UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SISTEMA DE ESTUDIO DE POSTGRADO
MAESTRÍA PROFESIONAL EN POBLACIÓN Y SALUD

CALIDAD DE ATENCION EN LOS SERVICIOS DE CONTROL PRENATAL Y PLANIFICACION FAMILIAR. PERU-2003

TRABAJO FINAL DE GRADUACION PRESENTADO A LA ESCUELA DE ESTADISTICA, PARA OPTAR EL GRADO DE MÁSTER EN POBLACION Y SALUD

ADA YESENIA PACA PALAO

TUTORA: M.Sc. MARIA ISABEL GONZALEZ.

CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO
2004

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento en primer lugar, a la Fundación Ford por haber financiado mis estudios en la Maestría de Población y Salud de la Universidad de Costa Rica y apoyarme en forma constante y desinteresada.

En segundo lugar al equipo de POLICY por haber accedido a prestar sus bases de datos para ser analizadas y así contribuir con la elaboración de este trabajo final de graduación.

Finalmente, vaya mi reconocimiento sincero a la tutora de este trabajo por su orientación y a los docentes y no docentes de la maestría e investigadores del Centro Centroamericano de Población que me brindaron su apoyo y amistad a lo largo de este tiempo.

INDICE GENERAL

Página

RESUMEN ……1
1. INTRODUCCION ……2
1.1 Contextualización ……3
1.2 Antecedentes ……5
1.3 Objetivos ……8
1.3.1 Objetivo General ……8
1.3.2 Objetivos Específicos ……9
2. MARCO CONCEPTUAL ……9
2.1 Concepto de Calidad de Atención ……9
2.2 Calidad de atención centrada en el cliente ……11
2.3 Calidad de atención centrada en el proveedor ……12
2.4 Proceso de mejoramiento continuo de la calidad ……14
2.5 La calidad de la atención en los Servicios de Salud en Perú ……16
3. METODOLOGIA ……17
3.1 Marco de referencia ……17
3.2 Fuente de datos ……18
3.3 Operacionalización de variables ……21
3.4 Determinación del nivel de la calidad de atención ……22
3.4.1 Índice de Calidad de Atención para el Servicio de Control Prenatal ……24
3.4.1.1 Según Proveedores ……24
3.4.1.2 Según Usuarias ……26
3.4.2 Índice de Calidad de Atención para el Servicio de Planificación Familiar ……26
3.4.2.1 Según Proveedores ……26
3.4.2.2 Según Usuarias ……27
3.5 Regresión Multinivel ……28
3.6 Limitaciones ……30
4. RESULTADOS ……30
4.1 Índice de Calidad de Atención del Servicio de Control Prenatal para Proveedores ……30
4.2 Índice de Calidad de Atención del Servicio de Control Prenatal para Usuarias ……38
5. DISCUSION ……44
6. CONCLUSIONES ……47
7. BIBLIOGRAFIA ……49
8. ANEXOS ……52
Anexo A. Variables seleccionadas para construir el índice de calidad ……53
Anexo B. Análisis de validez ……59
Anexo C. Gráficos de sedimentación ……64
Anexo D. Análisis de Confiabilidad y Puntajes Factoriales ……67
Anexo E. Regresión Multinivel ……72

INDICE DE DIAGRAMAS Y GRAFICOS

Diagrama 1. Esquema de factores que influyen en la calidad de atención……..8
Diagrama 2. Esquema del marco conceptual de calidad de atención según diferentes percepciones ……..14
Diagrama 3. Esquema de relaciones de factores individuales y de la comunidad en la calidad de la atención según usuarias ……..……19
Diagrama 4. Esquema de relaciones de factores individuales y de la comunidad en la calidad de la atención según proveedores ..……19
Grafico 1. Características de los puntajes del índice calidad de atención por proveedoras según región geográfica ……...……..……32
Grafico 2. Características de las variables independientes individuales para proveedoras ……..……...34
Grafico 3. Características de las variables independientes del establecimiento para proveedoras ……..……...36
Grafico 4. Características de los puntajes del índice calidad de atención para usuarias según región geográfica …..……...39
Grafico 5. Características de las variables independientes individuales para usuarias ……..……....41
Grafico 6. Características de las variables independientes del establecimiento para usuarias ……42

RESUMEN

¿Ha mejorado la calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familiar en el Perú? ¿Qué esta influyendo en la calidad de atención? ¿Hasta que punto los proyectos ejecutados durante los últimos 10 años han surtido efecto? El presente estudio presenta un índice de calidad de atención para los servicios de control prenatal y planificación familiar que agrega algunas dimensiones que lo conforman según tipo de servicio y prioridad de los interesados.

Las características que componen el índice y sus ponderaciones se determinaron haciendo uso del análisis de factores por componentes principales con rotación perpendicular. Para el servicio de control prenatal según proveedores el índice se constituye por tres dimensiones y según usuarias sólo por una dimensión. En el servicio de planificación familiar el cuestionario no ayudó a construir el índice.

Asimismo en una muestra a nivel nacional de proveedores y usuarias del servicio de control prenatal y utilizando un modelo de regresión multinivel se identificó los factores que influyen en el índice de calidad de atención, encontrándose que existe la presencia tanto de factores del establecimiento como del individuo pero con mayor predominio los factores del establecimiento.

Los resultados de los proveedores en salud evidencian que los profesionales encargados de la atención en su mayoría son obstetrices cuya condición laboral es por contrato. La mayor parte labora por más de 3 años en el servicio logrando así un aumento de su participación en las programaciones del establecimiento. Entre los factores del establecimiento figuran la existencia de un seguro específico para control prenatal junto con el equipo mínimo de atención y la privacidad a la hora de la consulta.

En cuanto a los hallazgos de las usuarias, los factores del establecimiento también tienen mayor influencia en la calidad de atención que los factores individuales. Entre ellos se encuentran la zona o región geográfica, el tipo de establecimiento y el trato que percibe la usuaria al momento de la consulta. Se revela que las usuarias que han sido atendidas en regiones más alejadas a Lima tienen un mejor puntaje en el índice de calidad de atención, esto implica que una parte del efecto puede ser por la ejecución de diferentes proyectos destinados a mejorar la calidad de atención en las zonas más alejadas. Se evidencia también, mejores puntajes en el índice de aquellas usuarias que acudieron a un hospital en comparación con aquellas que acudieron a centros y puestos de salud y que además recibieron un trato amable por parte del profesional de salud, esto con un 95% de confianza.

Finalmente, este estudio muestra que los servicios de control prenatal en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú todavía deben mejorarse. Es necesario reorganizar un sistema de monitoreo que permita hacer ajustes necesarios y oportunos y para ello es imprescindible contar con un instrumento específico que mida calidad de atención.

CALIDAD DE ATENCION EN LOS SERVICIOS DE CONTROL PRENATAL Y PLANIFICACION FAMILIAR. PERU-2003

1. INTRODUCCION.

El Perú, en su diversidad, encierra grandes disparidades culturales, económicas, geográficas, educacionales y étnicas o lingüísticas que dificultan la conducción político-administrativa del país. Respecto a la salud son difíciles el diagnóstico y el control de los problemas referidos a la calidad de atención en los diferentes servicios que ofrece.

Entre los años de 1990-2000, el Ministerio de Salud (MINSA) ha tratado de mejorar la calidad de atención en varios servicios, haciendo énfasis en los de salud sexual y reproductiva por medio del plan de mejoramiento continuo de la calidad para lo cual recomendó en sus lineamientos de 1995-2000 *"…llevar a cabo una reestructuración sectorial que promueva la mayor eficacia y eficiencia de los servicios de salud.."* así como …*"reubicar al usuario como centro de actividades del sector, facilitándole el acceso a la información necesaria…"* (LANATA C. y otros, 2002), sin embargo, esto parece no haber repercutido en el desarrollo de los diferentes proyectos que se implementaron en ese momento puesto que el trabajo que se realizó fue disperso sin un enfoque en común y sin estrategias adecuadas para establecer un modelo de atención con calidad.

Dada la importancia del mandato del MINSA para la población peruana y la necesidad de documentar los niveles de calidad lograda durante la gestión de los diferentes proyectos, se propone crear índices que midan calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familiar a fin de explicar algunos de los factores individuales y comunitarios que influyen en dicho índice.

1.1 Contextualización.

El Perú es un país que se ubica en América del Sur con una extensión territorial de 1,285,216 Km^2. Está dividido constitucionalmente en 24 departamentos mientras que geográficamente lo hace por regiones –costa, sierra y selva- cada una con diferencias geográficas, poblacionales, étnicas o lingüísticas y educacionales, por lo que debe satisfacer diversas necesidades en la población, que aún no se han cubierto por la situación de inestabilidad política y económica que atraviesa el país.

Para el año 2002 la población estimada es de 13,400 millones de hombres (50.3%) y 13,300 millones de mujeres (49.7%) haciendo un total de 26,700 millones de habitantes (INEI, 2001) con una densidad poblacional de 20 habitantes por Km^2 y una tasa de crecimiento anual que disminuye en forma continua de 2.8% en 1961 a 1.5% para el 2002 (INEI, 2002).

La población étnica tiene mucha relevancia en nuestro país por la variedad de culturas existentes. De acuerdo con el Censo de 1993 la población existente era de 3,750,500 habitantes que se desagrega en quechuas con 3,177,900; aymaras 440,400 y 132,200 de otras lenguas nativas (INEI, 1993). Por otro lado, en el 2000, 15 de cada 100 peruanos tienen como lengua materna un idioma nativo (quechua, aymará, campa, shipibo u otro) siendo el quechua el más hablado (OPS/OMS, 2002).

La situación de inestabilidad que se vivió y se vive en el país ha hecho que la población migre a la ciudad en busca de mejoras en el campo laboral y salarial haciendo que las ciudades sean mas pobladas, es así que para el año 2002 el urbanismo aumentó a un 72.2% con grandes concentraciones en las grandes ciudades de la costa, especialmente en Lima donde viven cerca de la tercera parte de los habitantes, mientras que sólo un 27.8% de la población permanece en el área rural (OPS/OMS, 2002).

La población peruana es joven. El 33% de la población total es menor de 15 años y el 5% es mayor de 64 años de edad (OPS, Mayo 2001). La esperanza de vida al nacer se incrementó a 70 años en el 2002 con una clara ventaja en las mujeres sobre los hombres y en la población urbana sobre la rural. La tasa global de fecundidad (TGF) es diferente para el área urbana (2.3 hijos/mujer) que para el área rural (4.6 hijos/mujer). Existen amplias diferencias según el nivel educativo de la mujer, con TGFs de 7, 5, 3 y 2 para mujeres sin instrucción, con instrucción primaria, con instrucción secundaria y con instrucción superior, respectivamente (INEI, 1997).

En cuanto a educación, la encuesta nacional de hogares IV trimestre 2001 señala que el 12.1% de la población de 15 años y más no tiene ningún nivel de escolaridad. Estos índices se elevan de 6.1% en la población urbana a 24.8% en la población rural (INEI, Encuesta Nacional de Hogares 2001).

La situación de salud en Perú se caracteriza por las altas tasas de mortalidad materna e infantil que presentan en comparación con otros países en vías de desarrollo. A pesar de su disminución éstas persisten elevadas. Para el 2002, la tasa de mortalidad materna es de 15 por cien mil mujeres en edad fértil. Las causas más frecuentes siguen siendo las hemorragias en primer lugar, seguidas de las infecciones puerperales y el aborto (INEI, 2002).

El MINSA ha realizado múltiples esfuerzos por institucionalizar el parto, sin embargo, sólo un 57.9% ocurren en un establecimiento de salud y el resto en la casa. Esta situación se agrava en la zona rural ya que cerca de un 70% suceden en el domicilio y apenas un 26.2% en el establecimiento de salud (INEI, 2002).

Los servicios de salud por lo general son suministrados por el Ministerio de Salud por medio de sus Direcciones Regionales. Para el año 2000, se estimó que el 29.5% de la población tiene acceso a servicios de salud atendida por esta institución, un 22% por la Seguridad Social y el 8.8% por servicios privados

MINSA, 1997), sin embargo, para el mismo año, un 32.2% de la población con enfermedad, malestar o accidente no tuvo acceso a ninguno de los subsistemas mencionados (PETRERA M., 2002).

Finalmente, cabe mencionar que el principal problema de convergencia entre los procesos económicos y sociales es la falta de empleo adecuado. A fines del 2001 el 7.8% de la población económicamente activa (PEA) estaba desempleada, 47.6% subempleada y 44.6% adecuadamente empleada (INEI: Estimación del subempleo, Mayo 2002). Como resultado de ello el 24.4% de la población se encontraba en pobreza extrema y un 57.4% en cualquier grado de pobreza manteniendo su predominio a nivel rural en cifras relativas aunque en cifras absolutas es más urbana (INEI: La pobreza en el Perú, 2002).

1.2 Antecedentes.

La década de los 90's marca un cambio importante en los Ministerios de Educación y Salud dado que el Gobierno Peruano se involucra como actor principal en este proceso, formulando nuevas estrategias para mejorar las condiciones de salud. Sin embargo, no se logró una adecuada coordinación por falta de una estrategia concertada en el esfuerzo social.

En consecuencia, se crearon dos planes: el Plan de Focalización del Gasto Social Básico, en 1993, y el Plan de Mejora del Gasto Social, en 1994. El gasto social se concentró en obras de infraestructura y provisión de servicios básicos de salud, educación, nutrición, justicia y seguridad, aumentando así el producto interno bruto (PIB) de un 2% en 1990 al 5% en 1995 (LANATA C., 2002).

La Ley de Presupuesto Anual para 1995 incorporó la Focalización del Gasto Social en fortalecer el Programa de Salud Básica para Todos que implementó una política de contratación masiva de personal profesional con el fin de cubrir las

plazas en centros y puestos de salud de las zonas más alejadas del país logrando incrementar significativamente la red de servicios de atención primaria de salud.

A pesar de ello, el Proyecto 2000 afirma que la calidad de atención brindada no siempre fue la mejor. El Gobierno Peruano por medio del Ministerio de Salud y el Gobierno de los Estados Unidos con la intervención de su Agencia para el Desarrollo Internacional, USAID ponen en marcha el Proyecto 2000 que funcionó desde 1996 a 1999, y su objetivo principal fue disminuir la mortalidad materna por medio de diferentes estrategias, una de las cuales fue mejorar la calidad de atención de salud materna e infantil incluyendo mecanismos de seguimiento y continuidad de la atención.

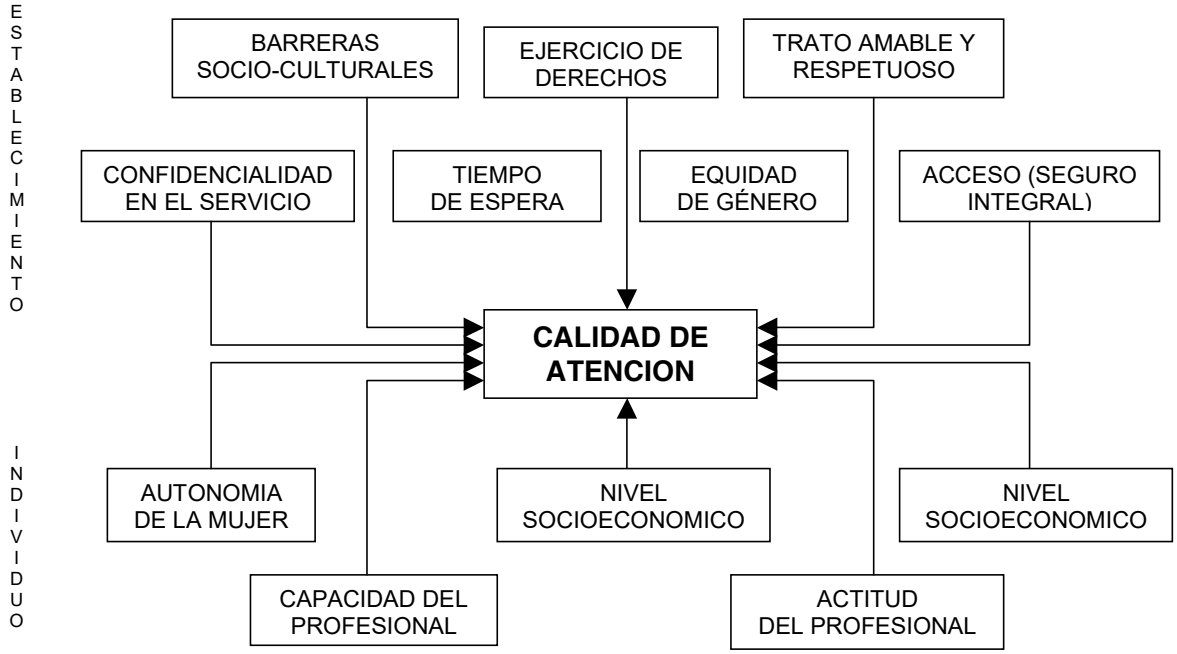
En forma simultánea se ejecuta el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) cuya meta fue evaluar la calidad de la atención que se brindaba a los pacientes en el sistema de salud y la satisfacción de las usuarias por los servicios recibidos. Con este proyecto se pretendió realizar demostraciones piloto en los programas de Planificación Familiar. Sin embargo, las experiencias no prosperaban significativamente porque se constituían aisladas y no lograban

Algunas investigadoras del Population Council realizaron una investigación entre 1992 y 1994 para verificar si la calidad de atención de los servicios de planificación familiar es importante en la ocurrencia de embarazos no planeados, demostrándose con un 99% de confianza que la calidad de atención deficiente y el bajo nivel educativo son factores que conllevan a un embarazo o nacimiento no deseado (MENSCH B., 1997).

Es importante también mencionar el estudio cualitativo que se realizó en las zonas rurales de los departamentos de Ancash, La Libertad y Huancavelica entre fines de 1998 e inicios de 1999, a fin de determinar la calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y los proveedores de servicios de salud. De este trabajo se concluyó que las mujeres rurales definieron calidad de atención desde tres componentes: 1) capacidad resolutiva de las atenciones de salud (componente eficacia), 2) forma en que se desenvuelven las atenciones y el proceso de alivio o curación (componente de procedimiento) y 3) vínculo del proveedor con la comunidad, el tipo de reciprocidad y buen trato (componente relación social proveedor-usuaria). Para los proveedores de salud la calidad se enfoca más en el buen trato donde la calidez y la eficiencia están implícitas y aún persiste el percibir a la usuaria como un ente pasivo con poco margen de control y poder (ANDERSON J., 2000).

En otros países los estudios encontrados también son de carácter cualitativo, tanto en San Salvador (RAMOS L., 1999) como en Chile (CONTRERAS M., 2001) se concluye que la calidad de atención está determinada por recibir un buen trato por parte del profesional con atención eficiente – efectiva, accesible y equitativa, asimismo se manifiesta que la participación masculina es importante durante el proceso de atención (ver diagrama 1).

DIAGRAMA 1. ESQUEMA DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCION SEGÚN MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES.



FUENTE: Elaboración propia con base en el marco teórico y antecedentes de investigaciones.

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo General.

Del contexto antes mencionado, se propone como objetivo general de este trabajo identificar factores individuales y comunales que influyen en la calidad de atención de los servicios de salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud del Perú durante el 2003.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- Determinar el nivel de calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familiar según proveedores y usuarias.

- Identificar factores individuales y del establecimiento que influyen en la calidad de atención de los servicios de planificación familiar y control prenatal desde proveedores y usuarias.

2. MARCO CONCEPTUAL.

2.1 Concepto de Calidad de Atención.

Tradicionalmente, la calidad se ha definido a nivel clínico, en términos de conocimientos técnicos y de la habilidad de proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para el bienestar del paciente.

Actualmente, la calidad de la atención es percibida en forma multidimensional y puede definirse y medirse de distintas formas, según las prioridades de los interesados.

- ξ Los clientes pueden verse influidos por cuestiones sociales y culturales en su opinión de calidad, y suelen poner un énfasis considerable en el aspecto humano de la atención que reciben.
- ξ Los proveedores generalmente subrayan la necesidad de que las instituciones dispongan de capacidad técnica, infraestructura y apoyo logístico.
- ξ Los directores de programas pondrán énfasis en los sistemas de apoyo, como la logística y el mantenimiento de registros y,

- Las autoridades que diseñan las políticas y los donantes están interesados en el costo, la eficacia y los resultados de salud en términos de la totalidad de la inversión (CREEL L., 2002).

Judith Bruce y Anrudh Jaim, ambos investigadores de Population Council, basaron su definición de calidad en "*la forma en que el sistema trata a las personas y a los clientes*". Dicho marco establece seis elementos que son importantes para mejorar la calidad de la atención en los programas de planificación familiar:

1. La capacidad de elegir entre diversos métodos anticonceptivos.
2. La entrega de información a los pacientes.
3. El conocimiento técnico.
4. La relación interpersonal con el proveedor del servicio.
5. El seguimiento del cliente y la continuidad de la atención.
6. Una adecuada variedad de servicios.

Es pertinente estimular a que se amplíe la definición de atención de calidad, incluyendo: los derechos de los clientes, la carta de derechos de los pacientes y los proveedores de servicios creada por la Federación Internacional de Planificación Familiar que establece diez derechos para los clientes y extiende esto a todas aquellas personas que requieren un servicio.

Según la Federación, los factores que más influyen en la opinión de los clientes acerca de qué constituye una atención de calidad son los siguientes:

- La disponibilidad de varios métodos y la posibilidad de elegir entre ellos.
- El trato respetuoso y amable.
- El hecho de que los servicios se brinden en forma confidencial.
- La capacidad profesional del personal.
- La posibilidad de obtener información y asesoría.

- Horarios de atención cómoda y tiempo de espera aceptable.
- Accesibilidad a los servicios.

Existen también tres requisitos que pueden hacer que los clientes se sientan bien atendidos:

- La comunicación cara a cara.
- La existencia de personal competente que muestre a los clientes su deseo de realizar un buen trabajo.
- Reconocimiento de que los promotores de salud pueden tener diferentes apreciaciones de las necesidades de las usuarias.

Si consideramos la perspectiva de género para evaluar calidad de atención, debemos mejorar la equidad entre los sexos y los derechos relacionados con la sexualidad haciendo más accesible la información y los servicios. La iniciativa para maximizar el acceso y la calidad, implica mejorar la dirección de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva lo cual beneficia a clientes y proveedores.

2.2 Calidad de atención centrada en el cliente (CREEL L., 2002).

Para proporcionar atención de alta calidad los proveedores de servicios tienen que entender y respetar las necesidades, actitudes e inquietudes de sus clientes y hay que tener en cuenta que las percepciones de estos últimos, se ven afectadas por factores personales, sociales y culturales. Las investigaciones ponen de relieve la necesidad de considerar dichas perspectivas sobre la calidad de la atención porque esto eleva la satisfacción del cliente y su uso sostenido de los servicios y mejora en último término la salud (BERTRAND y otros, 1995; KOLS y SHERMAN, 1998; VERA, 1993).

Los clientes manifiestan una serie de obstáculos antes de llegar a la atención.

1. **Antes de llegar a la clínica:** barreras socioculturales, autonomía de la mujer, normas socioculturales, mitos y rumores, cuestiones de género y discriminación y el acceso, distancia y costo.
2. **En la consulta propiamente dicha:** tipo y disponibilidad de insumos, trato respetuoso y amistoso, intimidad y confidencialidad, proveedores competentes, ejercicio del derecho a la decisión informada, horarios y tiempo de espera adecuados y servicios accesibles.

La forma de superación de estos obstáculos y las mejoras en la calidad de la atención, se han concentrado en elevar el poder de decisión de las usuarias y las comunidades, para que exijan servicios de alta calidad y mejoren las actitudes en búsqueda de la atención. Los enfoques centrados en los clientes ayudan a identificar los servicios, materiales, información y apoyo emocional que necesitan exigir y recibir. Por lo anterior la propuesta es promover clientes informados y hacer partícipe a la comunidad en la mejora de la calidad (Organización Mundial de la Salud 1996, citado en KOLS y SHERMAN, 1998).

2.3 Calidad de atención centrada en el proveedor (LANTIS K., 2002).

Los proveedores de información y servicios de salud reproductiva son parte esencial de la compleja ecuación que determina la calidad de atención sanitaria. Ellos son los responsables de proporcionar a sus clientes la información que necesitan para tomar decisiones con conocimiento de causa sobre los métodos anticonceptivos que usarán y de asegurarse que los clientes reciban atención médica competente; pero la capacidad de los proveedores para cumplir con su objetivo final de proporcionar un servicio de alta calidad se ve afectada por otros factores, como las tradiciones y costumbres locales, la cultura médica en la que se desenvuelven y la solidez de las instalaciones y el sistema de atención a la salud.

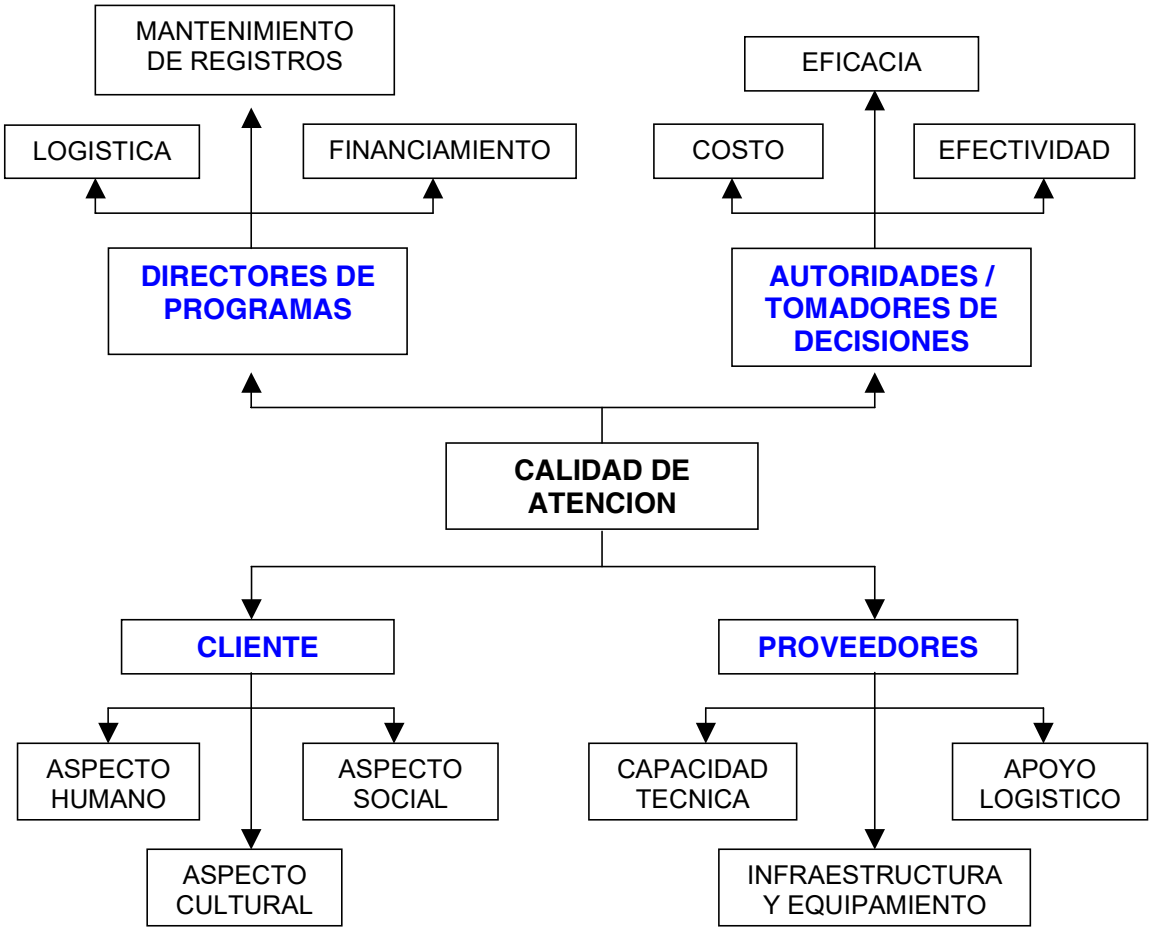
Los proveedores son el principal punto de contacto entre los clientes y el sistema de sanidad, por lo que tienen un papel esencial en detectar y satisfacer la necesidad de los clientes. Sin embargo, la conceptualización que ellos tienen de calidad de atención es muy limitada, pero hacen referencia a los siguientes puntos para lograr un cambio:

- Ampliación del acceso a los servicios de salud.
- Estabilidad financiera en el sector.
- Condiciones de trabajo.
- Materiales tanto de procedimiento como de capacitación.
- Obstáculos causados por actitudes y reglamentos.
- Insuficiente capacidad técnica o falta de habilidades en las relaciones interpersonales.

La propuesta planteada para mejorar la calidad de atención es de acuerdo a los factores de mayor peso en cada contexto, sin embargo, una propuesta es:

- Desarrollar normas y pautas de servicio.
- Mejorar los sistemas de logística y apoyo.
- Mejorar la capacitación del personal, es decir, que se cuente con un enfoque específico para tomar en cuenta las comunicaciones interpersonales, poner en ejercicio y reforzar lo aprendido en las capacitaciones.
- Reforzar la supervisión y gerencia del personal.
- Proporcionar herramientas de autoevaluación.
- Asegurarse de que los proveedores de atención de la salud utilicen ayudas visuales en su trabajo.

DIAGRAMA 2. ESQUEMA DEL MARCO CONCEPTUAL DE CALIDAD DE ATENCION SEGÚN DIFERENTES PERCEPCIONES.



FUENTE: Elaboración propia con base en el marco teórico.

2.4 Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

El proceso de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios se orienta a mejorar constantemente y en forma gradual la estructura, el proceso y los resultados en salud. Todo lo mencionado hace posible la creación de políticas públicas aplicables a cada contexto para alcanzar niveles cada vez más aceptables de calidad.

Es importante entender que la mejora requiere cambios, pero que no todo cambio es una mejora; el cambio debe ser probado y estudiado para determinar si el cambio lleva a una mejora en la calidad. De esta manera la mejora continua como un proceso, forma parte del modelo que se presenta por medio del Ciclo de Deming o Ciclo de la Mejora Continua: Planear (P), Hacer (H), Estudiar (E) y Actuar (A) (MINSA, 2002).

Los procesos de mejora continua, están orientados a:

- Proporcionar una metodología, herramientas para la mejora permanente de las actividades y procesos de salud desarrollados en los establecimientos de salud.
- Proporcionar una política, una filosofía y valores que impulsen la participación decidida del personal en los procesos de mejoramiento de la calidad.
- Implementar una metodología de trabajo, de involucramiento de las personas en la optimización de sus procesos de trabajo, que tiene un inicio, pero no un final.
- Impulsar en general, las iniciativas y la creatividad de las personas, desarrollando la metodología de trabajo en equipo.

La calidad requiere ser abordada desde la dimensión humana, que incluye el respeto a las personas y su cultura, la información veraz y oportuna, el interés manifiesto en la persona, sus percepciones y necesidades, la amabilidad y empatía, el trato cordial y calido. Así como en la dimensión técnica, referida a la eficacia, eficiencia, continuidad en la atención, seguridad (con los menores riesgos posibles), integralidad y ética (MINSA, 2002).

2.5 La calidad de la atención en los Servicios de Salud en Perú.

Los lineamientos en política de salud 1995-2000, recomendaban *"…llevar a cabo una reestructuración sectorial que promueva la mayor eficacia y eficiencia de los servicios de salud.."* así como …*"reubicar al usuario como centro de actividades del sector, facilitándole el acceso a la información necesaria…"* (LANATA, 2002), pero, fue muy poco lo que se logró al respecto. Existían proyectos que intentaban implementar parcialmente tanto el modelo de atención integral de la salud como algunos componentes del mejoramiento de la calidad, sin embargo, existía una ausencia de integración de los proyectos así como carencia de estrategias adecuadas de educación, supervisión y evaluación del personal de salud, impidiendo que se obtuvieran logros tangibles.

La mayor parte de los programas y proyectos utilizaban el término *"calidad"* como sinónimo de competencia técnica y fueron pocos los que incluyeron en su foco de atención la satisfacción de las necesidades de las usuarias. Sin embargo, hay que destacar que siempre hubo interés en el personal de salud por ser capacitado en técnicas para dar "*Información, Educación y Comunicación"* (IEC) a las pacientes y a la comunidad. También deseaban que los capacitaran acerca de teorías para la calidad influenciados por el auge de los modelos de calidad en la industria privada. Estos aspectos generalmente fueron muy descuidados en las propuestas para la capacitación del personal de salud.

Por tal situación, el Gobierno Peruano por medio del Ministerio de Salud y el Gobierno de los Estados Unidos de Norte América, con la intervención de su Agencia para el Desarrollo Internacional, USAID, decidieron poner en marcha el Proyecto 2000 en doce Direcciones Regionales de Salud, cubriendo casi la mitad del territorio nacional. Este proyecto tenía como objetivo contribuir a la reducción de la muerte materna, perinatal e infantil en el Perú, para lo cual consideraron diversas estrategias y entre las cuales estaba mejorar la calidad de atención de salud materna e infantil incluyendo mecanismos de seguimiento y continuidad de

la atención. Al mismo tiempo se ejecutaba el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad –con fondos también de USAID- cuyo fin era elevar la calidad de atención que se brindaba a los pacientes en el sistema de salud y la satisfacción de estos últimos por los servicios recibidos.

Es así que el Sistema de Gestión del Ministerio de Salud define la calidad como "un fin social que sintetiza y plasma el principio de la condición y el desarrollo humano, del cual la calidad de atención es un aspecto. La calidad es considerada como una gran estrategia para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud, constituyéndose un punto de partida para la puesta en marcha de un conjunto variado de técnicas e instrumentos destinados a mejorar la provisión de los servicios" (MINSA: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, 2002).

Basados en esta definición el Proyecto 2000 manifestó que la calidad es "un proceso por medio del cual una organización planifica y entrega un servicio para satisfacer al cliente con los recursos disponibles, a bajo costo y con resultados óptimos para el cliente y la organización" (PROYECTO 2000, 1998).

3. METODOLOGIA.

3.1 Marco de Referencia.

Los diagramas 3 y 4 muestran esquemáticamente la cadena de relaciones causales supuestas en el presente estudio de calidad de atención desde usuarias y proveedores del servicio de salud sexual y reproductiva, respectivamente. Estos diagramas no pretenden ser un marco teórico general de los determinantes individuales y comunales en la calidad de atención del servicio en mención, sino son un instrumento de trabajo que ayudará a ordenar la información disponible. Es oportuno recordar que el objetivo central del estudio es identificar algunos de los factores que influyen en la calidad de atención, como también que el estudio se

basa en la información recolectada para medir cumplimiento de normas de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva.

Ambos diagramas consideran dos conjuntos importantes para el análisis. El primero, se refiere a las características individuales de la mujer, en el caso de las usuarias, y del personal de salud en el caso del proveedor. El segundo, esta relacionado con las características propias del establecimiento. Estas variables se seleccionaron tomando en cuenta investigaciones previas y el marco conceptual.

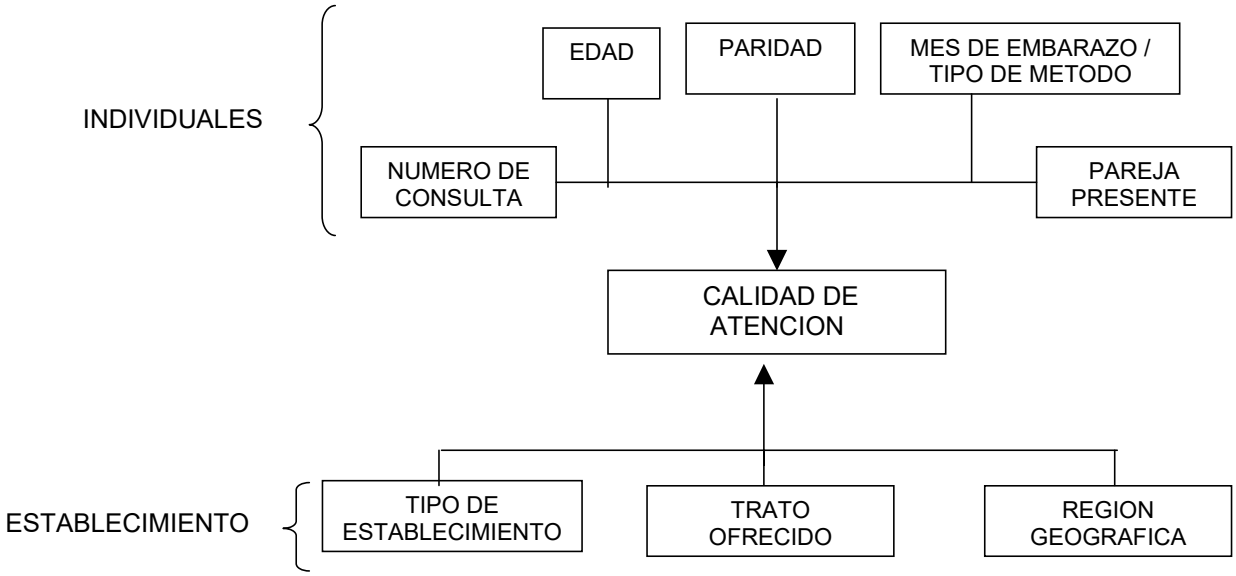
En el análisis de calidad de atención desde las usuarias del servicio se ha considerado ocho variables o elementos esenciales en la etapa de embarazo de las cuales cinco tienen que ver con la mujer (edad, paridad, mes de embarazo, número de controles prenatales y la presencia o no de la pareja durante la consulta) y tres con el establecimiento (tipo de establecimiento, región geográfica y el trato que brinda el proveedor en la consulta).

Para el análisis de calidad de atención desde proveedores se han considerado diez variables: cuatro relacionadas con el proveedor (tipo de proveedor, condición laboral, tiempo de laboro en el servicio y si el proveedor participa de la programación de atenciones) y seis con el establecimiento (tipo de establecimiento, región geográfica, seguro para control prenatal, servicio de psicoprofilaxis, equipo de atención mínimo para la atención y privacidad entregada).

3.2 Fuente de datos.

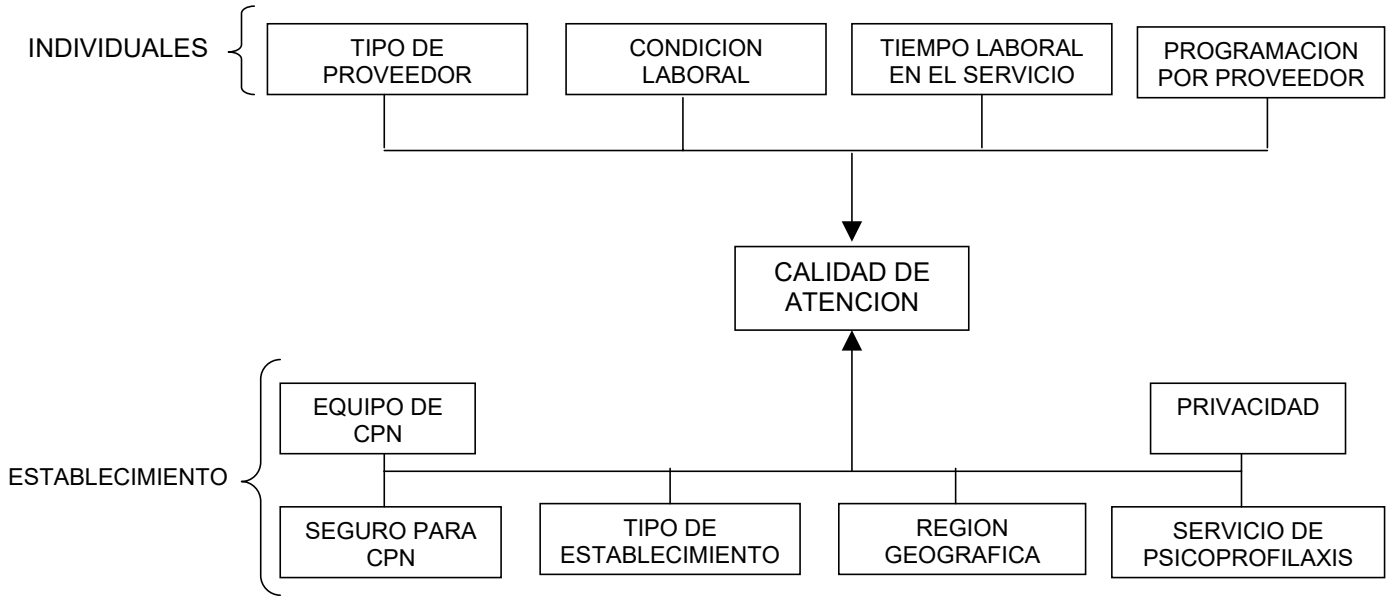
Los datos para este estudio provienen de los cuestionarios ejecutados a nivel nacional por el Proyecto POLICY de Julio a Octubre del 2003 para el monitoreo de implementación de Normas del Programa de Planificación Familiar y Control Prenatal.

DIAGRAMA 3. ESQUEMA DE RELACIONES DE FACTORES INDIVIDUALES Y DEL ESTABLECIMIENTO EN LA CALIDAD DE LA ATENCION SEGÚN USUARIAS DEL SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.



FUENTE: Elaboración propia con base en el marco teórico y de investigaciones previas.

DIAGRAMA 4. ESQUEMA DE RELACIONES DE FACTORES INDIVIDUALES Y DE LA COMUNIDAD EN LA CALIDAD DE LA ATENCION SEGÚN PROVEDORES DEL SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.



FUENTE: Elaboración propia con base en el marco teórico y de investigaciones previas.

Estas normas de atención siguen estándares internacionales que tratan de cumplir con dos objetivos: primero, el respeto de los derechos reproductivos en la oferta de servicios de salud de la mujer y segundo el fortalecimiento de competencias técnicas en la sociedad civil.

Cabe mencionar también que el monitoreo para el programa de Planificación Familiar se viene ejecutando desde el año 2000, mientras que para el programa de Control Prenatal este fue el primer año que se ejecutó a solicitud de las autoridades del Ministerio de Salud. Ambos cuestionarios se aplicaron tanto a proveedores como a usuarias de los servicios cubriendo diferentes ejes temáticos.

La muestra utilizada para este fin se calculó con representatividad nacional sobre el número total de hospitales y centros de salud de las 34 Direcciones Regionales de Salud del Ministerio (DIRES – MINSA), del país. Se usó como variable de ponderación el número de partos ocurridos en cada DIRES durante el año 2001. Escogidas las DIRES, se procedió a la selección aleatoria de redes, luego el hospital del cual dependían y finalmente los establecimientos de los cuales se recabó la información necesaria. La muestra definitiva quedó conformada por 238 establecimientos (193 centros de salud y 45 hospitales) 1044 mujeres del servicio de control prenatal y 1113 mujeres del servicio de planificación familiar y consejería.

Es importante mencionar que por la existencia de valores faltantes (missing values) en las bases de datos de las usuarias de ambos servicios se ha optado por restringir el estudio y escoger sólo las variables que sean representativas del concepto de calidad de atención evitando la construcción de índices con muchas variables incompletas o vacías, es por ello que la muestra inicial se reducirá una vez construido el índice.

3.3 Operacionalización de Variables.

Para realizar la presente investigación fue necesario tomar en cuenta variables del individuo y del establecimiento, las que serán incluidas en un modelo de regresión multinivel para obtener los factores que influyen en la calidad de atención. La operacionalización de las variables se muestra a continuación:

VARIABLES	CODIGO	DESCRIPCION	OPERACIONALIZACION	MODIFICADA
Dependiente o explicada				
Calidad de Atención	**SICAPCPN ICAUCPN**	Es un índice que mide la calidad de atención desde la percepción de usuarias y proveedores/as de los servicios.	Puntaje obtenido	Indice de calidad de atención por medio del analisis de factores por componentes principales.
Independientes o predictoras				
		INDIVIDUO		
Edad	**EDAD**	Da a conocer las edades de las mujeres entrevistadas	Años cumplidos	Sin modificaciones
Paridad	**PARIDAD**	Refiere al número total de hijos tenidos vivos	Número de hijos tenidos	Sin modificaciones
Mes de Embarazo	**MEMB**	Indica el mes de embarazo en el que fue entrevistada	Meses cumplidos	Sin modificaciones
Número de Control Prenatal	**NCPN**	Refiere las veces que ha acudido a atenderse al servicio	Número de veces que acudio a la consulta	Sin modificaciones
Presencia de la Pareja	**PAREJA**	Describe el acompañamiento de la pareja durante la consulta	Variable Nominal 0 = No acompañada 1 = Si acompañada	Sin modificaciones
Tipo de Proveedor	**PROVEE**	Revela la profesión del personal que atiende	Variable Nominal 0 = Obstetriz 1 = Médico 2 = Enfermera	Sin modificaciones
Condición Laboral	**CONDLAB**	Refiere al tipo de contrato que tiene el proveedor al momento de la entrevista	Variable Nominal 0 = Nombrado 1 = Contratado 2 = Serums*	Sin modificaciones
Tiempo laboral en el servicio	**TIMLAB**	Describe los años trabajados en el servicio de control prenatal	Variable Nominal 0 = > de 3 años 1 = < de 3 años	Se modificó las categorias
Programación del Proveedor	**PROPRO**	Refiere si el proveedor participa de las programciones de atención	Variable Nominal 0 = No participa 1 = Si participa	Sin modificaciones

*Servicio Rural Urbano Marginal.

VARIABLES	CODIGO	DESCRIPCION	OPERACIONALIZACION	MODIFICADA
Independientes o predictoras				
		ESTABLECIMIENTO		
Tipo de Establecimiento	**TIPEST**	Describe la categoría del establecimiento	Variable Nominal 0 = Hospital 1 = Centro 2 = Puesto	Sin modificaciones
Región geográfica	**REGION**	Indica el lugar donde se encuentra el establecimiento	Variable Nominal 0 = Metropolitana 1 = Norte 2 = Sur 3 = Sierra-Selva	Modificada de la variable direcciones regionales de salud.
Seguro que cubra Control Prenatal	**SISCPN**	Describe la existencia o no de seguro de atencion prenatal para la gestante que acude al establecimiento	Variable Nominal 0 = No Seguro 1 = Si Seguro	Sin modificaciones
Servicio de Psicoprofilaxis	**SPSICO**	Refiere la presencia o ausencia de preparación para el parto	Variable Nominal 0 = No servicio 1 = Si servicio	Sin modificaciones
Equipo mínimo de atención de CPN	**EQUIMIN**	Refiere al material minimo para un control prenatal especificamente.	Variable Nominal 0 = Completo 1 = Incompleto	Se unieron variables que no se consideraron en el índice Tensiometro en buen estado Fetoscopio de Pinard Cinta obstétrica o centímetro Balanza de pie con tallimetro
Ofrece Privacidad	**PRIVAC**	Describe si existe privacidad en el servicio	Variable Nominal 0 = No privacidad 1 = Si privacidad	Modificada se une variables que denotan privacidad.y que no se consideraron para la construcción del índice. Se escucha la conversación Entran y salen personas durante la consulta
Trato brindado a la usuaria	**TRATO**	Refiere al trato que recibe la usuaria en la consulta.	Variable Nominal 0 = Malo 1 = Regular 2 = Bueno 3 = Muy bueno	Sin modificaciones

3.4 Determinación del nivel de la calidad de atención.

Para determinar el nivel de la calidad de atención es necesaria la construcción de un índice que mida dicho constructo, con este propósito se utilizó el método de análisis de factores por componentes principales con rotación perpendicular, cuya función es definir la estructura subyacente de una matriz de datos. Con el análisis de factores, el investigador puede identificar primero las dimensiones separadas de la estructura y entonces determinar el grado en que se justifica cada variable por cada dimensión (HAIR J., 1999).

Estas dimensiones deben ubicarse dentro del marco teórico y se construyeron a partir de los diferentes ejes temáticos contemplados en los cuestionarios que representaron la conceptualización de calidad de atención.

Para los proveedores las dimensiones del constructo calidad de atención se constituyen por:

- La infraestructura y el equipamiento del servicio ya sea de control prenatal o de planificación familiar.
- En el caso del servicio de planificación familiar: oferta de información y diversidad de métodos anticonceptivos y cumplimiento de normas.
- Para el servicio de control prenatal: conocimiento y cumplimiento de normas de atención.
- Los procedimientos que realiza el personal de salud durante la consulta.

Para las usuarias de ambos programas, las dimensiones son:

- Información que se le brinda en la consulta y que ella maneja posteriormente.
- Procedimiento del personal de salud que es percibido por la usuaria durante la consulta.

Evaluar la confiabilidad permite determinar cuán confiables son las variables que constituirán la dimensión, las pruebas que se realizaron para éste fin son el índice de discriminación y el alpha de Cronbach.

Una vez determinada la validez (con base en el análisis de factores mencionado anteriormente) y confiabilidad de las variables que constituyen cada dimensión que conforman el índice, éste puede ser construido haciendo uso de diferentes procedimientos, pero, previamente es de utilidad conocer las puntuaciones que

permiten analizar las similitudes que se den entre los individuos respecto a sus puntuaciones y en el conjunto de variables observadas.

Para conformar el puntaje en la dimensión de cualquier índice el procedimiento a seguir es la sumatoria ponderada, cuya fórmula es:

$$PD = (a_1 * w_1 + a_2 * w_2 + \ldots a_n w_n)$$

Donde:

PD = Puntaje estandarizado de la dimensión

$a_{1...}a_n$ = Variables que conforman la dimensión

$w_1 \ldots w_n$ = Ponderaciones de las variables que conforman la dimensión

Mientras que para la construcción del índice como tal el procedimiento que se realizó fue promediar el puntaje de cada una de las dimensiones, la fórmula que se reemplaza es la siguiente:

$$I = [(PD_1 + PD_2)/2]$$

Donde:

I = Índice estandarizado

$PD_1 \ldots PD_2$ = Puntaje estandarizado de las dimensiones

3.4.1 Índice de Calidad de Atención para el servicio de Control Prenatal.

3.4.1.1 Según Proveedores.

Las variables que se seleccionaron tienen relación con las dimensiones y con el marco teórico que se planteó en el segundo capítulo. (Anexo a1).

La prueba de análisis de factores por componentes principales indica que el 10% de la variabilidad de la varianza de las variables es explicada por un solo factor (Anexo b1), mientras que el gráfico de sedimentación (Anexo c1) nos indica tres dimensiones.

Es preciso mencionar que cuando ocurre este inconveniente la decisión debe ser tomada teniendo en cuenta el marco conceptual como referencia, puesto que éste ya ha sido comprobado por estudios anteriores, se apeló a este criterio y las siguientes pruebas de matriz rotada, puntajes factoriales y la confiabilidad se realizan con las tres dimensiones propuestas (Anexo d1). Por lo tanto, el 21% de la varianza es explicada por tres factores, es decir, el 10% de la variabilidad de la varianza de las variables es explicada por el primer factor, un 6% por el segundo factor y un 5% por el tercer factor (Anexo b1).

Antes de construir el índice procedimos con la estandarización de los puntajes de las dimensiones a fin de uniformizarlas, quedando conformado el índice por:

SICAPCPN = [(SPROCEDIMIENTO + SMATERIAL + SEQUIPAMIENTO)/3]

Donde:

ICAPCPN =	Índice de calidad de atención de los proveedores del servicio de control prenatal estandarizado.
SPROCEDIMIENTO =	Dimensión estandarizada de procedimientos que realiza el profesional en el control prenatal.
SMATERIAL =	Dimensión estandarizada de material informativo para la gestante.
SEQUIPAMIENTO =	Dimensión estandarizada de infraestructura y equipamiento en el servicio.

3.4.1.2 Según Usuarias.

Las variables que se seleccionaron fueron 30 para las dos dimensiones (Anexo a2). Para la construcción del índice el análisis de factores determinó un 16.1% de la variabilidad de la varianza explicada por un factor (Anexo b2) y se corroboró con el gráfico de sedimentación (Anexo c2).

En este caso el índice de calidad de atención de las usuarias del servicio de control prenatal será medido desde la dimensión de procedimientos que el profesional realiza en el control prenatal y son percibidos por la gestante (Anexo d2). El índice queda conformado por:

ICAUCPN = PROCEDIMIENTO

Donde:

ICAUCPN = Índice de calidad de atención de las usuarias del servicio de control prenatal estandarizado.

PROCEDIMIENTO = Dimensión estandarizada de procedimientos que el profesional realiza y son percibidos por la usuaria.

3.4.2 Índice de Calidad de Atención para el servicio de Planificación Familiar.

3.4.2.1 Según Proveedores.

Al igual que para los proveedores del servicio de control prenatal la propuesta es medir tres dimensiones las cuales se relacionan con el constructo de calidad de atención el mismo que se sustenta en el marco conceptual. En ese sentido se seleccionaron las variables (Anexo a3).

El análisis de factores por componentes principales muestra que el 10% de la variabilidad de la varianza de las variables es explicada por un solo factor (Anexo b3), mientras que el gráfico de sedimentación (Anexo c3) manifiesta la presencia de dos dimensiones.

En este caso se procedió a rotar la matriz con dos factores (por indicación estadística) y con tres factores (por sustento en el marco conceptual). Sin embargo, al agrupar las variables de acuerdo con el factor al que cargaron se observa que la identificación de los factores no tienen sentido teórico para determinar una dimensión como tal dado que existen ítemes como *"se ve desde afuera para el consultorio"* o *"cuenta con una lámpara de cuello de ganso u otra que cumpla esa función"*; la primera, se relaciona con la privacidad brindada, mientras que la segunda, lo hace con el equipamiento del consultorio, es decir, son dimensiones completamente distintas. Por consiguiente, se desiste de construir el índice y se concluye que este cuestionario no ayuda para medir calidad de atención en este servicio. (Anexo d3).

3.4.2.2 Según Usuarias.

Las variables seleccionadas para la construcción del índice de calidad de atención se relacionan con la información recibida y el procedimiento que realiza el proveedor y cómo es percibido por la usuaria al momento de la atención (Anexo a4).

El análisis de factores por componentes principales determina que el 36% de la varianza es explicada por dos factores. Es decir, el 20% de la variabilidad de la varianza de las variables es explicada por el primer factor y un 16% por el segundo factor (Anexo b4), lo que se corrobora con el gráfico de sedimentación (Anexo c4).

Pero, al realizar la prueba de confiabilidad de las variables que conforman cada factor no demuestran fiabilidad en ninguna de las dimensiones formadas ya que se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.618 en la dimensión de procedimientos del profesional percibidos por la usuaria, mientras que en la dimensión información general de los anticonceptivos alcanza un alpha de Cronbach de 0.598 (Anexo d4). Ambos resultados indican que el índice no cumple con el requisito de confiable, por lo que se decidió no construir el índice dado que el instrumento no es apropiado para medir calidad de atención en este servicio desde la percepción de la usuaria.

3.5 Regresión Multinivel.

El diseño muestral de los cuestionarios de monitoreo para verificar el cumplimiento de las normas de atención en los servicios de salud reproductiva en Perú suelen fundamentarse en la selección al azar de conglomerados o comunidades, y, en una segunda etapa, de establecimientos o individuos dentro de cada conglomerado. Por consiguiente, este diseño permite realizar un análisis de multinivel y distinguir efectos contextuales de individuales.

El enfoque multinivel extiende las ideas fundamentales de la regresión de áreas[1] al caso en que se usan variables que han sido medidas en distintos niveles; por ejemplo, variables medidas para cada entrevistado, conglomerado muestral, distrito y/o mayores niveles de agregación. El uso de datos medidos en diferentes niveles permite una percepción más profunda de las trayectorias causales del contexto para influir en el comportamiento de los individuos y de las formas como las variables de contexto interactúan con otras variables por ejemplo, la provisión de servicios en comunidades con mayores niveles de educación puede tener un

[1] Los métodos de regresión multinivel son una extensión de los métodos de regresión multivariables por áreas (o ecológicos). La idea principal de una regresión de áreas es tratar de demostrar una relación estadística entre las medidas de la actividad o esfuerzo del programa e indicadores de resultado, usando áreas geográficas como unidad de análisis y manteniendo constante los efectos de los factores ajenos al programa.

mayor efecto sobre la atención prenatal, del parto y atención post-parto que en comunidades con educación inferiores (BERTRAND y otros, 1996).

El modelo básico de regresión multinivel de corte transversal que se va a estimar para la variable explicada es:

$$Yi = \beta_0 + Xi + Zj + Cij + \mu ij + \varepsilon ij$$

Donde:

Yij : la variable resultado continua;
β_0 : constante, estimada por la regresión;
i : es la embarazada o proveedor i ésimo;
j : es el contexto j ésimo;
Xi : determinantes a nivel del individuo;
Zj : determinantes a nivel del establecimiento i;
Cij : variables de control;
μij : características del individuo o el establecimiento;
εij : término del error estándar

Es importante mencionar que para la estimación de los modelos se utilizó el paquete estadístico Stata (Statistics Data Analysis) 8.0, -procedimiento "regress" y "cluster"-, el cual tiene la capacidad de manejar modelos multinivel y producir estimaciones robustas de los errores estándar de los parámetros de la regresión (Statacorp, 2003).

El cuadro de resultados de las regresiones están organizadas de la siguiente manera: primero, se presenta los coeficientes E estandarizados, la desviación estándar y el coeficiente de significancia (valor de p), también se observa la cantidad de observaciones, la probabilidad de F y el coeficiente de determinación

(R^2), las variables que se incluyeron al inicio corresponden al individuo y posteriormente al establecimiento.

3.6 Limitaciones.

- Los datos que se utilizaron no se recopilaron para medir calidad de atención sino para monitorizar el cumplimiento de normas de atención.
- La falta de variables relacionadas con las características de la mujer que ayudan a explicar algunos fenómenos en salud.
- Escasa cantidad de variables en algunos ejes temáticos que dificultan su medición y se pierden al momento de analizarlas con otras variables para la formación de dimensiones y posteriormente construir el índice.
- No se podrá medir calidad de atención para el servicio de planificación familiar puesto que el cuestionario no esta formulado para ese fin.

4. RESULTADOS

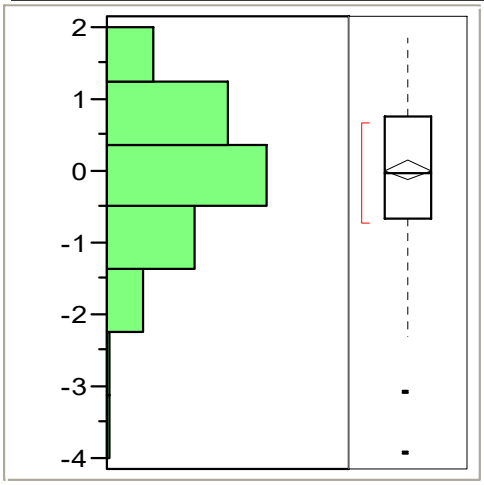
4.1 Índice de calidad de atención del servicio de Control Prenatal para Proveedores.

El índice de calidad de atención quedó constituido por tres dimensiones: infraestructura y equipamiento, material informativo y procedimientos que realiza el proveedor durante la consulta. Estas tres dimensiones explican un 21% de la varianza total de la calidad de atención según los proveedores y ésta se constituye como la variable dependiente del estudio.

El puntaje del índice oscila en un rango de -3.91 a 1.84 puntos. Observándose un comportamiento de los datos bastante simétrico.

En un estudio de este tipo lo que se esperaría es un comportamiento asimétrico positivo ya que esto sería un indicador de que la calidad de atención es buena. Para esta investigación el punto de referencia es la diferencia entre la mediana y el promedio, ya que si la mediana es superior al promedio esto sería un indicador de mayor calidad, tanto mayor cuanto mayor sea la diferencia, mientras que si la mediana es inferior al promedio indicará una menor calidad, tanto menor cuanto menor sea la diferencia.

PERU: COMPORTAMIENTO DEL INDICE DE CALIDAD DE ATENCION SEGÚN PROVEEDORES. 2003

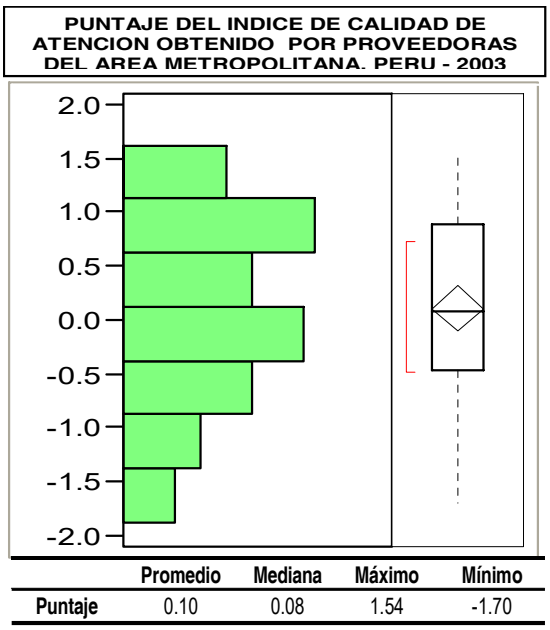


	Promedio	Mediana	Máximo	Mínimo
Puntaje	0.01	-0.02	1.84	-3.91

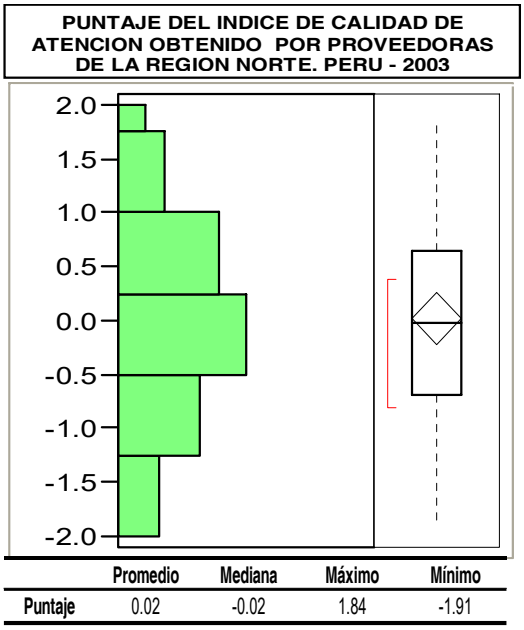
En este caso la mediana es -0.02 que es menor que 0.01 (punto medio del recorrido), lo cual indica una percepción menor de la calidad de atención según proveedores entrevistados, pero, siempre existe la posibilidad de mejorar.

El gráfico 1 muestra los diferentes puntajes del índice de calidad de atención obtenido por los proveedores según la región donde se encuentra el establecimiento. En general todas las regiones manifestaron una menor calidad de atención de lo esperado a excepción de la Región Metropolitana (mediana inferior al promedio), sin embargo, los puntajes más altos se presentan en las regiones Norte (1.84), Sur (1.63) y Sierra- Selva (1.84) que en la Región Metropolitana que alcanzó un puntaje máximo de 1.54 puntos, los puntajes más bajos se presentan en las regiones Sur y Sierra-Selva con -3.09 y -3.91 respectivamente.

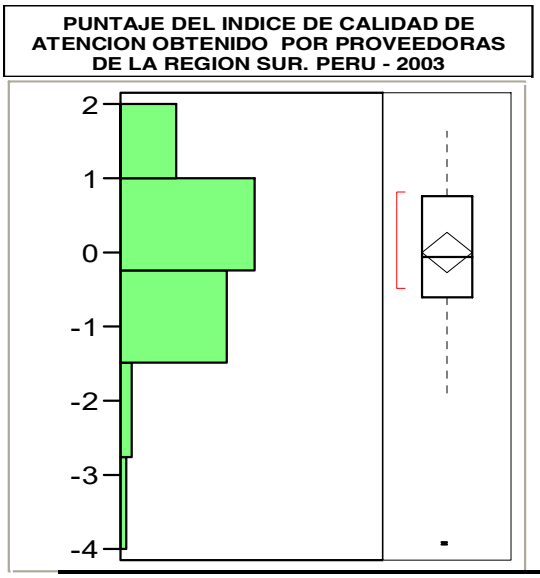
GRAFICO 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PUNTAJES DEL INDICE CALIDAD DE ATENCION POR PROVEEDORES SEGÚN REGION GEOGRAFICA.



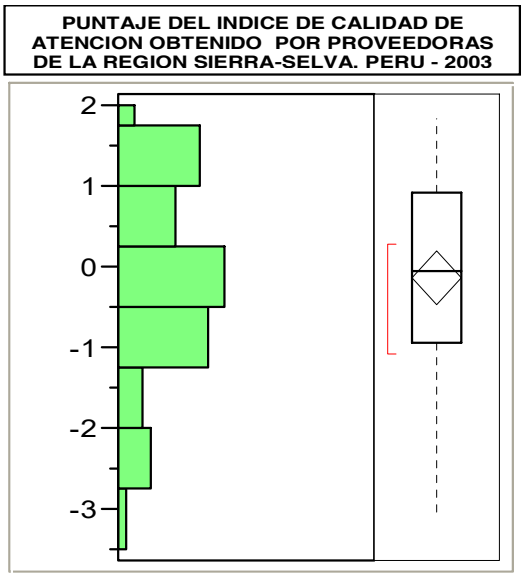
	Promedio	Mediana	Máximo	Mínimo
Puntaje	0.10	0.08	1.54	-1.70



	Promedio	Mediana	Máximo	Mínimo
Puntaje	0.02	-0.02	1.84	-1.91



	Promedio	Mediana	Máximo	Mínimo
Puntaje	-0.14	-0.10	1.84	-3.09



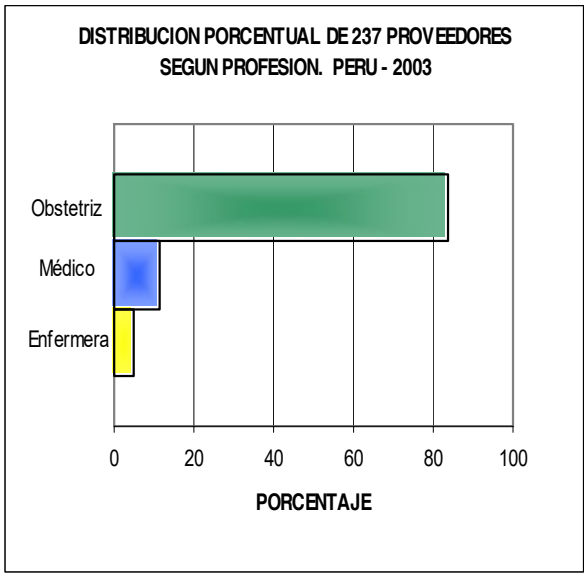
Máximo	Mínimo
1.63	-3.91

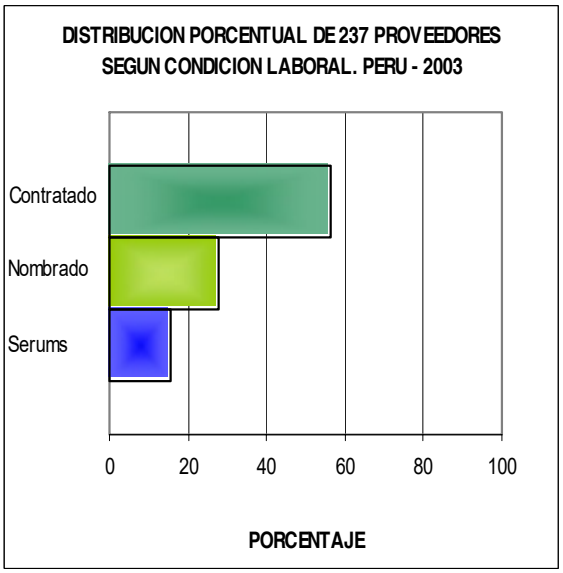
El gráfico 2 muestra las variables explicativas o independientes individuales. Entre estas se presenta el tipo de proveedor, donde se observa que el 83.5% son obstétrices, 11.4% médicos y sólo 5.1% enfermeras, es decir, que la atención del control prenatal es efectuada generalmente por obstetrices u obstetras, motivo por el cual en adelante se las llamará proveedoras.

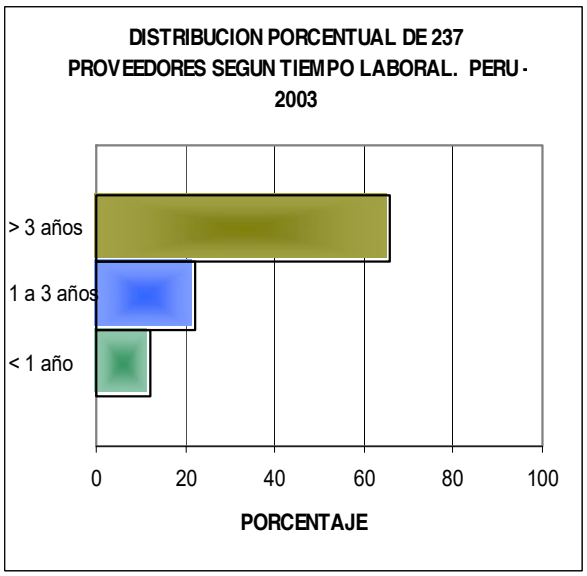
Un aspecto importante para los profesionales es la estabilidad laboral. En el Perú durante los últimos años ésta se ha tornado inestable y no se ha tenido nombramientos en la mayoría de los ministerios, lo que también ocurre en el Ministerio de Salud, lo anterior se ve reflejado en un 56.5% de proveedoras que trabajan por medio de un contrato temporal; sólo el 27.9% lo hace en calidad de nombradas y 15.6% se encuentran realizando el SERUMS (Servicio Rural Urbano Marginal de Salud), cuyo equivalente es un contrato temporal de un año.

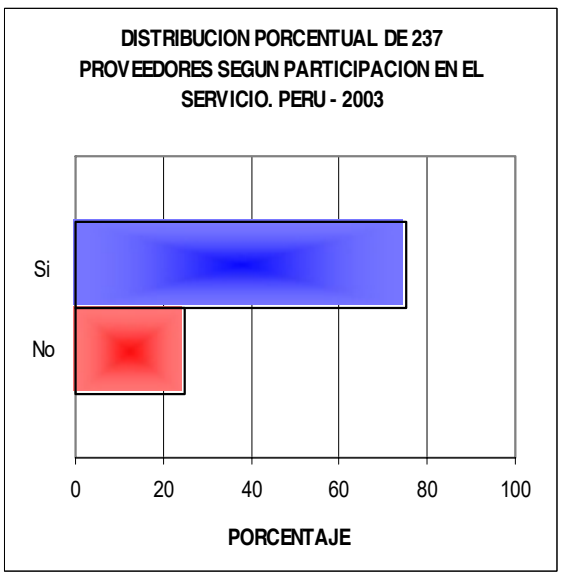
Otra característica de las proveedoras que podría influir en la calidad de atención es el tiempo laborado en el servicio de control prenatal y el adiestramiento que adquieren durante este período. De las proveedoras que se entrevistó el 65.8% ha laborado más de 3 años en el servicio, mientras que el resto tiene un tiempo de servicio menor de 3 años. Una de las actividades impulsadas en el proceso de mejoramiento continuo de la calidad durante la década pasada fue la participación activa del profesional de salud en el programa y principalmente de la proveedora, al parecer esto se esta logrado y prueba de ello es que el 75.1% de las proveedoras participan en la programación de atenciones en el servicio pero el 24.9% aún no lo hace.

GRAFICO 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES INDIVIDUALES PARA PROVEEDORAS









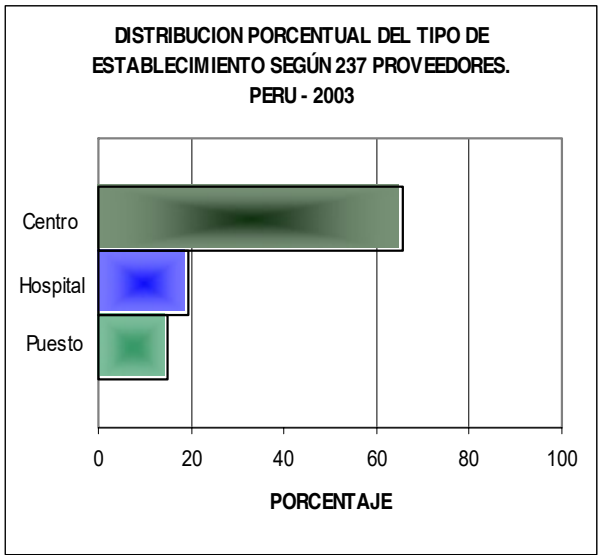
El gráfico 3 presenta las características de las variables del establecimiento. El nivel o tipo de establecimiento de salud que presta el servicio de control prenatal, éste servicio es ofertado por el 65.8% de centros de salud, seguido de hospitales con 19.4% y sólo el 14.8% por puestos de salud.

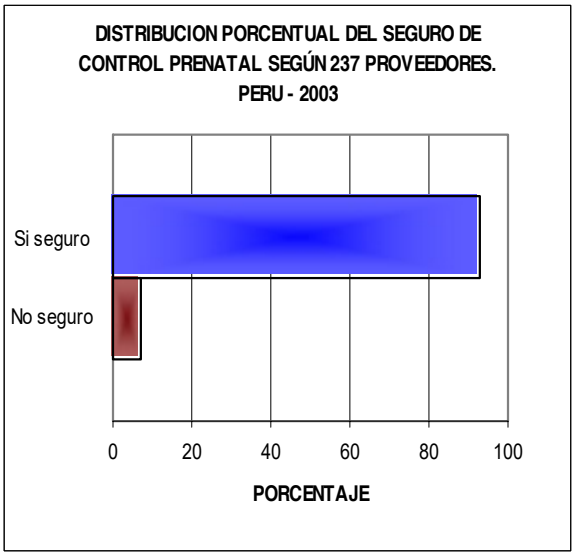
La cobertura de atención en estos servicios es un factor importante dentro del proceso de mejoramiento continuo de la calidad, motivo por el cual se implementó el seguro integral de salud materno infantil que cubre todo el proceso de embarazo-parto y postparto. En este caso podemos observar que un 92.8% de establecimientos cuenta con seguro para control prenatal y sólo el 7.2% carece de éste.

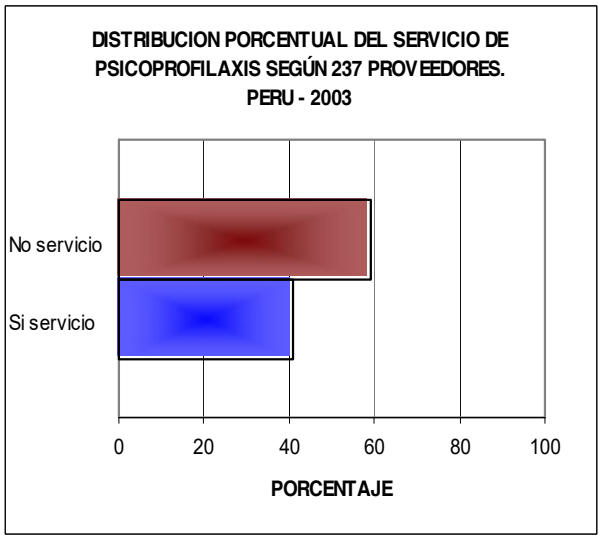
Otra acción para mejorar la calidad de atención ha sido la implementación del servicio de psicoprofilaxis que prepara a la mujer para un parto sin dolor. Se puede observar que este proceso es lento ya que sólo el 40.9% de establecimientos cuenta con dicho servicio y aún falta implementarse en 59.1% de los establecimientos de salud.

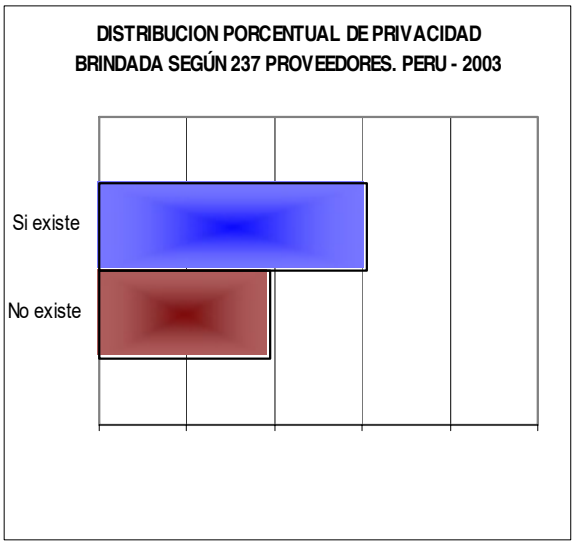
Por otro lado, se ha tratado de implementar el consultorio de control prenatal, sin embargo, persiste la carencia de equipo mínimo para la atención. Prueba de ello es que sólo el 2.5% de establecimientos cuentan con equipo completo y más del 95% no lo tiene. Lo que sí se esta logrando es la privacidad durante la consulta, el 61.2% de los establecimientos de salud así lo demuestran, sin embargo, hay que seguir mejorando este aspecto en el 38.8% de establecimientos de salud.

GRAFICO 3. CARACTERÍSTICAS DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES DEL ESTABLECIMIENTO PARA PROVEEDORAS









El índice de calidad de atención del servicio de control prenatal percibido por las 237 proveedoras estaría asociado sólo a un factor del individuo y tres del establecimiento, es decir, existe una mayor influencia a nivel del establecimiento como se observa en el anexo e1.

El hecho de ser atendida por una enfermera obtiene un puntaje del índice de calidad de atención significativamente (p=0.00) más bajo en comparación con el puntaje obtenido por una obstetriz.

Por otro lado, las proveedoras que trabajan en la programación de atenciones en el servicio muestran un efecto significativo (p=0.04) ya que al participar en estas actividades se logra un aumento en el promedio de 0.31 puntos más en el puntaje del índice de calidad de atención en comparación con aquellas proveedoras que no participan de la programación.

Entre las variables del establecimiento que mejor explican la calidad de atención, se encuentra la variable seguro de atención prenatal que es significativa (p=0.00) aunque presenta un efecto negativo en el índice. Es decir, el puntaje del índice de calidad de atención obtenido por las proveedoras que laboran en establecimientos donde existe seguro de control prenatal en promedio tienen 0.62 puntos menos en comparación con las proveedoras que laboran en establecimientos donde no existe un seguro de atención prenatal.

Componentes importantes en la calidad de atención lo constituyen el equipamiento del consultorio y la privacidad que se brinde al momento del control prenatal, ambos son significativos (p=0.04 y p=0.00) y presentan un efecto positivo en la calidad de atención del establecimiento puesto que a mayor privacidad brindada y mejor equipamiento originará un aumento en el promedio del puntaje del índice de calidad en 0.81 puntos más en comparación con aquellos establecimientos que no ofrecen privacidad a la hora de la consulta ni cuentan con equipo completo.

En general el tipo de establecimiento y la región no son significativos en el puntaje del índice de calidad de atención desde la percepción de las proveedoras, sin embargo, en el caso de la Región Sierra-Selva es significativa (p=0.04) aunque el efecto en el puntaje del índice es negativo, esto significa que, el puntaje del índice de calidad de atención obtenido por las proveedoras que trabajan en esta región

presentan en promedio 0.19 puntos menos en comparación con las proveedoras que trabajan en la Región Metropolitana.

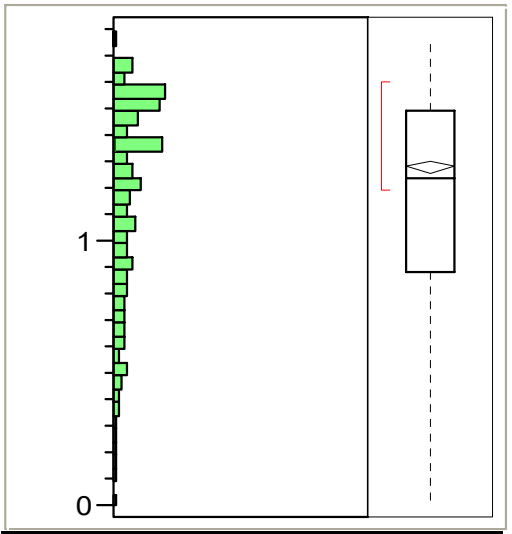
Finalmente, el modelo explica el 33.4% de la variabilidad del puntaje del índice de calidad de atención en el servicio de control prenatal desde la percepción de la proveedora.

4.2 Índice de calidad de atención del servicio de Control Prenatal para Usuarias.

El índice de calidad de atención en el servicio de control prenatal está medido por una sola dimensión que la constituye el procedimiento que realiza la proveedora durante el control prenatal. Este factor explica en el índice el 16.1% de la variabilidad de la calidad de atención según la percepción de las usuarias.

Una vez construido el índice el número de observaciones queda reducido a 799 usuarias entrevistadas, muestra que se analiza a lo largo de la presente investigación. Al igual que para el caso de las proveedoras el punto de referencia es la diferencia entre la mediana y el promedio.

PERU: COMPORTAMIENTO DEL INDICE DE CALIDAD DE ATENCION SEGÚN USUARIAS. 2003



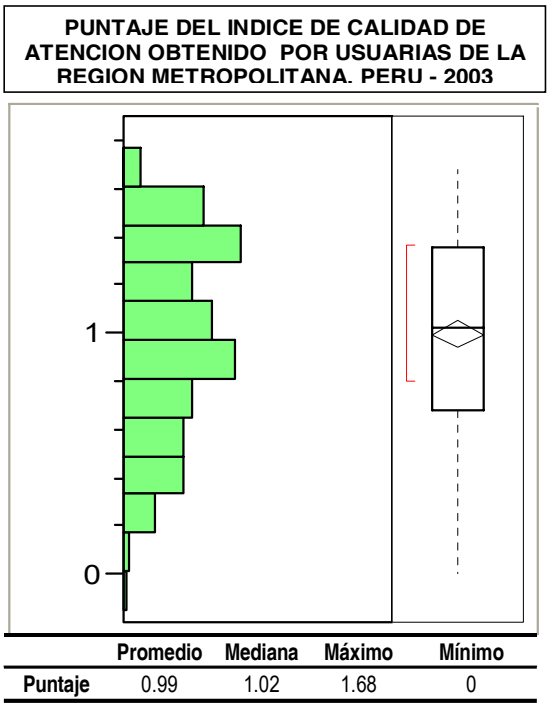
	Promedio	Mediana	Máximo	Mínimo
Puntaje	1.16	1.24	1.77	0

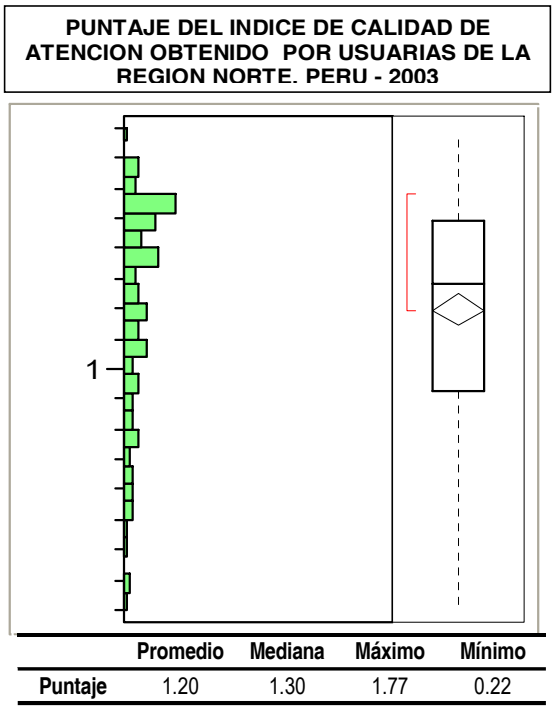
Es interesante observar que el comportamiento del puntaje del índice en las usuarias es diferente al de las proveedoras. Para las usuarias la mediana es de 1.24 puntos que es mayor que 1.16

puntos (punto medio del recorrido), lo cual indica que la percepción de calidad es mayor. Asimismo, el rango del puntaje del índice oscilan entre 0 y 1.77 puntos mostrando un comportamiento asimétrico positivo que es lo que uno esperaría.

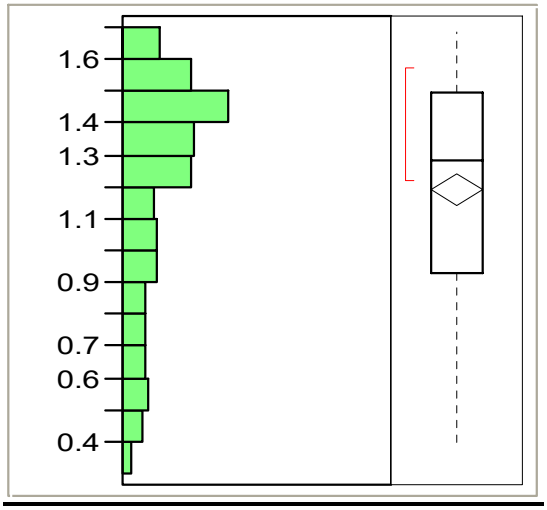
El gráfico 4 presenta un análisis diferenciado por región geográfica y los diferentes puntajes de calidad de atención obtenidos por las usuarias en cada una de las regiones. Todas las usuarias de las diferentes regiones tienen una percepción mayor de la calidad de atención. Sí se observa diferencias entre los puntajes máximos y mínimos, el puntaje máximo es el de las usuarias de la Región Norte con 1.77 puntos, seguida de las demás regiones con 1.68 puntos y los puntajes mínimos en orden de mérito se presentan primero la Región Metropolitana, seguida por la Norte, Sur y finalmente la Sierra-Selva con 0, 0.22, 0.38 y 0.40 puntos, respectivamente.

GRAFICO 4. CARACTERÍSTICAS DE LOS PUNTAJES DEL INDICE CALIDAD DE ATENCION PARA USUARIAS SEGÚN REGION GEOGRAFICA.



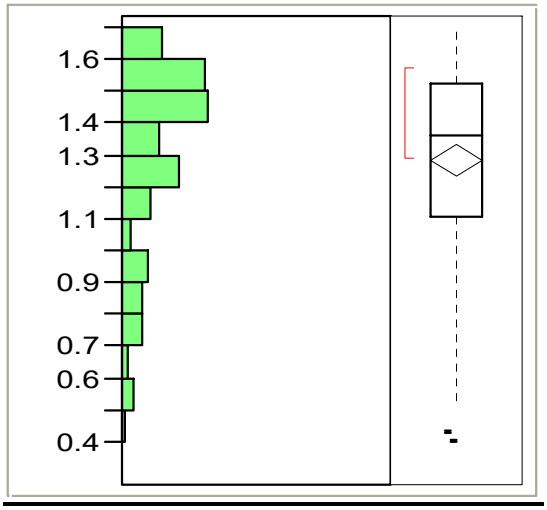


PUNTAJE DEL INDICE DE CALIDAD DE ATENCION OBTENIDO POR USUARIAS DE LA REGION SUR. PERU - 2003



	Promedio	Mediana	Máximo	Mínimo
Puntaje	1.20	1.30	1.68	0.38

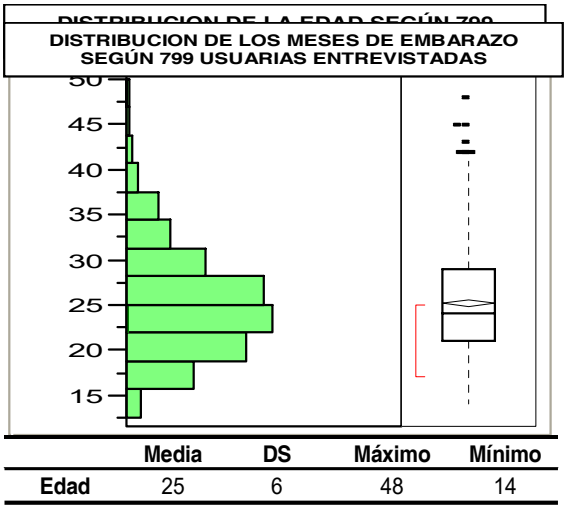
PUNTAJE DEL INDICE DE CALIDAD DE ATENCION OBTENIDO POR USUARIAS DE LA REGION SIERRA-SELVA. PERU - 2003



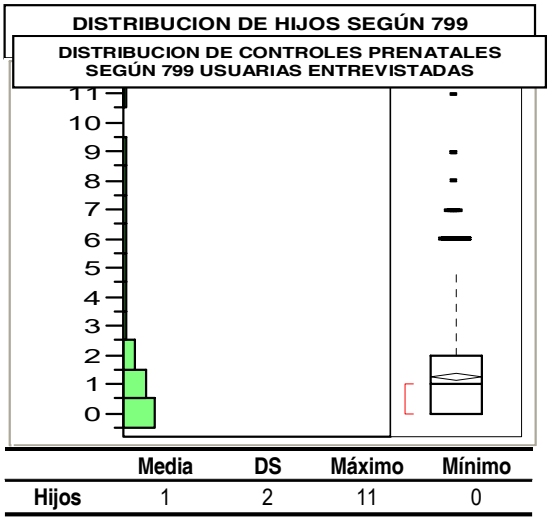
	Promedio	Mediana	Máximo	Mínimo
Puntaje	1.30	1.40	1.68	0.40

Entre las características individuales de las 799 mujeres entrevistadas la edad promedio que presentaron es de 25 años, sin embargo, el cuestionario se aplicó desde las edades de 14 a 48 años. Las embarazadas tenían como promedio un hijo, se encontraban en su sétimo mes de embarazo y referían 5 controles prenatales, es decir, estaban consideradas como gestantes controladas. Cabe resaltar también que el 91.2% no acude a la cita de atención prenatal con la pareja el resto si lo hace, esto indica que se debe incentivar a la pareja para que se apropie del proceso gestacional y comparta la llegada del nuevo ser con la mujer (ver grafico 5).

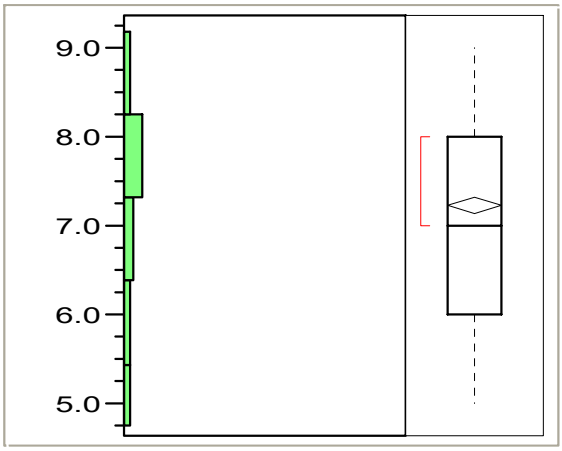
GRAFICO 5. CARACTERÍSTICAS DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES INDIVIDUALES PARA USUARIAS



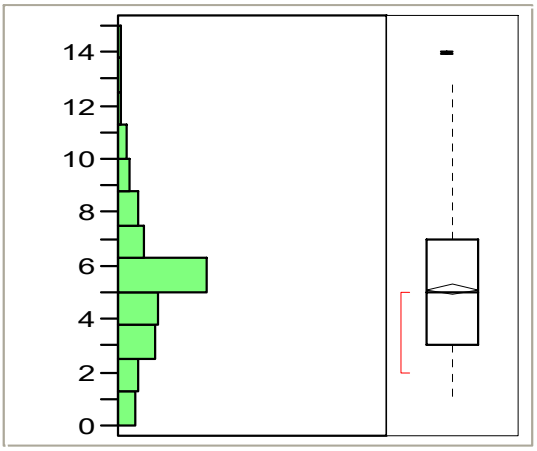
	Media	DS	Máximo	Mínimo
Edad	25	6	48	14



	Media	DS	Máximo	Mínimo
Hijos	1	2	11	0



	Media	DS	Máximo	Mínimo
Meses	7	1	9	5

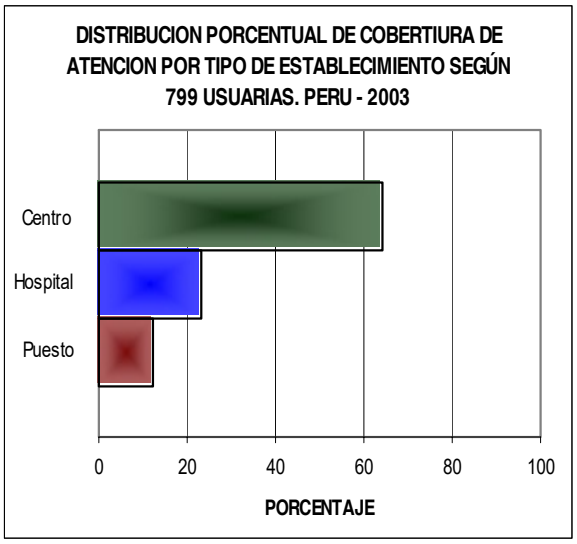


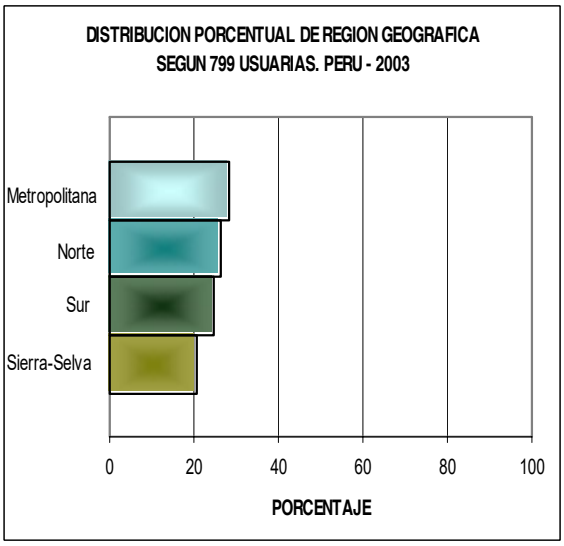
	Media	DS	Máximo	Mínimo
Controles	5	2	14	1

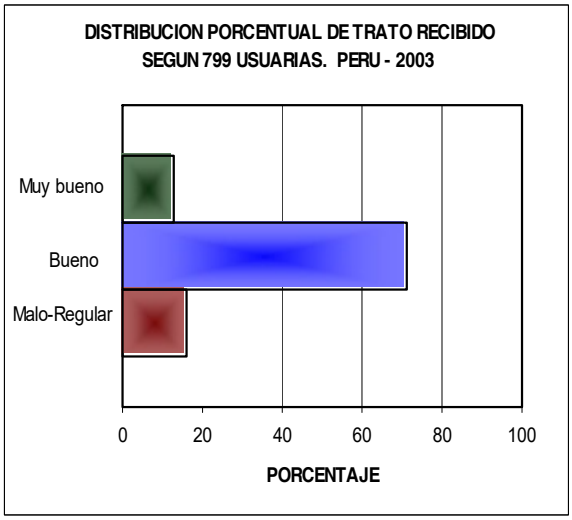
El gráfico 6 ofrece las variables explicativas del establecimiento que se incluirán en el modelo. Entre las características de la comunidad como en el caso de las proveedoras se puede observar que las mujeres asisten más a los centros de salud con 64.3% seguido de 23.3% a los hospitales y sólo el 12.4% a los puestos de salud. En el caso de la región geográfica la mayor parte de mujeres entrevistadas se ubican en el área metropolitana (28.3%), seguida de la región norte (26.4%) y finalmente la región sur (24.5%) y sierra-selva (20.8%).

Durante los últimos años una de las estrategias del proceso de mejoramiento continuo ha sido la capacitación al personal de salud para ofrecer un trato amable y cordial con las usuarias del servicio, al parecer se esta logrando mejorar el trato del profesional hacia la usuaria, prueba de esto es el 71.3% de una calificación buena por parte de las usuarias, porcentajes muy parecidos refieren que el trato esta entre muy bueno y malo-regular con 12.9% y 15.8% respectivamente.

GRAFICO 6. CARACTERÍSTICAS DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES DEL ESTABLECIMIENTO PARA USUARIAS







Como en el caso de las proveedoras el modelo de regresión para el índice de calidad de atención en el servicio de control prenatal percibido por las usuarias estaría asociado a un factor individual y a los tres del establecimiento, es decir, existe una mayor influencia del establecimiento.

El anexo e2, muestra los resultados del modelo de regresión multinivel que explica el 30% de la variabilidad del puntaje del índice de calidad de atención en el servicio de control prenatal.

Entre las variables individuales que influyen en el índice de calidad de atención según las usuarias está el número de controles prenatales (p=0.00), es decir, las mujeres que tuvieron controles prenatales previos presentarán en promedio 0.02 puntos más en el puntaje del índice de calidad de atención.

Por otro lado, se manifiesta que todas las variables comunitarias son significativas (p=0.00) e influyen en la calidad de atención, se observa por ejemplo en relación con el tipo de establecimiento de salud que aquellas embarazadas que acuden al control prenatal en un centro o puesto de salud tendrán una calidad de atención más baja en comparación con las embarazadas que acuden a un hospital, es decir, el puntaje del índice de calidad de atención obtenido por las usuarias que acuden a un centro de salud en promedio es de 0.12 puntos menos en comparación con las usuarias que acudieron al hospital, agravándose en el caso de asistir a un puesto de salud donde el puntaje del índice en promedio es de 0.19 puntos menos que si las usuarias hubieran sido atendidas en un hospital.

La ubicación geográfica siempre ha sido una limitante para poder tomar medidas correctivas en cuanto a las necesidades de la población en salud. Para esta investigación la región donde se encuentren ubicados los establecimientos es significativa (p=0.00) y tiene un efecto positivo en el puntaje del índice, puesto que la calidad de atención es mejor en cualquier Región del país en comparación con la Región Metropolitana (Lima). Por ejemplo, las embarazadas que viven en la Región Sierra-Selva presentan 0.27 puntos más en el puntaje del índice de calidad de atención en comparación con aquellas que viven en la Región Metropolitana. Es decir, que los proyectos que se implementaron en las zonas más alejadas para fortalecer el proceso de mejoramiento continuo de la calidad ha surtido un efecto importante al ser implementadas en las zonas más aisladas de la capital.

Otro aspecto importante en la calidad de atención es el trato que se brinda durante la atención prenatal que presenta un efecto significativo consistente (p=0.00). El hecho de haber ofrecido un trato entre bueno y muy bueno hace que el puntaje de calificación del índice aumente en comparación con el puntaje de aquellas embarazadas que percibieron un trato entre malo a regular.

5. DISCUSION.

Conocer los niveles de calidad de atención lograda en Perú durante la gestión de diferentes proyectos es imprescindible para diseñar políticas públicas, dar seguimiento y evaluar el impacto del proceso de mejoramiento continuo de la calidad durante los últimos 10 años. La mejora de la calidad de atención en los servicios es un objetivo principal del Ministerio de Salud, por tal motivo se requiere de una medición y análisis rigurosos. El presente estudio construye un índice para medir calidad de atención en bueno y muy bueno1le

conceptual que es el sustento del índice, pero, hay que recordar que este constructo es muy complejo que comprende muchas dimensiones como tal y que si nos remitimos al diagrama 2 se nota que aun quedan dimensiones ausentes en el índice y que sería interesante investigar con información más completa respecto al tema, y así construir un índice más apropiado.

Los datos analizados permiten concluir que para las proveedoras la calidad de atención se encuentra en un punto menor del promedio, es decir, que podría estar mejor, mientras que para las usuarias la percepción de calidad es mayor. Esto hace suponer que para las usuarias la calidad de atención se enfoca más en el aspecto humano ya que un 71.3% manifestó haber recibido un trato bueno por parte del profesional o en todo caso los proyectos proporcionaron en parte un efecto importante.

El proceso de mejoramiento continuo de la calidad en Perú se ha iniciado en las regiones más alejadas de la capital, con poblaciones más diversas, con limitado acceso a servicios de control prenatal y en las cuales los establecimientos de salud son más pequeños y de menor complejidad. Sin embargo, la existencia de algunos proyectos en zonas como la Región Sur y Sierra-Norte para mejorar aspectos de calidad de atención ha sido importante ya que han logrado que las usuarias tengan una percepción de la calidad de atención positiva a pesar de que los proveedores refieran que es deficiente puesto que para ellos es más importante el aspecto de equipamiento y el apoyo logístico por parte del gobierno central.

El análisis del índice de calidad de atención para 237 proveedoras permitió identificar que los factores que influyen en la calidad de atención son más del establecimiento que individuales. Entre las características individuales sólo es significativo si la atención es realizada por la enfermera pero con un efecto negativo para el puntaje del índice, este resultado hace pensar que la deficiencia de este grupo profesional puede deberse a la falta de capacitación o de recursos

para la atención o en su defecto la asignación de actividades no les permite abarcar la consulta prenatal, por lo tanto, es necesario tomar medidas correctivas.

Entre los factores del establecimiento son importantes la privacidad y el equipamiento pues aumentan el puntaje del índice de calidad de atención, sin embargo, llama la atención el puntaje del índice obtenido por proveedoras de establecimientos donde existe el seguro de atención prenatal dado que presenta un efecto negativo en la calidad en comparación con proveedoras que están en establecimientos donde no existe el seguro de control prenatal. Esto da pie para observar algunos detalles de este tipo de seguro, ¿Estará cubriendo mucha población? ¿Se sabe que la cobertura de atención no asegura calidad de la misma? ¿Qué esta ocurriendo con los aspectos normativos respecto al seguro? Sería bueno reevaluar el funcionamiento de éste tipo de seguro.

Por otro lado, los resultados obtenidos para 799 usuarias indican que el número de controles prenatales es significativo estadísticamente en la calidad de atención. Sin embargo, la diferencia no es relevante puesto que no cumple el margen establecido (10%) para las ciencias sociales. Por consiguiente, sólo influyen los factores del establecimiento.

El análisis del tipo de establecimiento mostró que las usuarias del control prenatal acuden más a un centro de salud (64.3%), pero, siguen pensando que si irían a un hospital la calidad de atención que recibirían sería mejor, agravándose la situación en aquellas que acuden a los puestos de Salud. Este resultado manifiesta las diferencias enormes que existen en cuanto a la atención en los establecimientos de salud de distinto nivel.

La región geográfica, el equipo mínimo y la privacidad son aspectos importantes a considerar puesto que el hecho de atenderse en otra Región que no sea la Metropolitana aumenta el puntaje del índice de la calidad de atención en las usuarias, o por otro lado podría indicar que existe un efecto de los proyectos

ejecutados, pero, que sería interesante medir sólo el impacto del programa. La privacidad es lo que más peso tiene para las usuarias puesto que calidad encierra trato humano, respeto mutuo y confianza.

Finalmente, este estudio muestra que los servicios de control prenatal en Perú están lejos de tener una calidad de atención óptima que es necesario la reorganización de un sistema mínimo de monitoreo que permita hacer ajustes necesarios y oportunos para mejorar la calidad de atención. Muestra también que la manera más eficaz de medir calidad es teniendo información completa y confiable obtenida por medio de un instrumento específico, construyendo un índice integral y desde sus propios protagonistas a fin de optimizar la toma de decisiones respecto a cubrir necesidades de diferentes actores y lograr así niveles óptimos en calidad de atención.

6. CONCLUSIONES.

El objetivo principal de este estudio fue identificar algunos de los factores individuales y comunales que influyen en la calidad de atención de los servicios de salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud del Perú durante el 2003 desde la percepción de las proveedoras y las usuarias a partir de la construcción de índices, las conclusiones más importantes son:

1. El cuestionario aplicado para medir cumplimiento de normas ayuda a medir una parte de la calidad de atención sólo en el servicio de control prenatal, pero, en el servicio de planificación familiar no fue favorable.

2. El índice de calidad de atención de los proveedores del servicio de control prenatal mide infraestructura y equipamiento, material informativo para la gestante y el procedimiento que se realiza durante la consulta, mientras que en el caso de las usuarias el índice sólo mide el

procedimiento que realiza la proveedora durante la atención y es percibida por la usuaria.

3. La calidad de atención en general se percibe como buena. Pero, las usuarias tienen una percepción mejor de la calidad de atención que las proveedoras.

4. Los factores que influyen en la calidad de atención según ambas percepciones se relacionan tanto con variables del establecimiento como del individuo, pero con mayor influencia las variables del establecimiento.

5. Entre las variables del establecimiento son significativas para las proveedoras: el seguro de atención, equipo mínimo en el consultorio y la privacidad, sólo el área geográfica es significativa para la Región Sierra-Selva. Entre las variables individuales figuran la participación de la proveedora en programaciones de atención, en el tipo de profesional la enfermera es significativa pero con un efecto negativo para el puntaje del índice de calidad de atención.

6. Para las usuarias las variables del establecimiento que influyen en la calidad de atención son: el nivel de establecimiento, la región geográfica y el trato ofrecido durante la consulta, entre las variables individuales sólo influye en la calidad de atención el número de controles prenatales.

7. La calidad de atención en los servicios de control prenatal de los establecimientos del Ministerio de Salud en el Perú todavía deben mejorarse, para ello hay que trabajar en muchos aspectos y un paso necesario es elaborar un cuestionario específico para medir calidad de atención que recabe información completa y confiable.

7. BIBLIOGRAFIA.

1. Anderson J. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de servicios de Salud. Boletín De Retamas y Orquídeas De Reprosalud. Lima-Perú. 2000.

2. Bertrand, J. Magnani R. y Rutenberg N. Evaluating Family Planning Programs. 1996.

3. Bertrand J. y otros. Access, quality of care, and medical barriers in family planning programs. 1995; 21, (2): 64-9, 74.

4. Centro de Investigación y Desarrollo, INEI. Tendencia, Niveles y Estructura de la Mortalidad Materna en el Perú 1992 -2000. INEI. 2002:34-39.

5. Contreras M. and Venegas M. Calidad de atención en Salud desde una perspectiva de Género. Tesis Profesional De Trabajo Social. Universidad Bio-Bio Chillán-CHILE. 2001.

6. Creel L.; Sass J., and Yingher N. La calidad centrada en el cliente: perspectiva de los clientes y obstáculos para recibir atención. Population Council and Population Reference Bureau. Washington D.C. 2002.

7. Creel L.; Sass J., and Yingher N. Panorama de la atención de calidad en salud Reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. Population Council and Population Referente Bureau. Washington D.C. 2002.

8. Hair J; Anderson R.; Tatham R, and Black W. Análisis Multivariante. 1999(5).

9. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. Censos Nacionales IX de Población y IV de vivienda. INEI. 1993; 1(7):620.

10. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996. INEI/ENDES. 1997.

11. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. Encuesta Nacional de Hogares. 2001.

12. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. Estimaciones y proyecciones del Perú 1950 - 2050. INEI. 2002.

13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. La Pobreza en el Perú en el 2001. 2002.

14. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. Proyecciones de Población. INEI. 2001.

15. Instituto Nacional de Estadística en Informática. Perú. La Estimación del Subempleo 1997-2001. Documento Metodológico. Lima - Perú. 2002.

16. Kols Adrienne J. y Sherman Jill E. Family planning programs: improving quality. 1998.

17. Lanata C.; Espino S., and Butrón B. Mejorando la Calidad de la atención de salud en el Perú. Instituto de Investigación Nutricional; 2002.

18. Lantis K.; Green C., and Joice S. La calidad de la atención y los proveedores del servicio. Population Council y Population Reference Bureau. Washington D.C. 2002.

19. Mensch B.; Arends-Kuenning M., and Jain A. y Gárate M. Evitando Embarazos No Planeados en Perú: Es importante la Calidad de los Servicios de Planificación Familiar. Perspectivas Internacionales En Planificación Familiar. Número Especial. 1997:14-21.

20. Ministerio de Salud. Guía para la implementación y seguimiento de planes de mejora continua de la calidad. Servicios De Materno-Infantil. MINSA-Perú. 2002.

21. Ministerio de Salud. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. MINSA PERU. 2002.

22. Ministerio de Salud, Oficina de Estadística e Informática. II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996. MINSA/OEI Perú. 1997.

23. Organización Mundial de la Salud (OMS) . Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods (Ginebra: OMS, 1996). Citado por Adrienne J. Kols y Jill E. Sherman, “Family planning programs: improving quality”, Population Reports 26, no. 3 (Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, 1998). 1998.

24. Organización Panamericana de la Salud. Niveles de Vida de la Población con lengua Materna Nativa del Perú en 1997 - 2000. Lima - Perú OMS/OMS. 2002.

25. ---. Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Perú. Lima - Perú, OPS. 2001:2.

26. Petrera M. and Cordero L. El Aseguramiento Público en Salud y la Elección del Proveedor. Pobreza y Economía Social. CUANTO. 2002.

27. Proyecto 2000. Mejoramiento Continuo de la Calidad de Servicio de Salud Materno-Infantil. Documento Interno De Trabajo. MINSA/Proyecto 2000. Lima, Perú. 1998.

28. Ramos L.; Herrera A.; Ceirano V.; Manzano R., and Pittman P. La dimensión socio-emocional de la calidad de atención en salud y el género: El caso de la diabetes mellitas tipo II. Aportes Para La Reforma Del Sector Salud En OPS/OMS El Salvador. 1999(4).

29. Stata Base Reference Manual. Stata Statistical Software Release 8.0 College Station, Texas: Stata Corporation. 2003; 1.

30. Vera Hernán . The client's view of high-quality care in Santiago, Chile . 1993: 40-49.

ANEXOS

ANEXO A

VARIABLES SELECCIONADAS PARA CONSTRUIR EL INDICE DE CALIDAD DE ATENCION

ANEXO a1. VARIABLES SELECCIONADAS PARA CONSTRUIR EL INDICE DE CALIDAD DE ATENCION DESDE LOS PROVEEDORES DEL SERVICIO DE CONTROL PRENATAL.

Variable	Dimensión
1. Existe señalización hacia el consultorio	I
2.La sala de espera cuenta con asientos suficientes	I
3. La sala de espera cuenta con afiches sobre los derechos de la usuaria de CPN	M
4. La sala de espera se ve limpia	I
5. Baño de fácil acceso para la persona usuaria	I
6. Baño esta limpio	I
8. El consultorio esta en orden	I
9. El consultorio esta limpio	I
10. El consultorio cuenta con afiches sobre los derechos de la usuaria de CPN	M
11. El consultorio tiene la puerta cerrada	I
12. Se ve desde afuera para el consultorio	I
13.Se escucha la conversación del consultorio	I
14. Entran y salen personas durante la consulta	I
15.Existe personal que hable el idioma local	P
16. Cuenta con material informativo sobre los derechos de la usuaria de CPN	M
17. Cuenta con materia informativo sobre cáncer ginecológico	M
18. Cuenta con material informativo sobre control de embarazo	M
19. Cuenta con material informativo sobre cuidados del embarazo	M
20. Cuenta con material informativo sobre signos de alarma	M
21. Cuenta con material informativo sobre diversos métodos anticonceptivos.	M
22. Cuenta con rotafolio	M
23. Cuenta con una maqueta	M
24. Mostró copia de los protocolos	M
25. Cuenta con una camilla o mesa de examen ginecológico	E
26. Cuenta con una lámpara de cuello de ganso u otra que cumpla esa función.	E
27. Cuenta con un coche de curaciones	E
28. Cuenta con depósitos para desechos con bolsa descartable	E
29. Cuenta con un lavamanos y jabón	E
30. Cuenta con un recipiente para descontaminación	E
31. Cuenta con espéculos vaginales Graves	E
32. Cuenta con Guantes estériles	E
33. Tiene batas limpias	E
34. Tiene soleras limpias	E
35. Tiene sábanas limpias	E
36. Tiene toalla de mano limpia o papel	E
37. Tiene una cinta obstétrica CLAP o centímetro	E
38. Tiene un gestograma de pared o manual	E
39. Tiene un estetoscopio biauricular	E
40. Tiene un fetoscopio de Pinard Doppler	E
41. Tiene un martillo de reflejos	E
42. Tiene un tensiómetro en buen estado	E
43. Tiene una balanza de pie con tallímetro	E
44. Le pregunta durante el CPN por cefalea (dolor de cabeza)	P
45. Le pregunta durante el CPN por edemas (Hinchazón)	P
46. Le pregunta durante el CPN por disminución de movimientos fetales	P
47. Le pregunta durante el CPN por perdida de liquido por la vagina	P
48. Le pregunta durante el CPN por perdida de sangrado por la vagina	P
49. Le pregunta durante el CPN por fiebre	P
50. Ud. la pesa	P
51. Ud. le toma la presión arterial	P
52. Ud. le mide la altura uterina	P
53. Ud. le examina la posición del bebe	P
54. Ud. le escucha los latidos fetales	P
55. Ud. le examina si hay edemas	P

56. Se hace la prueba de ELISA	P
57. Ud le informa acerca de cómo se encuentra su embarazo	P
58.Ud le habla sobre alimentación	P
59. Ud. le habla sobre signos de alarma	P
60. Habla sobre cefalea	P
61. Habla sobre edemas	P
62. Habla sobre disminución de movimientos fetales	P
63. Habla de pérdidas de liquido por la vagina	P
64. Habla de pérdidas de sangrado por la vagina	P
65. Habla de fiebre	P

FUENTE: Elaboración propia con base en los cuestionarios ejecutados por POLICY–PERU 2003.
Leyenda: I = Infraestructura E = Equipamiento
P = Procedimiento M = Material informativo

ANEXO a2. VARIABLES SELECCIONADAS PARA CONSTRUIR EL INDICE DE CALIDAD DE ATENCION DESDE LAS USUARIAS DEL SERVICIO DE CONTROL PRENATAL.

Variable	Dimensión
Durante la consulta (atención) que ha recibido le preguntaron:	
Si ha tenido sangrado vaginal	P
Si ha tenido fiebre	P
Si estaba perdiendo líquidos por sus partes que no eran orina	P
Durante la consulta que acaba de recibir….	
La pesaron	P
Le tomaron la presión arterial	P
¿Preguntaron si sentía que el bebe se movía en su vientre?	P
¿Preguntaron si sentía dolor de cabeza?	P
¿Preguntaron si le zumbaban los oídos?	P
¿Preguntaron si se le habían hinchado las piernas?	P
¿Le midieron la barriga?	P
¿Le revisaron (escucharon) los latidos del bebe?	P
¿Le han revisado edemas?	P
¿Preguntaron por dolor en la parte baja del vientre?	P
En algún momento, en sus controles (en establecimientos del MINSA) ¿Le han indicado análisis de orina para detectar algún problema?	P
Y en algún momento en sus controles (en establecimientos del MINSA) ¿Le han indicado análisis de sangre para detectar algún problema?	P
Le pidieron su autorización para hacerle la prueba de SIDA	P
Usted fue obligada (presionada) de alguna manera para que acuda a su siguiente control.	P
¿Le ofrecieron algún regalo o beneficio especial para que acuda a su siguiente control?	P
¿En sus controles prenatales le han cobrado por la historia clínica?	P
¿En sus controles prenatales le han cobrado por la consulta?	P
¿Le indicaron que se vacune contra el tétanos?	I
¿Le indicaron que acuda a los ejercicios prenatales (Psicoprofilaxis).?	I
¿Le indicaron que tome hierro (vitamina)?	I
¿Le han explicado que entre los análisis de sangre que le tenían que tomar, se pide una prueba para detectar SIDA	I
Le indicaron que tenia que pasar por conserjería	I
En esta o en anteriores consultas le han explicado sobre el cuidado del recién nacido	I
En esta o en anteriores consultas de control prenatal, le han explicado sobre los diversos métodos que puede usted o su pareja emplear para planificar su familia	I
¿Le han informado si en este establecimiento funciona el Seguro Integral de Salud (SIS)?	I
¿Piensa dar a luz en este establecimiento?	I
Si Ud. tuviera que calificar (decir) cómo ha sido el trato que ha recibido en esta consulta	I

FUENTE: Elaboración propia con base en los cuestionarios ejecutados por POLICY–PERU 2003.
Leyenda: I = Información P = Procedimiento

ANEXO a3. VARIABLES SELECCIONADAS PARA CONSTRUIR EL INDICE DE CALIDAD DE ATENCION DESDE LOS PROVEEDORES DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

Variable	Código
1. Existe señalización hacia el consultorio	I
2.La sala de espera cuenta con asientos suficientes	I
3. La sala de espera cuenta con afiches sobre los derechos de la usuaria de PF	M
4. La sala de espera se ve limpia	I
5. Baño de fácil acceso para la persona usuaria	I
6. Baño esta limpio	I
7. Baño tiene agua	I
8. El consultorio esta en orden	I
9. El consultorio esta limpio	I
10. El consultorio cuenta con afiches sobre los derechos de la usuaria de PF	M
11. El consultorio tiene la puerta cerrada	I
12. Se ve desde afuera para el consultorio	I
13.Se escucha la conversación del consultorio	I
14. Entran y salen personas durante la consulta	I
15.Existe personal que hable el idioma local	P
16. Cuenta con material informativo sobre los derechos de la usuaria de PF	M
17. Cuenta con materia informativo sobre cáncer ginecológico	M
18. Cuenta con material informativo de por lo menos 4 MAC	M
19. Cuenta con rotafolio	M
20. Cuenta con una maqueta	M
21. Cuenta con muestrario o muestras de métodos de PF	M
22. Cuenta con una camilla o mesa de examen ginecológico	E
23. Cuenta con una lámpara de cuello de ganso u otra que cumpla esa función.	E
24. Cuenta con un coche de curaciones	E
25. Cuenta con depósitos para desechos con bolsa descartable	E
26. Cuenta con un lavamanos y jabón	E
27. Cuenta con un recipiente para descontaminación	E
28. Cuenta con espéculos vaginales Graves	E
29. Cuenta con Guantes estériles	E
30. Tiene batas limpias	E
31. Tiene soleras limpias	E
32. Tiene sábanas limpias	E
33. Tiene toalla de mano limpia o papel	E
34. Que hacen con las usuarias cuando no hay insumos. Le cambian de método	P
35. Que hacen con … le da receta a usuaria	P
36. Que hacen con … se presta de otro ES o consultorio	P
37. Que hacen con … se presta de ONG	P
38. Ofrece información de condones	P
39. Ofrece información de tabletas vaginales	P
40. Ofrece información de pastillas	P
41. Ofrece información de inyecciones	P
42. Ofrece información de implantes- norplant	P
43. Ofrece información de DIU	P
44. Ofrece información de ligadura	P
45. Ofrece información de vasectomía	P
46. Ofrece información de ritmo	P
47. Ofrece información de Billings-Moco cervical	P
48. Ofrece información de Lactancia-Amenorrea	P
49. Ofrece información de mecanismo de acción de los MAC	P
50. Ofrece información de contraindicaciones	P
51. Ofrece información de la forma de uso	P
52. Ofrece información de las ventajas	P
53. Ofrece información de las desventajas	P

54. Le muestra una copia de las Normas del PPF	P
55. Lo han capacitado sobre el procedimiento a seguir con las normas	P
56. Se hace programación de atenciones en el servicio PF	P
57. Participa Ud. de la programación	P
58. La programación que se hace sirve para cumplir metas programáticas	P
59. La programación que se hace sirve para obtener insumos	P
60. La programación que se hace sirve para ver avances en la programación	P
61. Que sucede si alcanza las metas del programa	P
62. Que sucede si Ud. no logra las metas del programa	P
63. Ha recibido presión u ordenes para llegar a una cantidad de usuarias	P
64. Se ha implementado alguna estrategia para que participe el hombre en la consulta de PF	P

FUENTE: Elaboración propia con base en los cuestionarios ejecutados por POLICY–PERU 2003.

Leyenda: I = Infraestructura E = Equipamiento
P = Procedimiento M = Material informativo

ANEXO a4. VARIABLES SELECCIONADAS PARA CONSTRUIR EL INDICE DE CALIDAD DE ATENCION DESDE LAS USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

Variable	Código
Le han hablado sobre los diferentes MAC para poder planificar	I
Le hablaron sobre condones	I
Le hablaron sobre tabletas vaginales	I
Le hablaron sobre pastillas	I
Le hablaron sobre inyecciones	I
Le hablaron sobre implantes	I
Le hablaron sobre DIU	I
Le hablaron sobre Ligadura de Trompas	I
Le hablaron sobre vasectomía	I
Le hablaron sobre el ritmo-regla	I
Le hablaron sobre Billings- moco cervical	I
Le hablaron sobre MELA	I
Le hicieron ver muestras de algunas muestras	I
Le dieron folletos de algunos MAC	I
Le han informado sobre la variedad de MAC	P
Le informaron sobre ventajas del MAC	P
Le informaron sobre desventajas del MAC	P
Le informaron sobre riesgos del MAC	P
Le informaron sobre la forma de uso del MAC	P
Entendió la información que le dieron.	P
Tuvo libertad de elección	P
Necesita más información	P
El MAC q usa es el que quería	P
Le entregaron el MAC	P
Fue presionada para usar algún MAC	P
Le obsequiaron un regalo para usar algún MAC.	P
Le cobraron por la Historia clínica	P
Le cobraron por la consulta	P
Cumplen con los horarios de atención	P
Como Ud. Califica el trato que recibió	P

FUENTE: Elaboración propia con base en los cuestionarios ejecutados por POLICY–PERU 2003.

Leyenda: I = Información P = Procedimiento

ANEXO B

ANALISIS DE VALIDEZ

ANEXO b1. PROPORCION DE VARIANZA EXPLICADA PARA PROVEEDORES DE CONTROL PRENATAL.

Factor	Eigenvalue	Difference	Proportion	Cumulative
1	6.148	2.487	0.096	0.096
2	3.661	0.618	0.057	0.153
3	3.043	0.475	0.048	0.201
4	2.568	0.113	0.040	0.241
5	2.456	0.251	0.038	0.279
6	2.205	0.190	0.035	0.314
7	2.015	0.168	0.032	0.345
8	1.847	0.143	0.029	0.374
9	1.704	0.061	0.027	0.401
10	1.644	0.108	0.026	0.426
11	1.536	0.046	0.024	0.450
12	1.490	0.058	0.023	0.474
13	1.432	0.047	0.022	0.496
14	1.385	0.039	0.022	0.518
15	1.346	0.030	0.021	0.539
16	1.316	0.038	0.021	0.559
17	1.278	0.041	0.020	0.579
18	1.237	0.049	0.019	0.599
19	1.188	0.033	0.019	0.617
20	1.155	0.074	0.018	0.635
21	1.081	0.041	0.017	0.652
22	1.041	0.007	0.016	0.668
23	1.034	0.059	0.016	0.685
24	0.974	0.025	0.015	0.700
25	0.949	0.010	0.015	0.715
26	0.940	0.029	0.015	0.729
27	0.911	0.059	0.014	0.744
28	0.852	0.023	0.013	0.757
29	0.829	0.033	0.013	0.770
30	0.796	0.016	0.012	0.782
31	0.780	0.026	0.012	0.794
32	0.754	0.044	0.012	0.806
33	0.710	0.021	0.011	0.817
34	0.689	0.025	0.011	0.828
35	0.664	0.038	0.010	0.838
36	0.626	0.043	0.010	0.848
37	0.583	0.005	0.009	0.857
38	0.578	0.003	0.009	0.866
39	0.574	0.012	0.009	0.875
40	0.562	0.032	0.009	0.884
41	0.530	0.045	0.008	0.892
42	0.484	0.009	0.008	0.900
43	0.476	0.030	0.007	0.907
44	0.446	0.011	0.007	0.914
45	0.435	0.013	0.007	0.921
46	0.422	0.011	0.007	0.928
47	0.411	0.022	0.006	0.934
48	0.389	0.017	0.006	0.940
49	0.372	0.011	0.006	0.946
50	0.361	0.028	0.006	0.952
51	0.333	0.018	0.005	0.957
52	0.315	0.009	0.005	0.962
53	0.305	0.020	0.005	0.967
54	0.286	0.032	0.005	0.971
55	0.253	0.001	0.004	0.975
56	0.252	0.018	0.004	0.979
57	0.234	0.012	0.004	0.983
58	0.222	0.006	0.004	0.986
59	0.217	0.013	0.003	0.989
60	0.204	0.019	0.003	0.993
61	0.185	0.025	0.003	0.996
62	0.160	0.031	0.003	0.998
63	0.128	0.128	0.002	1.000
64	0.000	.	0.000	1.000

ANEXO b2. PROPORCION DE VARIANZA EXPLICADA PARA USUARIAS DE CONTROL PRENATAL.

Factor	Eigenvalue	Difference	Proportion	Cumulative
1	4.657	2.947	0.161	0.161
2	1.710	0.166	0.059	0.220
3	1.545	0.027	0.053	0.273
4	1.518	0.099	0.052	0.325
5	1.418	0.072	0.049	0.374
6	1.346	0.081	0.046	0.421
7	1.265	0.090	0.044	0.464
8	1.175	0.034	0.041	0.505
9	1.141	0.049	0.039	0.544
10	1.092	0.098	0.038	0.582
11	0.994	0.066	0.034	0.616
12	0.928	0.020	0.032	0.648
13	0.908	0.029	0.031	0.679
14	0.879	0.054	0.030	0.710
15	0.826	0.057	0.029	0.738
16	0.769	0.022	0.027	0.765
17	0.747	0.043	0.026	0.790
18	0.704	0.063	0.024	0.815
19	0.641	0.032	0.022	0.837
20	0.609	0.029	0.021	0.858
21	0.580	0.024	0.020	0.878
22	0.555	0.011	0.019	0.897
23	0.545	0.052	0.019	0.916
24	0.492	0.009	0.017	0.933
25	0.483	0.055	0.017	0.949
26	0.428	0.022	0.015	0.964
27	0.406	0.052	0.014	0.978
28	0.354	0.068	0.012	0.990
29	0.287	.	0.010	1.000

ANEXO b3. PROPORCION DE VARIANZA EXPLICADA PARA PROVEEDORES DE PLANIFICACION FAMILIAR.

Factor	Eigenvalue	Difference	Proportion	Cumulative
1	5.603	1.430	0.097	0.097
2	4.172	0.861	0.072	0.169
3	3.311	0.055	0.057	0.226
4	3.256	0.366	0.056	0.282
5	2.890	0.109	0.050	0.332
6	2.781	0.221	0.048	0.380
7	2.560	0.283	0.044	0.424
8	2.278	0.064	0.039	0.463
9	2.214	0.152	0.038	0.501
10	2.062	0.160	0.036	0.537
11	1.903	0.057	0.033	0.570
12	1.845	0.198	0.032	0.601
13	1.647	0.070	0.028	0.630
14	1.577	0.108	0.027	0.657
15	1.470	0.036	0.025	0.682
16	1.433	0.107	0.025	0.707
17	1.327	0.083	0.023	0.730
18	1.243	0.063	0.021	0.751
19	1.181	0.074	0.020	0.772
20	1.106	0.093	0.019	0.791
21	1.014	0.094	0.018	0.808
22	0.920	0.059	0.016	0.824
23	0.861	0.064	0.015	0.839
24	0.798	0.022	0.014	0.853
25	0.776	0.085	0.013	0.866
26	0.691	0.046	0.012	0.878
27	0.645	0.066	0.011	0.889
28	0.578	0.024	0.010	0.899
29	0.554	0.034	0.010	0.909
30	0.520	0.005	0.009	0.918
31	0.515	0.055	0.009	0.926
32	0.460	0.061	0.008	0.934
33	0.398	0.011	0.007	0.941
34	0.387	0.026	0.007	0.948
35	0.362	0.038	0.006	0.954
36	0.323	0.038	0.006	0.960
37	0.286	0.015	0.005	0.965
38	0.270	0.015	0.005	0.969
39	0.255	0.033	0.004	0.974
40	0.222	0.019	0.004	0.978
41	0.204	0.018	0.004	0.981
42	0.186	0.037	0.003	0.984
43	0.148	0.022	0.003	0.987
44	0.127	0.010	0.002	0.989
45	0.116	0.017	0.002	0.991
46	0.099	0.015	0.002	0.993
47	0.084	0.002	0.001	0.994
48	0.082	0.011	0.001	0.996
49	0.071	0.019	0.001	0.997
50	0.052	0.009	0.001	0.998
51	0.043	0.014	0.001	0.998
52	0.028	0.008	0.001	0.999
53	0.021	0.001	0.000	0.999
54	0.020	0.006	0.000	1.000
55	0.014	0.008	0.000	1.000
56	0.005	0.002	0.000	1.000
57	0.003	0.002	0.000	1.000
58	0.001	.	0.000	1.000

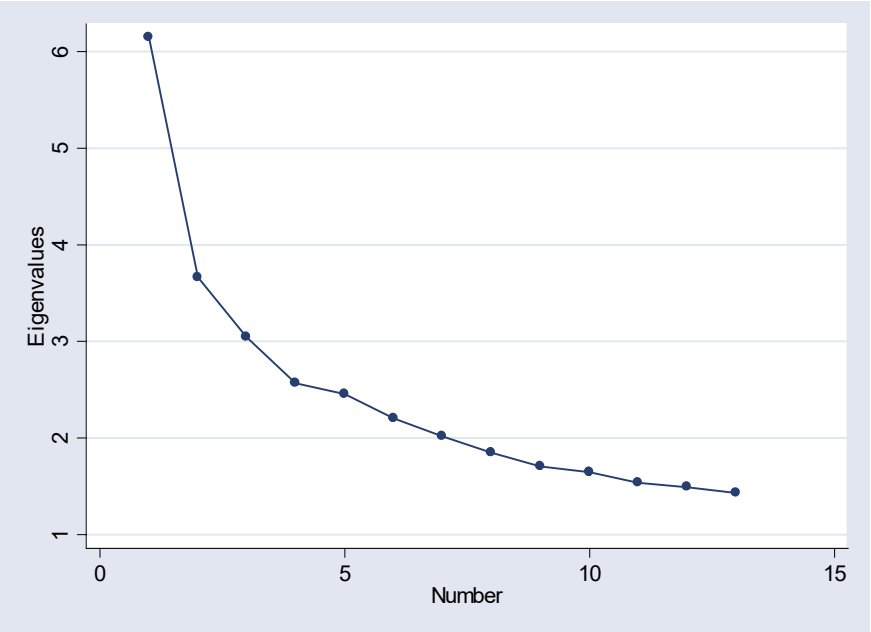
ANEXO b4. PROPORCION DE VARIANZA EXPLICADA PARA USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

Factor	Eigenvalue	Difference	Proportion	Cumulative
1	5.494	0.950	0.196	0.196
2	4.544	1.755	0.162	0.359
3	2.789	0.607	0.100	0.458
4	2.182	0.414	0.078	0.536
5	1.767	0.248	0.063	0.599
6	1.519	0.227	0.054	0.653
7	1.292	0.069	0.046	0.700
8	1.223	0.188	0.044	0.743
9	1.035	0.189	0.037	0.780
10	0.846	0.060	0.030	0.810
11	0.786	0.028	0.028	0.839
12	0.758	0.182	0.027	0.866
13	0.576	0.015	0.021	0.886
14	0.561	0.016	0.020	0.906
15	0.545	0.047	0.020	0.926
16	0.498	0.081	0.018	0.943
17	0.417	0.136	0.015	0.958
18	0.281	0.021	0.010	0.968
19	0.260	0.060	0.009	0.978
20	0.200	0.049	0.007	0.985
21	0.151	0.054	0.005	0.990
22	0.097	0.025	0.004	0.994
23	0.072	0.005	0.003	0.996
24	0.067	0.036	0.002	0.999
25	0.031	0.023	0.001	1.000
26	0.008	0.007	0.000	1.000
27	0.000	0.000	0.000	1.000
28	0.000	.	0.000	1.000

ANEXO C

GRAFICOS DE SEDIMENTACION

ANEXO c1. GRAFICO DE SEDIMENTACION PARA PROVEEDORES DE CONTROL PRENATAL.



ANEXO c2. GRAFICO DE SEDIMENTACION PARA USUARIAS DE CONTROL PRENATAL.

