

Premio Nivel C

*Hospitales I, Clínicas, Postas Médicas
y Centros Asistenciales*

**“Asistencia al Programa Salud
Reproductiva de la Posta Médica
“Jacobó Hunter”, EsSalud,
enero a junio 1999”**

Autores:

Obst. Marleny Alvarez Oscco

Enf. Paula Yolanda Quicaña Valencia

Q.F. Francisco Mengoa Candia

Dr. Claudio Mengoa Quintanilla

Posta Médica de “Jacobó Hunter”, EsSalud - Arequipa

Arequipa - Perú

RESUMEN

El presente estudio fue diseñado para determinar algunos factores que influyen en la ausencia de pacientes a las actividades del Programa de Salud Reproductiva (PSR), y a la vez, describir las características epidemiológicas de la población adscrita al Centro de Salud Hunter, de EsSalud, en el distrito Jacobo Hunter en la ciudad de Arequipa.

El estudio se propuso evaluar los efectos y limitaciones de la visita domiciliaria a las usuarias del PSR que no asistieron a sus controles ni a recibir información de los riesgos a que están expuestas.

El estudio fue realizado entre enero y julio de 1999, en 552 mujeres en edad fértil de un total de 842 aseguradas asignadas al Centro de Salud de Hunter. Para la obtención de datos se usó una ficha de trabajo especialmente diseñada. Los datos obtenidos fueron tabulados, aplicándose para su análisis paquetes estadísticos computarizados.

Se encontró que las 42 pacientes con PAP positivo no habían concurrido a sus consultas de control; lo mismo ocurrió en 25.2% de 409 usuarias del Programa de Planificación Familiar y en 38.75% de 181 gestantes del Programa de Control de Embarazo.

Se encontró también favorable atención de las usuarias y alta tasa de respuesta desde la primera visita domiciliaria. Así, el 54.8% de pacientes con PAP positivo tornaron para ser atendidas a menos de una semana de la primera visita domiciliaria, pero las usuarias del programa de Planificación Familiar fueron más renuentes, pues requirieron entre 3 y 4 visitas para asistir a sus controles.

Palabras clave: *Salud materno infantil, Planificación familiar, Prueba de Papanicolaou.*

SUMMARY

This study was designed to determine some factors influencing patients absence to activities of the Reproductive Health Program (RPH) and also describe epidemiologic features of user population of EsSalud Hunter Health Center, at the district of Jacobo Hunter in Arequipa city.

Study purpose was to evaluate assets and limitations of home visiting of RPH users not attending program follow ups to both guiding and educating them about risks they are exposed to.

This study was performed from January to July 1999 in 552 fertile women out of the total population of 842 women assigned to the health center for data collection an structured interview and observation guide were used with the aid of specific forms.

It was found that 42 patients with positive PAP smear did not attend follow-up consultation, the same occurred in 25.2% of 409 family planning users, and in 38.75% of 181 pregnant women.

Also it was found a fair attendance to follow ups of users and high rate of response to the first home visit. Thus 54.8% of patients with positive PAP smear attended follow up consultation in less than a week after the home visit, but family planning users were more reluctant and was necessary in many cases more than 3 or 4 visits to follow up consultation.

Keyword: *Maternal and Child health, family planning, PAP smear test.*

INTRODUCCIÓN

Las instituciones prestadoras de salud cumplen funciones de asistencia y recuperación de salud en los hospitales, policlínicos y centros periféricos, dando poca importancia a las actividades de seguimiento de pacientes que, por alguna razón, se ven imposibilitados de acudir oportunamente a sus citas en sus respectivos servicios asistenciales.

La población asegurada en EsSalud no escapa las condiciones de riesgo en salud, sobre todo de nuestra población de mujeres de edad fértil. Hemos observado que en muchos casos estas pacientes no acuden a sus controles de los diversos **Programas de Salud Reproductiva**, lo que nos lleva a enfrentarnos a grupos altamente vulnerables, que necesariamente requieren de los servicios orientados al cuidado integral de la salud.

En nuestra realidad, los programas preventivo promocionales se vienen aplicando desde 1995, inicialmente como captación, y a partir de enero de 1999 como seguimiento de pacientes, labor que se realiza en forma multidisciplinaria, siendo los profesionales mas directamente involucrados, enfermeras y obstetricas. Dentro del programa CRED se realizan visitas domiciliarias para elevar el nivel de salud del binomio madre-niño que es el más vulnerable .

Jacobo Hunter es un distrito joven de Arequipa, que ha crecido rápidamente en los últimos años, y uno de sus aspectos más notorios es el incremento en el número de personas que acuden a nuestro centro asistencial. La población general en Hunter es de 39,180 personas, la población dependiente de las Posta Médica EsSalud es de 3200 asegurados de los cuales 842 son mujeres en edad fértil. Existe un 20% de población asegurada que es atendida fuera del ámbito del distrito, es decir en los diversos policlínicos de la zona.

Es importante conocer el perfil de salud de nuestra población asegurada para realizar una vigilancia epidemiológica. El conocimiento de los factores de riesgo que condicionan la asistencia de los pacientes a nuestro servicio para sus controles nos permitirá diseñar estrategias para revertir su inasistencia, de las pacientes, como por ejemplo educación sanitaria.

La Posta Médica EsSalud Hunter cuenta con obstetrix, quien lleva el programa de salud reproductiva, atendiendo y haciendo el seguimiento de las doce zonas en que se divide el distrito. Cuenta, entre otros recursos, con movilidad, lo que facilita en gran medida la realización de las visitas domiciliarias.

La visita domiciliaria es una actividad que permite el seguimiento de pacientes con patologías establecidas o la vigilancia de personas en riesgo. La visita que realiza nuestro servicio, permite además, la recaptación de pacientes cuando estas han abandonado un programa o cuando acuden irregularmente a él.

En el presente trabajo nos planteamos encontrar: ¿Cuáles son algunos de los factores dentro del *programa de salud reproductiva* que influyen en la asistencia oportuna a los controles periódicos? También describiremos las características epidemiológicas de la población usuaria de los diferentes subprogramas de salud reproductiva.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Determinar las características epidemiológicas (edad, paridad, accesibilidad, instrucción, situación) de la población usuaria del *programa de salud reproductiva*.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer el promedio de edad, paridad, distribución de acuerdo a accesibilidad, instrucción y situación de las pacientes usuarias.
2. Establecer la frecuencia de asistencia oportuna a los controles entre las pacientes usuarias.
3. Determinar algunas características de la visita domiciliaria como número de veces que se visita una usuaria, tiempo en el que se produce el retorno de la paciente y número de visitas.

CAPITULO I

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En 1997 los ministerios de salud de las Américas de acuerdo a las resoluciones adoptadas por la XXXI Asamblea Mundial de Salud, reconocieron la importancia de la atención de obstetricia y enfermería para alcanzar las coberturas unilaterales de salud, y recomendaron utilizar estas dos profesionales de una manera más eficaz, mediante su intervención en la planificación y administración en la atención primaria de la salud.

1. BASE TEORICA

1.1 Salud, Demografía y Desarrollo

Es muy importante tener en cuenta que EsSalud maneja una población económicamente activa, que aporta esfuerzos a las empresas y que de ellas depende en buena parte el desarrollo de las mismas, por lo que se debe dar importancia a la salud como parte integral de la estrategia para el desarrollo.

El mejoramiento de la salud y de la nutrición influyen directamente en la morbilidad y en la mortalidad así como en la fecundidad de una población. Todos estos factores unidos determinan en gran medida el tamaño, la estructura por edad y sexo, la composición de la fuerza de trabajo y el grado de productividad de dicha población inhibiendo o facilitando el proceso económico (O.M.S. 1984).

Es necesario promover la salud desde muy jóvenes ayudando a desarrollar la actitud apropiada hacia la vida familiar y a su lugar en la comunidad. Dentro de este contexto los programas de planificación familiar, prevención de ETS, control prenatal y puerperio, apuntan principalmente al grupo vulnerable de las madres, sometidas a riesgos biológicos, socioeconómicos, ambientales y de accesibilidad a los servicios de salud, siendo importante la intervención de los profesionales de salud en equipo multidisciplinario realizando entre otras actividades la visita domiciliaria.

1.2 Visita Domiciliaria

La visita no sigue un rutina rígida, para hacer un visita se adapta la secuencia a cada paciente en forma individual en el ámbito del hogar. Es importante orientar la visita hacia los puntos que el paciente desea y necesita conocer.

Las visitas repetidas enfocan las necesidades de impartir cierta información, instrucción, etc. Puede mejorar la relación del trabajador de salud con el paciente.

La visita puede tener sólo un fin preestablecido, en el caso del presente estudio, es que la paciente acuda a sus controles obligatorios por el programa de salud reproductiva.

1.2.1 Definición de visita domiciliaria

Es una modalidad operativa a través de la cual el personal de salud presta atención directa a la madre, al desplazarse al hogar de un modo sistemático, valora la necesidad de salud de la mujer y brinda atención simplificada, se le da educación sanitaria, hace seguimiento de casos y recoge información sobre situación de salud y contribuye a la vigilancia epidemiológica (O.M.S. 1,980).

1.2.2 Ventajas de las visitas domiciliarias

- Permite prevenir y brindar la atención sanitaria oportuna
- Permite una interacción amplia y sincera con todos los miembros de la familia
 - Se puede evaluar en forma correcta y dar indicaciones
 - Permite conocer nuevos problemas de salud de la familia
 - Posibilita descubrir algunas condiciones físicas que pueden poner en peligro la salud de los miembros de la familia, dando las indicaciones para sus precauciones.
- Permite tener una visión general del hogar y conformación de la familia.

2. DEFINICION OPERACIONAL

2.1 Características de la Población

Se refiere a las particularidades biológicas, edad, programa, número de hijos, características culturales, grado de instrucción, etc.

2.2 Alcance y Limitaciones de la Visita

Se refiere a la consecución de las metas relacionadas con la visita domiciliaria como parte del seguimiento de las pacientes que incumplen con las citas.

Frecuencia y periodicidad de las mismas.

Priorización: es el establecimiento de criterio para la valoración del grupo de riesgo que predominantemente requiere visita domiciliaria para sus controles.

2.3 Accesibilidad

Es importante la vista geográfica. Se han dividido en 12 zonas considerando la distancia a la Posta Médica EsSalud Hunter:

- Cercano: próximo o inmediato: A-B.
- Relativamente distante: 10 cuadras, puede llegar caminando: C-D-E.
- Muy distante: requiere de movilidad: F-G-H-I-J-K-L.

2.4 Criterios de Selección de Pacientes Visitados

— Despistaje de Cáncer

- Notificación a toda paciente con diagnóstico sospechoso de cáncer.

— Planificación Familiar

- Dejar de asistir a un control al programa. (DIU = 2 controles al año; píldoras = 13 ciclos por año, 5 controles; preservativos y tabletas vaginales: 100 al año = 4 controles; parenteral: 4 dosis = 4 controles).

- Prenatal
 - 6 controles en pacientes con bajo riesgo obstétrico.
 - 8 controles en pacientes con alto riesgo obstétrico.
- Puérperas
 - 2 controles en el puerperio.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. Antecedentes

Tradicionalmente el rol de la obstetricia se limitaba a la atención del parto y consulta externa en un centro hospitalario. En los últimos años se está tomando fuerza en el desarrollo de las actividades y el trabajo extramural, en la atención domiciliaria preventivo promocional, captación de la población de riesgo y seguimiento. Los programas preventivo promocionales, presentan registros que favorecen la localización y clasificación de nuestros clientes, el presente trabajo pretende de alguna forma evaluar los alcances y limitaciones de la visita domiciliaria en la población de usuarias que incumple en sus controles, a quienes están dirigidas las visitas de seguimiento, para orientarlas y educarlas acerca de los riesgos a los que están expuestas. Para tal efecto se realizó un seguimiento exhaustivo de clientes registradas en el programa de salud reproductiva, captadas inicialmente y que incumplen en sus controles de acuerdo al protocolo de EsSalud y de esta manera conocer las características de esta población, dicho seguimiento pre realizado por la obstetrix con apoyo de enfermería del programa CRED, encuestando a la madre y notificando a aquellas pacientes que no se encontraban registradas en el programa de salud reproductiva.

CAPITULO III

1. METODOLOGIA Y DISEÑO DE INVESTIGACION

En el presente trabajo se ha utilizado el método descriptivo, de las fichas tomadas de pacientes que asisten a sus citas en forma regular o irregular en los diversos programas de Salud Reproductiva (cáncer, planificación familiar y control prenatal).

Definición de términos

Asistencia: se refiere a la asistencia oportuna a los controles obligatorios de los diferentes subprogramas.

2. DESCRIPCION DEL AREA

La ubicación y límites del área fue creada por Ley N° 25225, el 2 de junio de 1,990, en el sector sur oeste de la provincia de Arequipa, sobre una superficie de 20,480 km². Por el norte limita con el distrito de Arequipa, por el noreste con el distrito de José Luis Bustamante y Rivero; por el este y sur con el distrito de Socabaya y por el suroeste con los distritos de Tiabaya y Yarabamba, y por el noroeste con el distrito de Sachaca.

Estructural distrital

Comprende 50 centros poblados según categoría a Ley y organizaciones vecinales, 7 pueblos tradicionales, 4 urbanizaciones, 14 pueblos jóvenes, 6 asentamientos humanos.

Cuenta además con 3 asociaciones urbanizadoras, 3 urbanizaciones populares de interés social (UPIS), 3 cooperativas de vivienda y 7 de otras denominaciones.

Medio Físico

El total de la superficie distrital de Jacobo Hunter es 671,120 hectáreas, de las cuales el 32.8% son utilizadas con fines agrícolas, 17% son tierras eriazas.

Aspecto ambiental

El clima es templado, de 16°C como promedio, cielo despejado y sol resplandeciente, clima favorable al cultivo de sus tierras.

Dinámica poblacional

Las cifras del censo 1993 revelan que Jacobo Hunter es el noveno distrito con mayor volumen de población total y censado de la provincia de Arequipa con 40,056 y 39,180 habitantes respectivamente. Las conclusiones demográficas de este apartado toma como referencia la última cifra. La tasa media anual de crecimiento en el período intercensal (1981 - 1993) fue 5.9% que lo ubica en el tercer lugar entre los distritos de mayor crecimiento demográfico de la provincia.

Estructura poblacional

Presenta una estructura por edades relativa joven, alrededor de un tercio de ella son menores de 15 años (33.8%) cerca de los dos tercios (62.5%) corresponde a personas en edad de desarrollar una actividad económica productiva (15-64 años, PEA) y el 3.7% representa a la población de la llamada tercera edad mayor de 65 años, con lo que se tiene un índice de dependencia 60%.

La población rural que se reportó en el último censo es ínfima en comparación con la urbana, lo cual nos lleva a pensar que en esta última va a haber un contingente potencial de fuerza de trabajo constituida por obreros que laboren en importantes empresas

de la ciudad, Leche Gloria, Embosur, Enafer Perú, Consorcio Fabril, etc.

Tomando como base que a nivel nacional se estima que un 28% de la población total está asegurada.

Aspecto social

Educación: Existen 29 establecimientos educativos de los niveles inicial, primario, secundario y ocupacional en los sectores públicos y privados. Cantidad insuficiente para atender a la demanda de servicio educativos, considerando una población de 13,964 entre niños adolescentes y jóvenes.

Salud: Los servicios médicos en el distrito Jacobo Hunter comprenden:

6 postas médicas del MINSA.

1 posta médica municipal

1 posta médica de EsSalud (P.M. Hunter) que cuenta con 10 ambientes, 4 consultorios físicos y presta los siguientes servicios: medicina, odontología, obstetricia, niño sano, emergencia y tópico para atención de programa preventivo promocionales.

La morbilidad registrada revela que de las enfermedades más comunes, el 31% son enfermedades respiratorias y el 29.6% enfermedades gastrointestinales.

Vivienda. La composición de la vivienda del total es: 79.3% son viviendas propias, de las cuales el 57.3% de concreto armado, y el 38,6% de calaminas, fibra de cemento y otros materiales.

Agua. El 72.9% de las viviendas están conectadas a la red pública, el 35.3% se abastece de pilones de uso múltiple.

Energía eléctrica. El 87.1% de la población posee energía eléctrica domiciliaria y el 12.9% no cuenta con este servicio.

3. POBLACION Y MUESTRA

Se ha estudiado población asegurada que es usuaria del programa de salud reproductiva, que abarca tanto a las pacientes que acuden regularmente a sus controles como aquellas que no lo hacen. El estudio considera sólo a las pacientes atendidas en el lapso de enero del 99 a julio del mismo año, El total de mujeres en edad fértil adscritas a la Posta EsSalud es 842. En nuestro estudio se tabularon 632 fichas de 552 pacientes.

Técnicas e instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista estructurada y la observación, para completar la información recabada en la entrevista. El instrumento utilizado es una ficha de trabajo (anexo 1). Los datos obtenidos de las fichas fueron tabulados y se aplicó paquetes estadísticos computarizados.

RESULTADOS

En las tablas adjuntas se indican los resultados obtenidos en la asistencia al programa de salud reproductiva en la Posta Médica Hunter – EsSalud.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En nuestro estudio encontramos que el 67.9% de las pacientes usuarias del *programa de salud reproductiva* en el Servicio de Obstetricia de la Posta Médica Hunter EsSalud, período de enero a julio 1999, asistieron oportunamente a sus controles obligatorios. En el 30.3% de las pacientes fue necesario realizar visitas domiciliarias para motivar la asistencia a sus respectivos controles.

Dentro del programa de Salud Reproductiva hemos analizado tres subprogramas, siendo el más solicitado el de *planificación*

familiar con un 74.1% del total de pacientes, seguido del de *Control de Gestantes* con un 32.8% de los casos.

Las pacientes con PAP positivo en su totalidad no concurren a sus controles respectivos. En el programa de *control de gestantes* hubo 38.7% de inasistencia y 25.2% en el de *planificación familiar*. En este punto se pudo observar que el grado de inasistencia variaba de acuerdo al método de planificación empleado; 42% de las usuarias de píldora anticonceptiva como método de planificación familiar no asistían oportunamente a sus controles versus el 22% hallado en el caso de las usuarias de anticonceptivos parenterales de depósito; estos datos nos ponen en alerta para incidir en la motivación y la educación sanitaria en las pacientes que usan la píldora.

La edad promedio de las pacientes de nuestro estudio fue de 30.5 años, sin embargo hay una diferencia clara en el promedio de edad de las usuarias del programa de cáncer de cuello uterino 37.8 años con las gestantes y puérperas (28.1 años). Nuestra población de estudio en su mayoría pasa los 30 años.

En cuanto a la paridad el promedio fue 1.79 partos por paciente con una desviación estándar de 0.78%, lo que nos sugiere que la gran mayoría de pacientes han tenido de uno a dos partos.

Respecto al grado de instrucción son escasas las pacientes que sólo tienen primaria 4.9%, por el contrario se observa un grupo importante de mujeres que tienen instrucción superior 25.2%, nuevamente en este ítem las usuarias del *programa de cáncer de cuello uterino* se distingue por su alto porcentaje de instrucción primaria que es del 26%.

La mayoría de pacientes (51.1%) vive en lugares muy distantes siendo la accesibilidad difícil.

El 82.9% de nuestros casos son de categoría dependiente. Entre las usuarias de tabletas vaginales el 25% son titulares.

En lo referente a la visita domiciliaria se detectó que la mayoría de pacientes tenía alta tasa de respuesta a la primera visita (acudían antes de la semana, por ejemplo el 54.8% de las pacientes con PAP positivo). Por el contrario el grupo de pacientes de planificación familiar demoraban más en responder a la visita.

ASISTENCIA AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA
EN LA POSTA HUNTER ESSALUD - ENE 99 A JUL 99

Tabla 1
Distribución de las pacientes según asistencia

Asistencia adecuada	Nº	%
Sí	385	69.7
No	167	30.3
Total	552	100.0

ASISTENCIA AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA
EN LA POSTA HUNTER ESSALUD - ENE 99 A JUL 99

Tabla 2
Distribución de las pacientes según programa al que asisten

Subprograma	Nº	%
• Detección de cáncer de cuello uterino	42	7.6
• Materno perinatal	181	32.8
• Planificación familiar	409	74.1
Total	552	100.0

Nota: varias pacientes están incluidas en 2 ó 3 subprogramas.

ASISTENCIA AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA
EN LA POSTA HUNTER ESSALUD - ENE 99 A JUL 99

Tabla 3
Distribución de las pacientes según asistencia
de acuerdo a los diversos subprogramas

Asistencia adecuada	Nº	%
Cáncer de cuello uterino		
sí	0	0.0
no	42	100.0
Control de gestantes		
sí	111	61.3
no	70	38.7
Planificación familiar		
sí	306	74.8
no	103	25.2
- DIU		
sí	128	76.6
no	39	23.4
- Tabletas vaginales		
sí	31	72.1
no	12	27.9
- Píldoras		
sí	9	60.0
no	6	40.0
- Parenteral		
sí	32	78.0
no	9	22.0

ASISTENCIA AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA
 EN LA POSTA HUNTER ESSALUD - ENE 99 A JUL 99

Tabla 4
 Distribución de las pacientes según edad

Subprograma	Promedio Edad (años)	Desviación Estándar
Salud reproductiva	30.5	6.5
- Cáncer de cuello uterino	37.8	8.9
- Materno perinatal	28.1	5.3
- Planificación familiar	31.6	6.7
+ DIU	32.4	6.8
+ Preservativo	31.9	6.8
+ Tabletas vaginales	30.5	6.6
+ Píldoras	32.3	6.9
+ Parenteral	28.4	4.6

ASISTENCIA AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA
 EN LA POSTA HUNTER ESSALUD - ENE 99 A JUL 99

Tabla 5
 Distribución de las pacientes según paridad

Subprograma	Promedio (Nº de partos)	Desviación Estándar
Salud reproductiva	1.79	0.78
- Cáncer de cuello uterino	1.90	1.87
- Materno perinatal	1.52	1.04
- Planificación familiar	1.92	0.92
+ DIU	1.95	0.97
+ Preservativo	1.94	0.96
+ Tabletas vaginales	1.75	0.73
+ Píldoras	1.92	0.79
+ Parenteral	1.88	0.86

ASISTENCIA AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA
EN LA POSTA HUNTER ESSALUD - ENE 99 A JUL 99

Tabla 6
Distribución de las pacientes según instrucción

Subprogramas	Nº	%
<u>Salud reproductiva</u>		
Primaria	27	04.9
Secundaria	386	69.9
Superior	139	25.2
<u>Cáncer de cuello uterino</u>		
Primaria	11	26.1
Secundaria	26	62.0
Superior	05	11.9
<u>Control de gestantes</u>		
Primaria	12	6.6
Secundaria	128	70.7
Superior	41	22.7
<u>Planificación familiar</u>		
Primaria	23	5.6
Secundaria	303	74.1
Superior	83	20.3
• <u>DIU</u>		
Primaria	05	3.8
Secundaria	92	69.2
Superior	36	27.0
• <u>Preservativo</u>		
Primaria	08	4.8
Secundaria	134	80.2
Superior	25	15.0
• <u>Tabletas vaginales</u>		
Primaria	00	-
Secundaria	34	79.1
Superior	09	20.9
• <u>Píldoras</u>		
Primaria	03	12.0
Secundaria	15	60.0
Superior	07	28.0
• <u>Parenteral</u>		
Primaria	07	17.1
Secundaria	28	68.3
Superior	06	14.6

ASISTENCIA AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA
 EN LA POSTA HUNTER ESSALUD - ENE 99 A JUL 99

Tabla 7
 Distribución de las pacientes según accesibilidad

Subprogramas	Nº	%
<u>Salud reproductiva</u>		
Cercano	160	29.0
Distante	110	19.9
Muy distante	282	51.1
<u>Cáncer de cuello uterino</u>		
Cercano	11	26.1
Distante	07	16.7
Muy distante	24	57.2
<u>Control de gestantes</u>		
Cercado	39	21.5
Distante	31	17.2
Muy distante	111	61.3
<u>Planificación familiar</u>		
Cercano	122	29.8
Distante	76	18.6
Muy distante	211	51.6
• <u>DIU</u>		
Cercano	42	31.5
Distante	31	23.3
Muy distante	60	45.2
• <u>Preservativo</u>		
Cercano	45	27.0
Distante	28	16.8
Muy distante	94	56.2
• <u>Tabletas vaginales</u>		
Cercano	21	48.9
Distante	05	11.6
Muy distante	17	39.5
• <u>Píldoras</u>		
Cercano	06	24.0
Distante	04	16.0
Muy distante	15	60.0
• <u>Parenteral</u>		
Cercano	08	9.5
Distante	08	9.5
Muy distante	25	61.0

ASISTENCIA AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA
EN LA POSTA HUNTER ESSALUD - ENE 99 A JUL 99

Tabla 8
Distribución de las pacientes según situación

Subprogramas	Nº	%
<u>Salud reproductiva</u>		
Titular	94	17.1
Dependiente	458	82.9
<u>Cáncer de cuello uterino</u>		
Titular	06	14.3
Dependiente	36	85.7
<u>Control de gestantes</u>		
Titular	37	20.4
Dependiente	144	79.6
<u>Planificación familiar</u>		
Titular	64	15.6
Dependiente	345	84.4
• <u>DIU</u>		
Titular	21	15.8
Dependiente	112	84.2
• <u>Preservativo</u>		
Titular	24	14.4
Dependiente	143	85.6
• <u>Tabletas vaginales</u>		
Titular	11	25.6
Dependiente	32	74.4
• <u>Píldoras</u>		
Titular	04	16.0
Dependiente	21	84.0
• <u>Parenteral</u>		
Titular	04	9.8
Dependiente	37	90.2

ASISTENCIA AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA
EN LA POSTA HUNTER ESSALUD - ENE 99 A JUL 99

Tabla 9

Distribución de pacientes según tiempo de respuesta a la visita domiciliaria

Subprogramas	Nº	%
<u>Cáncer de cuello uterino</u>		
A la semana	23	54.6
A los 15 días	4	9.5
Antes del mes	7	16.7
Después del mes	1	2.4
No viene	7	16.7
<u>Control de gestantes</u>		
A la semana	19	27.1
A los 15 días	31	44.3
Antes del mes	8	11.4
Después del mes	7	10.0
No viene	5	7.1
<u>Planificación familiar</u>		
• <u>DIU</u>		
A la semana	5	13.5
A los 15 días	3	8.1
Antes del mes	27	73.0
Después del mes	2	5.4
No viene	2	0.0
• <u>Preservativo</u>		
A la semana	16	41.0
A los 15 días	2	5.1
Antes del mes	1	2.6
Después del mes	16	38.5
No viene	4	10.3
• <u>Tabletas vaginales</u>		
A la semana	1	8.3
A los 15 días	0	0.0
Antes del mes	1	8.3
Después del mes	9	75.0
No viene	1	8.3
• <u>Píldoras</u>		
A la semana	0	0.0
A los 15 días	0	0.0
Antes del mes	0	0.0
Después del mes	6	100.0
No viene	0	0.0
• <u>Parenteral</u>		
A la semana	0	0.0
A los 15 días	0	0.0
Antes del mes	2	22.2
Después del mes	6	66.6
No viene	1	11.1

ASISTENCIA AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA
EN LA POSTA HUNTER ESSALUD - ENE 99 A JUL 99

Tabla 10

Distribución de las pacientes según número de visitas realizadas por paciente

Subprogramas	Nº	%
<u>Cáncer de cuello uterino</u>		
1 visita	14	33.3
2 visitas	13	30.9
3 visitas o más	15	35.7
<u>Control de gestantes</u>		
1 visita	55	78.6
2 visitas	15	21.4
3 visitas o más	00	00.0
<u>Planificación familiar</u>		
• <u>DIU</u>		
1 visita	22	59.5
2 visitas	10	27.0
3 visitas o más	05	13.5
• <u>Preservativo</u>		
1 visita	25	64.1
2 visitas	12	30.8
3 visitas o más	02	05.1
• <u>Tabletas vaginales</u>		
1 visita	02	16.7
2 visitas	07	58.3
3 visitas o más	03	25.0
• <u>Píldoras</u>		
1 visita	01	16.7
2 visitas	03	50.0
3 visitas o más	02	33.3
• <u>Parenteral</u>		
1 visita	04	44.4
2 visitas	03	33.3
3 visitas	02	22.3

También encontramos que en pocos casos fue necesario realizar tres o más visitas para lograr su asistencia al control. Este grupo constituye un reto y deberá ser objeto de futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

1. Existe un aceptable grado de asistencia a los controles por parte de las usuarias al programa de salud reproductiva de la Posta Médica Hunter de EsSalud. Sin embargo la visita domiciliaria es una actividad que permite lograr mejores coberturas.
2. La edad promedio sobrepasa los 30 años, la paridad es baja, en su mayoría viven en zonas alejadas con dificultades en el acceso. En su minoría las pacientes tenían un grado de instrucción primaria. La condición de usuarias dependientes fue lo predominante.
3. Las pacientes estudiadas tienen una buena respuesta ante la visita domiciliaria, pues en su mayoría acuden antes de la semana. Un buen número sólo necesitó de una visita para acudir.

SUGERENCIAS

1. Capacitar al personal en técnicas de motivación y educación en salud para lograr un mejor desempeño en los objetos de las visitas domiciliarias.
2. Concientizar a las pacientes sobre la importancia de la asistencia oportuna a los controles médicos y obstétricos.

A n e x o s

PROGRAMAS PREVENTIVO PROMOCIONAL
Detección de Cáncer Ginecológico



FICHA DE CONTROL

ESTABLECIMIENTO _____		CODIGO _____																					
APELLIDOS _____		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																					
NOMBRES _____																							
ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCION	OCUPACION																					
DOMICILIO																							
LUGAR DE TRABAJO-DIRECCIÓN																							
G P A P.P. H.M. H.V. CES																							
<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>													
FECHA	RESULTADO	OBSERV.	FECHA	RESULTADO	OBSERV																		

CONSULTAS:	1	2	3
FECHA			
EDAD			
REG.CATAM/U.R.N.	/	/	/
ULT.PARTO/LAC			
USO:ANTICONCEP			
MAMAS			
EXAMEN			
DIAGNOSTICO			
TRATAMIENTO			
OBSERVACIONES			
CONSULTAS	4	5	6
FECHA			
EDAD			
REG. CATAM/U.R.N.	/	/	/
ULT PARTO / LACT			
USO ANTICONCEP			
MAMAS			
EXAMEN			
DIAGNOSTICO			
TRATAMIENTO			
OBSERVACIONES			

REFERENCIAS

1. BERWICK D.M. EN PAGANINI. Novaes H.M. "La garantía de calidad, acreditación de hospitales para América Latina y El Caribe". OPS/OMS. Serie "Silos" N° 13, 1992. Pág. 97. Washington D.C. E.U.A.
2. CAROL M. GILMORE. "Manual de gerencia de la calidad". Humberto de Moraes Novaes. MINSA, 1994.
3. JORGE D. LEMUS y col.: CLOVIS H. TIGME, PATRICIA L. RUIZ, NORBERTO DASH. "Manual de vigilancia epidemiológica". UNASAM-IDE, 1990.
4. OPS/OMS. "Manual de organización y procedimientos hospitalarios". Paltex, 1990.
5. LAST, JOHN. "A dictionary of epidemiology", 2da. ed., Oxford University Press, New York. N.Y.
6. "Guías para evaluar los sistemas de vigilancia". Centro para el Control de Enfermedades de EE.UU., Atlanta - Georgia, 1993.
7. OFICINA REGIONAL PARA EUROPA DE LA OMS. "Simposio sobre la identificación de personas y grupos de población de alto riesgo". Windsor, 1982. Copenhague, 1982 (EURO 4911).
8. Archivos Consejo Distrital de Hunter, 1990-1993 (INE).
9. Oficina de Informática EsSalud. Acreditación de población adulta a Hunter, 1999.
10. Radar de localización geográfica de 12 zonas existentes en la Posta EsSalud Hunter 1995. Mejorada 1397.
11. Tarjetas de programa de salud reproductiva. Encuestas, registros sistemáticos, normas y procedimientos. EsSalud, Hunter.