron del Grupo Focal sobre el uso de métodos anticonceptivos, expresaron que tuvieron la oportunidad de usar varios de ellos hasta finalmente llegar al método definitivo (quirúrgico). Tienen diferentes puntos de vista respecto a la información recibida, alguna

había sido por parte del personal de salud y también de familiares o amigos. Coinciden en que en todos los casos hay poco espacio para preguntas o dudas que surgen en la consulta, ya que sienten que no se brinda el tiempo ni hay la disposición para ser escuchadas.

“ Yo comencé a tomar pastillas, después me la cambiaron a inyección pero me dolía mucho la cabeza; entonces me la volvieron a cambiar por la pastillas hasta que ya con la última bebé me operé, estoy operada; entonces no sé, para mí con la pastilla sí estaba bien, pero no le explicaban a uno. A mí me daban las pastillas yo me las llevaba, pero como te digo... Siempre uno necesita que le expliquen, entonces ya a lo último fue con lo de la operación”.(María).

“Solo me dieron a firmar y me dijeron que si era mi decisión de operarme... que lo hiciera....No me dieron muchas explicaciones sobre la decisión, sólo me dijeron que si estaba segura, porque no había vuelta atrás...” (Milena)

El siguiente cuadro muestra algunos aspectos de la entrevista realizada a las usuarias respecto al conocimiento que tenían del método elegido:

Cuadro 4. Conocimientos sobre el método de planificación usado

Sobre el conocimiento de los métodos usados	Número
<u>Concepto de método de planificación</u>	
Conocía	10
Desconocía	1
<u>Tipo de método utilizado</u>	
Quirúrgico	6
Anticonceptivos	4
Ninguno	1
<u>Conocimiento de su funcionamiento</u>	
Si	7
No	4
<u>Fuente de información</u>	
Amigas- familiares	7
Médico	3
Enfermera	1
<u>Opinión de la pareja respecto al método</u>	
De acuerdo/ cómodo	10
Desacuerdo/Incómodo	1
<u>Información recibida por la pareja del método</u>	
Amigos	5
Conocimiento propio	4
Médico	2
Sobre la vida sexual	
<u>Edad promedio de inicio de las RS</u>	
	20
<u>Presencia de dolor en las RS</u>	
Si	3
No	8
<u>Consulta profesional sobre el problema</u>	
Si	2
No	1
<u>Antecedentes de infecciones de Transmisión sexual</u>	
Si	1
No	10
Sobre antecedentes de violencia	
<u>Antecedente de maltrato</u>	
Si	1
No	10
<u>Denuncia de estos hechos</u>	
Si	1
No	NA
<u>Intervención policial</u>	
Si	1
No	NA

Fuente: Entrevista estructurada a usuarias con el antecedente de una muerte infantil

Del cuadro anterior se destaca que las madres entrevistadas recibieron la información principalmente de personas ajenas al sector salud, lo cual refleja que el papel de informadores y comunicadores en salud por parte de este sector, no está siendo apropiadamente ejecutado, ya fuera porque asume que las usuarias conocen la información, o bien, porque no es común en su práctica que se realice la educación correspondiente. En ese sentido, la encuesta de salud sexual y reproductiva del año 2000 revela que el proceso de aprendizaje y difusión de la planificación familiar tiene como fuentes principales los amigos, el aula, la familia y el consultorio médico,

siendo este último el menos frecuente, debido al desplazamiento que ha sufrido por las aulas, la familia y últimamente los medios de comunicación.⁸⁰ Respecto a la información entregada a las usuarias, tal y como lo reconoce Bruce, ésta debe ser suficiente, entendible, ajustarse a las necesidades y expectativas de los usuarios y, en términos generales, debe responder a las siguientes características: generosa respecto a los métodos disponibles, usos, ventajas, complicaciones y conveniencia, entre otras⁸¹

Fecundidad

De las 11 usuarias entrevistadas, seis habían tenido tres embarazos y cuatro, dos., solo una de las madres tenía el antecedente de cuatro embarazos en total.

Antecedentes ginecoobstétricos

Como dato interesante, más de la mitad (9 de 11) de las entrevistadas había tenido el antecedente de un aborto y en 4 casos, hubo más de un aborto antes o después de la muerte infantil. Todas refirieron el antecedente de una cesárea por complicaciones al final del embarazo y ninguna de ellas tenía el antecedente de óbitos o muertes fetales in útero.

Del análisis documental de los expedientes clínicos de la atención prenatal

En relación con el número de gestaciones, 11 (29,7%) eran primigestas, 18 (50%) eran segunda, tercera o cuarta gesta, el resto había tenido más de cinco embarazos. Al igual que en las entrevistadas, llama la atención que 11 (30,55%) casos tenían el antecedente de un aborto, situación que posiciona a estas madres como de alto riesgo reproductivo, aún antes del evento de la muerte infantil.

Del análisis documental de los expedientes de clínicos de la atención de Planificación Familiar

En relación con el número de gestaciones, 27 madres tenían el antecedente de 1 a 3 embarazos, lo cual representa el 72% del total de la muestra estudiada.

El siguiente cuadro resume la información anterior:

⁸⁰ Chen, M., Rosero, L., Salud reproductiva y migración nicaragüense en CR 1999-2000 Resultados de una encuesta nacional de salud reproductiva

⁸¹ Bruce J., Quality of care. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Studies in Family Planning. Vol 21 N° 2, March, April. 1990.

Cuadro 5. Número de partos en las madres con el antecedente de una muerte infantil que asistieron a la consulta de Planificación Familiar.

Número de partos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	4	10,8	10,8
1	12	32,4	43,2
2	10	27	70,3
3	5	13,5	83,8
4	3	8,1	91,9
5	2	5,4	97,3
7	1	2,7	100
Total	37	100	

Fuente: Análisis Documental en expedientes clínicos de la Consulta de Planificación Familiar

En esta misma serie, es importante destacar que en 11 de los 37 casos (29,7%), revisados existió el antecedente de un aborto. Nuevamente se evidencia el alto riesgo reproductivo en estas madres que tuvieron una muerte infantil.

Del análisis documental de los instrumentos número 2 de la COLAMI,

Respecto al número de embarazos, 12 madres (33,3%) eran primigestas, 18 (50%) eran segunda o tercera gesta y el resto, tenían el antecedente de 4 ó 5 embarazos.

Antecedente de muertes infantiles

Todas las usuarias habían tenido el antecedente de una muerte infantil. Siete de las 11 madres entrevistadas respondieron que la muerte había ocurrido entre 3 y 5 años antes de la entrevista. En el resto, el antecedente de la muerte infantil había ocurrido entre 5 y 8 años antes.

Intervalo intergenésico

Entrevista Estructurada

El intervalo entre los embarazos tomó como punto de referencia el evento de la muerte infantil. En 8 de los casos, este período fue de 1-2 años; en dos, se produjo el embarazo durante el postparto, de manera que este intervalo fue menor de 1 año y en sólo uno de los casos, este período fue de 3 años.

Análisis documental de los expedientes de la consulta de atención prenatal

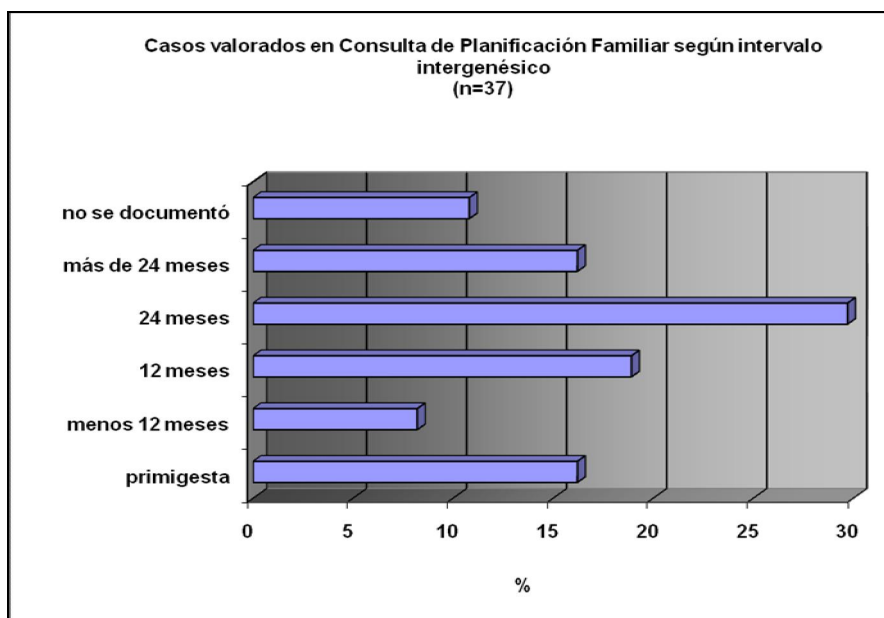
Once de las madres de esta serie eran primigesta (29,7%), En nueve (24,3%), este período fue de 1 año o menos. Tres madres (8,1%) tenían un intervalo de 2 años y en ese mismo número de casos, el período intergenésico fue de 3 años, en tres casos, este período fue de más de 5 años con intervalos de 6, 8 y 21 años respectivamente. Finalmente, en 6 expedientes revisados (16,2%), no fue posible obtener esta información.

Análisis documental de los expedientes de la consulta de Planificación Familiar

En seis casos(16,2%), se trataba del primer embarazo. 3 (8,2%) tenían menos de 12 meses de intervalo; 11 (29,7%), 2 años y en el resto, 4 (10,8%), no fue posible documentarlo debido a falta de esta información.

El siguiente gráfico resume la información anterior:

Gráfico 5. Periodo intergenésico en las madres con el antecedente de una muerte infantil que asistieron a la consulta de Planificación Familiar.
Clínica de Pavas 2000-2005



Fuente: Análisis Documental en expedientes clínicos de la Consulta de Planificación Familiar

Análisis documental de los Instrumentos número 2 de la COLAMI

De los 36 casos estudiados 12 (33,3%) eran madres primigestas, tres (8,33%) tenían menos de 24 meses de intervalo, 18 (52,7%) tenían más de 24 meses y sólo en tres casos no fue posible obtener esta información.

Otro aspecto a destacar es la edad de las madres que acudieron tanto a la consulta de Control Prenatal como a la de Planificación Familiar, se trata de mujeres menores de 24 años en el 54% de los casos y de este grupo, más del 40% eran menores de 19 años, no así en el de Planificación Familiar, en el cual, el peso estuvo en las mayores de 20 años.

En todos los grupos estudiados, la presencia del antecedente de un aborto, antes o después del evento de la muerte, marca un importante precedente sobre la necesidad de ahondar en las razones de este hallazgo, toda vez que se considere por encima del número de abortos esperados en los embarazos, cifra que no supera el 10%. En los grupos de estudio, en más de 30% de las madres que tenían el antecedente de una muerte infantil, existió el antecedente de, al menos, un aborto, situación que debe alertar al sistema sobre la necesidad de revisar las causas de este hallazgo, y lo que es más importante, la intervención y el abordaje de este riesgo reproductivo, que bien podría estar en relación o no con la causa de la muerte infantil.

Roles Femeninos y Masculinos y Salud Sexual y Reproductiva

Antes de abordar este tema, es importante conocer la percepción que las madres tienen respecto al concepto de la salud sexual y reproductiva.

Grupo focal

Inicialmente, la moderadora introduce el tema preguntando sobre lo que para las participantes significa la salud sexual y reproductiva.

Ante esta pregunta, fue interesante observar que para ellas la salud sexual y reproductiva significaba la atención y el cuidado que se debe tener cuando se tienen relaciones sexuales, tal y como lo expresa una de las participantes:

“Bueno, lo que yo entiendo, verdad, son los cuidados que uno tiene que tener a la hora de tener relaciones, sea con la pareja o si hay otra persona, porque ahora se está dando mucho, tanto la mujer como el hombre, porque yo digo, hay parejas que son infieles; digamos que si el esposo es infiel, mantiene relaciones con otra, pues qué cuidados va a tener él...” (Milena)

Esta definición, que no dista mucho de lo correcto, es simplificada en primera instancia al ámbito de las relaciones sexuales y la forma de protegerse de las enfermedades que a causa de ella se puedan contraer.

Sin embargo, conforme la moderadora iba profundizando en las preguntas, las participantes mostraron que manejan un concepto más integral de la salud sexual y reproductiva, que incluye los aspectos de la planificación de los hijos, el control del embarazo y la realización del Papanicolaou.

Respecto a la capacidad de decisión sobre la frecuencia, características y condiciones de los encuentros sexuales y el papel de la mujer, en la relación sexual y su capacidad de disfrute, fue interesante encontrar que, al menos en estas parejas se dan los espacios de negociación para estos encuentros. Además, fueron enfáticas en decir que la mujer tiene derecho a expresar sus deseos respecto a la relación, su disposición y que esto debe ser respetado. Sin embargo, una de las participantes expresó que cuando ella se negaba a tener relaciones con su marido, este podría asumir que ella lo podría estar engañando. Con esta intervención, se evidencia que, aunque para ellas es claro que la mujer tiene el derecho a decidir la frecuencia y condiciones de los encuentros sexuales, persisten mitos, conductas y actitudes en la pareja que lesionan este derecho y obliga a algunas mujeres a acceder a encuentros sexuales sin su pleno consentimiento.

Autonomía en la decisión del uso de los métodos de planificación

Grupo focal

Ttodas las participantes eran salpingectomizadas y además de conocer débilmente, la razón por la que este método constituye una forma definitiva de anticoncepción, existen mitos sobre las consecuencias de la cirugía en la salud de la mujer. Por otra parte, todas coinciden en comentar que la información que recibieron en el tercer nivel de atención, sitio en el que se realiza la intervención, fue escasa y se limitó a la firma de un consentimiento informado.

Sobre la decisión del uso del método anticonceptivo

Esta decisión fue compartida por la pareja y discutida con los compañeros. No se profundizó en la elección del método de manera compartida, ya que para las participantes fue claro que el varón se sentía incómodo indicando el método a elegir porque esa era una decisión de la mujer para no tener más embarazos. Al respecto, las participantes comentaron:

“Bueno, yo tengo cinco hijos, pero hay uno que estuvo en control con la doctora, tiene problemas, tiene un retardo leve... Entonces la decisión fue no tener más, entonces operarme, para poderle dedicar más tiempo a ella. Bueno mi decisión fue esa, porque yo digo yo planifico... Pero para Dios no hay nada imposible” (Milena)

“... lo hablé con él y también estaba de acuerdo de quedarnos solo con la chiquita”
(María)

“Bueno, yo por mi parte es que yo soy diabética y de presión alta; yo con los embarazos siempre me he complicado mucho con lo de la presión, entonces decidimos mejor operarme.” (Isabel).

En general, con las respuestas obtenidas, se considera que se está ante un grupo de mujeres que se sienten empoderadas, informadas y conocedoras de sus derechos. Sin embargo, sus respuestas son producto de experiencias y vivencias propias, y no de información recibida a través del sistema de salud.

Capacidad de decisión sobre la frecuencia, características y las condiciones de los encuentros sexuales

Sobre este tema las participantes indicaron que es una decisión compartida con el compañero sexual.

Grupo focal

Se les preguntó a las participantes si consideraban que ellas como mujeres tenían el derecho a pedirle a su compañero que usara protección para evitar enfermedades, a lo que respondieron en forma afirmativa. En opinión de ellas, ambos tienen la responsabilidad de cuidarse mutuamente.

“Yo creo que sí, pero lo que pasa es que el hombre es muy terco o muy machista, porque hay hombres que son así, que dicen yo no me cuido porque me voy a cuidar, si yo estoy bien yo no le voy a hacer ningún daño; entonces uno confía. Hasta ahí es donde yo entiendo” (Milena)

“Claro que sí, es responsabilidad de los dos, es por el bien de los dos” ...(Mileni).

En respuesta a la pregunta de si es el hombre o la mujer quien decide cuándo y en qué condiciones se tienen las relaciones sexuales, respondieron que ellas habían tenido el espacio para negociar estos aspectos de intimidad con sus respectivas parejas y que, además, consideran necesario explicarle las razones por las que no se desean estos encuentros.

“Depende... depende del momento, si uno está con deseo de tener relaciones; hay momentos que no, que el cuerpo no se lo pide; entonces decirle es que no quiero. Pero el hombre muchas veces piensa que es que uno tiene otro, pero a veces el cuerpo no se lo pide, que no siente las ganas de tener relaciones por equis razón, porque está cansada; ese es mi pensamiento” . (Milena)

“ A veces depende... de si lo deseo o no... Yo considero que uno debe tener el espacio para decidir porque no siempre se está de ánimo. (María)

“A veces. Yo me imagino que depende que ellos quieran entender, que lo comprendan a uno que si es una pareja comprensiva lo entienda a uno; en mi caso, yo hablo con mi pareja tanto él como yo; yo sé que él tiene su trabajo y él viene cansado y me dice no

puedo, no quiero, vengo cansado, entonces yo respeto la decisión de él, también él respeta la mía” .(Mileni)

“No está bien así, de vez en cuando hay que parar; hay que decirles que no siempre se quiere tener una relación sexual y ellos deben comprender” (Isabel)

Concepto de la relación sexual para la mujer y su papel en ella. Capacidad de disfrute.

La moderadora pregunta si hablan con su pareja sobre la relación sexual, lo que les agrada y lo que no les agrada y si les parece importante hablarlo. A esta pregunta las participantes respondieron que era importante la comunicación y el respeto en la pareja y que ellas tenían el derecho a expresar satisfacción de la relación sexual, al igual que su compañero.

Respecto a la posibilidad de sentir placer en las relaciones sexuales, ellas expresaron que el placer es permitido y que tienen ese derecho tanto como los hombres.

“ Yo digo que sí, es parte del cuerpo, uno tiene el derecho a sentir placer, es parte de mi condición como mujer” (Mileni)

En cuanto a la pregunta de si la relación sexual que está llena de afecto y amor se puede disfrutar más:

“Depende del amor con el que uno lo haga; si ama al marido,...claro que sí. Es importante que exista el amor en la pareja, porque así se disfruta más” (Isabel)

Sobre el tema de la comunicación que debe existir en la pareja, respecto a lo que les agrada o no de la relación, las participantes coincidieron en que este punto es muy importante, pero desafortunadamente no se habla mucho de ello.

“Yo sí lo hablo, yo sí le digo... aunque se habla poco...” (Mileni)

“Difícil hablarlo; los hombres no escuchan mucho lo que uno dice; se siente un poco de vergüenza” (Milena)

“Yo creo que las dos cosas; eso no se habla mucho, no es un tema de conversación” (María).

Entrevista a las madres con el antecedente de una muerte infantil

En cuanto a información sobre sus relaciones sexuales, tres de las entrevistadas respondieron que éstas eran dolorosas y ninguna de ellas había conversado de este tema con su pareja. Dos de ellas respondieron que la razón de esto era el estrés y que, por ello, no disfrutaba de la relación; sin embargo, no quiso profundizar sobre este asunto. Otra de las entrevistadas respondió que su compañero era brusco y por eso le rompía un poco la vagina. Al preguntársele si se lo había dicho a su compañero, contestó que ella creía que la del problema era ella porque no podía relajarse. De estas tres madres, sólo dos han consultado al médico para recibir tratamiento y orientación al respecto. Una de ellas opinó que puede solucionarlo conversando con su compañero.

Ante la pregunta del antecedente de una enfermedad venérea, sólo una respondió afirmativamente. Sin embargo, comenta que sólo ella recibió el tratamiento, pues el compañero no participó porque consideró que no tenía que hacerlo.

Respecto al disfrute de las relaciones sexuales, sólo una respondió que no disfrutaba de las relaciones sexuales porque, a menudo, estaba estresada y esto se lo impedía.

2. ANTECEDENTE DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Para el análisis de esta categoría, se tomó la información que generó la entrevista estructurada realizada a las usuarias y el grupo focal realizado.

Entrevista estructurada

Las madres entrevistadas dudaron acerca de la existencia de violencia en su relación. No obstante lo anterior, en el transcurso de la entrevista, se observaron hechos que sugieren la negación de su situación personal, en cuanto al ejercicio de sus derechos. Estos comentarios se detallan a continuación:

- ⇒ Varias participantes confesaron que, en algunas ocasiones, la fuerza pública debió intervenir para la solución de un conflicto.
- ⇒ Una participante se quejó que durante la relación sexual su compañero le rompía la vagina.
- ⇒ Las participantes aluden que ellas deciden el “cuándo”. Sin embargo, se quejan que, cuando se niegan, el compañero puede sospechar infidelidad.

- ⇒ Tres refieren dispareunia y sólo dos han consultado sobre este problema, una de ellas afirma que, hablando con el compañero, esto se puede solucionar. Agregan que el dolor sentido les impide sentir placer durante la relación.
- ⇒ En cuanto al posible antecedente de violencia, dos de las entrevistadas respondieron que su compañero no la mimaba; entre éstas, una no quiso referirse al tema y la otra lo hizo cuando describió a su pareja como grosera. Respecto a la pregunta de si la pareja le obliga a tener relaciones sexuales, estas mismas participantes respondieron de forma afirmativa.
- ⇒ Sólo una de las entrevistadas respondió que era maltratada por su pareja con mucha frecuencia. En cuanto al tipo de agresión, la definió como psicológica y ha conversado de este problema con su familia e hizo la denuncia en el juzgado de contravenciones local. Refiere haber tenido que llamar a la policía en varias ocasiones para que intervenga en la situación, ya que su pareja se ha excedido en su enojo.

Con las opiniones anteriores, sigue siendo poco alentador el panorama del ejercicio de los derechos de las mujeres y, lo que es más lamentable, se vive a diario con este problema y no se reconoce su magnitud cuando se trata de hacer una denuncia o poner fin al maltrato del que se es sujeto por parte de los compañeros. La violencia sigue siendo un problema de salud pública y el abordaje se dificulta cada vez más, si no se le dimensiona y se asume que existe.

Grupo focal

En este grupo, la pregunta de la moderadora sobre la existencia de violencia en las relaciones de pareja y su frecuencia, motivó que las participantes llegaran a cuestionar estos “derechos” de negociación de las relaciones sexuales, toda vez que algunas validaron los golpes como la forma en la que la mujer se asegura su sustento y el de sus hijos.

Frente a esta pregunta, se concluyó que la experiencia de las participantes ha sido muy variada en relación con el tema. Algunas han sido víctimas de violencia, otras han tenido familiares con este antecedente y en el caso de una, nunca la ha vivido. No obstante lo anterior, en general, expresaron que se debe recurrir a la comunicación abierta y respetuosa antes que a los golpes:

“No, ahora se está viendo mucho eso de la violencia; en mi casa gracias a Dios es tranquila; es él una persona que no es violenta, una persona muy pasiva pero uno lo ve en

otras personas, pleitos, agresiones, en otras parejas; entonces uno dice, Dios mío, no quisiera pasar eso que está pasando esa fulana- Yo no lo veo bien porque se está viendo demasiada agresión, ya no es que la golpean sino que ya la matan. Es demasiado”. (Mileni)

“Si lo he escuchado pero nunca lo he visto, porque gracias a Dios tengo un buen marido y eso va en la confianza que se le tenga al esposo”.(Isabel)

“Yo lo he vivido en carne propia, lo viví desde pequeña con mi mamá y mi papá y luego con ella y mi padrastro, y luego yo lo viví. A mí me tocó una época muy dura. Uno se calla y lo hace porque tiene miedo por los chiquitos. Uno aguanta mucho por los hijos, porque la verdad es que en mi caso, así como en el de mi mamá, ella y yo aguantamos porque había que darle de comer a los niños, pero la verdad es que cuando los hijos crecen, el día de mañana le dan una patada a uno y luego es uno la que queda sola con el problema. En mi caso, luego ya yo no me dejé y me defendía... Yo creo que ya la mujer no se deja, piensa en ella antes que en sus hijos y eso está bien porque así por lo menos hice yo, un día ya no permití más golpes”. (Milena)

“Bueno, yo creo que las cosas hay que hablarlas y no con golpes...” (María)

“Bueno, yo trataba de conversar y de hablar con él, pero era imposible, recibí mucho maltrato y al menos yo le voy a ser sincera, yo tengo mis cinco hijos y a ellos que ya los veo grandes les digo que esto no se debe aceptar, que la violencia debe pararse desde el primer momento, no se puede. Yo creo que la mujer se deja pegar porque tiene miedo y eso no debe ser así... Uno no se debe dejar pegar de nadie, mucho menos del marido”. (Milena)

En relación con este tema, según una reseña reciente de 50 estudios provenientes de todo el mundo, entre 10% y 50% de las mujeres, han sufrido en algún momento de sus vidas, un acto de violencia física realizado por sus parejas (Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999). Esta reseña y otra anterior del Banco Mundial (Heise, Pitanguy y Germain 1994) destacan algunas de las características que a menudo acompañan la violencia en las relaciones de pareja. La mayoría de los autores de la violencia son hombres; las mujeres corren el mayor riesgo con hombres que ya conocen.⁸²

⁸² Organización Panamericana de la Salud. Violencia Basada en Género, un Problema de Salud Pública y de Derechos Humanos. 1999

3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Con el fin de explorar esta variable, se extrajo información aportada por las usuarias, tanto en la entrevista estructurada como en el grupo focal, también se tomó en cuenta las opiniones de los médicos que participan en la atención y que fueron consignados en la entrevista realizada al personal de salud.

Con el fin de revisar el cumplimiento de la normativa existente, se incluyeron los resultados del análisis documental realizado a los expedientes clínicos de la consulta prenatal, de planificación familiar y el análisis consignado en el instrumento número dos de la COLAMI, respecto al cumplimiento de los criterios de calidad para la atención prenatal.

Finalmente como insumo para la propuesta de un plan de intervención, se tomó en cuenta las recomendaciones hechas por las madres en la entrevista estructurada, el grupo focal y la entrevista hecha a los médicos responsables de la atención.

3.1 Accesibilidad a la atención

Entrevista estructurada

Sobre la calidad de la atención en las consultas de Planificación Familiar y de Control Prenatal recibidas, 8 de las madres recibieron consulta de planificación en el último año. Respecto al tiempo que tuvieron que esperar para que les otorgaran la cita, dos respondieron que el tiempo era mucho, pero dentro de lo razonable. en cuanto al tiempo de espera el día de la cita, tres contestaron que tuvieron que esperar entre media y una hora para ser atendidas, lo cual consideran inaceptable e injusto, pues el médico define que un paciente está ausente si, al llamarlo, éste no responde inmediatamente

El siguiente cuadro muestra estos resultados:

Cuadro 6. Resultados de la calidad de la atención recibida en las consultas de Planificación Familiar y Control Prenatal de las madres entrevistadas – Clínica de Pavas 2000-2005

Calidad de la consulta recibida	Número
<u>Tipo de consulta recibida el último año</u>	
Planificación Familiar	8
Control prenatal	3
<u>Tiempo de espera para que se otorgara la cita</u>	
Más pronto de lo esperado	6
Lo normal/ razonable	3
Mucho tiempo/inaceptable	2
<u>Tiempo de espera el día de la cita</u>	
Lo normal/ razonable	9
Mucho tiempo/inaceptable	2
<u>Atención con amabilidad y respeto</u>	
Si	9
No	2
<u>Atención de parte de la enfermera</u>	
Adecuada	9
Inadecuada	2
<u>Atención puntual de parte del médico</u>	
Si	7
No	4
<u>Interés del médico en su caso</u>	
Si	10
No	1
<u>El médico permitió aclarar sus dudas</u>	
Si	9
No	2
<u>El médico brindó recomendaciones</u>	
Si	8
No	3
<u>El médico brindó explicaciones sobre el procedimiento a realizar</u>	
Si	1
No	10
<u>Privacidad y confidencialidad en la consulta</u>	
Si	9
No	2

Fuente: Entrevista estructurada a las madres con el antecedente de una muerte infantil

Respecto al acceso a los servicios, se destaca que todas eran costarricenses y aseguradas en cualquiera de las modalidades existentes; no expresaron dificultades de acceso geográfico o administrativo a las citas en la clínica, ni en cuanto a los controles.

Este grupo de madres, al igual que las que participaron del grupo focal, expresaron las dificultades para comunicar y expresar sus necesidades al personal de salud, producto de la ausencia de confianza, espacio y tiempo suficiente, ya que perciben que la consulta se desarrolla en forma muy

rápida y, cuando se responde a algunas de las inquietudes, el personal usa un lenguaje de difícil comprensión para ellas.

Respecto al trato recibido de parte del médico, sólo una consideró que el médico fue poco amable, que no mostró interés en su problema y no le permitió hacer preguntas respecto a su situación de salud.

En cuanto a la información brindada sobre el procedimiento a realizar, sólo una respondió que el médico le explicó que iba a realizarle el Papanicolaou; el resto de las entrevistadas manifestó que, por lo regular, no se les pregunta si están de acuerdo con el procedimiento a realizar ni sobre los efectos secundarios de los medicamentos que se prescriben, salvo que ellas mismas lo pregunten.

Grupo focal

Al igual que las entrevistas a las usuarias, el grupo focal tuvo como finalidad ampliar y profundizar en algunos de los aspectos antes mencionados y permitirles a las participantes expresar de manera clara y abierta sus expectativas, temores y opiniones sobre la calidad de la atención que reciben y lo que consideran podría acercarse al ideal.

Sobre el acceso y la calidad de la atención recibida, consideran que la Clínica de Pavas no brinda una atención en Salud Sexual y Reproductiva acorde con las necesidades expresadas por las mismas usuarias. No obstante lo anterior, ellas indican que existe poco tiempo y disposición por parte del médico para brindar una adecuada y suficiente. En algunas ocasiones han percibido enojo o molestia por las preguntas que hacen, y por eso, ellas prefieren no preguntar por temor a ser tratadas descortésmente. A continuación se incluye una de las declaraciones aportadas en este grupo:

“...Pero yo decirle que le dan a uno explicación, como cuidarse, qué cuidados tiene que tener, no, eso no...”

Manifiestan que predomina la ausencia de explicaciones suficientes sobre todo en materia de uso de métodos anticonceptivos (principalmente los definitivos) y en la toma de Papanicolaou.

“Solo me dieron a firmar y me dijeron que si era mi decisión de operarme, porque si después yo quería tener otro bebé, pero yo les dije que no, que estaba bien, que yo me

quería operar; nada mas eso fue, porque cuando yo tuve la bebé porque fue por cesárea, y ahí mismo me hicieron la operación” (Mileni)

En otros casos manifiestan su conformidad por las explicaciones brindadas; “...*en la planificación sí, porque, digamos, ellos me habían mandado unas pastillas que me hacían daño; entonces siempre me daban opciones a escoger; entonces desde que yo planifico, planifico con la inyección”*. (Milena).

En relación con la continuidad de la atención, disponibilidad de diversidad de métodos para la planificación, expresaron que reconocen que existe una red de atención especializada, pero que hay debilidades en el proceso de referencia y contrarreferencia. Consideran que la atención es continua cuando la usuaria es vista en diferentes ocasiones por el mismo médico, situación que no se cumple en algunos casos, de acuerdo con su experiencia personal.

Siempre en el tema del acceso, la moderadora preguntó si las participantes consideraban que en la Clínica de Pavas se daba atención a la salud sexual y reproductiva, las participantes expresaron que la Clínica de Pavas no cuenta con este tipo de servicios como tal, porque no existen los espacios suficientes para que las mujeres puedan plantear sus dudas. Además interpretan que al acudir a una consulta, se debe venir enfermo, porque de otra manera, se pierde interés en su atención.

“Yo le soy sincera... no sé da... porque uno necesita que a uno le expliquen, ¿me entiende? Porque si uno viene a consultar con el médico, porque si uno viene, es porque lo traten a uno; porque a veces uno viene a la clínica y le preguntan por qué viene usted, por qué consulta; uno dice más directamente, vengo por eso a lo que uno venga; muchas veces necesita que le expliquen y entonces no le explica;, entonces uno tiene que buscar ayuda en eso, y para mí esa atención no se da; pueden dar otras atenciones porque yo no puedo hablar de la clínica...”. (Mileni)

“No, a mí me parece que no... A mí por el momento me han tratado muy bien; como dicen ellas, uno necesita que le expliquen lo que le van a hacer, para ver si uno está de acuerdo o no...” (Milena).

Análisis documental de los expedientes de la atención prenatal

Con el fin de revisar el acceso a los servicios, y a pesar que la ley protege a las mujeres embarazadas, pese a su condición de aseguramiento, nacionalidad o capacidad de pago, se analizó

el estatus de aseguramiento que presentaban al momento de la atención; 12 de las 36 (32,4%), eran madres aseguradas directas; 12 eran aseguradas por el Estado (32,4%) y 8 (21,6%), tenían un beneficio familiar. 3 (8,1%) eran no aseguradas, pero fueron atendidas. No se logró establecer una relación entre la ausencia del seguro y el acceso tardío a la consulta prenatal por desconocimiento de sus derechos. En dos casos, no fue posible establecer el estatus de aseguramiento, porque no se estaba consignado.

Análisis documental de los expedientes de la atención de Planificación Familiar

En este caso, aunque la ley protege a la madre y al niño, este derecho finaliza una vez se da el parto o se desembaraza la madre. El reglamento de atención a la mujer tiene alcance para que se brinde atención durante el postparto, es decir, hasta 45 días después del parto.

De las 36 madres que asistieron a la consulta, 16 (44%) eran aseguradas directas, 10 (27,7%) por el Estado, 9 (25%) eran no aseguradas y, sin embargo, fueron atendidas. En un caso, no fue posible obtener este dato porque no estaba consignado y no pudo ser localizada.

Análisis documental del instrumento 2 de los casos de Mortalidad Infantil de la COLAMI

La mayoría de las madres tenían alguna modalidad de seguro: 15 (41,6%) tenían seguro por el Estado, 13 (36,6%) beneficio familiar, 6 (16,7%) eran aseguradas directas, y sólo en dos casos no fue posible determinar el estatus por falta de información.

3.2 Cumplimiento de la normativa existente

Análisis documental de los expedientes de la atención de Control Prenatal

Las Normas de Atención Integral de Salud del Primer Nivel de Atención, de nuestro país establecen las actividades que deben considerarse en la atención integral a la mujer y los responsables de esta atención; además, establece que la cobertura debe ser entre el 80% y 100% de la población. Sin embargo, no contempla un acápite o apartado específico sobre todos los aspectos que desarrolla.

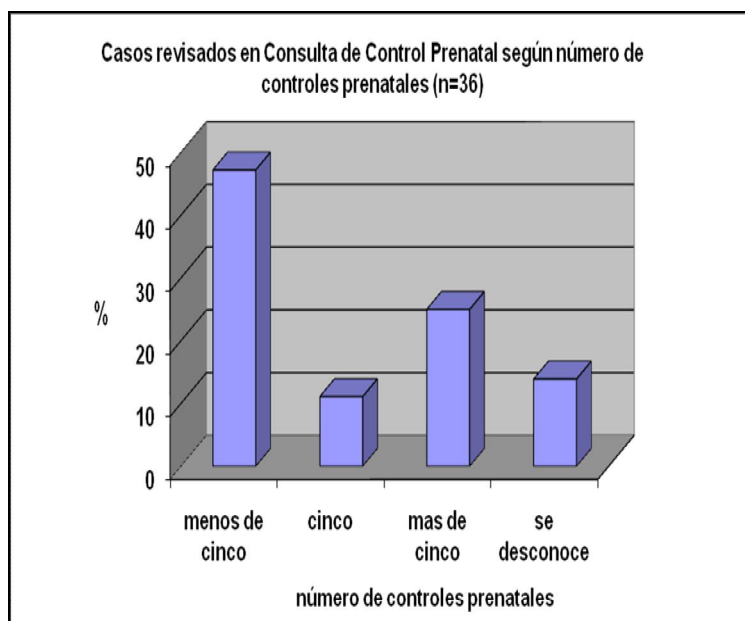
Las fichas técnicas para las Áreas de Salud definidas por la CCSS, aplicables al periodo estudiado establecen varios de los parámetros analizados:

- Captación temprana: en el primer trimestre, antes de la semana 13.
- Indicación hemoglobina, VDRL y glicemias: en la primera consulta y en la semana 30-35.
- Prescripción del examen general de orina, hierro y ácido fólico: en cada consulta.
- Valoración del riesgo: en cada consulta y se consigna en el expediente.
- Toma de presión arterial y peso: en cada consulta

Respecto al número de controles prenatales realizados, se recomienda un mínimo de cinco. De los casos analizados, 17 (47,22%) tuvieron menos de cinco, cuatro (11,11%) cinco controles, nueve (25%) más de cinco y en cinco casos (13,88%), no se logró obtener este dato pues se trataba de un control privado o no se encontró información al respecto. El total de consultas recibidas por las 36 embarazadas es de 86, lo que representa un promedio de 2,38 consultas por paciente. Esto significa que el número de controles promedio recibidos por paciente es bajo, situación que podría haber incidido en los acontecimientos que llevaron a la muerte el producto (infante).

El siguiente gráfico resume la anterior información:

Gráfico 6. Total de controles prenatales de las madres con el antecedente de una muerte infantil. Clínica de Pavas 2000-2005



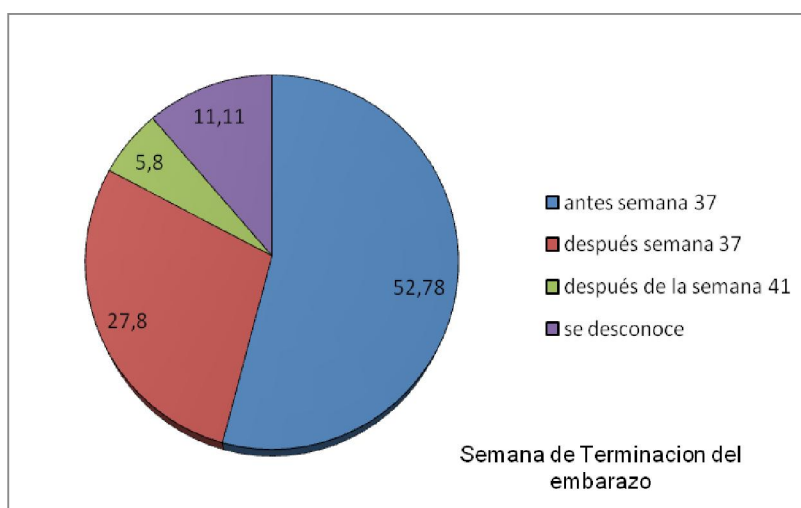
Fuente: Análisis documental en expedientes clínicos de la Consulta de Atención Prenatal.

De los expedientes revisados, 19 (52,8%) iniciaron el control prenatal en el primer trimestre, 11 (30,6%) en el segundo y tres (8,3%) en el tercero. Sólo tres (8,3%) no tuvieron control prenatal del todo.

Otro hecho a destacar fue la ganancia de peso. En 11 casos (58,33%) fue de 10 kilos; en nueve (25%) fue menor de 10 kilos; en cuatro (11,11%) ganaron más de 10 kilos y en dos (5,56%) se desconoce cuánto fue, por falta de información.

En cuanto a la terminación del embarazo, en 19 (52,78%), la gestación finalizó antes de la semana 37; 11 (27,8%) después de la semana 37, en y en dos de ellos, luego de la semana 41 (5,8%). En los restantes cuatro casos, no se pudo determinar la edad gestacional al momento del parto. El siguiente gráfico muestra estos resultados:

Gráfico 7. Edad gestacional al término del embarazo en las madres que tienen el antecedente de una muerte infantil. Clínica de Pavas 2000-2005



Fuente: Análisis Documental en expedientes clínicos de la Consulta de Atención Prenatal.

Respecto al cumplimiento de la norma, en 29 expedientes revisados (80,55%) se interpretó el hemograma en cada consulta, de los cuales 18 (50%) requirieron tratamiento para la anemia. Además, se valoró el VDRL en 29 embarazadas (80,55%); a 13 de ellas, este examen resultó alterado y se le dio tratamiento (36,1%). Por otra parte, se interpretó los resultados del examen general de orina en 30 casos (83,3%) y se les dio tratamiento por alteración o infección urinaria en la mitad de éstos (41,7%). Con estos resultados se concluye que dicho cumplimiento se dio en más del 80% de los expedientes revisados.

Sobre la clasificación del riesgo y el respectivo abordaje se cumplió en 32 casos (88,9%); de estos, 16 (44,4%) documentaron complicaciones como contracciones uterinas, (amenaza de aborto, de parto prematuro), anemia e hipertensión arterial, en orden de frecuencia. En 17 casos (47,2%) se clasificó como embarazo de alto riesgo, en 10 (27,8%) no se documentó y en nueve (25%) este riesgo fue bajo. Del total de los casos revisados 24 usuarias (66,7%), fueron referidas al tercer nivel de atención para la atención de las complicaciones.

Uno de los aspectos que se contempla es la referencia de la embarazada al curso de preparación al parto, lo cual se cumplió en 27 casos, (75%). Respecto a la educación brindada a la embarazada durante la consulta, 29 (80,6%) de ellas recibieron, al menos, dos temas de educación en cada consulta.

Análisis documental de los expedientes de la atención de Planificación Familiar

De acuerdo con lo establecido en las normas de atención de estas consultas, se procedió a determinar e interpretar el estado nutricional en 32 casos (86,5%); en cuatro (10,8%) no se interpretó y en uno (2,7%) no se indica dicha interpretación. Se tomó la presión arterial en 36 casos (97,3%).

Respecto al método de planificación, se recomendó anticonceptivos orales a 17 mujeres (46%), 17% salpingectomizadas. En las ocho restantes (8%) se recomendó anticonceptivos inyectables. El siguiente gráfico recopila la información anterior:

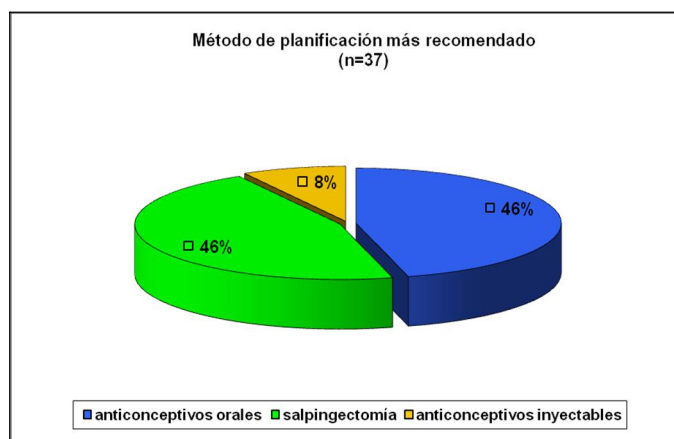
Gráfico 8. Método anticonceptivo indicado en la consulta de Planificación Familiar. Clínica de Pavas 2000-2005

Fuente: Análisis Documental en expedientes clínicos de la Consulta de Planificación Familiar.

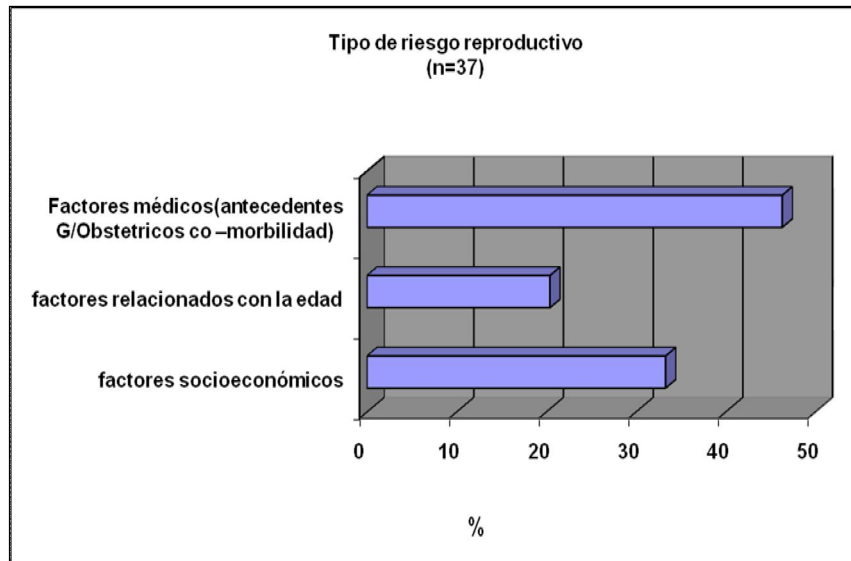
De los casos estudiados, se determinó el riesgo reproductivo en 33 (89,2%).

A continuación se detallan los resultados obtenidos sobre este aspecto:

Gráfico 9. Riesgo reproductivo de las madres con el antecedente de una muerte infantil en la consulta de Planificación Familiar Clínica de Pavas- 2000-2005



Fuente: Análisis Documental en expedientes clínicos de la Consulta de Planificación Familiar.



De los expedientes revisados, en 28 (78,4%), el método prescrito es adecuado para las condiciones que presentaba la usuaria; en uno (2,7%), el método no cumple las necesidades de la usuaria y en siete (18,9%) no se anota esta condición. Es importante aclarar que en algunos de los casos se trataba de madres que acudieron a la consulta de Planificación Familiar antes del evento de la muerte infantil, por ser ésta la única consulta consignada en el expediente clínico.

En 31 casos (83,8%) se brindó educación sobre el método de planificación. No obstante lo anterior, solo en 18 casos (48,6%) se le dieron explicaciones sobre los riesgos y tiempo de uso y a 12 (32,4%) sobre las posibles complicaciones para la salud por la utilización del mismo.

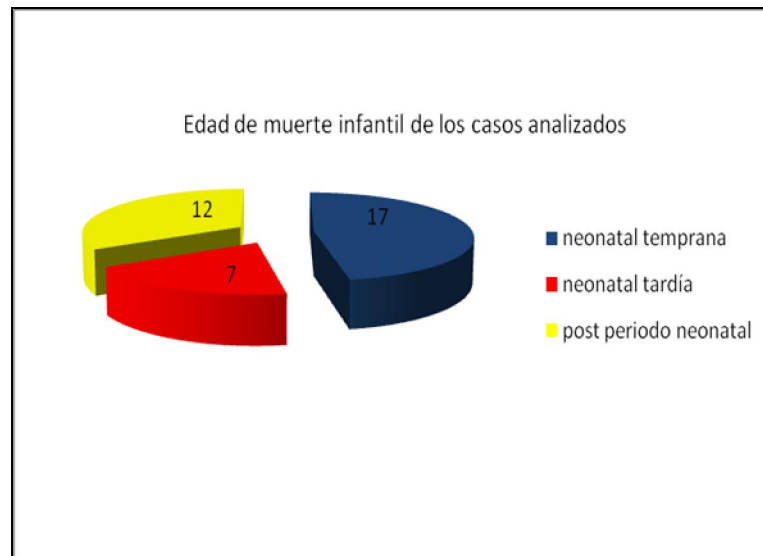
Se destaca, en relación con lo anterior, que solo en cuatro casos (10,81%), se documentó complicaciones por el uso de anticonceptivos; dos de ellos, por intolerancia gástrica y otras dos, por sangrados menstruales abundantes. Esta situación podría estar relacionada con el hecho de que en 17 (46%) de los casos las mujeres eran salpingectomizadas.

Análisis documental de los instrumentos 2 de mortalidad infantil de la COLAMI

La edad de muerte de los niños se agrupó en las siguientes categorías: neonatal temprana (primera semana de vida), neonatal tardía (antes de los 29 días) y postnatal: posterior al periodo neonatal (30 días hasta los 11 meses 29 días de edad).

El siguiente gráfico detalla esta información

Gráfico 10. Clasificación de la muerte infantil, de acuerdo con el período en los casos analizados de la COLAMI. Clínica de Pavas 2000-2005



Fuente: Análisis Documental de los instrumentos 2 de mortalidad infantil de la COLAMI.

Con el objetivo de contextualizar las condiciones de vida de estas madres y familias, se analizó el indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y contrario a lo esperado en una población marginal, sólo 10 (27,8%) tenían necesidades básicas insatisfechas. En 21(58,3%), estas necesidades estaban satisfechas y en cinco (13,9%) este dato se desconoce, porque no fue posible localizar a la madre y, por tanto, realizar la respectiva entrevista.

La captación del embarazo fue temprana en 27 casos (75%) y el riesgo del embarazo se clasificó también, de forma temprana, en 29 casos (80,55%). Además, se cumplió con las normas de atención prenatal en 26 casos (72,2%).

En cuanto al número de consultas prenatales que recibieron durante el embarazo, el siguiente cuadro lo resume:

Cuadro 7. Número de consultas de control prenatal de los casos analizados de la COLAMI. Clínica de Pavas

No. de consultas	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado Porcentaje
1 a 4	9	25	25
5	5	13,9	38,9
Más de 5	20	55,5	94,4
No hubo	2	5,6	100
Total	36	100	

Fuente: Análisis Documental de los instrumentos 2 de mortalidad infantil de la COLAMI.

En relación con el cuadro anterior, se observa que 30 madres tuvo un adecuado número de consultas (80,3%), a diferencia de los expedientes clínicos estudiados de la consulta de Control Prenatal de la Clínica de Pavas, periodo 2000-2005, en donde el mayor porcentaje se centró en menos de cinco consultas. Por otra parte, 27 (75%) tuvieron una captación del embarazo en forma temprana, acorde con lo que la norma establece. No se consignó la justificación de la captación tardía, ya que el Instrumento N° 2 de Análisis de Mortalidad Infantil no lo contempla.

En 29 casos se hizo la clasificación del riesgo del embarazo (80,5%); de éstos, siete (19,4%) se consideraron como de alto riesgo. El cumplimiento global de la normativa se dio en 26 casos (72,2%).

En cuanto a la edad gestacional de terminación del embarazo, 20 fueron antes de la semana 37 (55,5%), 13 nacieron después de la semana 37 y antes de la 41 (36,11%); dos, luego de la semana 41 (5,6%) y en uno se desconoce la fecha de terminación del embarazo (2,8%).

Respecto a la atención del recién nacido, en 24 casos se efectuó la clasificación del riesgo del recién nacido (66,7%) y se cumplieron las normas de atención del recién nacido en 28 de los casos (77,8%). En cuanto al peso al nacer, la clasificación del recién nacido se hizo siguiendo las siguientes categorías:

- Prematuridad extrema: Menos de 1000 gramos de peso (no clasificado).
- RNPAEG: Recién Nacido Pretérmino Adecuado para la Edad Gestacional
- RNPGE: Recién Nacido Pretérmino Grande para la Edad Gestacional
- RNPPE: Recién Nacido Pretérmino Pequeño para la Edad Gestacional
- RNTAEG: Recién Nacido Término Adecuado para la Edad Gestacional
- RNTPE: Recién Nacido Término Pequeño para la Edad Gestacional

El siguiente cuadro clasifica los casos analizados de muerte infantil:

Cuadro 8. Clasificación de los recién nacidos en los casos de muertes infantiles de la COLAMI. Clínica de Pavas 2000-2005

Clasificación del Recién Nacido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Prematuridad extrema	1	2,8	2,8
RNPAEG	15	41,7	44,5
RNPGEG	2	5,5	50
RNPPEG	3	8,3	58,3
RNTAEG	11	30,6	88,9
RNTGEG	1	2,8	91,7
RNTPEG	3	8,3	100
Total	36	100	

Fuente: Análisis Documental de los instrumentos 2 de mortalidad infantil de la COLAMI.

Del cuadro anterior se desprende que 21 (58%) de los infantes fueron clasificados como pretérminos y 15 de término. De éstos, seis tenían restricción del crecimiento intrauterino (pequeños para edad gestacional), por lo que el antecedente de prematuridad podría estar relacionado con la presencia de infecciones urinarias o de un VDRL alterado, tal y como se observó en la muestra de casos de los expedientes clínicos de la Consulta de Control Prenatal de la Clínica de Pavas, en el periodo 2000-2005. Aunque no es propósito del estudio, este hallazgo debe ser considerado en las acciones que desarrolle la Clínica en la prevención de la morbimortalidad materna e infantil.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud define como pretérmino a aquel nacimiento que ocurre entre la semana 20 y menos de 37 semanas de gestación. Goldenberg RL establece que la prematuridad es la principal causa de mortalidad neonatal, así como de una parte considerable de la morbilidad a corto y largo plazo relacionada con el nacimiento.⁸³ Representa un 50-70% de la morbi-mortalidad neonatal, es el mayor problema de mortalidad infantil y es una de las cinco causas de mortalidad general y es la principal causa de discapacidad neurológica.⁸⁴

De estos recién nacidos, 12 (33,33%) sobrevivieron al periodo neonatal y fueron controlados en la consulta de crecimiento y desarrollo o en un tercer nivel, para luego morir por complicaciones u otras causas no relacionadas con el parto, (muerte de cuna, infecciones, entre otras). Las causas de

⁸³ Goldenberg RL., The management of preterm labor, *Obstetrics Gynecol* 2002; 100:1020-37

⁸⁴ BJOG. April 2003, vol 110, *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Dec 2000, Vol 43. 4

muerte registradas fueron resumidas de la siguiente manera: un 43,24%, por membrana hialina y bronconeumonía, 16,67% por sepsis neonatal, (60% de los casos estaban relacionados con complicaciones del período perinatal). En un 13,5% de los casos la causa de muerte tuvo relación con malformaciones congénitas.

Para finalizar, la Comisión que analizó estos casos, determinó que en nueve casos la muerte era NO prevenible (25%); y 19 (53%), cuya muerte fue presuntamente prevenible; en cinco casos no se pudo determinar, por lo que se clasificó como dudosa. Por último, uno de los casos no pudo ser analizado en su totalidad por falta de información.

En los Estados Unidos de América, la tasa de prematuridad es de 11 %, mientras que en Europa varía entre 5% y 7 %. A pesar de los avances en la atención obstétrica, estas cifras no han disminuido en los últimos 40 años. De hecho, en algunos países industrializados ha aumentado discretamente. La prematuridad sigue siendo la principal causa de morbimortalidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable del 60% a 80 % de las muertes neonatales de los recién nacidos sin malformaciones.

La predicción de un parto prematuro en una mujer embarazada no es fácil; existen algunos factores orientadores, que pueden sugerir esta posibilidad:

- La existencia de contracciones uterinas
- Las infecciones durante el embarazo
- La edad (adolescentes menores de 17 y mujeres mayores de 35 años).
- El bajo nivel cultural y socioeconómico
- Estado nutricional bajo
- Antecedentes de partos prematuros previos, una mujer con el antecedente de un parto prematuro previo tiene 2,5 veces más posibilidad, que en un próximo embarazo, sea un parto de pretérmino.⁸⁵
- Embarazo múltiple⁸⁶
- Sangrados en el segundo trimestre del embarazo, asociados o no con placenta previa o desprendimientos de ésta.
- Parto prematuro inducido por causas fetales (oligoamnios, corioamnioitis, sufrimiento fetal) o maternas (preeclampsia, eclampsia).

⁸⁵ Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH, Meis PJ, Iams JD, Das AF *et al.* The preterm prediction study: Effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1216-21.

⁸⁶ Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hauth JC, Wenstrom KD, eds. *Williams Obstetrics*. 21 st ed. New York: Mac Graw Hill, 2001:780

- Fumado

Por existir causas multifactoriales, la labor de los servicios de salud es reducir los factores de riesgo ya mencionados y, a nivel socioeconómico, implica el mejoramiento de la calidad de vida, aumentando el aporte nutricional, los ingresos y reduciendo el estrés físico y emocional que puede sufrir una embarazada en condiciones socioeconómicas inadecuadas.

No obstante lo anterior, se han asociado tres pruebas específicas⁸⁷, que en conjunto podrían tener utilidad como posible factor predictivo

- ◆ El estriol en saliva materna, niveles mayores de 2,3 ng/dl
- ◆ Longitud del cuello uterino (cervicouterina), debe ser menor de 25 mm por medio de ultrasonografía transvaginal
- ◆ Presencia de vaginosis bacteriana, se caracteriza por la alteración de la flora vaginal normal, con disminución de los lactobacilos e incremento de bacterias gramnegativas y anaerobias (*gardnerella vaginalis*, *bacteroides*, *mobiluncus*, *peptoestreptococcus*) y micoplasmas genitales. Las mujeres con vaginosis bacteriana tienen concentraciones más elevadas de sialidasa en comparación con las pacientes con flora vaginal normal.

En los expedientes revisados de la consulta de Planificación Familiar se determinó que 33 mujeres tenían algún tipo de riesgo reproductivo, entre los que se mencionan, en primer lugar, factores médicos y, en segundo lugar, de tipo socioeconómico. No obstante lo anterior, aunque se determinó este riesgo, las acciones realizadas se limitaron al cumplimiento de la normativa, más no al abordaje integral. Por lo que éste constituye la primera alerta del no cumplimiento de una consulta integral de la salud reproductiva y sexual.

Para el Ministerio de Salud de Colombia, esta consulta es un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos.⁸⁸

⁸⁷ MJC, 2005 vol1657, Clinical Obstetrics and Gynecology.2005,Vol132.34

⁸⁸ Ministerio de Salud Colombia, Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar para hombres y mujeres, año 2000

En la Clínica de Pavas, la consulta de Planificación Familiar cumple con las normas de atención propia de esta consulta. Esto quiere decir que, desde la perspectiva técnica. Sin embargo, la inexistencia de un abordaje holístico de las necesidades y los determinantes propios de la salud hace difícil que se pueda hablar de una atención completa e integral. Existe evidencia de que en algunos de los casos revisados no fue dimensionado el riesgo ni mucho menos el abordaje ulterior que se dio en cada uno de ellos. El mejor ejemplo lo constituye la existencia de antecedentes de abortos previos, infecciones urinarias e infecciones de transmisión sexual que no fueron adecuadamente abordadas ni seguidas por parte de este nivel de atención.

Tradicionalmente, la salud sexual y reproductiva ha sido enfocada hacia la maternidad y los aspectos que se relacionan con ella, pero en la actualidad, este enfoque está cambiando. Además, se deben dar los espacios para una atención diferenciada a las adolescentes y las mujeres adultas jóvenes. Por otra parte, el hombre debe tomar parte activa en este proceso, para decidir libre y conscientemente sobre el tamaño de la familia que se desea tener y que sea conocedor de sus derechos pero también de sus deberes y responsabilidades en la salud de su compañera y su familia.

4. Satisfacción expresada por usuarias y proveedores sobre la atención.

Entrevista estructurada

En cuanto al trato recibido por la enfermera, dos usuarias consideraron que no era tan bueno, porque las trataban en forma muy seria y no mostraba interés en brindar una buena atención ya que parecía muy ocupada y poco concentrada.

El resto de las entrevistadas respondieron que fueron tratadas amablemente por los médicos, fueron saludadas y llamadas por su nombre. En relación con la satisfacción expresada por la atención recibida, en términos generales, predominó un buen concepto sobre la razonabilidad del tiempo de espera, la calidez, la amabilidad, la consideración y el respeto de su dignidad como persona. Contrario a este punto, las mujeres perciben que la información recibida es insuficiente, ya que no les explican los procedimientos o los métodos anticonceptivos en forma adecuada y completa, según sus necesidades.

Los resultados de las entrevistas a las usuarias de estos servicios, reflejan el papel poco activo que juegan sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva para la organización y planeación de la atención sanitaria.

Respecto a la confidencialidad y privacidad, todas respondieron que la consulta se brindó en un espacio adecuado, en el cual podían desvestirse sin temor a ser vistas por otros usuarios o el personal. Sin embargo, llama la atención que en dos de los casos, hicieran la observación que la

consulta fue interrumpida por llamadas telefónicas al celular del médico, para atender situaciones personales o de otros pacientes.

Grupo focal

En ese sentido, la experiencia contada por cada una de las participantes fue variable, respecto a la calidad de la atención recibida en el control prenatal, y muy relacionado con el evento de la muerte infantil, se destaca lo siguiente:

“... bueno, para mí yo tuve una pérdida hace siete años, yo vine aquí a control prenatal con la doctora SV y sinceramente me fue muy mal, porque ella no me revisó como tuvo que revisar. Bueno, en el San Juan de Dios sí me dijeron, que la bebé se me murió por culpa de la doctora, por mala revisión que me hizo en el embarazo, que yo padecía de presión alta, y ella sinceramente yo solo venía a control y ella me escuchaba el corazoncito del bebe y me tomaba la presión y ya está; nunca me hizo el tacto, nunca me tocó, nunca me explicaba nada ni nada, bueno yo digo, verdad. Nunca me explicaron nada”. (Isabel).

En cuanto al tiempo destinado para la atención, las participantes expresaron que, principalmente el médico, no destina mucho tiempo a explicar, y cuando lo hace, utiliza palabras que a veces no entienden o que en algunos casos, se enojan con ellas y por eso las mujeres prefieren no preguntar por temor a ser tratadas descortésmente. Algunas de las participaciones:

“...pero, yo decirle que le dan a uno explicación, como cuidarse que cuidados tiene que tener no, eso no... pasa en la consulta, normalmente no hay tiempo para preguntar y cuando lo hay o no le contestan o le responden con palabras que uno ni entendié” (Mileni).

Sobre su opinión de la calidad de la atención que se recibe en la Clínica de Pavas, las participantes respondieron que todas estas consultas se brindan en la clínica y, al respecto, manifiestan en general que predomina la ausencia de explicaciones suficientes, sobre todo en materia de uso de métodos anticonceptivos (principalmente los definitivos) y en la toma de Papanicolaou.

“Solo me dieron a firmar y me dijeron que si era mi decisión de operarme, porque si después yo quería tener otro bebé, pero yo les dije que no que estaba bien que yo me

quería operar nada mas eso fue, porque cuando yo tuve la bebé porque fue por cesárea y ahí mismo me hicieron la operación”

En otros casos manifiestan su conformidad por las explicaciones brindadas; “...*en la planificación sí, porque, digamos, ellos me habían mandado unas pastillas que me hacían daño; entonces siempre me daban opciones a escoger; entonces desde que yo planifico, planifico con la inyección”*.”

Respecto a si se toman en cuenta las necesidades de las usuarias, ellas manifestaron que a veces no existen los insumos necesarios para la atención; el ultrasonido no se realiza oportunamente o no se tiene acceso al especialista. En algunos casos refieren desconfianza del profesional por los errores que ha cometido con otras usuarias o con ellas mismas.

En cuanto a la continuidad en la atención, las participantes expresaron que la gran debilidad es no contar con un mismo médico en todas las consultas. Para ellas, el cambio del médico constituye un problema porque no tienen la misma confianza.

“Pues para mí también; la última que fue hace cinco años, pues yo vi ese embarazo muy arriesgado porque me cambiaban el médico, me veía una y otra; entonces yo vi como que no tenía los cuidados que uno necesita porque a mí, la verdad, no me mandaron un ultrasonido que se necesita para saber cómo está el bebe. Cuando mi bebé nació en el hospital, ella nació bien; solo un día estuvo conmigo pero me dijeron que había algo ahí, que si a mí me hubieran tratado se hubieran dado cuenta qué malformación tenía la bebé y me hubieran ayudado porque mi bebé nació con una malformación en un riñón...” (Milena)

Reconocen que existe un nivel de atención más complejo, que es el hospital, pero que algunas veces accederlo es muy difícil, por cuanto se requiere de una referencia con la cual el médico del primer nivel, no estaba siempre de acuerdo en realizar.

“...He venido para una referencia de un ginecólogo y para hacerle sincera tengo más de tres años de estarla pidiendo y no me la dan; he ido al San Juan y tampoco, porque se necesita una referencia...” (Mileni)

Finalmente, respecto a la pregunta sobre lo que debe hacer la Clínica de Pavas para mejorar la atención en las distintas consultas en salud sexual y reproductiva (Control Prenatal, Planificación

Familiar, toma de Papanicolaou y atención de las enfermedades de transmisión sexual), los participantes plantearon las siguientes recomendaciones:

- Mejorar la comunicación con los médicos especialmente, de manera que éstos sean abiertos y estén dispuestos a responder a las inquietudes de las y los usuarios.
- Que la educación que se brinde a las usuarias se haga en forma sencilla, con espacios y tiempos adecuados y que se cuente con la confianza de preguntar sin que enojen.
- Sobre los métodos para impartir educación, recomiendan espacios de reunión con mujeres y charlas con pocas personas.
- Consideran que la entrega de panfletos y material para la lectura es un desperdicio porque no se lee y no es efectivo.
- Que se involucre al hombre en las consultas de la mujer y que se abran espacios para que ellos también participen de las charlas educativas.

Entrevista al personal de salud

Respecto a estas entrevistas, se debe acotar que originalmente estaban diseñadas para que se realizaran al personal que participa directamente en la atención a estas usuarias. Sin embargo, dado que el Área no cuenta con enfermeras obstétricas, se decidió usar como único grupo entrevistado al personal médico.

Para conocer la opinión del personal de salud sobre estas consultas, se eligió un grupo de médicos que tuvieran algún grado de experiencia profesional y laboral y que hubiesen tenido la oportunidad de brindar consultas de Atención Prenatal y Planificación Familiar. El objetivo de realizar esta entrevista fue conocer sus necesidades en materia de organización del proceso de atención, así como su opinión acerca de las modificaciones que sería pertinente realizar para mejorar la atención.

Dentro del grupo de los 10 médicos entrevistados, la edad promedio fue de 32 años y el tiempo de laborar para la Clínica de Pavas osciló entre los dos y los 20 años, con un promedio de seis años. La totalidad de los médicos entrevistados había tenido la oportunidad de brindar consultas, tanto de Planificación Familiar como de Control Prenatal. Así mismo, todos coinciden en señalar que ven cuatro usuarias por hora, en las dos consultas. Respecto al tiempo, consideran que debería ser mayor para la consulta de atención prenatal, pues requiere de una evaluación más exhaustiva al igual que las anotaciones en el expediente clínico. Seis de los 10, comentaron que aprovechan la

consulta de Planificación Familiar para realizar el Papanicolaou cuando la usuaria accede, por lo que recomiendan en estos casos aumentar el tiempo a 20 minutos por paciente.

En general, el grupo de médicos se considera capacitado para brindar ambas consultas y cuenta con los equipos e insumos necesarios para hacerlo. Sin embargo, confiesan que faltan programas de capacitación y actualización en el tema de los métodos de planificación, de los cuales, aunque conocen y disponen de la gran mayoría, el mercado privado ofrece alternativas de las cuales quisieran tener mayor información.

En cuanto al acceso a capacitaciones, en los temas de las consultas que imparten, cinco respondieron que se preocupan por leer temas actualizados en Planificación Familiar y embarazo de alto riesgo (revistas, Internet, asistencia a pasantías y congresos). El grupo restante mencionó que no ha recibido, de parte de la Clínica, ninguna capacitación en Planificación Familiar, y reconocen que es más frecuente encontrar temas de actualización en atención prenatal.

Sobre el conocimiento de las normas de atención de la mujer embarazada y de planificación familiar, sólo uno contestó que no la conocía, dos aclararon que no existe una normativa de planificación familiar y los otros siete comentaron que las normas existentes son muy antiguas y su actualización está pendiente o la divulgación de la actualización no se ha dado. Todos coinciden en decir que al principio de cada año se comentan los requisitos del cumplimiento de la calidad en la consulta de atención prenatal, pero no así de la consulta de Planificación Familiar, pues ésta no se evalúa en el compromiso de gestión que se firma.

Respecto a la disponibilidad de todos los métodos de planificación familiar para las usuarias, la totalidad de los entrevistados respondió afirmativamente La Clínica dispone de anticonceptivos orales, parenterales, métodos de barrera (preservativos, DIU). Un médico destacó que existe una amplia variedad de opciones que la Caja no tiene y sobre las cuales no pueden brindar recomendaciones, en caso que la usuaria quisiera información al respecto.

En cuanto a los insumos disponibles para brindar la atención, como medicamentos, equipos, material educativo e infraestructura, nueve mencionaron la necesidad de contar con un *doppler* fetal para la consulta de atención prenatal. Además indican que existe uno en el servicio de Urgencias de la Clínica y en la Consulta Externa, pero no siempre está disponible y deben enviar a la usuaria, a la sede central para que sea revisada, lo cual genera incomodidad. Por esta razón, recomiendan tener un *doppler* en cada consulta, aspecto que requiere de una importante inversión de dinero y que debe ser evaluado por la administración local.

Uno de los médicos comentó sobre la necesidad de contar con alternativas farmacológicas, en caso de intolerancia al sulfato ferroso que entrega la Clínica y siete de los entrevistados también mencionaron como debilidad, el inoportuno acceso que tienen las usuarias a ultrasonidos obstétricos en el sistema de atención, además de la inexistencia de un ginecólogo, en este nivel, para mejorar la atención de las pacientes de riesgo.

Respecto a la red de servicios a la que pertenece la Clínica, todos refieren que ésta existe y es buena. Sin embargo, lamentan, en el caso de las prenatales, que no se hagan procesos de contrarreferencia oportunos que permitan dar seguimiento a las usuarias, por lo que cinco de los entrevistados, comentaron que prefieren continuar citando a la usuaria hasta el parto para estar seguros de la atención que reciben.

Ante la pregunta de si había sido realimentado por la Jefatura de Servicios Médicos sobre su desempeño en la consulta, en cuanto a la calidad de las anotaciones en el expediente, siete respondieron afirmativamente. Además, explicaron que esta Jefatura, revisa una muestra periódica de sus expedientes clínicos y les hace un informe de los resultados. Estas revisiones se realizan de las consultas de control prenatal, pero no en las de Planificación Familiar.

Respecto a los aspectos que deben revisarse para mejorar la calidad de la atención de la Consulta Prenatal y de Planificación Familiar, a continuación se describen las recomendaciones de este grupo:

- ◆ Disminuir a tres pacientes por hora la consulta de atención prenatal, sobre todo cuando se trate de una paciente de primera vez.
- ◆ Que la Caja Costarricense de Seguro Social amplíe la atención para las mujeres sin seguro o extranjeras sin seguro que consultan en Planificación Familiar.
- ◆ Realizar charlas grupales a las usuarias en temas de planificación y cambios fisiológicos durante el embarazo.
- ◆ Mejorar la oportunidad de la realización de ultrasonidos en la red de servicios.
- ◆ Contar con un médico ginecoobstetra en el Área de Salud de Pavas.
- ◆ Contar con más capacitaciones para los médicos y el personal de salud en temas atinentes a la salud sexual y reproductiva y el uso de métodos anticonceptivos.
- ◆ Que cada médico pueda contar con un *doppler* fetal para realizar la consulta de atención a la embarazada.

- ◆ Crear espacios de educación grupal para las mujeres y hombres en edad reproductiva



Análisis documental de los instrumentos número dos de los casos de COLAMI

Treinta usuarias consideraron la atención en la consulta prenatal como buena (83,33%); 21 de ellas (58,3%) fueron atendidas en el primer nivel. Respecto a la satisfacción de las usuarias, el 83,3% respondió que la atención fue buena o satisfactoria.

CAPITULO CINCO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

El grupo objeto del estudio, constituido por mujeres con el sensible antecedente de una muerte infantil, debe representar para el sistema de salud, la necesidad de revisar escrupulosamente la calidad de la atención que se brinda en materia de salud sexual y reproductiva en el país. Aunque este vulnerable grupo pareciera muy específico y no representativo de la realidad nacional o local, muestra de una manera muy objetiva las falencias del sistema, la despersonalización y, por qué no, la deshumanización de la atención, así como la poca participación que las usuarias y sobretodo los usuarios tienen en el proceso de atención.

En ese sentido, es claro tanto para el personal de salud como para las usuarias, que no existen los espacios adecuados para que se dé una verdadera comunicación entre usuarios y proveedores y que, a pesar de los esfuerzos por hacerla efectiva, existen factores que la limitan, como el tiempo del que se dispone, la normativa administrativa y técnica y la poca experiencia y conocimiento en los procesos educativos en los que el médico debe participar, y para lo cual no ha sido formado.

Por otra parte, las usuarias perciben que el personal médico destina poco tiempo para brindar información comprensible y describen en muchos casos, la escasa empatía y comprensión que hay sobre sus verdaderas necesidades en materia de salud.

Respecto a las características de las madres, se destaca que la mayoría de vivían en Pavas y que seguían usando los servicios de la clínica, aún después del evento de la muerte infantil. Todas las mujeres del estudio habían recibido atención en los últimos cinco años tanto en la consulta de atención prenatal como en planificación familiar.

Se destaca que la totalidad de las madres eran alfabetas y más de la mitad, contaba con primaria completa.

En cuanto a la caracterización de la salud sexual y reproductiva, la mayoría de las madres tenía un compañero sexual estable con lo que se presume que disfrutaban de una vida sexual activa. El inicio temprano de las relaciones sexuales en más de la mitad de las once entrevistadas refleja de manera muy acertada la realidad en una comunidad marginal como la de Pavas, razón por la que es necesaria la creación de estrategias de intervención muy efectivas para abordar esta problemática

Por otra parte, la presencia de embarazos en el 30% de las mujeres antes de los 19 años de edad, ratifica la urgencia de acciones al respecto, no sólo en materia de prevención o postergación de los embarazos, sino en relación a la oportunidad y efectividad de las acciones para el abordaje y seguimiento de los embarazos de alto riesgo que constituye este antecedente.

La presencia de abortos en más del 35% de los casos estudiados posiciona a estas mujeres como de alto riesgo, no solo obstétrico sino reproductivo, toda vez que algunas de ellas no usan métodos anticonceptivos definitivos y tienen altas posibilidades de concebir nuevamente y tener un embarazo y parto de riesgo. En algunos casos, el seguimiento de las madres con alto riesgo obstétrico y reproductivo, es limitado, debido a su condición migratoria, la cual imposibilita el seguimiento oportuno y adecuado.

Sobre la información que manejan las madres entrevistadas respecto al uso del método anticonceptivo empleado, un poco más de la mitad de ellas reconocieron que el conocimiento que tienen del método fue transmitido por familiares y amigas, y que para sorpresa de los entrevistadores, esta información no fue dada por el personal de salud.

El antecedente de violencia y el escaso o nulo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en la relación de pareja, definitivamente introducen un nuevo elemento a tomar en cuenta para la definición de estrategias de intervención.

Sobre la autonomía de la decisión en el uso del método anticonceptivo, en la mayoría de los casos, fue personal y sólo en algunos, comentado con la pareja. En relación a la frecuencia, características y condiciones de los encuentros sexuales, la mayoría de las entrevistadas comentaron que existían espacios de negociación en la pareja. Sin embargo, algunas respondieron que en su caso, el negar a su esposo una relación sexual, podría ser interpretado como un indicio de infidelidad, lo cual generaba conflictos en su relación de pareja.

Pavas es un distrito pequeño y sobre poblado, las mujeres en general son en su mayoría costarricenses. Sin embargo, de acuerdo a la información de las fichas familiares, un poco más del 10% son extranjeras. Por esta razón se requieren intervenciones muy específicas en materia de información, divulgación y promoción de los derechos, no solo, en materia de salud sexual y reproductiva, sino en general, en el acceso a los servicios de salud que brinda el sistema. Aunque en este estudio no se fue posible demostrarlo, todavía es frecuente encontrar mujeres extranjeras

que no acceden a los servicios de salud por temor a ser deportadas, a sus países de origen por no tener documentos de identificación válidos y legales.

Respecto a la accesibilidad a los servicios de salud es importante anotar que la Caja Costarricense de Seguro Social ha definido algunas directrices administrativas para la atención a la mujer y el hombre adulto joven costarricense, de manera, que ante la imposibilidad de pago de algunas de las modalidades de aseguramiento, pueda ser atendido a través de un seguro por el estado o con cargo al estado. Es claro que la población extranjera que no pueda optar por algunas de las formas de aseguramiento, queda excluida de la atención, toda vez que la normativa administrativa exige el cobro de la misma mediante un modelo tarifario que es insostenible para la población inmigrante que vive en condiciones de pobreza y que accede a los servicios sólo en caso de emergencia calificada, circunstancia en la que sí podría ser atendido y posterior a la cual debe mediar el pago de los servicios.

Respecto a la comunicación y el nivel de empatía que se logra entre el personal de salud y las usuarias, éstas expresaron que la ausencia de tiempo, disposición, y lenguaje sencillo por parte, sobretudo de los médicos, dificultó el proceso y afectó negativamente la confianza que tenían las usuarias en realizar preguntas sobre el uso del método escogido o sobre algunos aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, respecto a la satisfacción expresada por las usuarias de los servicios, en términos generales predominó un buen concepto en relación al tiempo de espera, calidez, amabilidad, consideración y respeto, por lo que calificaron el servicio como bueno.

Desde la perspectiva del personal médico, el grupo de entrevistados se considera capacitado para brindar tanto la consulta prenatal como la de planificación familiar. En este último punto, confiesan que faltan programas de capacitación en materia de actualización y refrescamiento sobre los métodos de anticoncepción existentes, en razón de lo cual, recomiendan que se incluyan estos temas en el programa de educación continua que tiene la clínica.

Respecto al tiempo dedicado para la atención de estas consultas, los médicos expresaron que es insuficiente, sobretudo, cuando se trata de una consulta de primera vez, para la cual se debe hacer una anamnesis y entrevista prolongada que consume la mayor parte del tiempo, razón por la que no se puede brindar un espacio adecuado para dudas o preguntas de la pacientes en la mayoría de los casos.

Sobre la educación brindada en la consulta, el grupo entrevistado coincide en la necesidad de crear espacios de educación grupal dirigido a las mujeres y hombres y en los que se cuente con el tiempo y la oportunidad de brindar toda la información necesaria en materia de salud sexual y reproductiva.

En cuanto al cumplimiento de los estándares de atención y en procura de realizar una atención de calidad, en general se brinda una atención técnicamente adecuada, con el cumplimiento de la normativa existente. En este punto es preciso destacar que las normas de atención integral en salud del Ministerio de Salud están desactualizadas y no se ajustan a las necesidades actuales, razón por la cual es necesaria su revisión por parte de las autoridades competentes. Dentro de este mismo tema, se resalta que los niveles superiores de atención, realizan las contrarreferencias a esta clínica en pocos casos, situación que limita también el seguimiento adecuado de los casos identificados como de riesgo.

Por otra parte, se observó que es frecuente encontrar el menoscabo de factores de riesgo para el abordaje integral de los casos. La ausencia de medidas efectivas y oportunas, como el manejo de las infecciones urinarias, los VRDL alterados, o la misma presencia de complicaciones durante el embarazo, pudieron ser factores desencadenantes de partos prematuros y consecuentemente de recién nacidos prematuros vulnerables y proclives a complicaciones que pudieron llevarlos a la muerte.

En adición a lo anterior, este estudio demostró que el incumplimiento de las normas de atención afecta la calidad de la atención brindada, principalmente en lo concerniente a la no identificación de los factores de riesgo y por ende al plan de acción a seguir en los casos de alto riesgo detectados tanto en la consulta prenatal como en la de planificación familiar. Tal es el caso del abordaje que se hace ante el antecedente de infecciones urinarias, infecciones de transmisión sexual y vaginosis. Es importante que la Clínica de Pavas tome en cuenta los resultados encontrados en este estudio con el fin de que pueda realizar las gestiones pertinentes para brindar una atención integral de la salud sexual y reproductiva, satisfacer las necesidades de sus usuarios y, al mismo tiempo, reorientar los servicios que ofrece. De este modo, se podrá, no sólo mejorar las coberturas de atención, sino también la calidad de la misma tomando en cuenta los aspectos de acceso, satisfacción de las necesidades en salud sexual y reproductiva y mejora de la competencia técnica del recurso humano. Finalmente, se espera que con la reorientación de los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva se esté más cerca de brindar servicios acordes a las necesidades de las y los usuarios y por tanto, mejore la satisfacción de éstos.

2. RECOMENDACIONES

A. Recomendaciones Generales

Ante lo expuesto, es necesario replantear la forma en que se brinda la atención en salud sexual y reproductiva, de manera que, una vez identificado el riesgo reproductivo, tanto el abordaje como el seguimiento debieran incluir la valoración por parte de un equipo interdisciplinario, a fin de disminuir en consecuencia la posibilidad de eventuales partos prematuros y por ende de muertes en infantes.

Sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de establecer una adecuada relación y comunicación con los usuarios y las usuarias de los servicios mediante el empleo de herramientas que faciliten esta interacción. De esta manera, se pueden crear espacios de confianza y comunicación asertiva que permitan un acercamiento de la población a los servicios de salud.

Por otra parte, la Clínica debe tomar en cuenta las necesidades expresadas por el personal de salud en materia de educación continua, capacitación y dotación de equipos para la atención de las consultas prenatal y de planificación familiar.

Es importante instruir y sensibilizar al personal de salud para que en las consultas de Planificación Familiar y atención médica en general, se indague sobre antecedentes de abortos y muertes infantiles previas, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades ginecológicas, de tal manera que una vez identificadas, estas mujeres reciban la atención pertinente por parte de un equipo interdisciplinario competente y calificado que aborde y maneje adecuadamente los factores de riesgo encontrados, de manera que se eduque a la pareja sobre la necesidad de observar las recomendaciones emitidas por este equipo en materia de estimular, desestimular o postergar un embarazo.

Fomentar estilos de vida saludables en las mujeres que acuden a las consultas de Planificación Familiar y de Control Prenatal.

Estimular la participación del varón en las consultas de salud reproductiva y sexual.

Solicitar a la COLAMI que en los análisis que realiza se incluya la revisión y búsqueda de los riesgos mencionados, con el fin de que estos casos sean referidos a la consulta para darles un

adecuado seguimiento y así reducir o eliminar los posibles factores que incidieron en la muerte infantil.

Finalmente, reorientar y reorganizar la atención de la salud sexual y reproductiva en la Clínica de Pavas, mediante la creación de un plan innovador de atención integral que contemple los siguientes ejes temáticos

- Promoción de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva integral (derechos, enfoque de género, participación del varón).
- Consultas de atención preconcepcional, postaborto, atención de la salud sexual y reproductiva de los hombres y mujeres en edad reproductiva, atención del climaterio, menopausia y mujer adulta mayor, detección precoz del cáncer de cérvix, mama y ovario, atención integral de la salud del adolescente, abordaje de la violencia.
- Desarrollo de las competencias técnicas del recurso humano y un programa de educación dirigido a los hombres y mujeres que acuden a la Clínica con el objetivo de que se conviertan en usuarios informados y activos en el proceso de atención de su salud reproductiva y sexual.
- Conformación de un equipo interdisciplinario en el que participe un miembro activo de la comunidad, cuya función sea la de realizar monitoreos de la calidad de la atención que se brinda en esta temática, por medio de la aplicación de encuestas y entrevistas a usuarios y prestadores.

Se anexa el Plan de Innovación para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva de los Hombres y Mujeres del Área de Salud de Pavas

B. Propuesta de Atención Integral

RESUMEN EJECUTIVO PROYECTO PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. Nombre del proyecto: **Plan para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de los hombres y de las mujeres en las Áreas de Salud de Pavas**
2. Fecha de elaboración: **Octubre 2008**
3. Establecimiento de Salud Responsable: **Área de Salud de Pavas**
4. Unidad Programática: **2218**
5. Persona o Comisión responsable del proyecto: **Dra. Laura Castro Niño, Directora del Área de Salud.**
6. Objetivo General del Proyecto:

Contribuir a mejorar la salud sexual y reproductiva de los hombres y mujeres del Área de Salud de Pavas mediante el desarrollo de sus habilidades personales, de un mayor control sobre su propia salud y mediante la mejora de su accesibilidad a los servicios, así como de la mejora de la calidad y oportunidad de los mismos.

7. Duración del proyecto:

6 años

PROYECTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

I. ASPECTOS GENERALES.

- 1.1. Nombre del Proyecto: **Plan para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de los hombres y las mujeres en el Área de Salud de Pavas**
- 1.2. Establecimiento de salud responsable: **Área de Salud de Pavas**
- 1.3. Unidad Programática: **2218**
- 1.4. Dirección Regional de Servicios de Salud: **Central Sur**
- 1.5. Responsable (s) del Proyecto: Dirección del Área de Salud.
- 1.6. Teléfono (s): 22 20 19 68 1.7. Fax: 22 32 73 22
- 1.8. Correo Electrónico: lecastro@coopesalud.com y aferrero@coopesalud.com

II. PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO.

2.1 Antecedentes

Vale recordar que la promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. En este contexto están involucrados aspectos sociales, ambientales y económicos (determinantes sociales) sobre los cuales es necesario incidir para reducir o modificar el impacto que puedan tener sobre la salud individual y colectiva. La promoción de la salud es, pues, un proceso que busca desarrollar las habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos, tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Procura, con ello, un estado de equilibrio físico, mental y social, en el que los individuos y grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno.

Desde el año 2004, la Clínica de Pavas cuenta con un equipo humano que conforma una Comisión de Promoción de la Salud, cuya función está enmarcada en la realización de actividades de promoción, que abarcan aspectos definidos en los componentes de hábitos higiénicos, alimentación saludable, promoción de la actividad física y el ejercicio, las relaciones saludables, ambientes libres de humo y salud sexual y reproductiva, a partir de los cuales se desarrolló un plan de acción que diera respuesta a estas necesidades en salud. Sin embargo, aunque muchas de las actividades fueron

incorporadas en el Plan estratégico local, otras debieron sustituirse a la luz de los nuevos contratos celebrados en el Compromiso de Gestión con el Área de Salud.

Se define *salud reproductiva* como un componente del desarrollo humano, del cual, la reproducción biológica es tan solo uno de sus componentes. La reunión de Querétaro plantea la siguiente definición: “*La salud reproductiva es la capacidad y el derecho que tiene el hombre y la mujer de reproducirse en forma saludable y de tomar decisiones responsables concernientes como miembros de una familia y una comunidad considerando el contexto social en el que está inmerso.*”⁸⁹ Continúa la definición haciendo énfasis en el proceso de socialización, en el que los individuos, la familia, la clase social y el género influyen en los conocimientos, las actitudes y prácticas de los seres humanos y, por tanto, constituye una reproducción o respuesta social y como tal hay que abordarla.⁹⁰

Históricamente, la atención en salud reproductiva se ha conceptualizado, casi exclusivamente, desde el punto de vista de reproducción biológica, lo que se ha traducido en programas de atención orientados, fundamentalmente, a la atención del parto, el postparto, la planificación familiar y la atención temprana del cáncer de mama, ovarios y útero. En Costa Rica se plantean estos subprogramas como parte de la atención integral a la salud de la mujer adulta, siempre con una perspectiva biológica, es decir, no se parte de las necesidades de las usuarias ni del contexto social en el que ellas están inmersas, sino que enfatiza tal perspectiva el cumplimiento de metas en coberturas brutas y con calidad en los compromisos de gestión pactados con las distintas Áreas de Salud.⁹¹ Más recientemente, en los convenios de gestión firmados con Áreas de Salud del I y II nivel de atención se incluyen, además de los anteriores aspectos, la vigilancia y promoción de la mujer sana, atención a la salud sexual y reproductiva, atención al embarazo, parto, postparto y postaborto, detección y referencia del embarazo de alto riesgo, detección y referencia del cáncer de

⁸⁹ Behm I., Camacho E. Elementos conceptuales y metodológicos para el análisis de la salud reproductiva. Revista de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, N° 84-85. 1999

⁹⁰ Mora M., Rosa, Villafuerte V. Salud Reproductiva: Análisis de los contenidos del discurso de un grupo de funcionarios del nivel local. Área de Salud de Liberia, Guanacaste. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica. 1998.

⁹¹ Dirección de Compras de Servicios. Caja Costarricense de Seguro Social. Compromiso de Gestión y fichas técnicas. Área de Salud de Pavas. 2007-2008

cérvix y mama, detección, atención y referencia de los casos de violencia, detección y atención de la menopausia y el climaterio y, por último, atención a la morbilidad prevalente.⁹²

Desde un punto de vista innovador acorde con las definiciones citadas, como resultado de las cuales se parte del hecho de que la situación de salud es producto de las condiciones de vida de las personas y que éstas a su vez se estructuran en el contexto histórico y social, es claro que la atención de la salud reproductiva debe tomar en cuenta dichos aspectos para un abordaje holístico, de acuerdo con las necesidades de la población a la que se dirige. En este sentido, se puede decir que un servicio de salud sexual y reproductiva es de calidad en cuanto es accesible y consiste en una buena interacción entre el proveedor o prestador de servicios y el usuario. Se agrega a la definición el hecho de que el proveedor parte, para la estructuración de sus servicios, de la información que le proveen las necesidades sentidas y objetivas de las personas usuarias y que, a la vez, dispone de la suficiente tecnología y métodos para la planificación familiar, de acuerdo con las necesidades de los usuarios y las usuarias. No se puede hablar, entonces, de calidad de los servicios, si no se toman en cuenta las opiniones, tanto de los usuarios como de los proveedores. En este sentido, vale recalcar que la adecuación de los servicios para facilitar la accesibilidad de la población, contribuye a la eficiencia de los mismos, en el tanto los recursos disponibles son mejor aprovechados por la población objetivo para quienes se destinan los recursos.

En el Área de Salud de Pavas existe el antecedente de dos trabajos de investigación relacionados con la calidad de la atención de la consulta de planificación familiar y de control prenatal, los cuales arrojan información interesante respecto a las necesidades no satisfechas, tanto de la población atendida como del proveedor de servicios. Esta situación, sumada a las bajas coberturas alcanzadas históricamente en materia de realización de citologías cervicales, lo cual condiciona, en gran medida, ineficiencia de los servicios, en el tanto los recursos disponibles para este fin, no están siendo aprovechados en grado suficiente por la población objetivo, ha hecho que la Comisión de Promoción de la Salud haya considerado pertinente y necesario realizar un proyecto tendiente a mejorar todas las deficiencias y debilidades encontradas, y con el cual se desea incidir sobre los patrones de las relaciones de pareja, sobre la mortalidad materna e infantil, sobre el embarazo en adolescentes y sobre la incidencia de enfermedades de transmisión sexual; además de una mejoría en la satisfacción de los usuarios al mejorar las oportunidades para facilitar su acceso.

⁹² Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia de División Médica, Gerencia de División Administrativa, Gerencia de División Financiera. Contratación Directa CD- 0009-2006 Prestación de Servicios Integrales de Salud. CCSS- COOPESALUD R.L. Artículo Ddcimonoveno, inciso 3. Pág. 15

Parte de la reflexión realizada ha llevado a dicho equipo de trabajo, a la conclusión de que existe una escasa adecuación de los servicios a las necesidades reales de la población meta, puesto que estos servicios son prácticamente los mismos para los diferentes grupos sociales y de edad, a la vez que se ofrecen en un horario que no se adapta a la disponibilidad de las usuarias y los usuarios que trabajan fuera de su hogar. En este sentido, como parte del presente proyecto, se proponen actividades innovadoras a ejecutarse, parcialmente, en un horario no tradicional, y que sería desarrollado por un equipo interdisciplinario conformado por el Equipo de Apoyo y por los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) bajo las modalidades de atención individual y grupal. Por otro lado, parte de esta estrategia se ejecutará en escenarios distintos a aquellos en los que se prestan tradicionalmente los servicios de salud y en horarios también distintos a los establecidos para la atención médica. Con este proyecto en particular se procura incidir sobre los patrones de las relaciones de pareja, sobre la mortalidad materna e infantil, sobre el embarazo en adolescentes y sobre la incidencia de enfermedades de transmisión sexual; aspectos que forman apenas, una parte de la atención de la salud sexual y reproductiva, al tiempo que procura, como ya se mencionó, una mejoría en la satisfacción de las usuarias y los usuarios.

El presente proyecto es acorde con los objetivos planteados por la Caja Costarricense de Seguro Social en el Plan Estratégico Institucional 2007-2012, en lo que atañe a: 1. Garantizar la seguridad, oportunidad y calidad de los servicios de la Seguridad Social; 2. Fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; 3. Mejorar la equidad del sistema y el acceso a los servicios de la Seguridad Social y 4. Consolidar el modelo de atención Integral de la Salud.

Los ejes a trabajar son:

- ❖ En primera instancia, la reorganización de la consulta para la atención de la salud sexual y reproductiva con énfasis en los siguientes ejes temáticos:
 - ✓ Promoción de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva integral.
 - ✓ Atención integral de la salud de las adolescentes y los adolescentes
 - ✓ Atención integral de la salud sexual y reproductiva de la persona de mediana edad y adulta mayor (atención del climaterio, menopausia y postmenopausia).
 - ✓ Prevención y atención integral de las enfermedades de transmisión sexual.
 - ✓ Consejería en planificación familiar.
 - ✓ Atención del embarazo y el postparto
 - ✓ Consulta postaborto

- ✓ Consulta pre-concepcional dirigida a las mujeres y hombres en edad reproductiva con el fin de estimular, desestimular o posponer un embarazo.
 - ✓ Atención y abordaje de la violencia
 - ✓ Detección temprana del cáncer de cérvix y de mama
 - ✓ Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de los deberes atinentes en lo relativo al ejercicio integral, sano y responsable de la sexualidad.
- ❖ El segundo eje a desarrollar involucra aspectos de la gestión de los servicios y el desarrollo del recurso humano en salud, el cual comprende la capacitación y formación en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y el ejercicio saludable y responsable de estos derechos como una iniciativa que, además de desarrollar las competencias técnicas del proveedor, constituya un elemento motivacional del recurso disponible para la atención. Esta iniciativa busca transformar los recursos disponibles en servicios que atiendan efectiva y eficientemente las necesidades de los individuos y de la población, en un contexto en evolución y cambio permanente.
- ❖ El tercer eje que compone esta iniciativa incluye la conformación de un Comité de salud sexual y reproductiva para el Área de Salud de Pavas integrado por un equipo interdisciplinario de profesionales en las áreas de Medicina, Gineco-obstetricia, Medicina Familiar, Psicología, Trabajo Social, y enfermera en salud mental. Adicionalmente, se pretende involucrar a un representante de la comunidad o actor social responsable, con el fin de vigilar el cumplimiento y la satisfacción de las necesidades expresadas por los usuarios mediante encuestas de satisfacción y entrevistas, tanto a proveedores como usuarios de los servicios. La organización de los servicios basada en las necesidades en salud parte de la premisa de que el uso de éstos en forma apropiada es capaz de producir un impacto positivo en la situación de salud de la población a la que se dirige, razón por la que los servicios tienden a ser más eficientes y equitativos. La realización de los monitoreos de calidad incluirán también la evaluación del cumplimiento de la normativa.

2.2 Problema

¿Constituye la organización de la atención de la salud sexual y reproductiva, la falta de capacitación de los prestadores y de los usuarios una barrera para atender las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de los hombres y mujeres que se atienden en el Área de Salud de Pavas?

2.2 Justificación

La salud reproductiva involucra todos los procesos, funciones y sistemas reproductivos a lo largo de todas las etapas de la vida, lo cual permite, tanto a hombres como a mujeres, el ejercicio de una vida sexual plena, responsable y segura, como resultado de lo cual, entre otras cosas, se logra la planificación conjunta de la familia y se previenen infecciones de transmisión sexual, aspectos que inciden en alto grado en la calidad de vida de la población.

En atención a las necesidades de la población, es necesario establecer estrategias y medidas que refuercen la práctica de una sexualidad integral sana, lo cual implica promover la participación del hombre, la de su pareja y la de su familia, por medio del ejercicio de una sexualidad segura, responsable y afectiva.

A pesar de los esfuerzos realizados por la Seguridad Social para brindar, desde el primer nivel de atención reforzado, una atención integral al hombre y la mujer, existen limitaciones en el acceso a los servicios que dificultan una adecuada atención de la salud sexual y reproductiva y que son condicionados, en parte, por aspectos culturales, pero también por una insuficiente adecuación de los servicios a las necesidades de los usuarios, condición que afecta la oportunidad en la atención de esta población.

La situación descrita ha sido reflejada en un estudio realizado en el año 2000 por la Sección de la Salud de la Mujer del Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, con 12.760 mujeres entre los 20 y 49 años y en 82 Áreas de Salud, y que identificó, en el 8% de las entrevistadas, la presencia de barreras de accesibilidad a la atención en planificación familiar en los servicios de salud, barreras principalmente de tipo organizacional y sociocultural, lo cual se traduce en demanda insatisfecha. Entre los aspectos referidos por estas usuarias, se pueden citar la falta de cupo, los largos tiempos de espera, la inexistencia de una atención integral en salud, la condición de aseguramiento y la falta de suministro de información sobre los diferentes métodos de planificación familiar.

Los planteamientos expuestos acerca de la realidad nacional y de la realidad particular del Área de Salud de Pavas, sugieren que problemas de salud tales como la alta incidencia de enfermedades de

transmisión sexual, la incidencia de embarazos no planeados y parte de la mortalidad materna e infantil, pueden ser abordados de una mejor manera con acciones específicas que mejoren la accesibilidad de hombres y mujeres a las consultas de atención preconcepcional y de planificación familiar.

Por otra parte, el estudio realizado recientemente que incluye el análisis de la calidad de atención de las consultas de Planificación Familiar y de Control Prenatal y de las condiciones de la Salud Sexual Reproductiva de las madres con el antecedente de muerte infantil en el Área de Salud de Pavas-Costa Rica, en el período 2000-2005, mostró los siguientes resultados:

- ❖ Respecto al personal de salud entrevistado:
 - No existe capacitación ni actualización sistemática en el tema de salud sexual y reproductiva en médicos o enfermeras.
 - No se evalúa la calidad de la atención de la consulta de Planificación Familiar ni se revisa la normativa existente.
 - Existen dificultades de tipo administrativo para el acceso a la consulta de hombres y mujeres en edad reproductiva que no son asegurados o extranjeros.
 - El tiempo para la atención con calidad de los y las pacientes es limitado.
 - Inexistencia de equipos adecuados para brindar la atención de control del embarazo (*doppler*), así como el acceso oportuno al ultrasonido obstétrico.
- ❖ Respecto a la entrevista realizada a usuarias de los servicios y el grupo focal realizado con estas madres:
 - Inicio temprano de las relaciones sexuales en los hombres y mujeres de Pavas.
 - Ausencia de espacios de discusión y educación en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los hombres y mujeres que permitan una clara transmisión del conocimiento en esta materia, así como una adecuada comunicación con el personal de salud, primordialmente con los médicos, quienes usan un lenguaje muy técnico para brindar la educación.
 - Inexistencia de una consejería en salud sexual y reproductiva que permita empoderar a hombres y mujeres en el ejercicio sano y responsable de sus derechos.
 - Inasistencia de los hombres, parejas, compañeros o esposos a las distintas consultas, así como una invisibilización de su activo papel en la salud sexual y reproductiva en su compañera y familia.

El presente Proyecto pretende, precisamente, mejorar la accesibilidad de los hombres y mujeres del Área de Salud para que adquieran destrezas personales y sociales que favorezcan su salud integral y que, a la vez, puedan atender su salud sexual y reproductiva mediante consultas grupales e

individuales permanentes de consejería preconcepcional, planificación familiar, y climaterio y menopausia, donde se abordarán también temas como la prevención de enfermedades de transmisión sexual y derechos y deberes sexuales y reproductivos. Se propone como innovación, no solo la temática a abordar, sino la metodología a aplicar, la cual propone, entre otros aspectos, un horario no tradicional para la realización de las actividades, que incluya días entre semana de 4 p.m. a 6 p.m. y los días sábados por la mañana. Esto va a facilitar el acceso de personas que laboran en horario diurno, además de descongestionar la consulta de morbilidad que se atiende en los EBAIS por esta causa, con lo cual se resolvería parte de la demanda insatisfecha. Por otra parte, en la actualidad no existe un programa de atención integral de la salud sexual y reproductiva de los hombres ni de la mujer de mediana y tercera edad, población que se pretende captar por medio de estas actividades, las cuales serán realizadas por el Equipo de Apoyo Interdisciplinario, con la colaboración de los Equipos Básicos de Atención Integral.

El propósito del proyecto es mejorar la cobertura, accesibilidad y, con ello, la equidad de la atención de la salud sexual y reproductiva y, además, la calidad de la atención, de manera que se contribuya a reducir la demanda no satisfecha, el número de embarazos no deseados, la mortalidad materna e infantil, así como el número de casos de enfermedades de transmisión sexual en el Área de Salud de Pavas.

Por otra parte, es un hecho conocido que toda institución prestadora de servicios de salud debe evaluar con regularidad la calidad de la atención. Sin embargo, se debe reconocer que son escasos los logros alcanzados en este campo y se aduce, como razón fundamental, la no disponibilidad de una metodología práctica y sencilla que pueda aplicarse a todas las instituciones con una relativa baja inversión de recursos y que permita generar información útil para la toma de decisiones, orientadas a mejorar progresivamente la calidad de la atención. Desde esta perspectiva, la atención integral de la salud de los hombres y de las mujeres, tomando en cuenta el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, el uso de métodos de planificación familiar al alcance, el acceso a los servicios de control prenatal, el apego a la normativa existente y la opinión, tanto de los usuarios como de los proveedores, deberían ser aspectos a tomar en cuenta a la hora de evaluar la calidad de la atención en salud reproductiva y sexual que brindan los servicios de salud; dichos aspectos se integran como un componente en el proyecto propuesto.

Por otra parte, en Costa Rica, las iniciativas nacionales en materia de políticas de salud sexual y reproductiva, son reflejo de los acuerdos de diversas reuniones y del consenso mundial dictado por

la Organización Mundial de la Salud; en este sentido, vale recordar que el país se ha comprometido a dictar y seguir políticas de atención integral en salud sexual y reproductiva a las mujeres que vivan en el territorio; dichas políticas están contempladas en la Agenda Concertada del Ministerio de Salud 2002-2006 y en el Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura, Costa Rica 2006-2015.

Con este proyecto en particular, se procura incidir sobre los patrones de las relaciones de pareja, sobre la mortalidad materna e infantil, sobre el embarazo en adolescentes y sobre la incidencia de enfermedades de transmisión sexual; al mismo tiempo, se procura una mejoría en la satisfacción de los usuarios, al facilitar su acceso según la dinámica familiar y social de nuestro tiempo, en virtud del cual cada vez es más frecuente que se labore fuera del hogar.

2.4 Objetivo general

Contribuir a mejorar la salud sexual y reproductiva de los hombres y mujeres del Área de Salud de Pavas, mediante el desarrollo de sus habilidades personales, de un mayor control sobre su propia salud y mediante la mejora del acceso a los servicios, así como de la mejora de la calidad y oportunidad de los mismos, la capacitación y formación de los prestadores y la evaluación periódica de la calidad de la atención que se brinda.

2.5 Objetivos específicos

- 2.5.1** Mejorar la oportunidad, el acceso y la calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva del hombre y de la mujer, en el Área de Salud de Pavas, por medio de la reorganización y reorientación de los servicios de salud que se brindan en la materia, de manera que esta satisfaga las necesidades de dicha población, en un plazo de 1 año y durante los siguientes 5 años.
- 2.5.2** Concientizar, informar y educar a las personas en edad reproductiva, del Área de Salud de Pavas, para la práctica de una sexualidad responsable y segura, durante un plazo de 6 años.
- 2.5.3** Capacitar y sensibilizar al personal de salud responsable de la atención en temas atinentes a la salud sexual y reproductiva, mediante talleres, charlas, foros de discusión y grupos participativos con el fin de desarrollar los conocimientos, las actitudes y las habilidades técnicas necesarias para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de los hombres y mujeres del distrito de Pavas, en un período de 1 año.

2.5.4 Crear un Comité de Salud Sexual y Reproductiva conformado por un equipo interdisciplinario en el que participe la comunidad; este Comité se encargará de velar por el cumplimiento con calidad de la atención integral de la salud sexual y reproductiva en la población, por medio de la realización de evaluaciones periódicas de la calidad, en las que se incluya encuestas de satisfacción y entrevistas a usuarios y prestadores, en un plazo de 1 año y con seguimiento en los próximos 5 años.

2.6 Población meta

2.6.1 19.179 adolescentes y 71.325 hombres y mujeres mayores de 20 años de edad

2.6.2. Las Pavas fue decretado distrito número nueve de la provincia de San José, el 15 de diciembre de 1915. Era un lugar destinado para la cría de animales; posteriormente, evolucionó a un poblado dedicado a la agricultura para, finalmente, convertirse, por su cercanía con el centro económico de la ciudad de San José, en una zona eminentemente urbano-industrial. En 1979, se inició una expansión urbana acelerada con el desarrollo de proyectos del Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU), del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y de empresas privadas. Entre los proyectos más relevantes, se tiene a Villa Esperanza, urbanizada en 1971; Ciudadela Libertad 1, urbanizada en 1982 y Ciudadela Libertad 2, urbanizada en 1984. En 1992, Finca San Juan era habitada por más de 1.300 familias que lograron que el gobierno las ubicara permanentemente en esa zona. En ese lugar, reconstruyeron sus ranchos y algunas familias lograron construir su vivienda, proceso en el cual se invadieron áreas destinadas para zonas verdes. Durante este proceso de asentamiento, se dio la venta de pequeños espacios de suelo y Rincón Grande se saturó de población, por lo que, incluso, se levantaron ranchos en lugares peligrosos de habitar.

Exceptuando Lomas del Río, el resto de los barrios de Rincón Grande surgieron al amparo del desarrollo de programas sociales que han incorporado los procesos de autoconstrucción habitacional y comunal, como uno de sus componentes centrales. En los últimos años, el área occidental del distrito ha nutrido su población a base de inmigrantes de zona rural de Costa Rica y del resto de países centroamericanos, con predominio de los de nacionalidad nicaragüense, quienes habitan esta zona de manera permanente o temporal, según sus posibilidades de trabajo. Un porcentaje de esta población trabaja en nuestro país en carácter de ilegalidad, lo que les dificulta su aseguramiento y adscripción formal a los servicios públicos de salud. Esta zona está ubicada en la parte oriental del distrito y se compone principalmente de familias ubicadas en rangos socioeconómicos medios y medios altos, en los que el nivel educativo y el ingreso económico es en general alto, las

condiciones del ambiente más favorables, y las posibilidades de esparcimiento y recreación mayores. Esta población, por sus características, tiene mayor acceso a servicios de salud privados, tanto en morbilidad como en prevención. En contraste, las características económicas del resto de sectores ubicados hacia la zona occidental oscilan entre rangos medios hasta la pobreza y persisten aún zonas de precarios.

Según Martínez Navarro y Pedro Luis Castellanos, el *modo de vida* de una sociedad corresponde a la expresión de los procesos generales en la vida cotidiana de las poblaciones, los cuales son, a su vez, la expresión de las características del medio natural donde se asienta determinada sociedad, así como del grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, de su organización económica y política, de su forma de relacionarse con el medio ambiente, de su cultura y de su historia. Es así como la situación de salud de una población estaría estrechamente relacionada con su modo de vida y con los procesos que lo reproducen o lo transforman, mientras que dicho modo de vida, a su vez, está constituido por las diversas *condiciones de vida* de los diferentes sectores que la integran y por los *estilos de vida* de cada individuo o de cada familia en su respectivo medio residencial y laboral, los cuales tienen unas normas y un nivel educativo particular. Las zonas occidentales del distrito de las Pavas son un reflejo de que, contrario a lo que podría pensarse, la pobreza no es un fenómeno que se limite a tener su origen y expresión en los procesos de reproducción social de naturaleza predominantemente económica, sino que además se relaciona estrechamente, al menos, con procesos de naturaleza ecológica y de conciencia y conducta, como resultado de fenómenos que se manifiestan en el ámbito de lo singular, de lo particular y de lo general de las formaciones sociales.

En este sentido, las comunidades mencionadas y que son las que se pretende abordar con particular énfasis mediante este proyecto, presentan problemática en el ámbito de lo ecológico, expresada, entre otros aspectos, en la dificultad para una adecuada disposición de desechos sólidos y en un crecimiento urbano que riñe con el ambiente y en el que escasean los espacios para el esparcimiento o la práctica del deporte, aunado a la existencia de precarios y el hacinamiento. Por otro lado, en el ámbito de la conciencia y la conducta, vale mencionar, en relación con el tema, la prevalencia del inicio temprano y no planificado de la actividad sexual, aparejado con la incidencia cada vez mayor de adicciones a alcohol y a drogas psicoactivas, lo cual incide en aspectos sociales y que se expresan, entre otras manifestaciones, mediante la deserción de la educación formal y mediante el aumento de

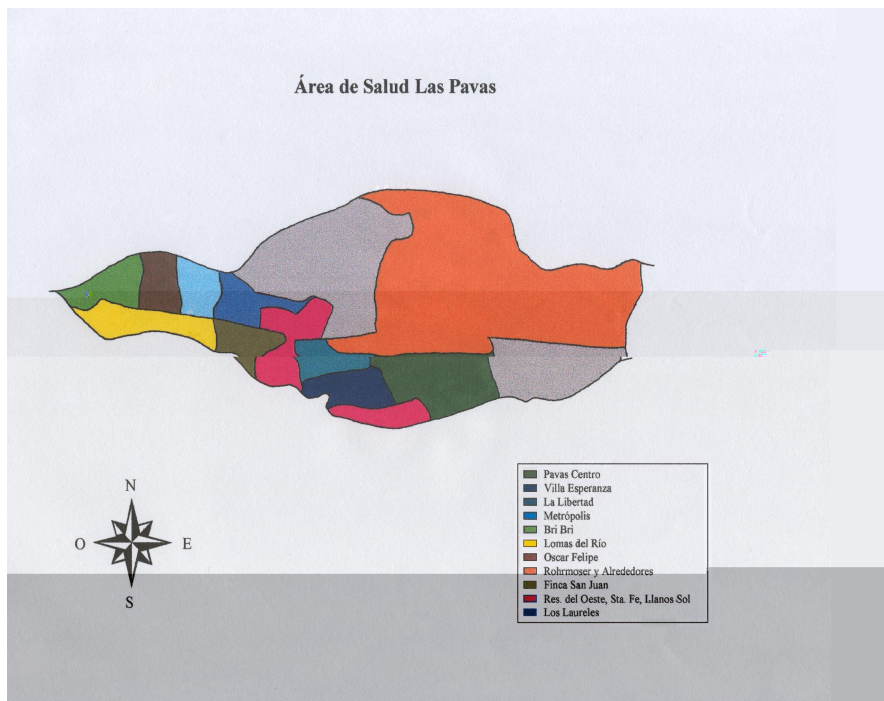
los índices delictivos. Todo esto le imprime dificultades particulares a algunos de los grupos a abordar en el presente proyecto y motiva a recurrir a estrategias y a escenarios no convencionales, con el fin de lograr una adecuada cobertura de la población meta.

2.7 Localización

Tal como se mencionó anteriormente, el distrito de las Pavas es el noveno del cantón central de San José y está ubicado al oeste del distrito de Mata Redonda y al este de los cantones de Santa Ana y Escazú. El clima predominante es tropical lluvioso, con dos épocas bien definidas: lluviosa, de marzo a noviembre y seca, de diciembre a marzo

El distrito de las Pavas se encuentra a una altitud de 1.045 metros sobre el nivel del mar y la temperatura promedio es de 21 grados centígrados. Su extensión corresponde a 9,33 kilómetros cuadrados.

La figura siguiente muestra la distribución del distrito por sector sanitario.



Territorialmente, Pavas es el distrito más extenso del cantón Central de la provincia de San José y cuenta con los siguientes sectores sanitarios: Pavas Centro, Villa Esperanza, Libertad, Metrópolis segunda etapa, Bribri, Lomas del Río, Óscar Felipe, Residencial del

Oeste, Finca San Juan, Laureles y un sector integrado por Rohrmoser y las urbanizaciones de La Favorita, Santa Catalina y otras aledañas al aeropuerto internacional Tobías Bolaños. La zona este del distrito está conformado por Rohrmoser y urbanizaciones como La Favorita, Santa Catalina, La Geroma y Residencial Roma.

Las actividades a desarrollar se realizarán en diferentes escenarios que incluyen la actual Sede del Área de Salud y el núcleo de EBAIS de Pavas Centro-Villa Esperanza-Residencial del Oeste; así como escenarios comunales cuya finalidad primaria no es la prestación de servicios de salud, tales como los centros educativos de Pavas Centro, Villa Esperanza y de Rincón Grande (Lomas del Río, Finca San Juan y Rincón Grande); asimismo, el Hogar Diurno de Ancianos de Rincón Grande de Pavas y el Hogar del Niño Jesús, ubicado en la misma zona (administrados, ambos, por la Parroquia de María Reina); también, los salones comunales del distrito. De la misma manera, se realizarán actividades en los polideportivos de Lomas del Río y de Rincón Grande y otras se realizarían en la vía pública. Tal como se ha mencionado anteriormente, algunas de estas actividades se llevarán a cabo dentro del horario laboral establecido, pero una parte muy importante de ellas, después de las 4 de la tarde y los días sábado. La elección de los escenarios elegidos obedece a la necesidad de ofrecer los servicios a la población objetivo en escenarios que faciliten su acceso y puedan adecuarse a sus necesidades y que, a la vez, presenten las condiciones para satisfacer otras necesidades particulares. Obedece también a que las actividades a realizar se alternarán con eventos complementarios de tipo deportivo y cultural.

2.8 Metodología propuesta para el desarrollo del proyecto

En primer lugar, los **ejes temáticos** a desarrollar en el proyecto son:

- ❖ En primera instancia, la reorganización de la consulta para la atención de la salud sexual y reproductiva con énfasis en los siguientes ejes temáticos:
 - ✓ Promoción de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva integral.
 - ✓ Atención integral de la salud de las adolescentes y los adolescentes
 - ✓ Atención integral de la salud sexual y reproductiva de la persona de mediana edad y adulta mayor (atención del climaterio, menopausia y postmenopausia).
 - ✓ Prevención y atención integral de las enfermedades de transmisión sexual.
 - ✓ Consejería en planificación familiar.
 - ✓ Atención del embarazo y el postparto

- ✓ Consulta postaborto
 - ✓ Consulta pre-concepcional dirigida a las mujeres y hombres en edad reproductiva, con el fin de estimular, desestimular o posponer un embarazo.
 - ✓ Atención y abordaje de la violencia
 - ✓ Detección temprana del cáncer de cérvix y de mama
 - ✓ Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de los deberes atinentes en lo relativo al ejercicio integral, sano y responsable de la sexualidad.
- ❖ El segundo eje temático incluye la capacitación y el desarrollo del recurso humano, con el fin de mejorar sus competencias técnicas en los temas atinentes a la salud sexual y reproductiva.
 - ❖ El tercer eje que compone esta iniciativa concibe la creación de un comité de salud sexual y reproductiva, conformado por un equipo interdisciplinario de profesionales y especialistas en medicina, enfermería, trabajo social, psicología y la participación de la comunidad para la realización de monitoreos de calidad de la atención, que incluyan la realización de encuestas de satisfacción y entrevistas a los prestadores de servicios de salud.

Las **estrategias de promoción de la salud** que se potenciarían en el desarrollo del proyecto a fin de alcanzar los objetivos, se citan a continuación:

- ❖ Educación integral en salud sexual y reproductiva entendida, no solamente como la mera transmisión de conocimientos, sino como un proceso interactivo de formación humanística, es decir, que tome en cuenta las diferentes dimensiones del ser humano y las necesidades de la población a la que se dirige la prestación de los servicios.
- ❖ Comunicación social por medio de un plan local de mercadeo social.
- ❖ Participación social y comunitaria facilitada por el Área de Salud.
- ❖ Educación y desarrollo del recurso humano de los servicios de salud y del recurso docente y comunal.
- ❖ Reorientación de los servicios de salud, específicamente en lo que respecta a la readequación de los servicios de salud sexual y reproductiva.

El **enfoque** a emplear es el de la salud integral, entendida como un equilibrio dinámico de las diferentes dimensiones humanas, con particular énfasis en la promoción de la salud y la realización de actividades que respondan a la necesidad de salud de las personas que se atienden en el Área de Salud de Pavas.

Como **actividades**, se propone la realización de talleres de capacitación y sensibilización al personal de salud, al público objetivo y a replicadores comunales; la realización de actividades que apliquen técnicas grupales, como son las charlas educativas y las mesas redondas en instancias comunales y educativas, lo mismo que consultas individuales y grupales. Asimismo, se crearán grupos de discusión y se emitirán mensajes por medios locales de comunicación masiva, como emisoras de radio y periódicos. También se aplicarán encuestas de satisfacción y entrevistas a usuarios y proveedores de servicios. Se organizarán, además, actividades recreativas y deportivas, las cuales serán aprovechadas para incidir en la conciencia y conducta de la población objetivo.

2.9 Actividades a realizar

En el siguiente cuadro se enumeran las actividades generales del proyecto.

Objetivo específico	Actividad	Tareas	Técnicas participativas	Responsable
1. Mejorar la oportunidad, el acceso y la calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva del hombre y de la mujer en el Área de Salud de Pavas mediante la reorganización y reorientación de los servicios de salud que se brindan en la materia de manera que esta satisfaga las necesidades de esta población en un plazo de 1 año y durante los siguientes 5 años.	1.1 Consultas en la modalidad grupal e individual con participación del equipo interdisciplinario	Definición del recurso: humano, infraestructura, logístico Definición del personal a participar	No aplica	Equipo de Apoyo y Dirección de Área
	1.2. Ampliación de horario (vespertino y habilitación de los días sábados)	Definición del recurso: humano, infraestructura, logístico Definición del personal a participar	No Aplica	Dirección Médica
	1.3. Definición y reorganización de las consultas de acuerdo a la normativa y las necesidades de la población	Definición de la atención, revisión de la normativa, población meta y lugar donde se implementará. Definición del recurso: humano, infraestructura, logístico	No aplica	Equipo de Apoyo
2 Concientizar y educar a las personas en edad reproductiva del Área de Salud de Pavas para la práctica de una sexualidad integral, responsable y segura, durante un plazo de 6 años.	2.1 Grupos de discusión	Mercadotecnia para la participación Desarrollo de alianzas estratégicas Promoción del medio de comunicación	Vivenciales y audiovisuales	Equipo de Apoyo
	2.2 Información masiva	Definición de tema y recurso humano a participar Definición del recurso: humano, infraestructura, logístico Definición de la modalidad de capacitación	Comunicación por: radio, periódico, internet	Equipo de Apoyo
3 Capacitar y	3.1 Realización de	Definición de los temas		Equipo de apoyo

		Definición del recurso humano a capacitar		
		Metodología y logística para la capacitación.		
		Definición del recurso: humano, infraestructura, logístico.		
<p>Crear un Comité de Salud Sexual y reproductiva conformado por un equipo interdisciplinario en el que participe la comunidad encargado de velar por el cumplimiento con calidad de la atención integral de la salud sexual y reproductiva en la población a través de la realización de evaluaciones periódicas de la calidad en las que se incluya encuestas de satisfacción y entrevistas a usuarios y prestadores en un plazo de 1 año y con seguimiento en los próximos 5 años</p>	<p>4.1 Definición del equipo participante, funciones, cronograma de reuniones y plan anual de trabajo</p> <p>4.2 Elaboración de encuestas de satisfacción de la atención recibida a los usuarios de los servicios.</p> <p>4.3 Realización de entrevistas a funcionarios con el fin de conocer sus necesidades</p> <p>4.4 Realización de monitoreos de la calidad de la atención a través de la revisión de expedientes de salud</p>	Definición del recurso humano participante, y logística	<p>Técnicas participativas, encuestas, entrevistas y cuestionarios.</p> <p>Matrices de evaluación de la calidad.</p> <p>Técnicas participativas, mesas redonda, discusión de resultados</p>	<p>Equipo de apoyo y Comité de Salud Sexual y Reproductiva.</p>
		Definición de un plan de trabajo que incluya actividades, cronograma e indicadores de evaluación		
		Desarrollo, aplicación y tabulación de los resultados de la encuesta		
		Realización de revisión de expedientes de salud de la atención de las diferentes consultas en salud sexual y reproductiva		
		Realimentación del proceso de atención a funcionarios		

2.10 Cronograma de Actividades del primer año de ejecución del proyecto

ACTIVIDADES	FECHA DE EJECUCION											
	Ene	Feb	Mar	Abrl	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
1 Talleres de capacitación al personal de salud	X					X						X
2 Ampliación de horario (vespertino)	—————→											
3 Satisfacción del usuario												X
4 Grupos de discusión	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5 Información masiva			X			X			X			X
6 Sesiones grupales/ atención individual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.11 Recursos necesarios para el desarrollo del proyecto

Los recursos humanos, materiales y financieros requeridos son los mismos con que cuenta el Área de Salud y la comunidad atendida, recursos, estos últimos, que son de amplio conocimiento por parte de *COOPESALUD*. En el caso de los recursos financieros, el componente principal lo constituyen los salarios de los profesionales y técnicos a participar, costo que está incluido en la oferta presentada por *COOPESALUD*. En todo caso, a continuación se menciona el recurso humano a utilizar en el proyecto:

Recurso Humano disponible		Recurso Humano necesario
Establecimiento de salud: <ul style="list-style-type: none"> • Médico General • Médico de Familia 	Comunidad: <ul style="list-style-type: none"> • Junta de Salud • Líderes comunales 	El mismo con que se cuenta

<ul style="list-style-type: none"> • Especialista en ginecología • Enfermero general • Enfermero especialista en Salud Mental • Trabajador Social • Psicólogo • ATAPS 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones comunales • Municipalidad • Empresa privada • Iglesias • Docentes de centros educativos 	
---	--	--

En conclusión, la presente propuesta de proyecto es acorde con los **objetivos planteados por la Caja Costarricense de Seguro Social** en el Plan Estratégico Institucional 2007-2012, en lo que atañe a: garantizar la seguridad, oportunidad y calidad de los servicios de la Seguridad Social; fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; mejorar la equidad del sistema y el acceso a los servicios de la Seguridad Social y consolidar el Modelo de Atención Integral de la Salud; al tiempo que, al adecuar los servicios a las necesidades de los usuarios en materia de horario de atención y de los escenarios donde se ejecutarán las diferentes actividades, propiciará una mejora sensible en la **oportunidad de la atención**, tanto por el descongestionamiento que generará sobre los servicios de atención médica tradicionales, como por su impacto favorable sobre la accesibilidad de la población objetivo. Asimismo, tiene la particularidad para la Institución de que constituye un verdadero valor agregado, por cuanto abarca servicios y actividades que procuran el abordaje de necesidades reales en la prestación de servicios a la población. Finalmente, esta propuesta de atención condiciona **una mayor eficiencia** en la utilización de los recursos asignados por la Caja para la atención de la población objetivo, eficiencia que es aún más significativa si se toman en cuenta los aumentos esperados en las coberturas de determinados subprogramas de atención relacionados con el cuidado de la salud reproductiva, como es el caso, para citar sólo una, de la realización de citologías cervicales.

III. Responsables del Proyecto

Nombre del representante del equipo de salud
(Dirección Médica)

Dra. Laura Castro Niño

Nombre del responsable del proyecto:

Firma: _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Acuña, Alejandra. *Malformaciones Congénitas y Mortalidad Infantil en la Región Chorotega*. TFG. 2002-2003. Costa Rica. 2003
2. Behm I., Camacho E. *Elementos conceptuales y metodológicos para el análisis de la salud reproductiva*. Revista de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, N° 84-85. 1999
3. Bruce J., *Quality of care. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework*. Studies in Family Planning. Vol 21 N° 2, March, April. 1990.
4. Breilh J., Granda E. *Deterioro de la vida. Un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y en la salud*, CEAS, Quito, 1990
5. Clínica de Pavas. *Informe Final del Análisis de Mortalidad Infantil*. Costa Rica. 2005
6. División de Población de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Un mundo mejor para todos, informe París 21. 2000*
7. Flórez C. *Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia*. Revista Panamericana de Salud Publica. 2005;18(6)
8. Instituto Nacional de Estadística y Censo. *Indicadores Demográficos*. Boletín Anual. . Vol. 1 Año 7. Año 2006 Costa Rica
9. INEC, *Salud mortalidad infantil, según: defunciones infantiles, tasas, edad y grupos de causas de enfermedades Período: 1970, 1975, 1980, 1985, 1990-2005*. Costa Rica. 2005
10. Ministerio de Salud. *Análisis Sectorial de Salud*. Costa Rica. 2002

11. Ministerio de Salud Costa Rica. **Informe Anual 2003. Sistema Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil-** Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna. Costa Rica. 2003
12. Ministerio de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. **Normas de Atención a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar.** Costa Rica. 2000
13. Ministerio de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. Universidad de Costa Rica, Organización Panamericana de la Salud. **Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura. Costa Rica 2006-2015.** Costa Rica. 2005
14. Mora M., Rosa, Villafuerte V. **Salud Reproductiva: Análisis de los contenidos del discurso de un grupo de funcionarios del nivel local. Área de Salud de Liberia, Guanacaste.** Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica. Costa Rica. 1998
15. Morera, Carlos **Análisis de los Casos de Mortalidad Infantil en Grecia.** Acta Pediátrica Costarricense v.17 n.2 San José. 2003
16. Mok, M., Rosero. Luis, **Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva.** Costa Rica. 2000
17. Núñez. H., Rojas. Ana. **Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres.** Costa Rica. 2000
18. Organización Panamericana de la Salud. **Calidad de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, Interacción prestadores de servicios/usuarios (as): Eje Fundamental de una buena atención en salud sexual y reproductiva,** Washington 2000
19. Organización Mundial de la Salud. **Diagnóstico Cualitativo de la Salud Reproductiva en Bolivia.** Ginebra. 1996
20. OPS, **Salud de la niñez,** Washington 2000

21. Pacheco G Hannia. ***Análisis de Mortalidad Infantil en Pavas*** Enrique Vargas Mora, Acta Pediátrica Costarricense v.18 n.1 San José 2004

22. Pazmiño S, Amastha F, Perdomo C y col. ***La calidad del control prenatal como garantía de salud de madres y recién nacidos.*** Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1998; 49 (4): 190-195

23. Quirós, Edda. ***Calidad de la Atención de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva desde una Perspectiva de Género.*** Ministerio de Salud. Dirección de Servicios de Salud. Costa Rica. 1999

24. Revista Costarricense de Salud Pública, julio 1999, vo. 8, N° 14, p.09-19. ISSN 1409-1429

25. Rodwing. V. ***Mortalidad Infantil y cuatro ciudades desarrolladas del mundo: Nueva York, Londres, París y Tokio.*** América Journal of Public Health. Enero 2005
26. Rosero. B, ***Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en CR.*** Panamá. 1985

27. Ross, A., Zeballos, J., Infante, A. ***La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe.*** Rev. Panam. de Salud Pública., Vol. 8 n° 1,2. Julio-Agosto- 2000

28. Silva, L y Durán E, ***Mortalidad infantil y condición social en América.*** Un estudio correlativo, México 1990

29. Stephen F. Derose *et al.* ***Public Health Quality Measurement: Concept and Challeges.*** Annu. Rev. Public Health 2000. 23:1-21

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. THE CAIRO Consensus *Women Exercising Citizenship Monitoring. The Cairo+5 Process 1998-1999 (1999)*. Santiago: Latin American and Caribbean Women's Health Network.
2. United Nations. 1994 "*Report of the International Conference on Population and Development*". Cairo, 5-13 September 1994
3. FUNDACIÓN Mexicana para la Salud (1994). *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*. México, D.F.: FUNSALUD.
4. Simmons G. *Research on the determinants of fertility*. En: Farrooq GM, Simmons GB, eds. *Fertility in developing countries*. New York: Macmillan; 1985.
5. Ministerio de Salud de Colombia. *Lineamientos de políticas de salud sexual y reproductiva*. MINSA. Santa Fe de Bogotá: 1998. (Documento técnico No. 1)
6. Openhain M. *La Juventud en Iberoamérica Tendencias y Urgencias*. Oficial al Cargo de Desarrollo Social. CEPAL. Noviembre 2004
7. CEPAL. *La brecha de la equidad. América Latina, el Caribe y la Cumbre Social. México*) 1997
8. Organización Mundial de la Salud. *Diagnóstico Cualitativo de la Salud Reproductiva en Bolivia*. Ginebra. 1996
9. Pazmiño S. *Mejoramiento continuo del programa de atención prenatal en Instituciones del Seguro Social y de la Secretaría de Salud de Cali*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1997; 48(1): 39-46
10. LANGER, A. y Lozano, R. (1998). *Condición de la mujer y salud*. En Figueroa Perea, J.G. (Ed.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México, D.F.: El Colegio de México.
11. *Estadísticas Generales de los Servicios de Salud 1980-2004*. Departamento de Estadísticas. Caja Costarricense del Seguro Social. Costa Rica. 2004

12. OPS- OMS- Biblioteca de Salud Reproductiva- Publicaciones: *La Violencia Basada en el Género: Un Problema de Salud Pública y de Derechos Humanos*. Capítulo 1. 2005
13. Hasbun, J. *Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer: asunto tanto del hombre como de la mujer*. Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la promoción de la mujer. INTRAW. Mayo 2003
14. Nuñez, H., Monge. R., *La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: Riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica*. Revista Panamericana de Salud Pública. Agosto 2003
15. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas DEMUS. *Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer*. Nueva York. 1997
16. FNUAP/OPS. *Experiencia de colaboración entre las organizaciones no gubernamentales y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en el área de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en América Latina*. USA. 1998
17. FNUAP/OPS/ *Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. La contribución de las ONGs a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en América Latina*. USA. 1998.
18. Pallito, C., *Violencia Doméstica y Salud Sexual y Reproductiva: Un análisis crítico de la Bibliografía*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., Julio 2004
19. Mones. B., Guzmán. J., *Sexualidad y reproducción en la Pobreza*. ISIS Internacional Santiago- Chile. Agenda Salud. Programa Mujeres y Salud. Abril- Junio 1998
20. Nigenda. G., *Reformas del Sector Salud y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina*. Organización Mundial de la Salud. Agosto 2004

21. Solano. P. *El derecho a la salud y la reproducción asistida. Medicina Legal. Costa Rica*, mar. 2003, vol. 20, no.1, p.15-27. ISSN 1409-0015
22. Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección de Compras de Servicios. *Compromiso de Gestión y fichas técnicas. Área de Salud de Pavas. 2007-2008*
23. Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia de División Médica, Gerencia de División Administrativa, Gerencia de División Financiera. *Contratación Directa CD-0009-2006 Prestación de Servicios Integrales de Salud. CCSS- COOPESALUD R.L.* Artículo Décimo Noveno, inciso 3. Pág. 15
24. Buvinic, M. *Women y Poverty: A new global underclass. Foreign Policy*, Fall 1977
25. Smyke, P. *Women and Health*. Zed Brookes Ltd. Londres. 1991
26. OMS. *Diagnóstico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*. Bolivia 1996
27. Acharya L, Cleland J. *Maternal and child health services in rural Nepal: does access or quality matter more*. Health Policy Planing 2000; 15: 223-9
28. Parvez M. *Utilization of rural basic health services in Pakistan*: Report of evaluation study. Alexandria: WHO; 1994

ANEXOS

Defunciones infantiles

Total de casos	793	737	686	700
% de la mortalidad infantil respecto a la mortalidad general	5,3	4,7	4,2	4,3

Tasas de Mortalidad Infantil

Tasa de mortalidad infantil ^{2/}	11,1	10,1	9,2	9,8
Mortalidad infantil neonatal (antes de los 28 días) ^{2/}	7,7	7,0	6,7	7,1
Mortalidad infantil postneonatal (de más de 28 días a 1 año) ^{2/}	3,4	3,1	2,5	2,7

Defunciones según grupos de causas (%) ^{3/}

Total	100,0	100,0	100,0	
Infecciosas y parasitarias	2,5	2,4	2,2	2,9
Tumores	0,3	0,4	0,6	0,3
Glándulas endocrinas de la nutrición	1,1	1,1	0,4	0,6
Sangre	0,1	0,7	1,2	0,4
Sistema nervioso	1,8	1,1	1,8	1,3
Aparato circulatorio	1,9	1,4	1,9	1,0
Aparato respiratorio	8,5	8,6	8,1	7,4
Aparato digestivo	0,5	0,7	1,0	0,3
Aparato genitourinario	0,1	0,3	0,0	0,4
Piel y tejido celular	0,0	0,0	0,0	0,0
Sistema osteomuscular	0,0	0,0	0,0	0,0
Anomalía congénita	29,9	32,5	30,5	34,6
Afecciones perinatales	51,0	48,3	49,4	48,4
Traumatismo y envenenamiento	1,1	2,0	2,2	2,3
Signos, síntomas y estados ... ^{4/}	1,1	0,5	0,4	0,1

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Departamento de Estadísticas Vitales. 2005

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), 2005

Anexo 2. Características de los niños, casos de mortalidad infantil. Área Salud Pavas. 2005

(n= 24)

Características del Niño(a)	Número	Porcentaje	
Sexo			
Masculino	14	58	Fuen
Femenino	10	42	te.
Clasificación al nacer			COLA
Pretérmino	15	62,5	MI
Término	9	37,5	Pavas
Peso al nacer			,
Menos de 2500	15	62,5	2005
2000-3499 g	9	37,5	
Edad al morir			Ane
Neonatal temprana	16	66,7	xo
Neonatal	1	4,1	3.
Postneonatal	7	29,2	Cat
Diagnóstico defunción			ego
Malformación congénita	12	50	rías
Hipoxia perinatal	2	8	Ocu
Membrana Hialina SIR	5	21	paci
Sepsis nosocomial	1	4	onal
Sepsis temprana	1	4	es
Desprendimiento de placenta	1	4	
Aplastamiento de columna	1	4	La
Displasia broncopulmonar	1	4	categ
Prevenibilidad			oría
Presuntamente prevenible	3	12,4	ocup
Presuntamente no prevenible	20	83,3	acion
Dudosa	1	4	al

determina la relación de dependencia en que la persona ejerce su ocupación y se compone de cinco grupos: patronos o empleadores, trabajadores por cuenta propia, asalariados, trabajadores de servicio doméstico y trabajadores no remunerados.

- **Patrono** es la persona dueña o socio activo de una empresa que, para realizar su trabajo, contrata trabajadores asalariados.
- **Trabajador por cuenta propia** es la persona que trabaja sola o asociada sin establecer relación de dependencia y sin contratar personal asalariado.
- **Asalariado:** Es la persona que trabaja con relación de dependencia de un patrono (empresa privada o el Estado), que recibe un pago en forma de sueldo, jornal, salario o trabajo a destajo, ya sea en dinero o en especie.
- **Servicio doméstico asalariado:** Es la persona que trabaja en relación con un hogar que no constituye una empresa o unidad económica.
- **Trabajador no remunerado:** es la persona que trabaja en razón de dependencia con algún miembro del hogar o con alguna otra persona en una finca o negocio y que no recibe pago por su trabajo, ni en dinero ni en especie

La clasificación del grupo ocupacional permite ubicar a la persona según el tipo de trabajo que realiza, entendido como el conjunto de tareas que desarrolla.

Para la clasificación de las ocupaciones, se utiliza a partir del 2001 la Clasificación de Ocupaciones de Costa Rica (CO CR 2000), con base en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO 88) propuesta por la Organización Internacional del Trabajo (OIT):

1. Nivel directivo de la administración pública y de la empresa privada.
2. Nivel profesional científico e intelectual.
3. Nivel técnico profesional medio.
4. Apoyo administrativo
5. Venta en locales y prestación de servicios directo a las personas.

6. Agropecuarias, agrícolas, pesqueras “calificadas”.
7. Producción artesanal, construcción, mecánica, artes y manufacturas “calificadas”.
8. Montaje, operación y manejo de máquinas.
9. Ocupaciones no calificadas.
10. Ocupaciones no especificadas

Anexo 4. Instrumento N° 2 Sistema Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil

**SISTEMA NACIONAL DE ANÁLISIS DE MORTALIDAD INFANTIL
INSTRUMENTO Nº 2 (Rev.-20-5-02)**

I. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nº identificación

1.1. Nombre y apellidos del niño@ _____ 1.2. No. Exped:

1.3. Fecha de Nac. (hora/día/mes/año): 1.4. Fecha de Fall.

1.5. Edad al morir: meses días horas 1.6. Sexo: 1. Fem. 2. Masc. 3. Ambiguo

1.7. Lugar de fallecimiento: _____ (ver códigos)

1.8. Nombre y apellidos de la madre _____ 1.9. No. Exped:

1.10. Cédula 1.11. Edad en años

1.12. Dirección domicilio: (exacta) _____

1.12.1. Provincia _____ 1.12.2. Cantón _____

1.12.3. Distrito _____ Otras señas _____

_____ Teléfono

II. IDENTIFICACIÓN DEL ÁREA DE ADSCRIPCIÓN DEL CASO

2.1. Región: _____ 2.2. Área _____

2.3. Sector _____ 2.4. EBAIS _____

III. DATOS DEL EMBARAZO (Datos obtenidos del expediente clínico en el hospital, consultorio externo o consulta privada debe ser llenado por médico/a o enfermero/a)

3.1. Se controló el embarazo 1.SI 2.NO

3.2. Lugar donde se controló el embarazo (1) _____ } 888 = No aplica
(2) _____ } 999 = Desconocido

3.3. Edad gestacional (en semanas) al primer control prenatal 88. No aplica 99. Desconocido

3.4. Ganancia de peso 1. < 9 Kg 2. 9-12 Kg 3. > 12 Kg 8. No aplica 9. Desconocido

3.5. Talla materna en cm: 88. No aplica 99. Desconocido

3.6. Número de controles consignados durante el embarazo 88. No aplica 99. Desconocido

3.7. Duración embarazo en semanas

3.8. Intervalo intergenésico 1. Menos de 24 meses 2. De 24 meses o más 8. Primigesta 9. Desconocido

3.9. Complicaciones/condiciones de riesgo durante el embarazo 1. SI 2. NO 9. Desconocido

3.10. En caso afirmativo, anote en el siguiente cuadro de complicaciones y condiciones de riesgo:

Complicaciones y condiciones de riesgo	1. SI	2. NO	9. Desconocido	Complicaciones y condiciones de riesgo	1. SI	2. NO	9. Desconocido
3.10.a. Anemia crónica				3.10.j. Embarazo múltiple			
3.10.b. Diabetes				3.10.k. Desproporción Cef-Pelv			
3.10.c. Hipertensión previa				3.10.l. Ruptura prematura membrana			
3.10.d. Cardiopatía				3.10.m. Amenaza parto prematuro			
3.10.e. Pre eclampsia				3.10.n. Hemorragias I o II trimestre			
3.10.f. Eclampsia				3.10.o. Hemorragia III trimestre			
3.10.g. Infección urinaria				3.10.p. Tabaquismo			
3.10.h. Otras infecciones				3.10.q. Alcoholismo			
3.10.i. Agresión intradoméstica				3.10.r. Drogadicción			
3.10.s. Otra, Cuál:							

3.11. Se clasificó el embarazo según riesgo 1. SI 2. NO 8. No Aplica 9. Desconocido

3.12. Qué riesgo obtuvo 1. Alto riesgo 2. Bajo riesgo 8. No aplica 9. Desconocido

3.13. Qué dimensión se usó en la clasificación de riesgo: 1. Biológico 2. Psicológico 3. Social 8. No aplica
 4. 1 y 2 5. 1 y 3 6. 2 y 3

	Norm Control	H.C.	Peso Talla	P.A.	A.U.	M.F.	F.C.F	Hb./Hto.	G. Rh	VDRL	G.O.	Clasificación Riesgo
3.14a	< 19 sem.											
3.14b	20 - 24 sem.											
3.14c	27 - 29 sem.											
3.14d	30 - 35 sem.											
3.14e	38 sem. o >											

3.15. Cumplimiento de normas de atención prenatal 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

IV. DATOS DEL PARTO

4.1. Lugar del parto: 1. Hospital 2. Clínica 3. Camino/ambulancia 4. Hogar 9. Desconocido

4.2. Si es en establecimiento de salud, especifique el nombre

(8888 No aplica, 9999 Desconocido)

4.3. Clasificación de riesgo intraparto 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

4.4. Tipo de trabajo de parto 1. Espontáneo 2. Inducido 3. Conducido 9. Desconocido

4.5. Forma de terminación del parto 1. Vaginal espontáneo 2. Vaginal - Fórceps 3. Cesárea electiva

4. Cesárea intraparto 9. Desconocido

4.6. Causa de Cesárea 1. Sufrimiento fetal 2. Labor parto estacionaria 3. Bolsa rota 4. Eclampsia

5. Expulsivo prolongado 6. Problemas de placenta 7. Otro, Cuál _____ 8. No aplica

9. Desconocido

4.7. Quién atendió el parto: 1. M.G.O 2. M. Gral 3. E.O. 4. E.Gral 5. Res 6. Inter.

7. Otro, Especifique _____

5.13. En resumen, se cumplieron las normas de atención del RN 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

VI EN CASO DE TRASLADO

6.1. La calidad del llenado de la hoja de referencia es 1. Completo 2. Incompleto 8. No aplica 9. Desconocido

6.2. Se cumplen procedimientos para traslado 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

6.3. Se cumplen procedimientos para estabilización 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

6.4. Oportunidad de la referencia fue 1. No se hizo 2. Adecuada 3. Inadecuada 9. Desconocida

6.5. Pertinencia del traslado por diagnóstico y riesgo por nivel 1. No se hizo 2. Adecuada
 3. Inadecuada 9. Desconocida

6.6. En resumen la calidad del traslado fue 1. Buena 2. Regular 3. Mala 8. No aplica

Especifique: _____

6.7. Se envió contrarreferencia al hospital de origen 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

6.8. La calidad del llenado de la hoja de contrarreferencia es 1. Adecuada: 2. Inadecuado:
 8. No aplica 9. Desconocido

VII DURANTE EL INTERNAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO

7.1. Se manejó ese problema en el nivel de atención adecuado 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

7.2. Se actualizó el carnet de salud del niño al salir 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

7.3. Se cumplieron las normas de atención al recién nacido de alto riesgo 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

Explique: _____

VIII CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO AMBULATORIOS

8.1. Tuvo control en CC y D: 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

8.2. Edad en que inició los controles de CC y D meses días

8.3. Número de controles hasta la edad de su muerte

8.4. Se realizó las pruebas de tamizaje 1. Si 2. No 8. No aplica 9. Desconocido

8.5. Se detectaron problemas de morbilidad 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

8.6. Se registran consultas por morbilidad: 1. SI Especifique: _____
 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

8.7. Se clasificó el riesgo del niño/a 1. SI 2. NO 8. Ignora 9. Desconocido

8.8. Se valoró el riesgo de las dimensiones 1. Biológica 2. Psicológica 3. Social 4. 1 y 2 5. 1 y 3

6. 2 y 3 8. No aplica 9. Desconoce
- 8.9. Qué riesgo obtuvo 1. con riesgo 2. sin riesgo 8. No aplica 9. Desconocido
- 8.10. Factores de alto riesgo que presentó: _____
- 8.11. Presentó hospitalizaciones previas al episodio final que le causó la muerte:
1. SI Especifique: _____
2. NO 8. No aplica 9. Desconocido
- 8.12. Durante los CC y D se cumplieron las normas: 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

IX. ENFERMEDAD ÚLTIMA (EVENTOS QUE CONDUJERON A LA MUERTE DEL NIÑO O NIÑA)

- 9.1. Fecha de inicio de la enfermedad (día, mes, año)
- 9.2. Edad del niño/niña meses días horas
- 9.3. Peso en gramos (99 999 Desconocido)
- 9.4. Talla en cm. (999 Desconocido)
- 9.5. Estado nutricional 1. Eutrófico 2. Desnutrición aguda 3. Retardo en talla
4. Desnutrición aguda y crónica 9. Desconocido
- 9.6. Los problemas de este episodio final fueron manejados según norma: 1. SI 2. NO Especifique _____
8. No aplica 9. Desconocido

9.7. Diagnósticos clínicos finales (fuente de la información: certificado de defunción, hoja de egreso o expediente clínico)

	Diagnósticos	Código CIE 10
a.		
b.		
c.		

- 9.8. Donde murió: 1. Casa 2. En el camino/traslado a servicio de salud 3. Establecimiento ambulatorio
4. Hospital < 48 horas 5. Hospital > 48 horas
- 9.10. Si fue extra-hospitalario por que: _____
- 9.11. Anote el nombre del establecimiento donde murió: _____

X. DATOS DE AUTOPSIA

- 10.1. Se realizó autopsia 1. SI 2. NO 9. Desconocido
- 10.2. Lugar de autopsia: 1. Hospital 2. Médico Legal 8. No aplica 9. Desconocido
- 10.3. Número de autopsia (888888 = No aplica, 999999 = Desconocido)
- 10.4. Diagnósticos finales de autopsia (reporte de autopsias)

	Diagnósticos	Código CIE 10
a.		
b.		
c.		

9. Ocupación:

0	Desempleado	1	Oficios domésticos no remunerados
2	Estudiante	3	Pensionado o viuda de pensionado
4	Trabajo informal: trabajo ocasional sin patrono fijo	5	Trabajo no remunerado con pago en especie
6	Oficios domésticos remunerados	7	Asalariado agrícola (peón o jornalero)
8	Asalariado no calificado de servicios (cocineras, misceláneos, mañeras, dependientes de comercio, asistentes de pacientes y similares)	9	Obrero no calificado asalariado (peón de construcción, empleado de fábrica o industria sin requerir entrenamiento previo y similar)
10	Obrero calificado asalariado: (mecánicos, ebanistas, fontaneros, electricistas y similares)	11	Pequeños productores agrarios independientes, sin trabajadores remunerados.
12	Asalariados calificados: técnicos y profesionales asalariados.	13	Trabajadores independientes sin patrono (intelectuales, profesionales y artesanos)
14	Empleadores	15	Otros. (Anotar cuál)
88	No aplica (menores de 7 años)	99	Desconocido

10. Nac.: Anote la nacionalidad de cada miembro

11. Cuando el padre del niño no convive en la casa se le llenan esos mismos datos fuera del cuadro, al pie del mismo.

11.4. Tipo de familia: Clasifique la familia desde la madre del hijo/a

1. Familia nuclear simple: (Un núcleo central formado por madre o padre y sus hijos/as solteros/as)
2. Familia nuclear conyugal: (Una pareja conyugal e hijos/as solteros/as)
3. Familia extensa: Si en el hogar conviven personas de varias generaciones todos familiares.
4. Familia mixta: Si en el hogar conviven otros adultos o niños no familiares.

11.5. Datos de la Madre: Antecedentes obstétricos

11.5.1. Número total de embarazos:

11.5.2. Número total de abortos:

11.5.3. Número total de Nacidos muertos:

11.5.4. Número total de Nacidos vivos:

11.5.5. Número total de fallecidos después de nacer antes 1mes

11.5.6. Número total de fallecidos menores de un año, después del mes

11.5.7. Número de orden gestacional del caso en estudio

11.5.8. El caso en estudio fue un embarazo planificado 1. SI 2. NO

11.5.9. En caso negativo, anote textualmente el por qué: _____

11.6. Embarazo del caso en estudio

11.6.1. Tuvo control prenatal: 1. SI 2. NO 9. Desconocido

11.6.2. En caso negativo anote razones de no control prenatal _____

11.6.3. En caso afirmativo, donde recibió el Control Prenatal _____

11.6.4. Tiene Carnet Perinatal 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

11.6.5. En caso negativo, razones de no poseer carnet perinatal _____

- 11.6.6. Meses de embarazo al primer control prenatal
- 11.6.7. Si se inscribió después del primer trimestre, por qué _____
- 11.6.8. Número total de controles prenatales
- 11.6.9. Si fueron menos de 4 controles, por qué: _____
- 11.6.10. Complicaciones o enfermedades durante el embarazo 1. SI 2. NO 9. Desconocido
- 11.6.11. (Especifique) Cuáles? (anotar textual) _____
- 11.6.12. Satisfacción de la madre con relación a la atención prenatal recibida
 1. Buena 2. Regular 3. Mala 8. No aplica 9. Desconocido
- 11.6.13. Si hubo complicaciones, fue referida a otro nivel de atención 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido.
- 11.6.14. (Especifique) ¿dónde la refirieron? _____
- 11.6.15. Si fue referida, fue atendida 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido
- 11.6.16. Satisfacción de la madre con relación a la atención del Servicio donde fue referida
 1. Buena 2. Regular 3. Mala 8. No aplica 9. Desconocido

11.7. Datos sobre el Parto del caso en estudio

- 11.7.1. Lugar de nacimiento del niño/a: 1. Casa 2. Servicio ambulatorio 3. Hospital 4. Otro
- 11.7.2. (Especifique) Dónde? _____
- 11.7.3. Como empezó el parto 1. Espontáneo 2. Inducido 3. Conducido
- 11.7.4. Tuvo alguna complicación durante el parto 1. SI 2. NO 9. Desconocido
- 11.7.5. (Especifique)Cuál? _____
- 11.7.6. Fue buena la condición del niño/a al nacer 1. SI 2. NO 9. Desconocido
- 11.7.7. Si no lo fue, qué notó usted? Le dijeron algo? _____

- 11.7.8. Satisfacción de la madre con relación a los servicios durante la atención del parto
 1. Buena 2. Regular 3. Mala 8. No aplica 9. Desconocido
- 11.7.9. Porqué? _____

- 11.7.10. Le dieron el Carnet de Salud del Niño 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido
- 11.7.11. Sabe usted para qué sirve el Carnet de Salud el niño? _____

11.8. Datos del Niño o la Niña en estudio

Crecimiento y desarrollo (En el caso de niños que no fueron internados inmediatamente después de su nacimiento)

11.8.1. Le dio de mamar 1. SI 2. NO 3. No aplica 9. Desconocido

11.8.2. En caso negativo, por qué: _____

11.8.3. Qué edad en meses tenía su niño/a cuando le empezó a dar otros alimentos distintos y la leche materna (88 = No aplica)

11.8.4. Qué edad en meses tenía su niño/a cuando le dejó de dar de mamar definitivamente aplica)

11.8.5. Según su opinión su niño presentó algún problema en su desarrollo psicomotor. Se atrasó en fijar la mirada, en sonreír, en sostener la cabeza, en sentarse, en pararse, en caminar? 1. SI 2. NO 3. No aplica 9. Desconocido

11.8.6. Esquema básico de vacunación para la edad 1. Completo 2. Incompleto 3. No aplica 9. Desconocido

11.8.7. Tiene el Carnet de Salud del niño/a

1. Si, completo 2. Si, incompleto 3. No tiene 8. No aplica 9. Desconocido

11.8.8. Lo llevó a control del crecimiento y desarrollo 1. SI 2. NO 3. No aplica 9. Desconocido

11.8.9. Edad al primer control días meses (88 88 = No aplica, 99 99 = Desconocido)

11.8.10. Satisfacción de la madre con relación a los servicios brindados a su hijo/a en el CC y D

1. Buena 2. Regular 3. Mala 8. No aplica 9. Desconocido

11.8.11. Por qué? _____

11.8.12. Quién cuidó al niño/a la mayor parte del tiempo

1. madre 2. abuela 3. hermano/a > 15 años 4. hermano/a < 15 años
 5. empleada 6. Institución (guardería) 7. Otro 8. No aplica 9. Desconocido

11.9. Datos de enfermedades y atención médica al caso en estudio (anteriores al evento final)
Aplicar solamente a niños que no se internaron inmediatamente después de su nacimiento.

11.9.1. Antes de la enfermedad final del niño lo llevó a otro tipo de consulta 1. SI 2. NO 3. No aplica 9. Desc.

11.9.2. Por qué razón lo llevó a consulta _____

11.9.3. Satisfacción de la madre con relación a estos servicios de consulta ambulatoria

1. Buena 2. Regular 3. Mala 8. No aplica 9. Desconocido

11.9.4. (Especifique) Por qué? _____

11.9.5. Antes del episodio final fue hospitalizado previamente 1. SI 2. NO 3. No aplica 9. Desconocido

11.9.6. Cuantas veces fue hospitalizado (88 = No aplica, 99 = Desconocido)

11.9.7. Satisfacción de la madre sobre estos servicios de hospitalización

1. Buena 2. Regular 3. Mala 8. No aplica 9. Desconocido

11.9.8. (Especifique) Por qué? _____

11.10. Proceso que lo llevó a la muerte

11.10.1. Descripción de la enfermedad según la entrevistada (Tiempo de duración, síntomas, evolución) (Anote textualmente)

11.10.2. Cuáles enfermedades cree usted que le causaron la muerte (Anote textualmente)

11.10.3. La madre conoce las o la causa de muerte 1. SI 2. NO 9. Desconocido

11.10.4. Qué otras cosas cree usted que contribuyeron a la muerte(aparte de las enfermedades) (Anote textualmente):

Para aplicar en caso de niñ@s que no fueron hospitalizad@s inmediatamente después de su nacimiento:

11.10.5. Consultó en este último episodio (de enfermedad) 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

11.10.6. Si no consultó, por qué? (Anote textualmente):

11.10.7. Si consultó, cuántos días después del comienzo de la enfermedad (88 = No aplica, 99 = Desconocido)

11.10.8. Si consultó, a dónde consultó?

11.10.9. Lo atendieron 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

11.10.10. Si no lo atendieron. Por qué no lo atendieron? (Anote textualmente)

11.10.11. Si lo atendieron, lo refirieron a otro nivel de atención 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

11.10.12. A dónde lo refirieron

11.10.13. Satisfacción de la madre en relación con estos servicios ambulatorios

1. Buena 2. Regular 3. Mala 8. No aplica 9. Desconocido

11.10.14. (Especifique) Por qué?

11.11. Episodio final

11.11.1. ¿Dónde murió el niño/a?

1. Casa. Por qué. (Anote textualmente) _____
 2. Establecimiento ambulatorio. Por qué.(Anote textualmente) _____
 3. Camino a establecimiento de salud. Por qué.(Anote textualmente) _____
 4. Hospital, Nombre del establecimiento _____

11.11.2. Si el niño/a fue hospitalizado. ¿Cómo estaba al hospitalizarlo?

1. Ligeramente enfermo 2. moderadamente enfermo 3. grave 8. No aplica 9. Desconocido

11.11.3. Opinión de la madre sobre la atención de ese episodio final en los servicios de hospitalización
 1. Buena 2. Regular 3. Mala 8. No aplica 9. Desconocido

11.11.4. (Especifique) Porque? _____

11.12. Índice de Necesidades Básicas

Necesidades Básicas	1. Si Hay	2. No Hay
11.12.1 Niños de 7-12 años que no asisten a la escuela		
11.12.2. Hacinamiento crítico (un promedio de más de tres personas por cuarto, entendiéndose como tal los dormitorios, sala, comedor, cocina y otros) Anote cuántos por aposento		
II. 11.12.3. Vivienda inadecuada (improvisada, tugurio, casa de vecindad, construida con materiales d e deshecho, paredes y techos en malas condiciones)		
11.12.4. Servicios Básicos inadecuados: Urbano: sin servicio de agua intradomiciliar, sin excusado con conexión a tanque séptico o alcantarillado. Excusado compartido con otras familias. Rural: carecen de agua intradomiciliar y disposición sanitaria de excretas		
11.12.5. Alta dependencia económica: Hogares con más de tres habitantes por persona ocupada , cuyo jefe de familia tenga menos de 3 años de escolaridad		
11.12.6. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): Familia con al menos una de las características anteriores		

11.12.7. Fuente de información 1. Madre 2. Padre 3. Otro Especifique _____

11.12.8. CALIFIQUE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA FAMILIA

XII. Conclusiones Finales del Caso

12.1. CAUSAS

CAUSA	Certificado de Defunción	Código del CIE -10	Resultado de Autopsia	Código del CIE-10	Según Análisis de la COLAMI	Código del CIE-10
BASICA						
ASOCIADA						

12.2. RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD: ÁREAS CRÍTICAS IDENTIFICADAS

- A nivel de servicios de planificación familiar
- A nivel de servicios prenatales
- A nivel del sistema de referencia, contrarreferencia y traslados

- A nivel de servicios hospitalarios: (en labor, sala de partos, alojamiento conjunto, servicios de neonatología, pediatría, emergencias)
- A nivel de servicios ambulatorios de atención del niño (tamizaje, control de crecimiento y desarrollo, control de morbilidad, vacunatorios)

12.3. CALIFIQUE LA CALIDAD DE RESPUESTA DEL SERVICIO DE SALUD

12.4. CONDICIONES DE VIDA DEL GRUPO FAMILIAR: ÁREAS CRÍTICAS IDENTIFICADAS

12.5. CONCLUSIONES GENERALES DEL CASO:

12.6. PREVENIBILIDAD Muerte Prevenible 1. SI 2. NO

12.7. JUSTIFIQUE LA RESPUESTA DE PREVENIBILIDAD

12.8. RECOMENDACIONES E INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

INTERVENCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	INTERVENCIONES DENTRO DE LA FAMILIA	INTERVENCIONES EN OTROS SECTORES

COLAMI de: _____ Región _____
 Coordinador _____ Visita realizada por: _____
 Fecha de la muerte del niño@ _____ Fecha de la visita _____ Fecha del análisis _____

Anexo 5. Instrumento para la revisión de la calidad de la consulta de Planificación Familiar en la Clínica de Pavas, COOPESALUD R.L.

1. Número de caso _____
2. Nombre y apellidos _____
3. Edad _____
4. Fecha de la cita (día/mes año) ____/____/____
5. Anamnesis: Antecedentes ginecoobstétricos: (Número de gestaciones, partos, abortos o cesáreas) _____
6. Fecha del último parto/aborto _____
7. Fecha en la que inició el método de planificación _____
8. Intervalo intergenésico _____
9. Examen físico: SÍ _____ NO _____
10. Examen de mamas: SÍ _____ NO _____
11. Examen ginecológico: SÍ _____ NO _____
12. Fecha de último PAP _____
13. Resultados del último PAP _____
14. Tratamiento recibido en caso de alteración _____
15. Toma de PAP (según norma) SÍ _____ NO _____
No corresponde _____
16. Peso _____ Talla _____ IMC _____
16.1 Interpretación del estado nutricional _____
17. Toma de presión arterial: SÍ _____ NO _____
17.1 Interpretación de la PA: SÍ _____ NO _____
18. Determinación del riesgo reproductivo: SÍ _____ NO _____
18.1 Tipo de riesgo reproductivo:
_____ Factores socioeconómicos
_____ Factores relacionados con la edad
_____ Factores médicos (antecedentes g/obstétricos- comorbilidad)
19. Exámenes de laboratorio:
_____ Hemograma (determinación de hemoglobina)
_____ VDRL
_____ Glicemia

- _____ Examen de orina
20. Tipo de método de planificación recomendado _____
21. ¿El método de planificación indicado cumple con las necesidades de la paciente?
Sí _____ NO _____ No se anota _____
22. ¿Se brinda educación y explicación del método? Sí _____
NO _____ No se anota _____
23. ¿Se brinda explicaciones sobre riesgos, recomendaciones y tiempo de uso?
Sí _____ NO _____ No se anota _____
24. ¿Se brinda educación sobre complicaciones?
Sí _____ No _____ No se anota _____
25. Tipo de complicación anotada
Intolerancia gástrica _____
Sangrado _____
Dispareunia _____
No se anota _____
26. ¿Se anota alguna recomendación en caso de complicación?
Sí _____ No _____ No se anota _____
No aplica _____
27. ¿Se deja cita de control?
Sí _____ No _____ No aplica _____
28. En caso de que quede ausente, ¿se realizan acciones para localizar a las pacientes de alto riesgo reproductivo?
Sí _____ No _____ No aplica _____

Anexo 6. Instrumento para la revisión de la calidad de la consulta de Control Prenatal en la Clínica de Pavas, COOPESALUD R.L

1. Número de caso _____

2. Nombre y apellidos _____
3. Edad _____
4. Estado civil _____
5. Nacionalidad _____
6. Escolaridad _____
7. Tipo de seguro _____
8. Anamnesis: Antecedentes ginecoobstétricos: (Número de gestaciones, partos, abortos o cesáreas) _____
9. Fecha del último parto/ aborto _____
10. Intervalo intergenésico _____
11. Número de controles prenatales recibidos _____
12. Edad gestacional en la primera consulta _____
13. Número de controles prenatales por trimestre
 - I Trimestre _____
 - II Trimestre _____
 - III Trimestre _____
14. Ganancia de peso durante el embarazo _____
15. Duración del embarazo en semanas _____
16. Interpretación del hemograma en cada consulta: Sí ___ No ___
- 16.1. En caso de alteración, ¿se brinda tratamiento o recomendaciones?
Sí _____ No _____ NA _____
17. Interpretación del VDRL en cada consulta: Sí _____ No _____ NA _____
- 17.1 En caso de alteración, ¿se brinda tratamiento o recomendaciones?
Sí _____ No _____ NA _____
18. Interpretación del EGO en cada consulta: Sí _____ No _____
- 18.1 En caso de alteraciones, ¿se brinda tratamiento o recomendaciones? Sí _____
No _____ NA _____

- Citas de control prenatal:

Contr ol	EG	P/T	PA	AU	MF	FCF	EGO	VDRL	VIH	Hb/H ct	Gilc	Riesg o
I												
II												
III												
IV												
V												
VI												

19. Clasificación del riesgo y abordaje según norma en cada consulta

Sí _____ No _____

20. Complicaciones durante el embarazo

Sí _____ No _____

21. Tipo de complicaciones durante el embarazo _____

- 22. ¿Se atienden las complicaciones según la norma? Sí ____ No __ NA _____

- 23. ¿Se refiere a un nivel de mayor complejidad en caso necesario?

Sí _____ No _____ NA _____

- 24. ¿Se refiere al curso de parto?

Sí _____ No _____ NA _____

- 25. ¿Se refiere a consulta odontológica?

Sí _____ No _____ NA _____

- 26. ¿Se brinda educación en todas las consultas?

Sí _____ No _____ NA _____

- 27. Temas de educación en las consultas:

Signos de alarma _____ Prevención del fumado _____

Promoción de la lactancia materna _____

Prevención de ITS /SIDA _____ Cuidados del RN _____

- 28. Aplicación del toxoide tetánico

Sí _____ No _____ NA _____

29. En caso de quedar ausente la paciente a una consulta, ¿se realizan acciones para localizarla?

Sí _____ No _____ NA _____

Anexo 7. Guía para la entrevista al personal de salud sobre la calidad de la atención de la consulta de Control Prenatal y Planificación Familiar en la Clínica de Pavas

Nombre: _____

Edad _____

Ocupación/Profesión _____
Tiempo de trabajar en la Clínica _____
Entrevista realizada por _____

INTRODUCCIÓN: La siguiente entrevista tiene la finalidad de conocer alguna información sobre la calidad de la atención en las consultas de Planificación Familiar y Control Prenatal. Nuestro interés es conocer su opinión sobre la atención desde la perspectiva de la prestación del servicio a las usuarias, (proveedores), por lo que le solicitamos objetividad e imparcialidad a la hora de responder a las preguntas

1 ¿Ha tenido oportunidad de dar consulta de planificación familiar o de control prenatal? _____ Sí _____ NO

2. ¿Cuántas pacientes atiende por hora? _____

3. ¿Considera que el tiempo es suficiente para la atención?
_____ Sí _____ NO

3.1 ¿Por qué? _____

4. ¿Tiene acceso a capacitaciones en el tema de atención del control prenatal y de planificación familiar? _____ Sí _____ No

4.1 Explique _____

5. ¿Conoce las normas de atención prenatal y de planificación familiar y tiene acceso a ellas? _____ Sí _____ No

5.1. Explique

6. ¿Tiene acceso a información actualizada sobre estos temas?

_____ Sí _____ No

6.1 Explique

7. ¿La Clínica tiene disponibilidad de los distintos métodos anticonceptivos que provee la Caja? _____ Sí _____ No

7.1 Explique

8. ¿Está capacitado para brindar información a las usuarias y usuarios sobre las distintas opciones en métodos de planificación familiar?

_____ Sí _____ No

8.1 Explique _____

9. ¿Considera que tiene a su disposición los insumos necesarios para realizar una adecuada atención del control del embarazo y de la consulta de planificación familiar? (equipos, medicamentos, métodos anticonceptivos, material educativo, entre otros) _____

10. ¿Tiene conocimiento sobre la red de servicios a la que pertenece la clínica y cuáles son los criterios para referir los casos que requieran una intervención más especializada? _____ Sí _____ No

10.1 Explique _____

11. ¿En su opinión, cuenta la clínica con la infraestructura y los recursos adecuados para llevar a cabo la consulta de atención prenatal y de planificación familiar?

12. ¿Ha sido retroalimentado por su jefatura sobre su desempeño, el manejo de la consulta o sobre la calidad de las anotaciones en los expedientes de salud de estas consultas? _____ Sí _____ No

12.1 Explique _____

13. ¿Qué aspectos considera deben revisarse para mejorar la calidad de la atención de la consulta prenatal y de planificación familiar?

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo 8. Consentimiento Informado

Estimada señora:

La Clínica de Pavas está cooperando con un estudio de investigación sobre la calidad de la consulta de atención prenatal y de planificación familiar, en cuenta los métodos de planificación utilizados y la relación de pareja.

Para participar, el único requisito es ser mujer mayor de 18 años, que haya tenido el antecedente de la muerte de un bebé menor de un año. Para lo cual solicitamos su ayuda para participar en una entrevista y en una reunión de un grupo focal, que tiene como objetivos conocer sobre los aspectos relacionados con la actividad sexual, Planificación Familiar y la relación con su compañero.

Es importante que, antes de formar parte de este estudio, conozca que éste es una investigación universitaria. La reunión tiene una duración de una hora y media aproximadamente. En este tiempo conversaremos sobre los aspectos antes mencionados y llenaremos unos formularios con lo que usted nos cuente y posteriormente los analizaremos. Le recordamos que toda la información que nos cuente, es confidencial y solo se usará para esta investigación. Con el fin de mantener la confidencialidad, le pedimos que tanto para el formulario de la entrevista como para la realización del grupo focal, usted nos brinde un nombre ficticio.

Durante nuestra charla, se podrán tocar temas que son incómodos de ventilar o privados, por esto le pedimos que sienta la confianza y libertad de expresar lo que sienta al respecto; nosotras entenderemos y respetamos si usted prefiere no hacer comentarios.

La información que usted nos brinde será usada para proponer recomendaciones al Área de Salud de Pavas, con el objeto de que permitan mejorar la calidad de atención de las consultas de Planificación Familiar y Control Prenatal, lo que beneficiará, en el futuro, la manera en que el personal de salud atenderá a las mujeres que asistan a solicitar atención.

Este estudio no representa costo alguno o pago por su cooperación.

Si por cualquier razón, usted se siente incómoda o no a gusto y decide no participar del estudio o una vez iniciado, no desea continuar con la entrevista, siéntase en la libertad de no participar; simplemente, nos lo informa. Su participación en el estudio no tendrá consecuencia alguna para

usted en adelante respecto a la atención que recibirá, salvo las mejoras que propondremos implementar.

Si necesita aclarar dudas, hacer consultas, conocer más sobre este estudio, sus derechos o cualquier inquietud, puede dirigirse al siguiente personal:

Dr. Alberto Ferrero Aymerich, Director General de las Áreas de Salud de Coopesalud, teléfono: 2220-19-68, correo electrónico: aferrero@coopesalud.com

Dra. Silvia Jiménez Alvarado, Jefatura de Servicios Médicos, teléfono: 2231-6044, correo electrónico: sjimenez@coopesalud.com

Finalmente, luego de leer esta información y si está de acuerdo en participar, por favor llene el siguiente documento:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, mayor de edad, vecina de Pavas, he sido informada sobre el derecho que tengo a abstenerme de participar en esta entrevista y/o grupo focal, como también de las características y los requisitos para participar en uno o ambos procesos. Estoy dispuesta a colaborar contestando las preguntas y a participar en el grupo focal siempre y cuando se respete mi derecho a la confidencialidad y privacidad tal y como lo explica el documento de la entrevista.

Nombre y firma de la participante. De acuerdo en participar:
_____ Fecha: _____

Profesional responsable de recoger el consentimiento informado:

Testigo, (Nombre y cédula) _____

Anexo 9. Guía para la entrevista a las usuarias del servicio de planificación y/o control prenatal con el antecedente de una muerte infantil

Nombre: _____ Edad _____
Ocupación _____ Nivel Educativo _____
Dirección _____
Realizada por: _____

INTRODUCCIÓN: La siguiente entrevista tiene la finalidad de conocer alguna información sobre su salud sexual y reproductiva. Le agradecemos su confianza de permitirnos conocer su opinión. Para efectos de proteger su identidad y mantener la confidencialidad, le proponemos que se identifique con un nombre ficticio, respetando todos los otros datos de identificación.

I. MÉTODO DE PLANIFICACIÓN, CONOCIMIENTO Y USO

1. ¿Cuál es su estado civil?

___ Soltera ___ Casada ___ Unión Libre ___ Divorciada ___ Separada ___ Viuda

2. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

___ 10 a 15 años ___ 16 a 19 años ___ 20 a 25 años ___ Más de 25 años

3. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?

___ Uno solo ___ 2 ó 3 ___ más de 3

Comentarios

4. ¿Qué entiende usted por método de planificación?

5. ¿Usted usa algún método de planificación?

___ Sí

5.1. ¿Cuál? ___ Pastillas ___ inyección ___ DIU o T ___ natural ___ Cirugía

___ Otro, ¿cuál _____

___ NO

5.2 ¿Por qué?

6. ¿Podría decirme cómo funciona el método que usted usa?

6.1 ¿Y quién se lo explicó?

7. ¿Se siente cómoda con el método que usa para planificar? ___ SÍ ___ NO

7.1 ¿Por qué?

8. ¿Su compañero usa algún método para planificar?

___ SÍ ___ NO (pasar a 9.3)

8.1 ¿Cuál? ___ Preservativo ___ Se riega afuera ___ Natural

8.2 ¿Sabe usted quién le explicó su uso?

(pasar a 10)

9. ¿Por qué su compañero no usa algún método para planificar? (Pasar a 11 si ella es la que usa algún método)

10. ¿Está de acuerdo su compañero con el método que él usa?

___ No sé ___ SÍ ___ NO

10.1 ¿Por qué?

11. ¿Su compañero se siente cómodo con el método de planificar que ustedes usan? (si ninguno de los dos usa algún método para planificar pasar a 13)

12. ¿Por cuánto tiempo han usado ambos este método de planificación?

13. ¿Cuántos hijos ha tenido usted
___ 1 ___ 2 a 3 ___ Más de 3

14. ¿Han sido planeados? ___ SÍ ___ NO
14.1 ¿Por qué?

II. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

15. ¿Cuántos embarazos ha tenido usted? _____

16. ¿Se le ha muerto algún hijo antes del año de edad? ___ SÍ ___ NO (pasar a pregunta Abortos Nº17)

16.1 ¿Cuántos? _____

16.2 ¿Hace cuánto?

17. ¿Ha tenido abortos? ___ SÍ ___ NO (Pasar a 20)

17.1 ¿Cuántos? _____

17.2 ¿Hace cuánto? _____

18. ¿Ha tenido más hijos luego de la muerte de su hijo(a)? ___ SÍ ___ NO

18.1 ¿Cuántos? _____

19. ¿Cuánto tiempo pasó desde que murió hasta que naciera su otro hijo(a)?

___ Menos de 1 año

___ De 1 a 2 años

___ Más de 2 años

III. INFORMACIÓN SOBRE LA VIDA SEXUAL/

A continuación le vamos a hacer algunas preguntas sobre sus relaciones sexuales.

20. ¿Sus relaciones sexuales son dolorosas?

___ SÍ ___ NO (pasar a 22)

20.1 ¿Por qué cree usted que le duelen?

21. ¿Ha consultado con alguien sobre este problema? ___ SÍ ___ NO

21.1 SÍ, ¿Con quién?

21.2 NO, ¿Por qué?

22. ¿Ha tenido enfermedades venéreas?

___ SÍ ___ NO

22.1 ¿Qué tipo de infección?

22.2 ¿Recibió tratamiento para esta enfermedad? ___ SÍ ___ NO

22.3 ¿Dónde la trataron?

22.4 ¿Su compañero recibió tratamiento también? ___ SÍ ___ NO

23. ¿Disfruta usted de las relaciones sexuales?

___ SÍ ___ NO

23.1 NO, ¿Por qué?

IV. ANTECEDENTES DE VIOLENCIA

24. ¿Su compañero la trata bien, la mimra o chinea? ___ SÍ ___ NO

24.1 ¿Cómo?

25. ¿Su compañero la obliga a hacer cosas en la cama que usted no quiere?

26. ¿Se ponen ustedes de acuerdo en la forma como tener las relaciones sexuales, la forma y la frecuencia?

27. ¿Alguna vez la ha maltratado su pareja? ___ SÍ ___ NO

27.1 ¿Qué tipo de maltrato?

28. ¿Con qué frecuencia la maltrata?

29. ¿Desde cuándo la maltrata?

30. ¿Ha maltratado a alguien más en la casa? ___ SÍ ___ NO

30.1 ¿A quién?

31. ¿Ha conversado con alguien de esto? ___ SÍ ___ NO

31.1 ¿Con quién? _____

32. ¿Ha hecho alguna denuncia de estos hechos? SÍ NO

32.1¿Dónde? _____

33. ¿Alguna vez ha tenido que llamar a la policía porque su compañero o pareja está muy enojado? SÍ NO

V. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LAS CONSULTAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PF) Y CONTROL PRENATAL RECIBIDAS (CPN)

Con el fin de conocer cómo ha sido atendida en las consultas de planificación familiar y control prenatal, agradecemos que nos conteste las siguientes preguntas.

34. ¿La consulta recibida en el último año fue de Planificación Familiar o Control Prenatal?

Planificación Familiar Control Prenatal

35. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para que le otorgaran la cita?

Más pronto de lo que esperaba Lo normal/razonable

Mucho tiempo, pero aceptable Mucho tiempo inaceptable.

36. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar el día de la cita a que lo atendieran?

Más pronto de lo que esperaba Lo normal/razonable

Mucho tiempo, pero aceptable Mucho tiempo inaceptable.

37. ¿Considera usted que la atendieron con amabilidad y respeto? SÍ NO

37.1Explique _____

38. ¿Considera usted que la enfermera la atendió como corresponde? SÍ NO

38.1Explique _____

39. ¿El médico la atendió puntualmente a la hora que le tocaba la cita?

SÍ NO

39.1Explique _____

40. ¿Considera usted que el médico mostró interés y comprendió su problema?

___ SÍ ___ NO

40.1 Explique

41. ¿El médico la saludó y le llamó por su nombre al entrar? ___ SÍ ___ NO

41.1 Explique

42. ¿El médico la examinó y le hizo preguntas respecto a su salud? ___ SÍ ___ NO

42.1 Explique

43. ¿El médico le dijo lo que tenía y le permitió aclarar sus dudas? ___ SÍ ___ NO

43.1 Explique

44. ¿El médico le brindó recomendaciones claras sobre su salud? ___ SÍ ___ NO

45.1 Explique

46. ¿El médico le solicitó autorización y le dio explicaciones en relación con los procedimientos que le van a realizar? ___ SÍ ___ NO

47.1 Explique

48. ¿Considera usted que ha tenido privacidad durante su consulta?

___ SÍ ___ NO

48.1 Explique

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y DISPOSICIÓN, LA INFORMACIÓN AQUÍ ANOTADA SERÁ DE GRAN VALOR PARA LA REVISIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE SE BRINDA A LAS USUARIAS EN LA CLÍNICA. ESTA INFORMACIÓN SERÁ ANALIZADA POR UN EQUIPO DE PERSONAS QUE INFORMARÁN A LAS AUTORIDADES SOBRE LAS OBSERVACIONES Y DEBILIDADES QUE SEÑALAN CON EL FIN DE MEJORAR LA ATENCIÓN.

Anexo 10. Grupo focal para madres de Pavas con el antecedente de una muerte infantil previa. Años 2000-2005

Las preguntas generadoras del grupo focal para madres de Pavas con el antecedente de una muerte infantil previa, años 2000-2005, se organizaron a partir de la definición de las siguientes categorías analíticas:

1. Acceso y calidad de la atención: atención prenatal, planificación familiar, consulta de PAP. (Acceso e información sobre los métodos de planificación, comunicación entre el personal de salud y la paciente, privacidad y confidencialidad en las consultas recibidas, trato respetuoso, considerado y amable en la atención recibida y derecho a la continuidad de la atención.)
2. Autonomía en la decisión de uso de métodos de planificación.
3. Capacidad de decisión sobre la frecuencia, características y las condiciones de los encuentros sexuales.
4. Concepto de la relación sexual para la mujer y su papel en ella, capacidad de disfrute.
5. Percepción de violencia en relaciones de pareja, tipos de violencia y razones de aceptación.

Preguntas orientadoras del grupo focal para madres de Pavas con el antecedente de una muerte infantil previa años 2000-2005

Introducción al grupo focal:

El objetivo de esta reunión en grupo con ustedes es lograr saber qué piensan sobre algunos aspectos de la calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva recibida en la Clínica, además de la opinión de ustedes sobre qué significa ser mujer y ser hombre en nuestra comunidad, los derechos que tenemos, la vida en pareja y las relaciones sexuales de la pareja.

1. Hablemos de la salud sexual y reproductiva, para ustedes ¿que significa?
2. ¿Ustedes creen que la Clínica brinda atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres?
¿Por qué?
¿Cuáles son?
3. ¿Ustedes creen que el tiempo que se dedica a esta atención es suficiente?

¿Qué opinión tienen?

4. ¿Cómo consideran ustedes que es la atención en salud sexual y reproductiva recibida en la clínica?
¿En control prenatal? ¿En planificación? ¿En la toma de Papanicolau?
¿Por qué?
¿Es lo que ustedes necesitan?
5. En general, ¿cómo consideran ustedes el acceso a los servicios que ofrece la clínica?
¿Es fácil llegar a ellos? ¿Hay dificultades?
6. Según la experiencia de ustedes, al recibir atención en las diferentes consultas en la clínica, ¿les han explicado lo que tienen, lo que se les receta, el porqué de las indicaciones?
7. ¿Ha sido igual en las diferentes consultas de atención de salud de la mujer?
¿En control prenatal? ¿En planificación? ¿En la toma de Papanicolau?
8. En estas consultas ¿le han dicho si ustedes tienen algún riesgo especial? ¿Les han explicado los cuidados que deben tener para mantener su propia salud?
9. En estas consultas ¿han recibido siempre las citas de control?
10. En el caso de olvido o problemas para llegar a las citas, ¿han sido llamadas a nueva cita?
11. Si han tenido que ir a otros establecimientos o necesitado exámenes especiales, ¿han sido atendidas en esos servicios sin problemas?
12. Hablemos ahora de los métodos de planificación o métodos anticonceptivos. ¿Qué piensan ustedes de los métodos anticonceptivos?
13. ¿Quién les habló de ellos? ¿Qué le dijeron?
14. En la Clínica ¿alguien les explicó sobre los métodos?
¿Quién?
¿Cómo fue la explicación?
¿Pudieron hacer preguntas?
¿Creen ustedes que con esa explicación uno queda satisfecha, conforme?
15. ¿Usan o usaban algún método de planificación?
¿Estos métodos fueron elegidos por ustedes?
¿Con apoyo de sus compañeros?
¿Por sugerencia médica?

16. En la pareja, ¿quién creen ustedes que debe decidir el uso de métodos de planificación?
¿Por qué?
17. ¿Hablan ustedes con su pareja sobre el uso de métodos de planificación?
(¿Por qué no hablan?)
(Si hablan, ¿cómo se sienten cuando lo hacen?)
18. ¿Consideran ustedes que las mujeres pueden decidir cuándo quedar embarazadas, cuántos hijos tener y el tiempo entre cada embarazo?
¿Por qué?
19. ¿De qué depende que pueda decidir?
20. ¿Que les parece que hablemos de las relaciones sexuales?
21. ¿Qué piensan ustedes de las relaciones sexuales?
22. ¿Qué significa para la mujer tener relaciones sexuales?
23. ¿Las mujeres sienten placer en las relaciones sexuales?
24. En la opinión de ustedes ¿quién, la mujer o el hombre, es el que decide cuándo y en qué condiciones se tienen las relaciones sexuales?
¿Por qué?
¿Podría una mujer decidir?
25. ¿Una mujer, al tener relaciones sexuales, puede exigir que el compañero se cuide para evitar las enfermedades venéreas?, ¿el embarazo?
26. ¿Hablan con su pareja sobre la relación sexual de ustedes?
¿Lo que les agrada y lo que no les agrada?
¿Creen que es importante hablarlo?
27. Si digo violencia en las relaciones de pareja ¿en qué piensan?, ¿qué es para ustedes violencia en las parejas?
¿Cómo es esa violencia?
¿Es muy común que haya violencia en las parejas?
¿Por qué creen ustedes que se da?
¿Las mujeres se dejan (golpear, insultar)?

¿Por qué?

28. ¿Ustedes tienen preguntas o quieren decir algo más?

¡Muchas gracias por su participación!

Guía del grupo focal

1. Objetivos

Objetivo(s) Investigación

Analizar la calidad de la atención en cuanto a la caracterización de la salud sexual y reproductiva, el acceso a los servicios, el cumplimiento de las normas de atención y la satisfacción expresada por usuarios y proveedores, en las consultas de planificación familiar y control prenatal en un grupo de mujeres con el antecedente de una muerte infantil durante el período 2000-2005 en el Área de Salud de Pavas

Objetivo del grupo focal

El objetivo del grupo focal es explorar aspectos sobre los roles femeninos y masculinos, el empoderamiento, el ejercicio de los derechos sexuales reproductivos, así como la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva recibida, desde la perspectiva de las usuarias.

2. Identificación del moderador

Nombre moderador: Licenciada Ingrid Behm (psicóloga)

Nombre observador: Dra. María Elena López, Dra. Laura Castro

3. Participantes

1	María
2	Mileni
3	Milena
4	Isabel

4. Preguntas

Temática:

- ◆ Acceso y calidad de la atención: atención prenatal, planificación familiar, consulta de PAP.
- ◆ Autonomía en la decisión de uso de métodos de planificación.
- ◆ Capacidad de decisión sobre la frecuencia, características y las condiciones de los encuentros sexuales.
- ◆ Concepto de la relación sexual para la mujer y su papel en ella, capacidad de disfrute.
- ◆ Percepción de violencia en relaciones de pareja, tipos de violencia y razones de aceptación.

Preguntas generadoras

1. Hablemos de la salud sexual y reproductiva, para ustedes ¿qué significa?
2. ¿Ustedes creen que la Clínica brinda atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres?
¿Por qué?
¿Cuáles son?
3. ¿Ustedes creen que el tiempo que se dedica a esta atención es suficiente?
¿Qué opinión tienen?
4. ¿Cómo consideran ustedes que es la atención en salud sexual y reproductiva recibida en la clínica?
¿En control prenatal? ¿En planificación? ¿En la toma de Papanicolau?
¿Por qué?
¿Es lo que ustedes necesitan?
5. En general, ¿cómo consideran ustedes el acceso a los servicios que ofrece la clínica?
¿Es fácil llegar a ellos? ¿Hay dificultades?
6. Según la experiencia de ustedes, al recibir atención en las diferentes consultas en la clínica, ¿les han explicado lo que tienen, lo que se les receta, el porqué de las indicaciones?
7. ¿Ha sido igual en las diferentes consultas de atención de salud de la mujer?

¿En control prenatal? ¿En planificación? ¿En la toma de Papanicolau?

8. En estas consultas ¿le han dicho si ustedes tienen algún riesgo especial? ¿Les han explicado los cuidados que deben tener para mantener su propia salud?

9. En estas consultas ¿han recibido siempre las citas de control?

10. En el caso de olvido o problemas para llegar a las citas, ¿han sido llamadas a nueva cita?

11. Si han tenido que ir a otros establecimientos o necesitado exámenes especiales, ¿han sido atendidas en esos servicios sin problemas?

12. Hablemos ahora de los métodos de planificación o métodos anticonceptivos. ¿Qué piensan ustedes de los métodos anticonceptivos?

13. ¿Quién les habló de ellos? ¿Qué le dijeron?

14. En la Clínica ¿alguien les explicó sobre los métodos?

¿Quién?

¿Cómo fue la explicación?

¿Pudieron hacer preguntas?

¿Creen ustedes que con esa explicación uno queda satisfecha, conforme?

15. ¿Usan o usaban algún método de planificación?

¿Estos métodos fueron elegidos por ustedes?

¿Con apoyo de sus compañeros?

¿Por sugerencia médica?

16. En la pareja, ¿quién creen ustedes que debe decidir el uso de métodos de planificación?

¿Por qué?

17. ¿Hablan ustedes con su pareja sobre el uso de métodos de planificación?

(¿Por qué no hablan?)

(Si hablan, ¿cómo se sienten cuando lo hacen?)

18. ¿Consideran ustedes que las mujeres pueden decidir cuándo quedar embarazadas, cuántos hijos tener y el tiempo entre cada embarazo?

¿Por qué?

19. ¿De qué depende que pueda decidir?

20. ¿Qué les parece que hablemos de las relaciones sexuales?

21. ¿Qué piensan ustedes de las relaciones sexuales?
22. ¿Qué significa para la mujer tener relaciones sexuales?
23. ¿Las mujeres sienten placer en las relaciones sexuales?
24. En la opinión de ustedes ¿quién, la mujer o el hombre, es el que decide cuándo y en qué condiciones se tienen las relaciones sexuales?
¿Por qué?
¿Podría una mujer decidir?
25. ¿Una mujer, al tener relaciones sexuales, puede exigir que el compañero se cuide para evitar las enfermedades venéreas? ¿El embarazo?
26. ¿Hablan con su pareja sobre la relación sexual de ustedes?
¿Lo que les agrada y lo que no les agrada?
¿Creen que es importante hablarlo?
27. Si digo violencia en las relaciones de pareja ¿en qué piensan?, ¿qué es para ustedes violencia en las parejas?
¿Cómo es esa violencia?
¿Es muy común que haya violencia en las parejas?
¿Por qué creen ustedes que se da?
¿Las mujeres se dejan (golpear, insultar)?
¿Por qué?
29. ¿Ustedes tienen preguntas o quieren decir algo más?

5. Pauta de chequeo (evaluación)

Chequear elementos presentes en el grupo focal

(Evaluación del observador)

Lugar adecuado en tamaño y acústica.	x
Lugar neutral de acuerdo con los objetivos del grupo focal.	x
Asistentes sentados en U en la sala.	x
Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema	x
Moderador escucha y utiliza la información que está siendo entregada.	x
Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión.	x
Explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a participantes	x
Permite que todos participen.	x
Reunión entre 60 y 120 minutos.	x
Registro de la información (grabadora o filmadora)	x
Refrigerios adecuados y no interrumpen el desarrollo de la actividad.	x
Gafetes con identificación de asistentes.	x