



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS Y UTILIZACIÓN DEL SERVICIO  
PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO**

**TESIS**

**Que para obtener el GRADO de:**

**MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN  
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**Licenciado en Enfermería  
JESÚS VEGA CHÁVEZ**

**DIRECTORA:  
DRA. SANDRA OLIMPIA GUTIÉRREZ ENRÍQUEZ**

**DICIEMBRE 2007**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Satisfacción de las Usuaris y Utilización del Servicio  
para la Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino

## TESIS

Para obtener el GRADO de:  
Maestro en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

Licenciado en Enfermería  
**JESÚS VEGA CHÁVEZ**

Directora de Tesis

Dra. Sandra Olimpia Gutiérrez Enríquez

DICIEMBRE 2007



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Av. Niño Artillero 130 Conmutador: Tel. 826-23-24; 826-23-25; Fax: 826-23-26  
Posgrado e Investigación: Tel./fax: 826-24-27, 834-25-45 Y 834-25-46 Administración: Tel. 834-25-47  
Dirección: Tel. 826-23-27 e-mail: enfermeriauaslp.mx  
Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**TEMA DE TESIS:**

**“Satisfacción de las Usuarias y Utilización del Servicio para la  
Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino”**

**ELABORADO POR:**

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA  
JESÚS VEGA CHÁVEZ**

**APROBÓ:**

**PRESIDENTE DE JURADO**

**M.S.P. Irma Arriaga Guerrero**

**SECRETARIO**

**Dra. Sandra Olimpia Gutiérrez Enríquez**

**VOCAL**

**M.A. Rosa María Pecina Leyva**

**13 DE DICIEMBRE DE 2007**

## Resumen

**Objetivo.** Establecer la asociación entre el nivel de satisfacción de las usuarias y el uso del papanicolaou (pap) para la detección oportuna del cáncer cervicouterino (DOCACU). **Material y métodos.** Estudio descriptivo, realizado en 101 mujeres que se realizaron el pap en julio 2007, en 13 Centros de Salud urbanos de la Jurisdicción 1 de la Secretaría de Salud de San Luis Potosí. Se midieron las características sociodemográficas e indicadores del uso del servicio, y del nivel de satisfacción. **Resultados.** La edad promedio fue 36 años. El grupo de 31-40 años es el más numeroso con 39.6%. El máximo nivel de escolaridad fue la secundaria con 42.6%. El 54.7% de las participantes cuentan con Seguro Popular; el 56.4% son casadas. El nivel de satisfacción fue alto en el tiempo de espera (66.3%), información completa, veraz, oportuna y entendible (78.2%), así como el trato adecuado (87.1%) y accesibilidad (80.2%), los conocimientos generales del CaCu en el uso del pap fueron adecuados en 76.2% e inadecuados 23.8%. El conocimiento de la prueba del papanicolaou es adecuado en 51.5% e inadecuado 48.5%, mientras que la accesibilidad es adecuada en 68.5% e inadecuada 32.7%. **Conclusiones.** La satisfacción no está asociada con el uso de la prueba del Papanicolaou. Los grupos de edad se relacionan con la cita del Pap ( $p = .002$ ), ya que las que se presentaron más por primera vez, fueron las más jóvenes, y asistieron menos las de 51 a 61 años de manera subsecuente. El estado civil está asociado a la cita del papanicolaou ( $p = .043$ ), ya que las que más se presentaron por primera vez, fueron las casadas; y las divorciadas, viudas y separadas, se presentaron menos de manera subsecuente.

*Palabras clave:* satisfacción de las usuarias, uso del papanicolaou y detección oportuna de cáncer cervicouterino.

## **Abstract.**

**Objective:** To establish association between users' level of satisfaction and the use of Papanicolaou test (PAP) for the Early Detection of Uterine Cervical Cancer Program (EDUCCP). **Material and methods:** Descriptive study, made in 101 women who had PAP test in July 2007 in 13 urban health centers from San Luis Potosí Health Department Jurisdiction 1. Socio-demographic characteristics and use of service indicators were measured, including also satisfaction level. **Results:** The average age was 36 years. The 31-40 years of age group is the biggest with 39.6%. Maximum level of education was ninth grade with 42.6%. 54,7% of the participants have Popular Insurance; 56.4% are married. Satisfaction level was high on waiting time (66.3%); complete, truthful, opportune, and understandable information (78.2%), as well as an appropriate treatment (87.1%) and accessibility (80.2%). General knowledge about uterine cervix cancer in the use of PAP is adequate in 76.2%, and inadequate 23.8%. Knowledge about Papanicolaou test is adequate in 51.5% and inadequate 48.5%, whereas the accessibility is adequate in 68.5% and inadequate 32.7%. **Conclusions.** Satisfaction is not associated to the use of the Papanicolaou test. Age groups are associated to the appointment for the PAP ( $p = 002$ ), since women that appeared more for the first time were the youngest, and the ones that attended the least in a subsequent way were those of 51-61 years. Marital status is associated to the appointment for Papanicolaou ( $p = 043$ ), since those that attended more for the first time were the married ones; and the ones that attended the least in a subsequent way were divorced, separated and widow women.

*Key words:* user satisfaction; use of Papanicolaou, early detection of uterine cervical cancer.

# ÍNDICE.

	PAG.
I INTRODUCCIÓN	1
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	4
III MARCO TEÓRICO	7
3.1 Epidemiología del Cáncer Cervicouterino	7
3.2 Calidad de los Servicios de Salud.	20
3.3 Políticas orientadas a la calidad de la Salud.	26
3.4 Antecedentes Científicos.	31
IV DISEÑO METODOLÓGICO	38
V OBJETIVOS	43
VI HIPÓTESIS.	44
VII RESULTADOS.	45
VIII DISCUSIÓN.	54
IX LIMITANTES.	64
X CONCLUSIONES.	65
XI RECOMENDACIONES.	67
XII BIBLIOGRAFÍAS.	69
XIII ANEXOS.	73

# I. INTRODUCCIÓN

## I. INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCu), obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino, abarcando la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto. A pesar de haber transcurrido 50 años desde la postulación de la prueba de George Nicolás Papanicolau, que en su técnica de escrutinio permite la detección fácilmente de ésta neoplasia, aún; ésta enfermedad continúa ocupando el quinto lugar entre las neoplasias malignas. En el mundo representa el 15% de todas las variedades de cáncer diagnosticadas en las mujeres y es el 2º tipo de cáncer más común. En el 2002; se presentaron 494 000 nuevos casos y 273 000 decesos por ésta causa. Norteamérica tiene una incidencia de 9.4 por 100 000 mujeres.<sup>1</sup> Mientras que en América latina se han notificado las mayores tasas de incidencia, en esta región, 1 de cada 1,000 mujeres de 35 a 55 años padece de CaCu. Por esto es considerado un problema de salud pública.<sup>2 3</sup>

Dentro del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervico-uterino, se señala la evaluación de la calidad de la atención, en él se aborda el nivel de satisfacción de las usuarias que acuden a realizarse el Papanicolaou (Pap), ya que la satisfacción del cliente se ha tomado en los sistemas de la gestión de la calidad, como uno de los indicadores para evaluar la calidad de la atención a la salud. Por ello, es importante elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, de manera que puedan ser percibidos claramente por la población en general.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud ha definido como uno de sus objetivos, proporcionar a los pacientes trato digno y atención médica efectiva, ética, y segura como elementos que definen la calidad, para lo cual en el contexto de la primera estrategia de la Cruzada, "Impulso al Cambio", se han definido criterios en forma sectorial para estandarizar el monitoreo de indicadores



que permitan generar evidencias de resultado sobre las mejoras de la calidad en los servicios de salud del país. En la Secretaría de Salud se utilizan los siguientes indicadores en la Consulta Externa: oportunidad de la atención; tiempo de espera, información proporcionada por el personal de salud; estado de salud, tratamiento, cuidados a seguir, información clara, surtimiento de medicamentos y trato recibido; los cuales juegan un importante rol en la continuidad del uso de los servicios médicos, en el mantenimiento de las relaciones con el proveedor específico y en la adherencia a los regímenes y tratamientos médicos.<sup>4 5</sup>

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2000, los indicadores proporcionados para manifestar los usuarios su satisfacción de manera positiva son; el buen trato del personal, atención adecuada, buena preparación del personal, tiempos de espera cortos, mejoría de salud y confianza en el personal, y de manera negativa; tiempos de espera prolongados, no atenderla de acuerdo con sus expectativas, mal trato, mala preparación del personal de la salud y material insuficiente.

Por ello, se considera fundamental evaluar la satisfacción de las usuarias, ya que se asocia con los servicios proporcionados, además, las usuarias satisfechas suelen tener más incentivos para hacer uso de los servicios y adherirse a los tratamientos prescritos, esto en México es una asignatura pendiente que no puede postergarse. Para fines de éste estudio la satisfacción será la opinión de la usuaria sobre la información proporcionada, el trato recibido y la accesibilidad a la prueba de Papanicolaou.

Este acercamiento se aborda desde la Cruzada Nacional por la Calidad, la cual propone evaluar la satisfacción de la usuaria con los indicadores de: Tiempo de espera, considerado el tiempo transcurrido entre el momento que el usuario se le asigna horario de consulta y el momento en que pasa al consultorio; Información oportuna, completa, veraz y entendible, proporcionada a las usuarias por el personal de salud con las características mencionadas; y el Trato Adecuado, que

es una dimensión de la calidad de la atención médica y definida como; respeto a los derechos humanos y características físicas y culturales de la persona, interés manifiesto en la persona, sus mensajes, sensaciones y sentimientos y amabilidad.<sup>6 7</sup>

El propósito de éste trabajo es identificar los factores que determinan la satisfacción de las usuarias que acuden al tamizaje para la Detección Oportuna del CaCu, para establecer el nivel de satisfacción de éstas con la finalidad de proporcionar evidencias que coadyuven en el entendimiento de las necesidades sentidas de las mujeres que acuden a realizarse el tamizaje, así mismo con este estudio se podrán identificar algunos factores que dificultan el uso adecuado de éste servicio.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El CaCu, actualmente es considerado una enfermedad de transmisión sexual, ya que su principal agente etiológico es el virus de papiloma humano (VPH), principalmente por los tipos 16, 18 y 31, los de alto riesgo. Así mismo se conocen factores concomitantes como: el analfabetismo, bajo nivel socioeconómico y el tabaquismo. Anualmente a nivel mundial, se presentan más de 9 millones y otros 5 millones mueren por esta causa.<sup>8 9</sup> Además, las incidencias por esta enfermedad van desde 9.4 por 100 000 mujeres en EUA hasta 25.8 por 100 000 mujeres en Brasil, por que el riesgo de sufrir esta neoplasia se incrementa hasta 10 veces en aquellas mujeres con vida sexual y que hacen poco uso o nulo del tamizaje. Así, el Papanicolaou puede reducir la incidencia de CaCu hasta 90%, si el tamizaje es bueno y si se logra una cobertura elevada por medio de campañas de detección adecuado.<sup>10</sup>

Las metas del Programa Nacional de Salud para el período 2001-2006 son: disminuir la tasa de mortalidad, por este nial en mujeres de 25 años y más al menos en 15%, con relación a la del 2000 y mantener el 80% de cobertura detección temprana en el grupo de 25-64 años, en especial entre las que nunca se han realizado el examen de Papanicolaou.

La Cruzada Nacional por la Calidad ha identificado áreas críticas de los procesos de atención a la salud en México en las dos dimensiones que definen la calidad de la atención: el trato digno y la atención médica efectiva. Para evaluar la calidad, se han definido sectorialmente indicadores que permitirán conocer los resultados de como se mejora la calidad en los servicios de salud en el país. Además, se contempla en el trato digno, la concepción del respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona, proporcionar información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, así como mostrar interés manifiesto en la persona y todo ello en un ambiente de amabilidad.<sup>11</sup>

La satisfacción del cliente, es entendida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió; o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario. La importancia de evaluar la satisfacción de la usuaria en diversos programas, es que permite modificar y mejorar las deficiencias y reforzar las fortalezas, desde la perspectiva de los pacientes con respecto al manejo de la calidad del cuidado de la salud y a sus expectativas de resultado. Por lo tanto, la identificación de la satisfacción en las usuarias, es un factor importante para el éxito del Programa de DOCACU, ya que en gran medida de ello depende el uso del servicio por parte de las usuarias.<sup>12</sup>

Existen diversas variables determinantes para el uso del servicio como; factores sociales, económicos, demográficos, características de los servicios de salud y finalmente, más no por ello la menos importante; la satisfacción del usuario.<sup>13</sup>

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000) señala que los principales motivos para percibir una atención preventiva regular o mala fueron los siguientes: espera prolongada (29.4%), no lo atendieron de acuerdo con sus expectativas (22.2%), mal trato (19.7%) y material insuficiente (8.6%), por lo que 1.2 millones de éstas personas no regresarían a la misma institución. La distribución de cada una de las instituciones, es la siguiente: IMSS (430 mil), SSA (399 mil), servicios privados (185 mil) e ISSSTE (67 mil), y entre los motivos para no regresar son; mal trato (23.6%), tiempo de espera prolongado (22.2%), no están de acuerdo con el servicio (8.9%), servicio caro (5.9%) y no había medicamentos o materiales (5%).<sup>14</sup>

En un estudio realizado en México en el 2006, se observó una relación entre el tiempo de espera y la satisfacción con el servicio. 76% de las usuarias que esperaron menos de 45 minutos se sentían satisfechas, mientras 45% no se sentían satisfechas por haber esperado más de una hora. Finalmente, 86% de

usuarias indicaron sentirse satisfechas con la atención. Cerca de la mitad comentó "trato amable, buena orientación; comprensión; examinan bien; confianza, rapidez, cuidado", y un tercio comentó acerca del proveedor, "buen profesional, contestó, explicó bien, sostuvo charla fácil de entender. tranquiliza y anima".<sup>15</sup>

En San Luis Potosí en el 2005, los tiempos de espera en consulta externa y urgencias fueron de 22 y 19 minutos respectivamente, y según la ENSA 2000, en el estado se registró el mayor tiempo de espera con 41 minutos, mientras en la Secretaría de Salud la usuaria invierte 47 minutos de su tiempo para recibir atención.<sup>16</sup>

El personal de enfermería tiene una presencia importante en la implementación del programa de DOCACU, ya que es quien comúnmente realiza el tamizaje y la encargada de llevar a cabo las acciones de promoción y educación para la salud, además; es de los integrantes del equipo de salud, la primera con la que la usuaria tiene el contacto, por lo que es esencial que se involucre en acciones dirigidas a la calidad.

El conocer los aspectos relacionados con la satisfacción de las mujeres y el uso de la prueba del Papanicolaou, le permitirá realizar intervenciones administrativas en algunas áreas clave que redunden en la mejora del programa y en la organización de los servicios.

En función de lo anterior se desprende la pregunta de investigación;

¿Cuál es la relación entre el nivel de satisfacción de las usuarias y el uso de la prueba de Papanicolaou para la Detección Oportuna del CaCu?

### **III. MARCO TEÓRICO**

### 3.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO

#### 3.1.1 Causa y Patogenia.

El cuerpo humano esta integrado por un conjunto de sistemas, que interrelacionados proporcionan todas las necesidades y requerimientos tanto motores como de supervivencia que el cuerpo requiere, sin embargo estos sistemas también son integrados por otros subsistemas llamados aparatos, con función específica como respirar, asimilar nutrientes, la reproducción, la eliminación de desechos, el entendimiento del entorno y la protección, cada uno de estos aparatos están integrados por órganos: estructuras parcial o totalmente huecas integrados por diversos tejidos y estos a su vez integrados por la mínima partícula indivisible de vida, la célula.

La célula esta integrada por múltiples organelos como lo son la mitocondria, el aparato de Golgi, el sistema retículo-endoplasmico, ribosomas, lisosomas todos ellos inmersos en el citoplasma, todos con una función y especialización adecuada para una interacción con el medio y su supervivencia, pero ninguno sin duda con una labor tan importante como lo es el núcleo.

El núcleo celular posee los cromosomas diminutos corpúsculos de información genética integrados por el ADN, que al producirse la información son divididos y duplicados por formar células hijas semejantes a la célula progenitora, con el fin de su especialización próxima.

Factores como la radiación, la invasión del DNA o RNA viral, los efectos hormonales e incluso la propia genética de cada individuo, produce ciertos grados de mutación, que la célula dentro de su límite fisiológico normales, se encargara de reestructurar, sin embargo, cuando la mutagenesis ha sido muy severa los cambios fenotípicos y genotípicos de la célula, esta pierde su propiedad de célula normal y empieza la producción de célula anormales parecidas a la célula madre, y comienza la hiperplasia y neoplasia del nuevo tejido con células anormales maligna o no.



### 3.1.2 Etapas del Cáncer Cérvico uterino.

El Cáncer cervico uterino crece lentamente antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello uterino, estas células pasan por un proceso que las modifica genéticamente (radiaciones, infecciones virales, cambios hormonales, etc.), que las convierten en células displásicas, durante el cual empiezan aparecer células anormales y avanza por diversos estadios.

Estadio 0 o Carcinoma in Situ.- es la forma temprana del cáncer, las células anormales se encuentran solo en la primera capa de células, que recubren el cuello uterino células que recubren el cuello uterino y no inciden los tejidos más profundos del cuello uterino.

Estadio I.- El Cáncer afecta el cuello uterino pero no se ha diseminado a los alrededores:

Ia.-una cantidad muy pequeña de cáncer es solo visible por microscopio, y se encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino.

Ib.- Una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.

Estadio II.- El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas pero aun se encuentran en el área pélvica.

Ila.- El cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

Ilb.- El cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

Estadio III.- El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica, puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres.

Estadio IV.- El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

IVa.- Diseminación a la vejiga o al recto.

IVb.- Diseminación a órganos dístales como los pulmones, hígado, miembros.

Continuando con las etapas es importante identificar el estadio clínico del cáncer cervico uterino, y aunque las diferencias de término de autores a autores, en 1987 Richard clasifico las neoplasias malignas según la intensidad de estas

anormalidades e introdujo el concepto de CIN (Neoplasia Intra-epitelial Cervical) englobando todas las displasias en tres grados:

Estados	Definición	Características.
CIN I	Displasia leve	Las anormalidades afectan aproximadamente solo el tercio inferior del grosor total del epitelio.
CIN II	Displasia Moderada	Las anormalidades afectan entre un tercio o dos tercios del epitelio.
CIN III	Displasia grave y Carcinoma in situ	Las alteraciones se extienden a casi todo el espesor del epitelio.

En la ultima reunión Nacional de la Sociedad Española de Citología, celebrada en Santiago de Compostela (1990) se aceptaron los términos de Bethard con la introducción del termino SIL (Lesión Intra-epitelial Escamosa), solo con dos subdivisiones SIL I y II (CIN I y II) respectivamente y el CIN I (displasia leve precancerosa o no) en un término de menor grado llamado LIP (lesión Intra-epitelial Pavimentosa). Sin embargo en la misma sede, pero en 1998 la FIGO (federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) proporcionaría una nueva clasificación usando como marco de referencia el antiguo sistema TNM (Tumor, Neoplasia, Metástasis), como se muestra en el cuadro:

TNM	FIGO	
TX	-	Tumor primario no identificable.

TO	-	No hay tumor primario.
Tis	0	Carcinoma in situ (Intra-epitelial).
T1	I	Carcinoma en Cérvix confinado al cuello (descartar extensión a útero).
T1a	IA	Carcinoma invasor (diagnostico por microscopio). Lesiones Microscópicas con invasión superficial (IB). Invasión del estroma con profundidad máxima de 5 mm. Y ancho de 7 mm.
T1a1	IA-1	Invasión del estroma (microscópica) mínima. Medición de invasión no mayor a los 3 mm. De profundidad y ancho.
T1a2	IA-2	Medición de invasión del estroma mayor de 3 mm. Pero no mayor de 5mm y no más ancha de 7 mm. (Superficial o glandular según origen).
T1b	IB	Lesión clínica confinada a cérvix o preclínica mayor al IA
	IB1	Lesión clínica no mayor a 4 mm.
	IB2	Lesión clínica mayor a 4mm.
T2	II	Carcinoma cervical que invada útero, pero no alcanza pared pélvica por tercio inferior de la vagina.
T2a	IIA	No hay invasión parametral.
T2b	IIB	Invasión parametral evidente.
T3	III	Extensión a la pared pélvica y/o afección del tercio inferior de la vagina (con o sin hidronefrosis o riñón no funcional).
T3a	IIIA	El tumor involucra el tercio inferior de la vagina, sin extensión a pared pélvica.
T3b	IIIB	El tumor se extiende a la pared pélvica, causa, hidronefrosis o riñón no funcional o ambas.

T4	IV	Carcinoma extendido más allá de la pelvis verdadera, o afecta la mucosa de la de vejiga o recto. (Edema ampoloso no incluye clínica IV precisamente).
	IVA	Tumor invasor de la mucosa de recto o vejiga, se extiende más allá de la pelvis verdadera o ambos.
M1	IVB	Metástasis a distancia

### 3.1.3 Factores de Riesgo.

- Mujer mayor de 25 años
- Inicio de relaciones sexuales antes de 18 años
- Múltiples parejas sexuales
- Infección cervical por el virus del papiloma humano
- Antecedentes de enfermedades por transmisión sexual
- Tabaquismo
- Mala nutrición (deficiencia de ácido fólico y vitamina A, C, y E)
- Higiene deficiente
- Multiparidad
- Abortos
- Nunca haberse realizado el examen del Papanicolaou.

### 3.1.4 Diagnóstico.

La fundamentación en la cual se basa la toma de la muestra de la citología vaginal desde el punto de vista fisio-patológico, es que las células endocervicales, cilíndricas, producen secreción de mucina, la cual, al unirse con el agua, se forma el moco, esta desempeña dos funciones fundamentales, primeramente proporciona una protección a la cavidad endo-uterina corporal y actúa como un tapón endo-cervical por el espesamiento de este, el cual dentro de

lo que es la fase ovulatoria procede a volverse filante, el cual producirá una acción, que es la que permite que los espermatozoides asciendan a la cavidad endo-cervical. Así mismo este epitelio produce la diferenciación y maduración por lo cual el límite escamocolumnar es una barrera ácido alcalina por lo que constituye una zona de transición morfológica y metabólica que, repercutirá en el desarrollo de las zonas epiteliales metaplásicas lo cual va a producir un proceso displásico a este nivel.

El Papanicolau, es un estudio citológico cervico-vaginal el cual por su sencillez, rapidez, economía y magníficos resultados los cuales se han demostrado. Esto se funda en que el epitelio vaginal, en sus estratos celulares superiores experimenta una constante fisiología; en muchos aspectos es el reflejo de lo que ocurre normal y patológicamente en el epitelio de la vagina y de la porción, y en menor grado, en los segmentos superiores del aparato genital. El diagnóstico citológico se basa en el detalle celular fino, para obtener buenas extensiones será necesario que no hayan precedido duchas o baños vaginales, óvulos, tactos o sustancias cáusticas o astringentes, por lo que se debe realizar antes que la exploración colposcópica del cérvix. La toma de citología siempre será bajo un control directo, visualizando el cuello uterino mediante la ayuda de un especulo.

Para llevar a cabo la toma de la muestra del material celular para el frotis, debe realizarse por raspado suave sobre el orificio externo del cuello del útero de ser posible tratar de tomar la muestra entre la unión del epitelio cilíndrico con el pavimentoso, por ser este el asiento más común de los procesos neoplásicos. Si los estudios son de tipo hormonal la toma se realizará en el tercio superior de la pared lateral de la vagina, debido a que esta zona es la más sensible a los estímulos hormonales y la menos afectada por el moco cervical.

El instrumental utilizado para la toma de muestras de la citología se realiza mediante la utilización de una espátula de madera que tiene una extremidad redondeada para las tomas vaginales, y otra en forma de V con una rama más larga, la cual se introduce ligeramente en el hocico de tenca y la corta sobre el exocérvix, haciendo un giro de 360 grados para tomar las células de todo el cuello

uterino. Al momento de obtener la muestra deberá de ser de una buena extensión que facilite su correcta interpretación, por lo cual es aconsejable que no exista relación sexual, ni la aplicación de medicamentos tópicos en la región genital en 24 hrs. Cuando se procede a tomar la muestra del exocérvix se debe visualizar el cuello ala previa colocación del especulo. se utilizará una espátula, la cual se apoya sobre el cuello e imprimir a un movimiento de rotación alrededor del orificio cervical externo, rascando toda la superficie del hocico de tenca. Cuando la toma de la muestra es tomada del endo-cérvix se utiliza un porta-algodones humedecido, al que se imprimirá un movimiento de rotación frotando las paredes del canal cervical, de tal forma que este es el método mas utilizado para la práctica habitual.

Existe otro tipo de toma de la muestra la cual recibe el nombre de Triple toma de Wied o cervico-vaginal la cual consiste en realizar tres extensiones, la del fondo del saco vaginal, la del exocérvix, y la del endocérvix y aqui se pueden emplear tres portaobjetos o uno solo y este es el procedimiento de elección para la práctica habitual del citodiagnóstico para el despistaje de las zonas malignas. La extensión se realizará rápidamente después de la toma , deslizando suavemente la espátula sobre un portaobjeto limpio y desengrasado ,una sola vez y en un solo sentido, evitando los movimientos de vaivén que pueden alterar los elementos celulares y sus posiciones fisiológicos relativos en frotis que están destinados al análisis hormonal; tras la extensión, estando aún húmedos los frotis se fijaran inmediatamente a fin de evitar su oxidación; la fijación de las muestras varían según las técnicas de la persona que realiza la prueba; aunque la más usual es la nebulización la cual es una mezcla de alcohol iso-propílico y una materia plástica en el cual el alcohol fija la extensión y la materia recubre la misma , la fijación se realiza aproximadamente a una distancia de 15 a 20 cm. y recorriendo de izquierda a derecha y viceversa, se deja secar al aire unos 7 minutos y se puede enviar al laboratorio, en donde se recomienda que al mandar las extensiones se incluyan algunos datos del paciente, así como su nombre fecha de la toma, fecha de la última regla o tiempo de menopausia, lugar de al toma. Tratamientos

hormonales o una orientación clínica y nombre del médico que lo remite y su dirección.

### **3.1.5 Prevención.**

La prevención del cáncer cervicouterino, se realiza por medio de la promoción de la salud y de la detección oportuna, orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir tempranamente alteraciones citológicas.

### **3.1.6 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

Se enfoca a la población en general. Y especialmente a las mujeres y a sus parejas incluye acciones de educación para la salud, participación social y capacitación a promotores institucionales y comunitarios.

- Informar a la población en general. Sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.
- Alentar la demanda de atención médica oportuna, periódica y de alta calidad con fines de detección y en su caso de tratamiento, garantizando la información suficiente de la usuaria acerca de lo que significa la intervención para la detección y/o tratamiento, así como el consentimiento informado de las mujeres.
- Orientar a las mujeres sobre su responsabilidad en el auto-cuidado de su salud y a los varones sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad.
- Proponer la participación de grupos organizados y de líderes de la comunidad para que actúen como informadores y promotores ante su núcleo de influencia.
- Conectar y coordinarse con el sector educativo especialmente de nivel medio superior, para que el tema se trate en el ámbito de la educación formal.

- Invitar a las agrupaciones grandes y centros laborales, a organizar campañas intensivas de detección oportuna de cáncer cervico uterino entre población femenina.
- Impulsar a que las asociaciones de profesionales del campo de la salud de la comunicación y organismo no gubernamentales participen en la vigilancia de la calidad, oportunidad y veracidad de la información que se proporcione a la población, conforme a lo establecido en las disposiciones aplicables.
- Las instituciones del sector público y organizaciones civiles, establecerán mecanismos de reconocimiento al que son el profesional del área de salud que participe como promotor en este programa.
- Capacitar a promotores institucionales y voluntarios de acuerdo con los lineamientos y contenidos que señale el comité y los que se derivan de esta norma.

El número de artículos en la prensa no especializada acerca de temas como el cáncer, pone de relieve la existencia de una conducta orientada al cuidado de la salud y un deseo de conocer más acerca de los problemas que ésta plantea.

Las enfermeras tienen una gran responsabilidad en la prevención del cáncer. A causa de su conocimiento de la enfermedad y de su mayor contacto con el público tanto en el hospital como en otros establecimientos, las enfermeras tienen la oportunidad de impartir enseñanzas acerca del cáncer y estimular a los pacientes a solicitar tratamiento.

Es responsabilidad del personal de salud detectar casos clínicos deben ser capaces de:

1. Aconsejar y dirigir a los pacientes a sitio adecuado.
2. Disponer de información acerca de aquellos estados que predisponen a los individuos a desarrollo de la enfermedad.
3. Educar al público acerca de estos factores.

La prevención del cáncer es una meta primaria de los profesionales de salud, la enfermera debe de estar al tanto y ser capaz de comunicar a los demás la



importancia de los hábitos saludables y la necesidad de evitar las situaciones que predisponen al cáncer.

### 3.1.7 NOMENCLATURA DE LESIONES CERVICALES POR BETHESDA 2001.

El problema básico de la comunicación es una elección correcta de las palabras por lo que todo lo concerniente a la nomenclatura de las lesiones cervicales no es un asunto banal. Por otra parte, si exceptuamos la **Clasificación numérica de Papanicolaou en 5 clases o grados progresivos (I, II, III, IV, V)**, por ser exclusivamente citológico, la nomenclatura de los hallazgos en citología ha ido siempre estrechamente ligada a la histológica, de manera que, con esta excepción comentada, la evolución histórica de ambas puede abordarse conjuntamente y esquematizarse de la siguiente manera:

En 1910, Rubin (Nueva York) habla de **cáncer incipiente** para nominar el concepto de transformación neoplásica confinada al espesor del epitelio. En 1912, Schottländer y Kermauner (Berlín) utilizan el término de **carcinoma temprano** para designar los cambios que observaban en el epitelio adyacente al carcinoma cervical invasor. Veinte años mas tarde, Broders (Nueva York), basándose en su experiencia en Dermatopatología, emplea el de **carcinoma in situ (CIS)** al describir este cuadro histológico. Otros términos utilizados fueron el de **enfermedad de Bowen cervical** por Lecéne (París), también en 1932, y el de **carcinoma intraepitelial no invasor** por Galvin y Te Linde (Nueva York) en 1933. Es de resaltar que, de forma paradójica, en el trabajo inicial del afortunado Broders no figuraba la localización cervical dentro de los ejemplos de **CIS**.

En 1961, en el Primer Congreso Internacional de Citología celebrado en Viena, se acuerda que los términos para designar citológicamente las tres lesiones cervicales mayores sean: carcinoma invasor, carcinoma in situ y **displasia**. Esta última fue graduada como **leve, moderada, y severa o grave**, a las que habría

que añadir el CIS ya definido. La clasificación, utilizada tanto en material histológico como citológico, tuvo dos problemas fundamentales; por un lado, el gran desacuerdo respecto a cuándo una lesión debía ser considerada displasia grave o CIS, y por otro, el que muchos clínicos asumían que el CIS y la displasia eran dos lesiones biológicamente distintas e independientes, con distinto potencial maligno, no requiriendo tratamiento las lesiones displásicas.

Para solventar estos problemas Richard (Nueva York), en 1967, propuso el término de **neoplasia intraepitelial cervical (NIC-CIN) con tres grados progresivos**, incluyéndose en el grado 3 la displasia grave y el CIS de la clasificación anterior. La ventaja principal, sobre esta, es el reconocimiento de la unidad del proceso patológico lo cual conlleva una relación con las técnicas terapéuticas. Esta clasificación ha sido considerada bastante adecuada durante más de 20 años y por lo tanto la más utilizada internacionalmente.

La lesión intraepitelial escamosa consiste en una elaboración de un sistema binario para catalogar las anormalidades celulares preneoplásicas en el extendido citológico, denominándolas **lesiones intraepiteliales escamosas de alto o bajo grado (L.I.P.-S.I.L.)**. El término «alto grado» incluye el CIN 2 y CIN 3 de la clasificación de Richard, y el término «bajo grado» el CIN 1 y las alteraciones celulares producidas por papilomavirus (PVH). Esta clasificación fue difundida en 1988, de manera mínima modificada en 1991, y actualizada recientemente en 2001.

Es preciso comentar aquí que el sistema Bethesda, aunque universalmente conocido y ampliamente utilizado, no ha sido adoptado en todos los países. Así, en Inglaterra, se sigue utilizando la nomenclatura «B.S.C.C.»; en los países de habla alemana, el «sistema Munich»; en Australia, una modificación del propio sistema Bethesda.

Aparte de los datos de identificación y de localización de la toma, la clasificación de Bethesda en su versión de 2001 tiene los siguientes apartados por lo que respecta a las lesiones cervicales: **Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad** (*Se utiliza esta categoría cuando no hay evidencia de neoplasia, independientemente de si se observan, o no, microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos*). Otra de las aportaciones importantes del sistema Bethesda es el concepto de «atípicia escamosa» que en la reciente modificación de 2001 incluye los dos apartados siguientes:

**ASC-US** son las siglas de «*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*» ó células escamosas atípicas de significado indeterminado o incierto. El término fue introducido para intentar acotar con más precisión la «zona gris» entre los cambios celulares benignos y la lesión intraepitelial, por lo que la catalogación de un proceso como ASCUS se realiza por exclusión. Este término sustituye al previo «**ASCUS posible SIL**». En él se recogen aquellos casos en los que las alteraciones celulares son bastante acusadas pero, bien por las características de la extensión (inflamación, hemorragia, etc.) o bien por la escasez de estas células, no pueden considerarse totalmente conclusivas.

En esta evolución histórica de las clasificaciones podemos comprobar la tendencia marcadamente reduccionista y simplificatoria de la misma, ya que de los cuatro grados de la primera se ha llegado a las dos categorías del Sistema Bethesda pasando por los tres grados de Richardt, con una duración media de unos 20 años para cada una de ellas. También podemos intuir que la tercera modificación de dicho Sistema Bethesda no va a ser probablemente la última, abriéndonos el camino a la especulación sobre su evolución en el futuro.<sup>17</sup>

CUADRO COMPARATIVO DE CLASIFICACIONES

DISPLASIA/CIS Años 49-69	¿HPV?	DISPLASIA LEVE	DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA GRAVE	CIS
CIN-NIC (Richard) Años 69-89	HPV (1976)	CIN-NIC 1	CIN-NIC 2	CIN-NIC 3	
SIL-LIP (Bethesda) Desde 1989	SIL-LIP BAJO GRADO (L-SIL)		SIL-LIP ALTO GRADO (H-SIL)		

## 3.2 CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

### 3.2.1 CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

De acuerdo con Donabedian<sup>18</sup>, la Calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, es un juicio sobre si un caso específico de atención médica tiene dicha propiedad. Así mismo ésta se visualiza como el tratamiento que un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado. Este autor propone tres dimensiones que dan tratamiento a algunos aspectos básicos: la calidad técnica, interpersonal y de amenidades.

La dimensión interpersonal son todas las acciones encaminadas a proporcionar al paciente y su familia un trato con elevada calidad humana traducida en apoyo psicológico, escucharlo atentamente, hablarle por su nombre y el consentimiento informado.

La dimensión de amenidades corresponde a las características que rodean al paciente con relación a su ambiente físico y social, traducido en la privacidad, limpieza, clima agradable, buena alimentación y acceso a otras comodidades.

Todos los criterios antes mencionados son importantes, sin embargo para fines de este estudio se retomará como elemento rector la satisfacción de la usuaria, desde el nivel de satisfacción, que es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre la información completa, veraz, oportuna y entendible, el trato adecuado y la accesibilidad. Además, la satisfacción de los pacientes juega un importante rol en la continuidad del uso de los servicios médicos, en el mantenimiento de las relaciones con el proveedor específico y en la adherencia a los regímenes y tratamientos médicos.

Otro aspecto importante dentro de la calidad es el que plantea el autor antes mencionado, que es la satisfacción o insatisfacción del paciente corresponden a la curación de una herida o a la compostura de un hueso, como tal la satisfacción puede considerarse como un elemento de salud psicológica lo que hace que el logro de la máxima satisfacción alcanzable sea un objetivo de la atención; por ejemplo es más probable que un paciente satisfecho coopere eficazmente con el médico y que acepte y siga sus recomendaciones. La satisfacción también influye en el acceso al cuidado, ya que es más probable que un usuario satisfecho vuelva a buscar la atención.

La evaluación de la calidad que hace un paciente, expresado como satisfacción o insatisfacción, puede ser notablemente detallada podría concernir a los escenarios y amenidades de la atención, a aspectos del tratamiento técnico, a características de la atención interpersonal y a las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas o sociales de dicho cuidado. Una suma y un balance subjetivos a estos juicios detallados representarían la satisfacción total.

La satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente, que son asuntos sobre los que éste es la autoridad última. Aunque los pacientes algunas veces poseen una comprensión incompleta de la ciencia y la tecnología de la atención y sus juicios pueden ser defectuosos, la medición sigue siendo un instrumento valioso para la investigación, la administración y dentro de ésta en la planeación.

Por otra parte, Donabedian, refiere que Freeborn y Greenlick en 1973 diseñaron una clasificación completa de los métodos para evaluar el desempeño de sistemas de atención ambulatoria. Este modelo presenta que hay dos subdivisiones mayores en la evaluación de programas: la evaluación de la efectividad y de la eficiencia. Los métodos para evaluar la efectividad técnica se clasifican bajo las

dimensiones de: estructura, proceso y resultado. Estas categorías se agrupan de la siguiente manera:

## I.- EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD

### A).- Efectividad Técnica

1. Estructura
2. Proceso
  - a).- Accesibilidad
  - b).- Desempeño del proveedor
  - c).- Continuidad.
3. Resultado técnico de la atención

### B).- Efectividad psicosocial.

#### Satisfacción del paciente

- a).- **Medidas de actitudes**
  - b).- **Observaciones sobre la conducta**
1. Satisfacción del proveedor
    - a).-Medidas de actitudes
    - b).- observaciones sobre la conducta

## II.- EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA.

- A).- Relación entre insumo y producto
- B).- Relación entre costo y producto.

La efectividad técnica en sí, podría dividirse como la accesibilidad, desempeño del proveedor y continuidad. Se explica el tratamiento técnico de la siguiente manera:

### 1. ESTRUCTURA

Estructura física, instalaciones y equipo. Alcance y extensión de los servicios. Propiedad, acreditación y afiliación del hospital y otros recursos. Número, tipo y calificaciones del personal. Organización del personal. Organización fiscal, incluyendo financiamiento y métodos de pago.

## 2. PROCESO

Características del uso del servicio en relación a las necesidades de salud, pertinencia del trabajo de diagnóstico y tratamiento, incluyendo lo completo y específico del diagnóstico. Adhesión a las normas profesionalmente definidas de la buena práctica, tanto en lo general como para los padecimientos, diagnósticos y situaciones específicas.

## 3. RESULTADOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE

Mortalidad e incapacidad en general y en subgrupos especiales. Ocurrencias de morbilidad no detectada o evitable. Resultados del tratamiento. **Satisfacción del paciente con los resultados** así como con las características estructurales y el proceso que se cree que conducen a los resultados.<sup>19 20</sup>

### 3.2.2 USO DEL SERVICIO.

El proceso de atención médica, se concibe primordialmente como dos cadenas de actividades y sucesos en los que participan el otorgante de la atención médica, por una parte y el cliente, por la otra. Las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud o del bienestar. En algunos casos el profesional de la salud puede ser el primero en detectarla y esto puede desencadenar el proceso que lleva a la atención médica.



El proceso de búsqueda de la atención lleva a establecer contacto directo con el médico. En algunos casos el camino que lleva hacia el médico es tortuoso o intervienen en el amigo y pacientes; lo que Freidson llama "sistema no profesional de referencias". Una vez establecido el contacto con el médico, éste fija una serie de actividades que están representadas en la segunda cadena del modelo. Estas actividades son el proceso de diagnóstico y toma de decisiones, y el proceso terapéutico, en el cual interviene un "sistema profesional de referencias".

Los dos ejes principales del proceso de atención médica, el comportamiento del cliente y el comportamiento del prestador, convergen en la utilización de los servicios, que a su vez debería aliviar un poco la necesidad que desencadena originalmente el proceso. Por ello se puede decir, además, que el proceso de atención médica tiene la propiedad de ser circular: comienza con la necesidad y termina con una modificación de esta, ya sea aliviándola parcialmente o neutralizándola en una forma más completa; también es posible que no se logre aliviar la necesidad y, si se aplica mal la terapia, que se vuelva más intensa, o incluso que se cree una nueva.

Según, Zastowny et al., en 1989; aborda la satisfacción desde el contexto del proveedor de servicios y de las características individuales del usuario, habiendo por tanto mucha variabilidad. Los autores encontraron una asociación inversa entre uso y satisfacción en el grupo de raza blanca. Esto puede significar que las personas que no quedan satisfechas con la atención deben consultar nuevamente, aumentando, por lo tanto, el número de consultas realizadas en este grupo. Al contrario, quien queda satisfecho con la atención recibida no necesita volver a visitar médico, lo que disminuye el número de consultas en este grupo.<sup>21</sup>

De esta forma, se puede concluir que el uso de los servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en

contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada.

Para fines de éste estudio se considera que la utilización es un enfoque muy amplio, donde se observan características que van desde la accesibilidad geográfica, económica, cultural y organizativa, además de la adherencia, por lo que sólo se trabaja con el uso del servicio; definido como una acción social, es decir; como una forma de conducta que se explica a partir de los significados que los individuos constituyen a través de un proceso de decisiones que llevan a cabo, para atender sus padecimientos y enfermedades, y que en éste protocolo se medirá con los indicadores de Conocimientos generales sobre el CaCu, Conocimientos de la prueba de Papanicolaou y Accesibilidad.

### **3.3 POLÍTICAS ORIENTADAS A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.**

#### **3.3.1 Programa Nacional de Salud-El reto de la calidad.**

Además de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, los sistemas de salud deben esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes. Esto implica ofrecer servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Un trato adecuado significa también disponer de servicios básicos dignos en las unidades de atención, esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención y tener acceso a redes de apoyo social. El sistema mexicano de salud enfrenta a este respecto problemas tanto en el componente técnico de la atención como en la calidez de los servicios. Estos problemas de calidad, además, son claramente percibidos como prioritarios por la población mexicana.

No es de sorprender, por lo tanto, que el usuario de los servicios de salud en México se muestre insatisfecho con la calidad de los servicios. De acuerdo con la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, aplicada por la Fundación Mexicana para la Salud en mayo de 2000, los mexicanos piensan que en este momento, la atención del gobierno debe centrarse en el desempleo, la seguridad pública, los salarios, la educación y los servicios de salud.

Entre diversos grupos dedicados al estudio de los servicios de salud, existe la percepción de que en México hay problemas de respeto a los derechos humanos de los pacientes. Se piensa que los usuarios de los servicios públicos de salud se les tratan con poco respeto (sobre todo a los indígenas, las mujeres y los pobres) y se le impide el acceso a sus redes sociales de apoyo, más que nada cuando están hospitalizados. El hostigamiento y el maltrato son dos de los motivos de que más frecuentes ante las comisiones de derechos humanos. Cuatro de cada diez

mexicanos pobres también se quejan de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que les ofrece en las unidades de salud. Uno de los motivos de queja más frecuente ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es la falta de información proporcionada por el médico.

Por lo que se refiere a los tiempos de espera, en promedio la población espera 4.5 días para obtener una cita de primer contacto, 9.5 días para ver un especialista y casi 4 días para ingresar a un hospital. En el caso de los pobres, el promedio en todos los casos se incrementa en 1 día. Algunas esperas alcanzan los 90 días, y la principal razón para no volver a utilizar los servicios de la última atención ambulatoria son los largos tiempos de espera.<sup>22</sup>

#### **3.3.2 Estrategia 4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.**

La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes. La calidad tiene dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca alcanzar los mayores beneficios con los menores riesgos, al prestar los servicios de salud de acuerdo con las mejores normas de la práctica profesional. La dimensión interpersonal, que se ha dado en llamar "calidez" de la atención, supone el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de su satisfacción plena.

Como se señaló antes, uno de los principales retos de las organizaciones de atención a la salud y una de las principales preocupaciones de los usuarios de los servicios, es la calidad de la atención. Si los servicios de salud se ofrecen con calidad podrán satisfacerse las necesidades de los usuarios y cumplirse uno de los propósitos del sistema. Para cumplir con dicha estrategia se establecieron 8 líneas de acción, pero con fines de estudio, sólo se tomarán las siguientes:

Línea de acción 4.1. Definir códigos de ética para los profesionales de salud.

Los códigos de ética de los profesionales de la salud constituyen lineamientos de comportamiento que buscan garantizar un desempeño efectivo y honesto, y un trato digno a los pacientes. Gracias a los lineamientos de un código de éste tipo, el trabajador de la salud puede conocer los fines, características y límites de su actividad profesional, y los derechos y expectativas de los usuarios de los servicios.

Línea de acción 4.2. Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos.

La atención de la salud supone el ejercicio de ciertos derechos por parte de los pacientes. Destacan el derecho a los servicios integrales de salud; el derecho a recibir información sobre su padecimiento, los riesgos asociados a él o a su tratamiento; el derecho a la información sobre las características generales de la unidades en las que recibe atención y de los profesionales que laboran en ellas, y el derecho al manejo confidencial de la información que se genera en la relación médico-paciente. Estos derechos deben definirse de manera precisa, difundirse entre los usuarios de los servicios de salud, y acompañarse de mecanismos que permitan hacerlos efectiva en caso de no poderse ejercer.

Línea de acción 4.3. Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias.

Uno de los instrumentos fundamentales para hacer valer los derechos de los usuarios y promover la calidad de la atención son los sistemas de quejas y sugerencias. Este tipo de instrumentos proporciona al sistema de salud información básica sobre las condiciones de la infraestructura, la disponibilidad de recursos materiales, y la actitud y calidad técnica de los prestadores de los servicios. Estos instrumentos, cuando funcionan de manera eficiente, ayudan a generar una relación de confianza con los usuarios.<sup>23</sup>

### 3.3.3 Opinión Ciudadana.

La medición de la opinión de los ciudadanos sobre asuntos de interés público es ya una práctica habitual. Las encuestas de opinión permiten conocer, por ejemplo, el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios.<sup>24</sup>

### **3.3.4 Índices e Indicadores de la Secretaría de Salud.**

El trato adecuado es la situación que se logra cuando las interacciones entre el usuario y el sistema de salud se efectúan tomando en cuenta y satisfaciendo las legítimas expectativas del usuario en los aspectos no médicos de dicha interacción. Los objetivos intrínsecos de los sistemas de salud son mejorar el nivel de salud de la población, responder de una manera más adecuada a las expectativas no médicas de sus usuarios, disminuir la desigualdad en el trato y en los niveles de salud de la población y establecer mecanismos para evitar que la población a la que el sistema sirve sufra graves contingencias financieras debidas a los gastos generados por la atención a la salud.

El Trato Adecuado se compone de 8 dominios, -pero para éste estudio no serán los mismos, se recuerda que serán los que proponen la Cruzada Nacional por la Calidad (Información completa, veraz, oportuna y entendible, tiempo de espera y trato adecuado)- que incluyen algunos relacionados con derechos básicos y universales de los individuos y otros que se asocian con una visión de calidad "empresarial" con orientación al cliente en los servicios prestados por el sistema.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud inicia su operación a partir de enero del 2001, con el objetivo de mejorar la calidad de los Servicios de Salud que recibe la población en todo el país. Con la participación de las principales instituciones de salud, se inició la medición de los indicadores llamados de Trato Digno, dirigidos hacia tres aspectos que los usuarios de los servicios médicos han percibido como problemas importantes: Tiempo de espera para recibir atención, Información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico y

tratamiento y Surtimiento de medicamentos. Aunque el punto de partida ha sido el monitoreo de indicadores con datos válidos y confiables, la propuesta fundamental de la Cruzada es que la información que se obtenga como resultado del monitoreo ayude a identificar áreas de oportunidad para la aplicación de estrategias de mejora de los problemas identificados y así contribuir en la búsqueda para brindar atención médica de la mejor calidad a toda su población.

En la Consulta Externa el trato digno es una dimensión de la calidad de la atención médica y se define en la Cruzada como: respeto a los Derechos Humanos y a las características de la persona, información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, o por quien sea responsable de él o de ella, interés manifiesto en la persona, sus mensajes, sensaciones y sentimientos y amabilidad. El conjunto de indicadores que conforman este índice miden el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar, acompañante) por la oportunidad en la atención, información proporcionada por el médico, los medicamentos surtidos y el trato brindado por el personal en la unidad médica, en unidades de salud de primer nivel y servicios de urgencias en hospitales en áreas urbanas y rurales.

El tiempo de espera es un factor importante de la satisfacción del usuario, es posible lograr reducciones perceptibles en el tiempo de espera con medidas simples que inclusive pueden mejorar el funcionamiento interno de los Centros de Salud. Como indicador expresa el tiempo transcurrido entre el momento en que la Usuaría se le asigna horario de consulta y el momento en que pasa efectivamente al consultorio para realizar Papanicolau, y se aplica a dos situaciones: usuarios con cita previa y usuarios sin ella, que son medidos con el mismo método.<sup>25</sup>

### 3.4 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Josefina Caminal, en el 2001, en un artículo denominado La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios de salud; menciona que por medio de diversos estudios de la satisfacción en la sociedad española respecto a los servicios de salud, revelan que el análisis de la satisfacción es un instrumento de valor creciente tanto para el marketing como en la investigación en los servicios de salud y para legitimar las diferentes reformas sanitarias. Además, demuestra que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios y es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención, y por último; la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer.

Así, la medida de la satisfacción es un instrumento cuyo valor va en aumento en todas las organizaciones sean públicas o privadas, de producción o de servicios, y la idea de que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes se ha generalizado hasta tal punto que se ha llegado a modificar la definición de calidad. Lo anterior concuerda con algunos autores, que consideran que los programas de mejora de la calidad deberían centrarse en el usuario/cliente porque se entiende que éstos deben ir dirigidos a satisfacer sus necesidades.<sup>26</sup>

En un estudio llamado Calidad de la atención en servicios de prevención de cáncer cervical en la ciudad de Buenos Aires, Argentina; Petracci, Ramos y Romero dicen que la calidad de la atención en salud es un tema nuevo con una historia conocida. Además, al tomar en cuenta la perspectiva de los sujetos involucrados ya sean proveedores y/o usuarios, las dimensiones sociales y



culturales de la atención médica –que evidenciaron ser un valioso aporte en el diseño de intervenciones eficaces para la salud pública– se incorporan a la calidad de la atención. En el campo de la salud sexual y reproductiva, la calidad de la atención adoptó esa perspectiva con un abordaje de género y derechos. El objetivo del estudio fue analizar la calidad de la atención percibida por las usuarias de los servicios de ginecología de tres hospitales –dos del subsector público y uno del privado- del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires. Se entrevistaron 300 usuarias -100 en cada servicio- a través de una entrevista a la salida de la consulta. La dimensión de calidad de la atención que mostró mayor contraste entre los servicios públicos y privados por un lado, pero también entre los servicios públicos, fue la dimensión interpersonal médico-paciente: la amabilidad en el trato. La gran mayoría de las usuarias en los tres servicios manifestó un nivel de satisfacción global positivo con respecto a la atención recibida. El nivel de satisfacción general con la calidad recibida no presenta diferencias según edad, nivel educativo, situación ocupacional en los últimos treinta días, cobertura de salud y antigüedad en el servicio entre las mujeres entrevistadas dentro de cada servicio. De las tres dimensiones de calidad evaluadas (técnica, ambiental e interpersonal), las cuestiones relativas al trato y al manejo de la información por parte del profesional son las más importantes para las mujeres e incluso llegan a “compensar” aspectos negativos de otros indicadores de calidad. Es importante resaltar que las autoras sugieren disminuir los tiempos de espera en general, especialmente el tiempo de espera para la consulta, dado que esta demora es la que resulta más negativamente evaluada por las mujeres, probablemente porque resulte muy disruptivo para la organización de la vida cotidiana. Respecto de la calidad ambiental, los servicios deberían asegurar la privacidad del lugar donde se realizan las consultas no sólo en su aspecto físico sino también en relación a la circulación de otras personas (profesionales y no profesionales) durante el desarrollo de las mismas. Por otra parte, los servicios podrían utilizar los tiempos muertos en las salas de espera para ofrecer información tanto acerca de las pautas de funcionamiento de la

institución como de temas relacionados con la salud reproductiva, y en particular con la prevención del cáncer de cuello de útero.<sup>27</sup>

Matos y Eyndes evidenciaron en el estudio Uso de la Mamografía y de la Citología de Papanicolaou para la Detección precoz del Cáncer de Mama y de Cérvix Uterino en España, con entrevistas a 2.409 mujeres, de las cuales 944 (39%) manifestaron haberse realizado al menos una citología de Papanicolaou durante el último año (de septiembre de 1999 a septiembre de 2000); el 37% se realizó al menos una prueba de septiembre de 1998 a septiembre de 1999, y el 38% de septiembre de 1997 a septiembre de 1998. La mayoría de las mujeres (alrededor 80%) se había realizado la citología de Papanicolaou sin sospecha de enfermedad ginecológica o revisión de una enfermedad anterior. También llama la atención que la gran mayoría de las mujeres (97%) refirió haberse sentido satisfecha de la atención recibida en la realización de la citología de Papanicolaou. Además, los motivos de insatisfacción con la realización de la prueba mencionados con más frecuencia fueron: el trato desagradable de los profesionales, el descontento con dichos profesionales y la falta de información.<sup>28</sup>

En un estudio realizado en el 2002, llamado Experiencias sobre los Programas de Atención a la Mujer, sus autores; Nigenda, Valdez, Ávila y Ruiz evidencian que en el caso del programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, el grado de satisfacción global fue el más alto de todos, con 87.4%. Sin embargo, dentro de este programa sólo 58.7% del personal en Oaxaca consideró que la población usuaria estaba satisfecha. Campeche presentó los porcentajes más bajos en los programas de detección oportuna de cáncer de mama y atención prenatal. A pesar de que una gran proporción del personal consideró que existía satisfacción entre las mujeres usuarias de los programas, porcentajes nada despreciables de proveedores de salud consideraron que existía insatisfacción entre las mujeres usuarias del conjunto de programas. El porcentaje global para el total de estados fue 36.4%, que va de 32% para Oaxaca a 41.7% para Chihuahua.<sup>29</sup>

En el mismo estudio se indagaron tres aspectos: a) atención, por parte del personal, de las necesidades de salud de las mujeres; b) suficiencia en la información proporcionada durante la consulta, y c) trato del personal hacia las usuarias. Con respecto a la atención de las necesidades de salud, las mujeres de Oaxaca (15.3%), seguidas de las de Jalisco (12.3%), fueron las más insatisfechas. Por el contrario, las mujeres de Chihuahua y Campeche se reportaron más satisfechas con la atención a sus necesidades. ( $X^2 p < .014$ ).

En cuanto a la falta de información durante la consulta, las usuarias de Jalisco y Oaxaca reportaron los niveles más altos al catalogar como insuficiente la información que reciben. Las mujeres de Chihuahua reportaron en menor proporción que reciben información insuficiente durante la consulta ( $x^2 p < .012$ ).

Llaman la atención los altos índices de mujeres que no reciben ningún tipo de información durante la consulta. La mayor proporción se encontró en Chihuahua (17.2%), entidad que en este rubro fue seguida por Jalisco (16.8%) y Oaxaca (12.1%). Las diferencias fueron significativas estadísticamente ( $x^2 = .00$ ). Esta dimensión re presenta un elemento sustancial para evaluar la calidad de la atención en los programas de salud re productiva, sobre todo si se toma en cuenta la elevada prevalencia de cáncer tanto de cérvix como de mama en México. La detección oportuna de estas enfermedades constituye un asunto de particular relevancia; en consecuencia, la posibilidad de brindar información a las mujeres durante la consulta es una estrategia fundamental de intervención y prevención. Con respecto al trato que reciben por parte del personal de salud, solamente 19.2% de las usuarias se manifestaron muy satisfechas; sin embargo, este porcentaje es significativamente menor en Campeche (8.6%) y Oaxaca (11.1%). La mayor proporción de mujeres muy satisfechas con el trato se encontró en Chihuahua (32.3%). Esto parece contradictorio, pues fueron justamente las mujeres de ese estado del norte quienes en mayor proporción afirmaron que no reciben ningún tipo de información durante la consulta y, paradójicamente, se reportan más satisfechas con el trato del personal. Quizá esto se deba a que no tenían expectativas de obtener información.

También se evaluaron los malos tratos por parte del personal, a través de una pregunta directa: ¿en el último año el personal de salud ha sido grosero o descortés con usted? Un porcentaje significativamente mayor (10%) de mujeres en Campeche señaló que así había ocurrido; por el contrario, las mujeres de Chihuahua fueron las que reportaron con menos frecuencia que habían recibido un trato descortés (6%). En general, las mujeres entrevistadas no reportaron recibir malos tratos por parte del personal.

Debido a que la mayoría de las entrevistadas son usuarias del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico-Uterino (1 852 mujeres: 73.3%), se seleccionó éste para evaluar los aspectos de calidad interpersonal en los rubros antes señalados. Se encontró que las usuarias del estado de Oaxaca están más insatisfechas con la atención recibida de acuerdo con sus necesidades, en comparación con las de Chihuahua, quienes reportaron estar más satisfechas ( $\chi^2 p = .007$ ).

No se encontraron diferencias significativas en Chihuahua y Jalisco en relación con la falta de información durante la consulta especializada, lo cual indica que este aspecto está igualmente descuidado en todos los estados evaluados. Por ello, ésta se podría señalar como una de las grandes deficiencias de dicho programa.

En cuanto al trato por parte del personal, las mujeres de Campeche reportaron con menor frecuencia que estaban muy satisfechas, y fueron quienes señalaron en mayor proporción que habían recibido malos tratos por parte del personal de salud durante la atención. Por otro lado, las mujeres de Chihuahua informaron con mayor frecuencia que estaban muy satisfechas con el trato recibido y, por lo tanto, reportaron menor proporción de malos tratos del personal. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $\chi^2 p = .00$ ).

Con respecto al uso del Papanicolaou en el estudio Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos, Eduardo César Lazcano-Ponce en 1999 determinó los principales factores relacionados con la participación en un programa de detección oportuna de cáncer (DOC) en una población con elevada mortalidad por cáncer cervical (CACU), con una base poblacional que incluyó 3 197 mujeres de entre 15 y 49 años de edad, seleccionadas aleatoriamente de un marco muestral de viviendas de los 33 municipios que componen dicha entidad.

Los resultados arrojaron que el conocimiento de la utilidad de la prueba de Papanicolaou (Pap) (RM 29.6, IC95% 23.6-37) y la historia previa de síntomas ginecológicos (RM 1.7; IC95% 1.2-2.4) predisponen a utilizar el programa de DOC. Los factores asociados a la utilización de la prueba de Pap fueron que las mujeres tuvieran antecedentes en la utilización de uno (RM 1.4; IC95% 1.1-1.8), dos o más métodos de planificación familiar (RM 2.1; IC95% 1.6-2.8). Por lo que se concluye que el conocimiento es un factor predisponente para el uso del papanicolaou.

Complementando, en el estudio Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios de Mario Bronfman menciona que no existe una cultura de prevención entre la población. Si bien este fenómeno sólo puede explicarse mediante la conjunción de múltiples factores socioculturales, es indudable que la falta de educación de la población juega un papel muy importante. En consecuencia, es necesario incrementar los esfuerzos educativos para solucionar el problema de la ausencia de cultura preventiva en materia de salud de la población.

Sin embargo, la reticencia a visitar al médico se fundamenta también en factores que emanan directamente de los servicios de salud. Amplios sectores de la población manifiestan tener más quejas que reconocimientos respecto a estos servicios. En particular, predomina un sentimiento de desconfianza hacia los servicios. Esta desconfianza tiene que ver tanto con la atribución de una

insuficiente capacidad técnica, como con la calidad del trato humano que se recibe en las instituciones de salud. En consecuencia, es necesario elevar la calidad de la atención de los prestadores de servicios, con el fin de favorecer una mayor y más oportuna utilización de los mismos.

Muchas quejas se relacionan con la burocratización de los procedimientos para dar la atención, lo cual se traduce en pérdidas de tiempo para los usuarios. Es urgente tomar medidas para incrementar la eficiencia operativa de estos servicios. Una de las trabas más importantes en el uso de los servicios de la SSA es la necesidad de pagar, además de la consulta, el medicamento. Para la población que vive en la pobreza, se recomienda otorgar las medicinas sin costo o por medio de un pago no arancelado.

Por otra parte, inclusive en las zonas urbanas existen asentamientos humanos que no disponen de servicios de salud pública y, donde sí los hay, no son ampliamente conocidos o se desconoce la variedad de programas que brindan, lo cual favorece una demanda limitada. Sobre este aspecto es importante continuar con el esfuerzo de ampliar la cobertura de los servicios y, al mismo tiempo, difundir y consolidar su presencia entre la población.

En otro estudio, realizado por Aguilar y Leyva en 2001, denominado Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México, en el que identificaron y evaluaron los factores que predisponen el uso de la prueba de Pap en la población que usa el servicio del Programa Nacional de DOCACU, que incluyó a 2 107 mujeres en edad reproductiva, que respondieron a un cuestionario. Los resultados revelan que los factores predisponentes para el uso del programa son el conocimiento de la utilidad del Pap, que lo incrementó seis veces la posibilidad de utilizarlo, el antecedente de utilización de dos o más métodos de planificación familiar, el antecedente de infección vaginal y la aceptación del esposo para la realización del Pap. Estos resultados muestran la necesidad de ampliar la promoción a la salud de este programa a las mujeres de alto riesgo, incluyendo a sus parejas sexuales.

## **IV. DISEÑO METODOLÓGICO**

## IV. DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo de Estudio.

Descriptivo, prospectivo.

### 4.2 Espacio y tiempo

Se realizó en junio y parte de julio de 2007, en los Centros de Salud urbanos de la Jurisdicción No. 1 de la Secretaría de Salud.

### 4.3 Instrumento

Se realizó una encuesta estructurada que incluyó 3 apartados, la 1ª parte recabó información sobre la condición sociodemográfica de la usuaria, la 2ª parte identificó los criterios de uso del servicio y la última parte es una Escala Tipo Likert para conocer el Nivel de satisfacción desde la opinión de la usuaria, de la siguiente manera:

#### I.- Datos Sociodemográficos

- Edad.
- Escolaridad.
- Estado civil.
- Religión.
- Derechohabiencia.
- Ocupación.
- Paridad.
- IVSA.
- Actividad sexual actual.
- Cita del papanicolaou.

#### II.- Criterios del Uso del Servicio.

- Conocimientos generales sobre el CaCu.
- Conocimientos de la prueba de Papanicolaou.
- Accesibilidad.



### III.- Criterios para la Satisfacción de la Usuaría.

- Tiempo de espera.
- Información Oportuna, Completa, Veraz y Entendible.
- Trato adecuado.
- Accesibilidad.

#### 4.4 Universo y muestra.

El muestreo fue no probabilístico por cuota. Se aplicó la encuesta al 100% de mujeres que acudieron a realizarse el Papanicolaou en los Centros de Salud urbanos que conforman la Jurisdicción No. 1 de la Secretaría de Salud de San Luis Potosí, por 1 día en cada uno:

1. CIMIPO.
2. Terceras.
3. Progreso.
4. Juan H. Sánchez.
5. Las Piedras.
6. San Antonio.
7. 16 de septiembre.
8. 6 de junio.
9. UPA.
10. Saucito.
11. Simón Díaz.
12. 21 de marzo.
13. 1o. de mayo.

#### 4.5 Criterios de inclusión.

- Mujeres que al momento de aplicar la encuesta hayan salido de realizarse el Papanicolaou.
- Mujeres de 15-65 años.

#### *4.6 Criterios de exclusión.*

- Mujeres mayores de 65 años.
- Mujeres que se hayan realizado el tamizaje con anterioridad a la aplicación de la encuesta.

#### *4.7 Criterios de eliminación.*

- Encuestas que presenten falta de información en un 20%.

#### *4.8 Prueba Piloto.*

Se llevó a cabo en 4 Centros de Salud de la jurisdicción No. 1, en el 100% de la población que acudió a realizarse el Papanicolaou en 1 día.

1. Saucito.
2. Simón Díaz.
3. 21 de marzo.
4. 1o. de mayo.

#### *4.9 Recolección de datos.*

Se solicitó coordinación con las autoridades de los Centros de Salud para verificar las formas y horarios de acercamiento con las usuarias, se abordó a las mujeres al salir del Papanicolaou y se les aplicó la encuesta.

#### *4.10 Procedimiento Metodológico.*

La información se presentó acorde a los objetivos, por lo que primeramente se organizaron los datos para describir las características sociodemográficas de las mujeres que participaron en la investigación.

El uso de la prueba de Papanicolaou se determinó por medio de una serie de preguntas cerradas por opción múltiple donde sólo una es la respuesta correcta, y otras abiertas; de tal manera que cada respuesta adecuada vale 1 punto y una inadecuada 0, para obtener así el uso de la prueba del Papanicolaou en la siguiente escala:

- Adecuado = 7 – 11 Pts.
- Inadecuado = 0 – 6 Pts.

El nivel de satisfacción se evaluó a través de una encuesta estructurada con una Escala tipo Likert; por lo que se diseñó la siguiente escala:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Y a la mujer se le dio a elegir un número que mejor exprese su nivel de satisfacción por cada ítem, después se totalizaron las calificaciones y se promediaron, para obtener así su satisfacción en la siguiente escala:

- Bajo = 0 - 5 Pts.
- Medio = 6 – 7 Pts.
- Alto= 8 – 10 Pts.

Posteriormente se realizaron cruces del nivel de satisfacción de la usuaria con cada uno de los indicadores de uso del servicio y se estableció la asociación del nivel de satisfacción y el uso de servicio por medio de la estadística no paramétrica Chi cuadrado.

#### 4.11 *Procesamiento de datos.*

Se procesaron los datos estadísticamente por medio de los programas SPSS y Excell.

#### 4.12 *Análisis de datos.*

En función del referente teórico, pregunta, objetivos y antecedentes científicos.

#### 4.13 *Informe.*

Se entregará a la Facultad de Enfermería y a la Secretaría de Salud.

#### 4.14 *Consideraciones ético-legales.*

Se contempló el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (1974), Título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación de seres humanos, que en su capítulo 1, con respecto a

investigaciones comunes, y de acuerdo con el Art. 13; las mujeres objeto de estudio, se respetó su dignidad y protegió sus derechos y bienestar. Además, según la Fracción V: se contó con el consentimiento informado de las mujeres sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala y, al obedecer a la fracción VIII: el estudio se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización del titular de los Centros de Salud. Y por último en observación al Art. 17; en su fracción I: se consideró como investigación sin riesgo, puesto que no implicó la necesidad de ejecutar algún procedimiento invasivo, ni mucho menos lesivo, que afectara a la integridad física de la usuaria y no se identificó a las mujeres y se guardó la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, manejándose para investigación solamente sin darse a conocer con fines que afecten la dignidad de la usuaria, como indica la fracción VIII.

## V. OBJETIVOS

## V. OBJETIVO GENERAL

Establecer la asociación entre el nivel de satisfacción de las usuarias y el uso del Papanicolaou para la Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino.

### 5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres que hacen uso de la prueba de Papanicolaou.
2. Conocer el nivel de satisfacción de las usuarias del DOCACU.
3. Conocer el uso de la prueba de Papanicolaou.
4. Identificar la asociación entre nivel de satisfacción y uso de la prueba de Papanicolaou.

## VI. HIPÓTESIS

## VI. HIPÓTESIS

La satisfacción de las usuarias está asociada al uso de la prueba de Papanicolaou para la Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino.



## VII. RESULTADOS

## VII. RESULTADOS

La edad mínima fue de 18 años, la máxima de 61 y el promedio de 36 años. Se tuvo una desviación estándar de 11. El grupo de edad de 31-40 años fue el más frecuente con un 39.6%, seguido del grupo de 18-30 años en 31.7% y el de 51-61 años con 9.9%. La mayoría de las mujeres tuvieron el nivel de Secundaria en un 42.6%, con Licenciatura el 5%, de éstas últimas una es Lic. en Enfermería. 4 mujeres son analfabetas. En derechohabencia 54.5% de las mujeres tienen Seguro Popular, mientras el 25.7% no cuentan con ningún servicio. Las casadas predominan en 56.4% y sólo hubo 1 divorciada. Las católicas se presentaron en 85.1% y el resto en diversas religiones (Tabla 1).

Las amas de casa son las más frecuentes con 78.2%, la edad de inicio de vida sexual activa más frecuente se observa en el grupo de edad de 16-20 años, seguida por el grupo de 11-15 años con 29.7%, 81 mujeres tienen actualmente relaciones sexuales, 17 acudieron al Papanicolaou por 1ª vez y 84 ya habían acudido antes y 4 mujeres tuvieron de 9-11 hijos seguidas por 15 mujeres que tuvieron de 6-8 hijos, mientras 41 tuvieron de 0-3 hijos (Tabla 2).

De los grupos de edad, las mujeres que más se presentaron a realizarse el Pap por primera vez, fueron las de 18 a 30 años; y las que nunca acudieron, fueron las de 51 a 61 años; y las que más acudieron de manera subsecuente, fueron las de 31 a 40 años; y las que menos, las de 51 a 61 años, en éste estudio los grupos de edad se relacionan con la cita del Pap ( $p = .002$ ) (Tabla 3).

En el estado civil, las encuestadas que más se presentaron a realizarse el Pap por primera vez, fueron las casadas; y las que nunca, fueron las divorciadas; y las que más acudieron de manera subsecuente, fueron las casadas; y las que menos, las divorciadas, viudas y separadas, cabe mencionar que en éste estudio el estado civil se asocia con la cita del Pap ( $p = .043$ ) (Tabla 4).

De manera global el nivel de satisfacción alto se evidenció de manera importante en 80.2% de mujeres en los Centros de Salud, el nivel medio se muestra en 17.8%, mientras que sólo 2% lo refieren bajo (Gráfico 1).

El nivel de satisfacción con el indicador tiempo de espera se registró alto en 66.3% y bajo en 11.9% de las mujeres, el indicador información completa, veraz, oportuna y entendible estuvo alto en 78.2% y bajo en 7.9%, el trato adecuado se encontró alto en 87.8% y bajo en 3%, mientras la accesibilidad tiene alto nivel de satisfacción en 80.2% y 4% con baja satisfacción (Tabla 5).

El uso de la prueba del Papanicolaou es adecuado en 62.4% e inadecuado en 37.6% de las mujeres (Gráfico 2).

Con respecto al uso del Papanicolaou, 76.2% de las mujeres tuvieron un conocimiento adecuado del CaCU y 23.8% inadecuado, referente a los conocimientos de la prueba de Papanicolaou tuvieron una distribución muy semejante entre inadecuado y adecuado con 48.5% y 51.5% respectivamente, mientras que la accesibilidad es inadecuada para 32.7% y adecuada para 67.3% (Tabla 6).

De las mujeres que tienen alto nivel de satisfacción 50 hacen uso adecuado del Papanicolaou y 31 inadecuado, seguidas de las que tienen nivel medio de satisfacción las cuales 12 hacen uso adecuado del Papanicolaou y 6 inadecuado, mientras las que tienen bajo nivel, 1 mujer hace uso adecuado y 1 hace uso inadecuado del papanicolaou ( $p = .867$ ), por lo tanto, en éste estudio no hay asociación entre las variables Nivel de satisfacción y el Uso de la prueba de Papanicolaou (Tabla 7).

En el indicador de los Conocimientos generales del CaCu el nivel de satisfacción alto muestra que 60 mujeres hacen uso adecuado del Papanicolaou y 21 hacen

uso inadecuado, en el nivel medio de satisfacción 15 mujeres hacen uso adecuado y 3 inadecuado, mientras en el nivel bajo de satisfacción 2 mujeres hacen uso adecuado del Papanicolaou y ninguna inadecuado, y se obtuvo una  $p = .514$ , por lo que los Conocimientos generales del CaCu no están relacionados con el Nivel de Satisfacción.

En cuanto al indicador de los Conocimientos de la prueba de Papanicolaou el nivel de satisfacción alto muestra que 44 mujeres hacen uso adecuado del Papanicolaou y 37 hacen uso inadecuado, en el nivel medio de satisfacción 8 mujeres hacen uso adecuado y 10 inadecuado, mientras en el nivel bajo de satisfacción ninguna mujer hacen uso adecuado del Papanicolaou y 2 inadecuado, ( $p = .254$ ), por lo tanto, los Conocimientos de la prueba de Papanicolaou no están asociados al Nivel de Satisfacción.

En el indicador de la Accesibilidad el alto nivel de satisfacción muestra que 57 mujeres hacen uso adecuado del Papanicolaou y 24 hacen uso inadecuado, en el nivel medio de satisfacción 9 mujeres hacen uso adecuado y 9 inadecuado, mientras en el nivel bajo de satisfacción 2 mujeres hacen uso adecuado del Papanicolaou y ninguna inadecuado, la Accesibilidad y el Nivel de Satisfacción pudieran estar más cerca de la asociación ( $p = .152$ ) (Tabla 8).

**TABLA 1.**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES QUE**  
**ACUDEN A REALIZARSE EL PAPANICOLAOU A LA JURISDICCIÓN No. 1 DE**  
**LA SECRETARÍA DE SALUD DE S.L.P. JUNIO 2007.**

n = 101

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Grupos de edad.</b>		
18-30 años.	32	31.7
31-40 años	40	39.6
41-50 años	19	18.8
51-61 años	10	9.9
<b>Escolaridad.</b>		
Sin estudios.	4	4.0
Primaria.	36	35.7
Secundaria.	43	42.6
Preparatoria.	8	7.9
Carrera técnica.	5	5.0
Licenciatura completa.	5	5.0
<b>Estado Civil</b>		
Soltera.	13	12.9
Unión libre.	24	23.8
Casada.	57	56.4
Separada.	3	3.0
Divorciada.	1	1.0
Viuda.	3	3.0
<b>Religión</b>		
Adventista	1	1.0
Católica	86	85.1
Cristiana	5	5.0
Evangélica	1	1.0
Testigo de Jehová	2	2.0
Ninguna	6	5.9
<b>Derechohabiencia</b>		
IMSS	18	17.8
ISSSTE	2	2.0
Seguro Popular	55	54.5
Ninguna	26	25.7

FUENTE: Encuesta uso de la prueba de papanicolaou.

**TABLA 2.**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES QUE**  
**ACUDEN A REALIZARSE EL PAPANICOLAOU A LA JURISDICCIÓN No. 1 DE**  
**LA SECRETARÍA DE SALUD DE S.L.P. JUNIO 2007.**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<i>n = 101</i>		
<b><i>Ocupación</i></b>		
Ama de casa	79	78.2
Cocinera	1	1.0
Comerciante	5	5.0
Empleada	10	10.0
Estudiante	3	3.0
Obrera	2	2.0
Secretaria	1	1.0
<b><i>Edad de inicio de vida sexual activa.</i></b>		
11-15 años.	30	29.7
16-20 años.	47	46.5
21-25 años.	20	19.8
26-30 años.	4	4.0
<b><i>Actividad sexual actual</i></b>		
Sí.	81	80.2
No.	20	19.8
<b><i>Cita del Papanicolaou</i></b>		
1a Vez.	17	16.8
Subsecuente.	84	83.2
<b><i>Número de hijos</i></b>		
0-3 hijos.	41	40.6
4-5 hijos.	41	40.6
6-8 hijos.	15	14.9
9-11 hijos.	4	4.0

**FUENTE:** Directa.

**TABLA 3.**  
**GRUPOS DE EDAD Y CITA DEL PAPANICOLAOU DE LAS MUJERES QUE ACUDIERON A LOS CENTROS DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN No. 1, DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE S.L.P., JUNIO 2007.**

n = 101

Grupos de edad	Cita del Papanicolaou		Total
	1a Vez	Subsecuente	
18-30 años.	12	20	32
31-40 años	4	36	40
41-50 años	1	18	19
51-61 años	0	10	10
Total	17	84	101

p = .002

FUENTE: Directa.

**TABLA 4.**  
**ESTADO CIVIL Y CITA DEL PAPANICOLAOU DE LAS MUJERES QUE ACUDIERON A LOS CENTROS DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN No. 1, DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE S.L.P., JUNIO 2007.**

n = 101

Estado Civil	Cita del Papanicolaou		Total
	1a Vez	Subsecuente	
Soltera.	6	7	13
Unión libre.	2	22	24
Casada.	7	50	57
Separada.	1	2	3
Divorciada.	0	1	1
Viuda.	1	2	3
Total	17	84	101

p = .043

FUENTE: Directa.

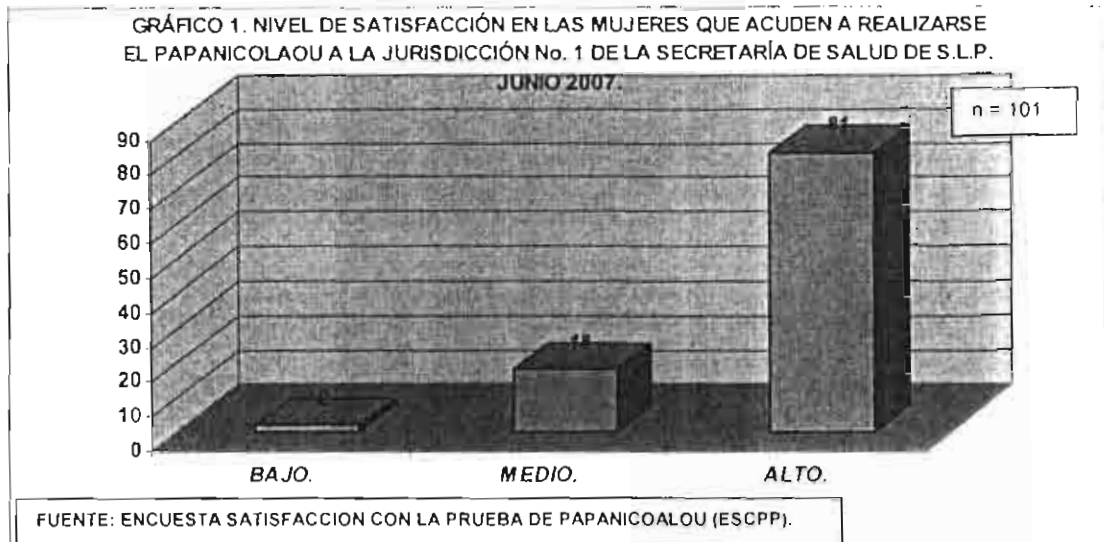


TABLA 5.  
NIVEL DE SATISFACCIÓN POR INDICADORES EN LAS MUJERES QUE ACUDIERON A REALIZARSE EL PAPANICOLAOU A LA JURISDICCIÓN No. 1 DE LA SECRETRÍA DE SALUD DE S.L.P., JUNIO 2007.

n = 101

Nivel de Satisfacción	No.	%
<i>Tiempo de espera.</i>		
BAJO	12	11.9
MEDIO	22	21.8
ALTO	67	66.3
<i>Información completa, veraz, oportuna y entendible.</i>		
BAJO.	8	7.9
MEDIO.	14	13.9
ALTO.	79	78.2
<i>Trato adecuado.</i>		
BAJO.	3	3.0
MEDIO.	10	9.9
ALTO.	88	87.1
<i>Accesibilidad.</i>		
BAJO.	4	4.0
MEDIO.	16	15.8
ALTO.	81	80.2

FUENTE: DIRECTA (ESCPP).



**TABLA 7.**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN Y USO DEL PAPANICOLAOU EN LAS MUJERES QUE ACUDIERON AL PAPANICOLAOU EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN No. 1 DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE S.L.P JUNIO 2007.**

n = 101

Nivel de satisfacción	Uso del servicio	
	<i>Inadecuado</i>	<i>Adecuado</i>
BAJO.	1	1
MEDIO.	6	12
ALTO.	31	50
		p = .867

FUENTE: DIRECTA (EUPP Y ESCPP).

**TABLA 8.**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN Y USO DEL PAPANICOLAOU POR INDICADORES EN LAS MUJERES QUE ACUDIERON AL PAPANICOLAOU EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN No. 1 DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE S.L.P JUNIO 2007.**

n = 101

Nivel de satisfacción.	Uso del Papanicolaou.	
	<i>Inadecuado.</i>	<i>Adecuado.</i>
	<i>Conocimientos generales del CaCU.</i>	
<i>BAJO.</i>	0	2
<i>MEDIO.</i>	3	15
<i>ALTO.</i>	21	60
		p = .514
	<i>Conocimientos de la Prueba de Papanicolaou.</i>	
<i>BAJO.</i>	2	0
<i>MEDIO.</i>	10	8
<i>ALTO.</i>	37	44
		p = .254
	<i>Accesibilidad.</i>	
<i>BAJO.</i>	0	2
<i>MEDIO.</i>	9	9
<i>ALTO.</i>	24	57
		p = .152

FUENTE: DIRECTA (EUPP Y ESCPP).

## VIII. DISCUSIÓN

## VIII. DISCUSIÓN

Dentro del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino, se señala la evaluación de la calidad de la atención, en él se aborda el nivel de satisfacción de las usuarias que acuden a realizarse el Papanicolaou, ya que la satisfacción del cliente se ha tomado en los sistemas de la gestión de la calidad, como uno de los indicadores para evaluar la calidad de la atención médica. Por ello, es importante elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, de manera que puedan ser percibidos claramente por la población en general.

Es fundamental evaluar la satisfacción de las usuarias, ya que se asocia con los servicios proporcionados, además, las usuarias satisfechas suelen tener más incentivos para hacer uso de los servicios y adherirse a los tratamientos prescritos.

El personal de enfermería tiene una presencia importante en la implementación del programa de DOCACU, ya que es quien comúnmente realiza el Papanicolaou y la encargada de llevar a cabo las acciones de promoción y educación para la salud, además; es de los integrantes del equipo de salud, la primera con la que la usuaria tiene el contacto, por lo que es esencial que se involucre en acciones dirigidas a la calidad.

La discusión de este estudio se realiza en base a la pregunta de investigación, objetivos, hipótesis y antecedentes científicos del problema. Además; se organiza con base a los siguientes apartados: Datos sociodemográficos, y la relación entre las variables de estudio como el uso de la prueba de Papanicolaou y la satisfacción de la usuaria.

### ***Datos sociodemográficos.***

Las mujeres encuestadas en éste estudio pertenecen a los 13 Centros de Salud urbanos que componen a la Jurisdicción No. 1 de la Secretaria de Salud de San Luis Potosí. La edad de las mismas es de 18 hasta 61 años; el grupo de edad de 31-40 años fue el más frecuente, seguido por los grupos de 18-30 años, 41-50 años y el de 51-61 años, respectivamente. Esto coincide con un estudio realizado en Madrid en 2002<sup>30</sup>, en donde un factor relacionado con el uso de la prueba es la edad, de manera que las mujeres de mayor edad se realizan menos la citología que las mujeres jóvenes.

Sin embargo, hay otros estudios como el de Escandón Romero<sup>31</sup> y cols. mencionan que las mujeres menores de 35 años son las que menos se realizan la detección. No obstante es importante señalar que el CACU esta atacando cada vez a mujeres más jóvenes, e incluso hay presencia de displasias severas en mujeres menores de 25 años. Farfán y Barrón<sup>32</sup>, mencionan que el cáncer *in situ* se presenta de manera significativa entre los 30 a 39 años de edad y el carcinoma invasor después de los 40 años. En función de lo anterior y de acuerdo con los resultados de este estudio es importante que los servicios de salud promuevan entre las mujeres más jóvenes con vida sexual activa, el uso del Papanicolaou, en virtud de que las rápidas transformaciones sociales y culturales han llevado a que la juventud inicie su actividad sexual de manera más temprana y como consecuencia están expuestos a contraer una enfermedad de transmisión sexual, como lo es el virus del papiloma humano causante de esta enfermedad en la mujer.

En este estudio las mujeres de mayor edad participan menos en la realización del Papanicolaou, este resultado contrasta con un estudio realizado por Bonelli y Branca en Europa<sup>33</sup> en donde se muestra que los países desarrollados, el incremento de la edad es la barrera más importante para participar en los

programas de Papanicolaou, de igual forma en otra investigación realizada por Lazcano y cols. en Morelos menciona que la prevalencia de uso del Pap se incrementó a la par con la edad<sup>34</sup>, de tal manera que deben realizarse grandes esfuerzos para involucrar a las mujeres mayores, especialmente por su elevado riesgo de adquirir CaCu.

En este estudio, más del 61% de las mujeres estudiadas tienen nivel de educación secundaria en adelante, con Licenciatura 5% de mujeres, de éstas últimas 1 es Lic. en Enfermería. Llama la atención que 4% de mujeres son analfabetas, por lo que uno de los factores de riesgo concomitantes que se reportan en la literatura científica es la escolaridad, ya que el CACU ha sido considerado como una enfermedad de la pobreza, en esta investigación la mayoría de las mujeres tienen secundaria en el nivel de escolaridad. Otro estudio<sup>35</sup>, revela que un factor determinante para el uso del Papanicolaou es la escolaridad elevada, estos resultados son muy relevantes si se toma en cuenta lo que reporta el INEGI para el 2000, en donde 66.3% de todas las defunciones en ese año fueron de mujeres analfabetas o con algún nivel básico de instrucción<sup>36</sup>. Para la administración del servicio de medicina preventiva, es muy importante esta información ya que al saber las características de las mujeres que hacen uso de su servicio pueden diseñar estrategias de promoción más específicas y más acordes con el nivel educativo de la población, de esta manera podrían incrementar la demanda del servicio.

En el presente estudio la mayoría de las mujeres tienen algún tipo de acceso a los servicios de salud, el más frecuente es el seguro popular, un grupo cuenta con la seguridad social (IMSS e ISSSTE), sin embargo, hay otro grupo importante de mujeres que refieren no tener ningún tipo de derechohabiencia, ni forma de acceso a los servicios de salud. De acuerdo con Lazcano y cols<sup>37</sup> la derechohabiencia o el acceso al algún tipo de sistema de salud es muy importante para el uso del mismo, ya que se menciona que el nivel de escolaridad,

conocimiento de la utilidad de la prueba de Papanicolaou y en especial la derechohabencia se identificó como factor de riesgo para la utilización de la prueba de Papanicolaou. Asimismo, dentro de los hallazgos de éste estudio, se mostró que la barrera principal para no acudir a la DOC fue el carecer de seguro médico<sup>38</sup>, este resultado es muy relevante ya que ningún sistema tiene el control de salud de esas mujeres especialmente en lo que se refiere a la realización periódica del Papanicolaou.

La edad mínima de inicio de vida sexual activa (IVSA), fue de 11 años y la máxima 30, un promedio de 18 años; mediana de 17, moda de 15 y desviación estándar de  $\pm 4$  años. La edad de inicio de vida sexual activa más frecuente se observa en el grupo de edad de 16-20 años, seguida por el grupo de 11-15 años, 81% tienen actualmente relaciones sexuales, muy similar a un estudio de Lazcano<sup>39</sup>, estos datos llaman la atención por que es uno de los principales factores de riesgo para el CaCu, por el prolongado tiempo de exposición al virus del papiloma humano.

En este estudio, 17% de mujeres acudieron al Papanicolaou por 1ª vez, las cuales tienen 26.7 años en promedio, ésta última cifra resulta alarmante si se toma en cuenta que la edad promedio de IVSA es de 18 años, es decir; 17% de las mujeres encuestadas tardaron 9 años generalmente en realizarse el Papanicolaou por 1ª vez, mientras 83% acudieron de manera subsecuente, este grupo tienen 37.4 años en promedio, esto lleva a pensar en el periodo de exposición, por la falta de protección en esos años en las que se pueden relacionar con múltiples parejas sexuales, con la posibilidad de adquirir el VPH, y con ello lesiones precancerosas, factores que serían prevenibles si se inicia con el Pap en un tiempo razonable al inicio de la actividad sexual. Los grupos de edad se relacionan con la cita del Pap ( $p = .002$ ), porque las mujeres que más se presentaron a realizarse el Pap por primera vez, fueron las más jóvenes, pero ninguna mujer mayor asistió en este estudio; y las que más acudieron de manera subsecuente, fueron las de 31 a 40 años; y asistieron menos las de 51 a 61 años, tal vez las

mujeres jóvenes cuentan con mayor información proporcionada por los medios, que las mayores, quizá sea por los factores culturales de éstas últimas, es por esta razón que se debe dar especial atención a las de este grupo de edad.

El estado civil está asociado a la cita del Papanicolaou ( $p=.043$ ), ya que las encuestadas que más se presentaron a realizarse el Pap por primera vez, fueron las casadas; quizás por saber que el tener relaciones las hace susceptibles al CaCu, y las que menos asistieron, fueron las divorciadas, viudas y separadas, probablemente porque como en la actualidad no tienen pareja consideran que no pueden presentar alguna anormalidad, lo que habla de la falta de conocimiento sobre los factores de riesgo. Por otro lado las que más acudieron de manera subsecuente, fueron también las casadas. Lo anterior es importante que lo consideren los servicios de salud, con la finalidad de aumentar la cobertura en la difusión de la información sobre las medidas preventivas contra esta enfermedad y los factores de riesgo, enfatizando a las mujeres que menciona la Norma Oficial Mexicana, es decir; a mujeres con inicio de vida sexual a edades tempranas (menores de 18 años), con múltiples parejas sexuales, multiparidad y el nunca antes haberse realizado el estudio citológico.<sup>40</sup>

De las mujeres encuestadas, la mayoría tuvieron de 0-3 hijos, seguidas por la que tuvieron de 6-8 hijos, esto llama la atención porque la multiparidad es un factor de riesgo muy importante para padecer CaCU, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994.

Los factores sociodemográficos, en especial la edad y el estado civil finalmente juegan un papel muy importante en el uso del Papanicolaou, porque las mujeres cada vez tienen relaciones sexuales más jóvenes, y esto representa el compromiso de promocionar la información sobre DOCACU a los grupos de edad más susceptibles, y el estado civil es determinante para el acudir al Pap, ya que no representa el mismo riesgo en las casadas, las solteras o en unión libre, por lo

que enfermería debe indagar minuciosamente dichas características en las usuarias de éste servicio, para identificar necesidades en las que éste profesional pueda intervenir de manera efectiva, siempre y cuando esté dentro de los alcances de éste.

### ***Nivel de Satisfacción de las usuarias de DOCACU.***

En éste estudio la satisfacción de las usuarias se obtuvo de la opinión de las mismas sobre los indicadores: Tiempo de Espera, información completa, veraz, oportuna y entendible, trato adecuado y la accesibilidad. Globalmente el nivel de satisfacción alto se evidenció de manera importante en los Centros de Salud. 65.3% espero más de 30 min, muy similar al estudio de Ramírez y López<sup>41</sup> que encontraron un 64% de la muestra esperó más de 30 minutos. Se tiene que recordar que las encuestas de opinión refieren que; los indicadores proporcionados para manifestar los usuarios su satisfacción de manera positiva son; tiempos de espera cortos, y de manera negativa; tiempos de espera prolongados. En éste estudio el nivel de satisfacción relacionado con el tiempo de espera se registró alto en 67% y bajo en 12% de las mujeres. Cabe mencionar que las mujeres conciben el Tiempo de Espera desde el momento que llegan al Centro de Salud hasta que se satisface su necesidad, y no como lo conceptualiza el indicador de la Cruzada Nacional por la Calidad: tiempo transcurrido desde la entrega de la ficha hasta la entrada al consultorio. Además, existen referencias de las mujeres en que la tardanza en la entrega de los resultados es muy largo y angustiante, una encuestada menciona que un familiar había muerto, debido a que cuando habían llegado los resultados su mamá ya se encontraba en fase terminal.

El indicador información completa, veraz, oportuna y entendible estuvo alto en la mayoría de las encuestadas. Sin embargo, aunque la mayoría de las mujeres están satisfechas refieren que se les enseñara más del Papanicolaou, se explique mejor el diagnóstico y que sea más entendible la información, las mujeres están



satisfechas con la información proporcionada, pero esta no reúne las características propias del indicador en cuanto a ser completa y entendible, ya que esta información llega a ser incompleta en cuanto a la periodicidad del Pap y los factores de riesgo, además de que todavía se llegan a utilizar términos muy técnico-científicos no adecuados para las características socioculturales de las usuarias, puesto que las mujeres pueden ser portadoras de información valiosa para sus congéneres y la debilidad de esa información puede representar un factor muy importante al momento de compartir la información.

En el presente estudio el trato tiene un alto nivel de satisfacción más elevado que lo encontrado por Guzmán y Ramos<sup>42</sup>, que lo encontraron en 61.1% de las mujeres. La mayoría de las mujeres está satisfecha con el trato, sin embargo, las encuestadas expresan que el procedimiento contemple por completo el respeto a su individualidad e intimidad, que sea menos doloroso, que el personal esté capacitado en las relaciones humanas, que el personal que realiza el procedimiento sea una mujer, igualdad en el trato entre seguro popular y población abierta. Estas son exigencias naturales, puesto que las mujeres, cada vez son más conscientes de sus derechos, puesto que han sido divulgados y ellas se empoderan de estos, por lo que se deben subsanar estas particularidades, ya que cada vez serán más demandantes por el conocimiento de sus derechos.

Es importante mencionar que las mujeres refieren respecto al lugar donde realizaron el Papanicolaou, que algunos consultorios tenían ventanas o biombos y que en algunos consultorios entraban y salían personas no relacionadas con el realizador de la citología y que estos de alguna manera agredía su intimidad, además que refieren sentir más confianza con una mujer tanto para comentar información muy delicada, como para realizarles el procedimiento, y esto también se refleja en la satisfacción de las usuarias.

Mientras en la accesibilidad, la mayoría de las participantes están satisfechas, a pesar de que para una minoría el Centro de Salud no lo consideran cercano a su casa, ya que esto es parte de la accesibilidad geográfica y organizativa. Siendo así, la satisfacción de la usuaria es clave para que éstas usen o continúen usando los servicios de salud, y tener una continuidad a largo plazo.

De acuerdo con William y Cuca<sup>43</sup>, se considera la satisfacción de la usuaria como un resultado clave de la calidad de la atención, así como un componente esencial de la continuidad. Por lo tanto, medir la satisfacción de la usuaria puede ser útil para evaluar ciertos aspectos de la calidad, y así mejorar perspectivas en la adherencia y continuidad al Papanicolaou.

### ***Uso de la prueba de Papanicolaou.***

El uso de la prueba de Papanicolaou, que en éste estudio se midió con los indicadores Conocimientos generales del CaCu, Conocimientos de la prueba de Papanicolaou y Accesibilidad.

En éste estudio, las mujeres tienen un conocimiento adecuado del CaCu y del Papanicolaou, excepto que no saben que la prueba detecta el cáncer, contrario a un estudio de grupos focales de Lazcano y Castro<sup>44</sup>, se destacó en primer lugar que no hay un conocimiento adecuado de la etiología del CaCu entre las encuestadas, también arrojó que un gran número de mujeres que no son usuarias del programa de DOCACU no conocen la existencia del Papanicolaou y que relativamente pocas mujeres sabían que esta prueba es útil para la detección oportuna de CaCu.

Cabe mencionar que 3% de mujeres mencionaron hacerse el Papanicolaou más de 2 veces al año, incluso una de ellas refiere hacérselo cada 2-3 meses porque una vez estuvo enferma de las vías urinarias, por lo que refleja desconocimiento de la utilidad de la prueba. Por otro lado, es posible que este testimonio indique

una falta de conocimiento de la utilidad de la prueba. Un estudio realizado por Lazcano y cols., en el estado de Morelos demuestra que el conocimiento de la utilidad de la prueba de Papanicolaou se asocia estrechamente con el uso de la prueba.<sup>45</sup>

En cuanto a la accesibilidad (cercanía del Centro de Salud y horario de la prueba) en éste estudio para la mayoría de las mujeres es adecuado y de acuerdo con Hernández y Girón<sup>46</sup>, la accesibilidad geográfica y organizativa es un factor muy importante para el uso de la prueba de Papanicolaou, además el retraso en la entrega de los resultados, situación que mencionan las mujeres de este estudio en donde, refieren que tardan hasta 3 meses en conocer el resultado, y la espera desde su opinión, es angustiante.

De manera global en éste estudio el nivel de satisfacción no está asociado al uso de la prueba de Papanicolaou, ( $p = .867$ ). Esto lleva a pensar que se debe en próximas investigaciones ampliar más los indicadores para el uso de la prueba de Papanicolaou.

En cuanto a la asociación entre el indicador de los Conocimientos generales del CaCu y el nivel de satisfacción se mostró una  $p = .514$ , por lo que en este estudio, estos indicadores no están asociados en las mujeres que acudieron a realizarse el Papanicolaou.

Se debe hacer énfasis en los grupos de riesgo como mujeres menores de edad con vida sexual activa, con analfabetismo, con multiparidad, de 11 a 65 años; sobre la utilidad de la prueba de Papanicolaou y el CaCu. Realizar campañas continuas en todos los Centros de Salud, además de industrias, centros educativos y religiosos, competentes a cada unidad.

Todo esto lleva a pensar en características que deben tener los servicios que se proporcionan a las usuarias, por todos los que intervienen en su atención; con

óptimo nivel profesional para lograr los máximos beneficios, con los menores riesgos y al menor costo posible, de acuerdo con las características sociales imperantes en los contextos en donde se desarrolla, orientados a la satisfacción de las expectativas de las mujeres.

Por eso, para mantener la Calidad de los servicios de salud se hace necesaria una estandarización en la atención de la usuaria, o sea una metodología utilizada para lograr como resultado el mejor producto o servicio a ésta. Es inherente una serie de actividades a desarrollar mediante las cuales, cualquier persona responsable de la atención directa a la usuaria pueda realizar cada uno de los pasos en forma homogénea, con los criterios establecidos por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud para la medición uniforme y comparativa de sus indicadores. Ello podría significar que enfermería participe y se involucre como un líder que induzca al personal de salud a la persecución y consecución de la satisfacción de las usuarias como un fin. Por lo que es necesario un profesional de enfermería gestor, que sea capaz de trabajar en forma armónica con personas y organizaciones dentro y fuera del sistema de salud para satisfacer las necesidades de las usuarias, haciendo uso adecuado de los recursos de salud disponibles.

Esto implica que estos profesionales estén comprometidos en la mejora continua; por medio de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de los estándares de calidad para la satisfacción de los clientes o usuarios. Y que derivado de las evaluaciones continuas realice un análisis de la información de los resultados del monitoreo del Proceso de Atención en los Servicios de Salud. Para obtener un producto de la elección de un grupo operativo y directivo que trabaje en una área de oportunidad de mejora para ser desarrollada en un periodo determinado y que tenga como objetivo mejorar la calidad de la atención, mediante la corrección de los procesos.

## **IX. LIMITANTES**

## IX. LIMITANTES

### 9.1 Recursos humanos.

Encuestadores que aplicaran el instrumento.

### 9.2 Recursos materiales.

Insumos de oficina.

### 9.3 Recursos financieros.

Recursos económicos para el transporte, contratar encuestadores y solventar requerimientos referentes a papelería.

## **X. CONCLUSIONES**

## X. CONCLUSIONES

- La edad es un factor importante para el uso de la prueba de Papanicolaou, ya que las mujeres de 41-61 años fueron las que menos se lo realizaron.
- Las mujeres menores de 35 años son las que más se realizaron el Papanicolaou.
- 26 mujeres no cuentan con ningún tipo de derechohabencia, y el acceso a algún tipo de servicio es un factor importante para el uso de la prueba de Papanicolaou.
- Las mujeres en este estudio presentan un alto riesgo de presentar lesiones precancerosas de cérvix en virtud de que el promedio de inicio de vida sexual fue de 18 años.
- Las condición de la cita del pap (primera vez o subsecuente), depende de la edad y del estado civil de las mujeres
- El nivel de satisfacción con la realización de la prueba de pap es alto, así como con el trato adecuado, a pesar de ello, refieren que les agradaría mayor respeto a su individualidad e intimidad, que sea menos doloroso, que el profesional de la salud se capacite en relaciones humanas, que el personal femenino sea el que tome la muestra. igualdad en el trato entre seguro popular y población abierta.
- Para futuras investigaciones se recomienda estudiar la satisfacción de la usuaria con el papanicolaou desde un enfoque cualitativo.



- El tiempo de espera para la realización de la prueba de pap fue de más de 30 min.
- Las mujeres conciben el Tiempo de Espera desde el momento que llegan al Centro de Salud hasta que se satisface su necesidad, y no como lo conceptualiza el indicador de la Cruzada Nacional por la Calidad: tiempo transcurrido desde la entrega de la ficha hasta la entrada al consultorio.
- Las mujeres encuestadas necesitan que la información proporcionada a cada momento sea completa y en un lenguaje entendible, acorde a sus características socio-culturales.
- La mayoría de las mujeres consideran que su Centro de Salud, es accesible geográficamente.
- Existen debilidades en conocimiento sobre los factores de riesgo, la periodicidad de la prueba y los fines de ésta.
- Las usuarias refieren que la espera para los resultados es larga (3 meses).

## **XI. RECOMENDACIONES**

## XI. RECOMENDACIONES

### *Particulares:*

- Promover la prueba del Papanicolaou en las mujeres mayores de 40 años ya que son las que menos acuden al servicio.
- Identificar a las mujeres en edad fértil y con inicio de vida sexual temprana, para invitarlas a realizarse el papanicolaou por 1ª vez.
- Contemplar al máximo la individualidad e intimidad de la usuaria al momento de la realización del papanicolaou, sólo se encuentre personal realizador del procedimiento y evitar la entrada de personas durante el procedimiento.
- Promover la difusión de los factores de riesgo a toda la población femenina, y a todos sus niveles.
- Informar sobre la importancia del Programa de DOCACU a los grupos de edad más susceptibles, para que desde la adolescencia se tenga una cultura de salud fincada en el autocuidado, por lo que se debe fortalecer la promoción para la realización de la prueba sobre todo en los factores de riesgo.
- Se recomienda seguir evaluando la opinión de las usuarias para que sea un proceso constante y multidisciplinario.

### **Generales:**

- Fortalecer las actividades de educación para la salud especialmente en la difusión de los factores de riesgo para padecer CaCu, sobre la periodicidad correcta de la toma del Papanicolaou y la utilidad que ésta tiene.
- Elaborar planes de trabajo educativos en secundarias y preparatorias y detecciones en empresas y comunidad en general con la participación plena de enfermería promoviendo la importancia del DOCACU.
- Fortalecer los procesos de supervisión del procedimiento por parte de la administración de Enfermería.
- Evaluar los procesos en la atención de la usuaria desde su llegada hasta el término de su atención, para disminuir los costos, tiempos de espera y disponer de un espacio físico exclusivo por cada Centro de Salud, así como la repartición de fichas para la realización del papanicolaou.

## XII. BIBLIOGRAFÍA

## XI. BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Lazcano E, Revilla. "Actualidades sobre Cáncer Cérvico-Uterino". [Foro] México; 2006.
- <sup>2</sup> NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervico-uterino.
- <sup>3</sup> FCAECC. Globocan. 2002(2005).
- <sup>4</sup> Cruzada Nacional por la Calidad. 2005. p. 2-4 y 2-7.
- <sup>5</sup> Ruelas BE, Muñoz HO, Rojas OEC, Guillermo IL, Romero TMB et al. Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad. México: 2002.
- <sup>6</sup> Luengo MS, Van Den Eynde AM. Uso de la Mamografía y de la Citología de Papanicolaou para la Detección Precoz del Cáncer de Mama y Cérnix Uterino en España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2002.
- <sup>7</sup> Escandón CR, Benitez MGM, Navarrete JE, Vázquez JLM, Martínez OGM, Escobedo JDP. Epidemiología del cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Sal Pub Mex 1992; 34(6): 607-614.
- <sup>8</sup> *Ibid* 7.
- <sup>9</sup> Montoya F, Ramírez M, Morán M, Gallegos A, Flores M, Sánchez C et al. Detección de PVH tipos 16, 18, 35 y 58 en Cáncer Cervicouterino y lesiones escamosas intraepiteliales de Alto Grado en el Occidente de México: Correlación Clínico-Molecular. Ginecol Obstet Mex 2001; 69(4): 137-142.
- <sup>10</sup> Meneses GF, Lazcano PEC, Lino GM, Hernández AM, Lezana FMA, Nájera P, Sepúlveda AJ et al. Prevalencia de uso de la prueba de Papanicolau en mujeres de 15 a 49 años en México. Rev Inst Nac Can 1999; 45(1): 19-23.
- <sup>11</sup> *Ibid* 4.
- <sup>12</sup> Creel LC, Sass JC, Yinger NV. La calidad centrada en el cliente: perspectivas de los clientes y obstáculos para recibir atención. [En línea] 2001 [fecha de acceso 11 de enero de 2006]; Disponible en: [www.prb.org](http://www.prb.org).
- <sup>13</sup> Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Sal Pub Mex 1992; 34(1): 36-49.

- 
- <sup>14</sup> Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud. 2000.
- <sup>15</sup> Puentes RE, Gómez DO, Garrido LF. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev Panam Salud Pública*. 2006; 19(6): 394-402.
- <sup>16</sup> *Ibíd* 14.
- <sup>17</sup> Lacruz PC. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). *REV ESP PATOL* 2003; 36(1): 5-10.
- <sup>18</sup> Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Sal Pub Mex* 1993. 35(3): 238-247.
- <sup>19</sup> Donabedian A. Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. México: Perspectivas en Salud Pública; 1992.
- <sup>20</sup> *Ibíd* 18.
- <sup>21</sup> *Ibíd* 13.
- <sup>22</sup> Zurita B, Ramírez T. Opinión pública sobre el sistema salud en el 2000. [En línea] 2002 [fecha de acceso Octubre de 2006]; Disponible en: [www.google.com.mx](http://www.google.com.mx).
- <sup>23</sup> Stoner JAF, Freeman AE, Gilbert DR. Administración. 6a Ed. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.; 1995.
- <sup>24</sup> Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
- <sup>25</sup> *Ibíd* 5.
- <sup>26</sup> *Ibíd* 24.
- <sup>27</sup> Petracci M, Romero M, Ramos S. Calidad de la atención: Perspectivas de las Mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico-uterino. [En línea] 2002 [fecha de acceso Octubre de 2006]; Disponible en: [www.google.com.mx](http://www.google.com.mx).
- <sup>28</sup> *Ibíd* 6.
- <sup>29</sup> Nigenda G, Valdez R, Ávila L, Ruiz JA. Experiencias sobre posprogramas de atención a la mujer. Fundación Mexicana para la salud: México; 2002.

---

<sup>30</sup> Ibíd 6.

<sup>31</sup> Ibíd 7.

<sup>32</sup> Farfán MLC, Barrón TE, Jiménez DME, Vázquez ME, Ayala ASS. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. Rev Enferm IMSS 2004; 12(3): 123-130.

<sup>33</sup> Lazcano ECP, Moss S, Cruz AV, Alonso PR, Casares SQ, Martínez CJL, Hernández MA. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. Sal Pub Mex 1999. 41(4): 278-285.

<sup>34</sup> Ibíd 1.

<sup>35</sup> Ibíd 33.

<sup>36</sup> Gutiérrez ESO. Calidad de la toma de citologías cervicales y factores asociados en el personal de salud de la Secretaría de Salud de San Luis Potosí. Julio de 2006. tesis. Universidad de Guadalajara.

<sup>37</sup> Ibíd 3.

<sup>38</sup> Aguilar PJA, Leyva LAG, Angulo ND, Salinas A, Lazcano PEC. Cervical cancer screening: Knowledge of Pap smear benefits and utilization in Mexico. Rev Saúde Pública 2003; 37(1): 100-6.

<sup>39</sup> Ibíd 6.

<sup>40</sup> NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervico-uterino.

<sup>41</sup> Ramírez RO, López SA, Barragán SA, Arce AE. Satisfacción del usuario en una unidad de medicina familiar de una institución de seguridad social de la ciudad de México. Arch Med Fam 2005. 7(1): 22-26.

<sup>42</sup> Guzmán MA, Ramos CLF, Castañeda SO, Del Castillo SDL, Gómez AAV. Satisfacción de los Usuarios de una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44(1): 39-45.

<sup>43</sup> Williams T, Schutt AJ, Cuca Y. Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a través de encuestas de satisfacción de clientes. Pers Inter en Plan Fam 2001: 14-23.



---

<sup>44</sup> Lazcano PEC, Castro R, Allen B, Nájera P, Alonso RP, Hernández AM. Resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino.

<sup>45</sup> Ibid 34.

<sup>46</sup> Hernández HCl, Girón CJL, Correa ChAJ, Hernández LJA, Esquivel AA. Limitantes en la utilización del servicio de Medicina Preventiva para la DOC. Rev Enferm IMSS 2002; 10(1):7-10.

54

55

56

## **XIII. ANEXOS**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ.**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA.**  
 ENCUESTA USO DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.



Folio.

El objetivo de esta encuesta es conocer algunos aspectos relacionados con el uso de la prueba de Papanicolaou y su satisfacción con el procedimiento, con la finalidad de identificar algunas áreas de oportunidad en el servicio

Fecha: \_\_\_\_\_ 1.-Centro de Salud: \_\_\_\_\_

Lea las preguntas cuidadosamente a la usuaria y escriba la respuesta en las líneas destinadas para ello según corresponda. Es muy importante que si desconoce la respuesta escriba "no sé" y NO deje preguntas sin contestar.

**I.- DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS.**

- 2.-Edad: \_\_\_\_\_ 3.-Último grado de estudios: \_\_\_\_\_ 4.-EstadoCivil \_\_\_\_\_  
 5.-Religión: \_\_\_\_\_ 6.-Derechohabiencia: \_\_\_\_\_ 7.-Ocupación. \_\_\_\_\_  
 8.-Paridad: \_\_\_\_\_ 9.-Inicio de Vida Sexual Activa: \_\_\_\_\_ 10.-Actividad Sexual Actual: \_\_\_\_\_

Lea las preguntas cuidadosamente a la usuaria y marque la opción que consideró (sólo una), señalándolo en el recuadro de la derecha o escribiendo en las líneas destinadas para ello según corresponda. Es muy importante que si desconoce la respuesta marque la opción "no sé" y NO deje preguntas sin contestar.

**II.- USO DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.**

- 11.- ¿Qué es el CaCU?   
 1). Enfermedad que padecen los hombres.  
 2). Enfermedad contagiosa.  
 3). Es una enfermedad de transmisión sexual, relacionada directamente con el VPH  
 4). No sé.
- 12.- ¿Cuál es la importancia del CaCU?   
 1). Por su alta mortalidad masculina.  
 2). No se considera importante.  
 3). Por el desamparo de los hijos y los altos costos del tratamiento  
 4). No sé.
- 13.- ¿Cuáles son los principales riesgos para padecer CaCU   
 1). No tener hijos y no tener relaciones sexuales  
 2). Factores hereditarios y amamantar a los hijos  
 3). Nunca realizarse el Papanicolaou, tener de 25-64 años, relaciones antes de los 18 años, muchas parejas sexuales, haber tenido infecciones sexuales recurrentes, tabaquismo, no tomar ac. fólico y vits A, C y E  
 4). No sé.
- 14.- Mencione la forma de prevención más eficaz del CaCU   
 1). Abstinencia sexual.  
 2). Tener una sola pareja.  
 3). Realizarse el Papanicolaou periódicamente.  
 4). No sé
- 15.- ¿Cuándo debe iniciar con el 1er Papanicolaou   
 1). Cuando se tiene la 1ª menstruación.  
 2). Al casarse.  
 3). Al iniciar las relaciones sexuales.  
 4). No sé.
- 16.-¿Cada cuándo debe realizarse?   
 1). Cada que sienta molestias.  
 2). Cada que acude con el médico.

3). Se realiza 1 vez por año, por 2 años continuos, de ser negativos los resultados, se realiza hasta dentro de 3 años.

4). No sé.

17.- ¿Cuál es la importancia del Papanicolaou?

1). Por que sirve para detectar el CaMa

2). Porque previene la esterilidad

3). Porque con él se puede detectar a tiempo el CaCU

4). No sé.

18.- ¿Se ha realizado alguna vez el Papanicolaou en su vida?

1). Ninguna vez

2). Alguna vez.

3). No sé.

19.-Veces realizadas del Papanicolaou en su vida \_\_\_\_\_

20.- ¿El Centro de Salud está cerca de su casa? \_\_\_\_\_

21.- El horario ofrecido para la realización de su Papanicolaou, es adecuado para ud? \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ.**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA.**  
**ENCUESTA SATISFACCION CON LA PRUEBA DE PAPANICOALOU.**



Folio.

El objetivo de esta encuesta es conocer algunos aspectos relacionados con el uso de la prueba de Papanicolaou y su satisfacción con el procedimiento, con la finalidad de identificar algunas áreas de oportunidad en el servicio

En el siguiente cuadro hay una serie de afirmaciones, léalas a la usuaria y pídale que elija un número que mejor refleje su satisfacción y marque con una "X" en la opción seleccionada.

**I.- SATISFACCION DE LAS USUARIAS.**

22.- Tiempo de espera: \_\_\_\_\_

23.- Con el tiempo que esperó para pasar al Papanicolaou, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

24.- Con las respuestas a sus dudas, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

25.- Con respecto a lo entendible de la información proporcionada, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

26.- Con respecto a la información completa, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

27.- Con la información proporcionada antes de su Papanicolaou, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

28.- Con la información proporcionada durante su Papanicolaou, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

29.- Con la información proporcionada después de su Papanicolaou, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

30.- Con la amabilidad mostrada en su Papanicolaou, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

31.- Con el respeto mostrado a su intimidad, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

32.- Con la calidez en el trato dado, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

33.- Con respecto al lugar donde le realizaron su Papanicolaou, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

34.- En general con el trato recibido, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

35.- Con el horario de la prueba del Papanicolaou, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

36.- Con el tiempo que duró su Papanicolaou, se siente:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

37.- Si ud. se ha hecho anteriormente al Pap, cómo se siente con el tiempo transcurrido en la entrega de sus resultados:

INSATISFECHA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SATISFECHA
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

38.- Regresaría ud. a éste Centro de Salud a realizarse el Papanicolaou: \_\_\_\_\_

39.- ¿Qué cambiaría del servicio de Papanicolaou?

\_\_\_\_\_

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION