

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**



**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y
CIRUGIA:**

TEMA:

**Calidad del servicio de planificación familiar en el
Municipio Tuma - La Dalia, año 2007**

Autores:

Br.: Orlando Alí Chavarría Gutiérrez.

Br.: Claudia Johana Roque Briones.

Tutor:

Dr. Arnoldo Toruño

Departamento de Salud Pública

DEDICATORIA

A mis hijos: Josseling y Orlandito por ser la fuente de luz que me iluminan y motivan a seguir adelante.

A mi esposa Jasmina por su apoyo y comprensión.

A mi tía Yelva: por su apoyo incondicional tanto en mi carrera universitaria como en la culminación de trabajo monográfico.

A mi abuelita: Maria Gutiérrez por ese amor maternal que siempre me brinda.

A mi padre: Julio cesar Chavarria a quien en su memoria le agradezco por haberme enseñado el camino hacia el éxito.

Orlando Alí Chavarria Gutiérrez

A mi esposo Román flores por su apoyo incondicional hasta este momento.

A mi Madre Ángela Jerónima Briones Hernández por ser la impulsadora de mi éxito.

Claudia Johana Roque Briones

AGRADECIMIENTO

A Dios : nuestro creador por proporcionarnos toda la sabiduría y entendimiento necesario para culminar nuestra carrera universitaria.

A nuestro tutor: Doctor Arnoldo Toruño por todas las horas de dedicación y que con su conocimiento nos supo guiar hasta el final de este estudio.

RESUMEN

La calidad en planificación familiar significa ofrecer los mayores beneficios de salud con la menor cantidad de riesgos, a la mayor cantidad de personas, dado los recursos disponibles, que sean seguros y eficaces. Este estudio se realizó en 200 mujeres en edad fértil casadas o unidas y 40 usuarias del servicio de planificación familiar de municipio del Tuma La Dalia, departamento de Matagalpa, en el que se evaluó la calidad de atención del servicio de planificación familiar en relación a los recursos materiales y humanos, procesos constituyentes, conocimiento de la población y satisfacción de parte de las usuarias del servicio.

El interés de realizar este estudio fue investigar sobre un problema real, común y poco abordado en los trabajos investigativos, ya que no se encontraron estudios previos. En el cual esperamos que sus resultados sirvan de retroalimentación al personal de salud que labora en el servicio y a la vez fortalecer las debilidades y continuar mejorando para poder garantizar una atención integral de calidad.

El presente estudio es de tipo cualitativo, en el cual la unidad de análisis fueron las mujeres en edad fértil casadas o unidas y usuarias del servicio de planificación familiar, las cuales fueron captadas posterior a la consulta en el servicio de planificación familiar y en visitas domiciliarias. El instrumento aplicado fue encuesta con preguntas abiertas y cerradas, además de entrevistas a informantes claves (previa prueba piloto) para confirmar comprensión de dicho instrumento.

El personal se encuentra bien capacitado excepto en esterilización quirúrgica mediante minilaparatomía y DIU. Se cuenta con una cobertura muy buena.

Las usuarias se encuentran satisfechas con la atención recibida aunque sugieren mejorar algunos aspectos como: recibir mejor información acerca de los métodos, mas privacidad y que mejoren la limpieza del centro.

Las mujeres están informadas de que existen métodos anticonceptivos eficaces, aunque desconocen algunos aspectos de su uso.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
INTRODUCCION_____	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	9
OBJETIVOS:	
GENERAL	
ESPECIFICO _____	10
MARCO TEORICO_____	11
DISEÑO METODOLOGICO_____	26
RESULTADOS_____	28
DISCUSION_____	38
CONCLUSIONES_____	40
RECOMENDACIONES_____	41
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA_____	42
ANEXOS_____	44

1. INTRODUCCIÓN

La Planificación Familiar es considerada un derecho humano desde 1974, cuando la Conferencia Mundial de Población, celebrada en Bucarest, declaró que: "Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos.". Esta disposición ha sido ratificada en varias convenciones y conferencias internacionales en los campos de derechos humanos y de la mujer: En diciembre de 1979, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; en 1984, en ciudad de México, en la Conferencia internacional sobre Población; en 1985, en Nairobi, en la tercera conferencia sobre la mujer; en 1989, en Ámsterdam, en el Foro Internacional sobre Población en el siglo XXI; en Viena, en 1993, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, y en 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo.(1)

La Planificación Familiar es una forma de salvar vidas. En estudios realizados a partir de los años 70 en Asia, África, América Latina y Medio Oriente, se demostró que existe una relación entre planificación familiar y salud materno infantil. Estimaciones basadas en la encuesta mundial de fecundidad indican que si todas las mujeres que han manifestado deseos de no tener más hijos recurrieran a la anticoncepción, se podrían evitar el 29% de las muertes maternas en países desarrollados y el 94% de muertes maternas en América Latina, al disminuir los partos en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años; al espaciar los nacimientos, pues ayuda a asegurar el amamantamiento adecuado y mejor cuidado a los bebés, mejor educación y empleo, fomenta el crecimiento más lento de la población, al descender la fecundidad, lo que facilita el desarrollo social y económico; ayuda a proteger el medio ambiente, posibilitando la conservación de la pureza del agua y el aire, ya que disminuye la demanda, se conserva la tierra arable y se limita la contaminación. Algunos métodos de planificación familiar evitan las infecciones de transmisión sexual.(2)

Hay pocos estudios sobre la calidad del servicio de planificación familiar en el país. La evaluación de su calidad puede hacerse sólo parcialmente, a partir principalmente de la información obtenida en las encuestas nacionales de salud

(Encuesta de Salud Familiar, de 1992-93, ENDESA 98 y ENDESA 2001). En general, la información disponible muestra que la cobertura del servicio de planificación familiar ha venido aumentando progresivamente, y que las mujeres en las áreas rurales se encuentran en clara desventaja en comparación con sus pares del área urbana. También muestran que en el Norte del país, en las regiones del Atlántico y en el Departamento de Río San Juan los problemas relativos a la planificación familiar son bastante mayores que en la zona del Pacífico. Estas encuestas no ofrecen información por municipios, sino sólo por departamentos. (3)

En estudios nacionales en 1992, Pro Familia llevo a cabo la encuesta sobre salud reproductiva familiar con una población de 7150 mujeres en edad fértil mostrando que estaban usando métodos modernos (esterilización, píldora, DIU) también se mostró la limitación de la participación de los hombres en la anticoncepción. (4)

También la Family Health Internacional (FHI) 2006 a petición de USAID/ Nicaragua, llevo a cabo una evaluación de programas seleccionado de salud reproductiva con el propósito de mejorar la salud reproductiva y hacer sugerencias con miras de fortalecer o rediseñar este programa. (5)

existen otros estudios sobre la calidad de la planificación familiar en Nicaragua en los cuales se tienen datos demográficos y problemas de salud reproductiva donde se realizan sugerencias para mejorar, como es la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006-2007 (ENDESA) .(5)

En el Municipio de El Tuma-La Dalia, como en el resto de población rural dispersa del país, la planificación reviste particular importancia. En estas zonas persiste un patrón de fecundidad muy desfavorable en comparación con la zona del Pacífico, con elevada fecundidad, alta frecuencia de embarazos en adolescentes, e intervalos íntergenésico más cortos. Es una de las pocas estrategias útiles para reducir la mortalidad materna en estas zonas de pobre acceso a los servicios de salud. (2) Derivado de lo anterior, y en vista del compromiso del Ministerio de Salud de ofrecer servicios de salud de calidad, surge la necesidad de examinar el trabajo que en este campo vienen realizando las unidades de salud. (6)

El servicio de planificación familiar que desarrollan las unidades de salud del

Municipio de El Tuma-La Dalia, no ha sido evaluado hasta ahora. Por lo que esperamos que los resultados de este estudio contribuyan al personal medico y de enfermería que laboran en dicho servicio, a fortalecer las debilidades y continuar mejorando para garantizar una atención integral de calidad.(7)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Con qué calidad se está desarrollando el servicio de planificación familiar en El municipio del Tuma-La Dalia?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la calidad del servicio de planificación familiar en el Municipio de Tuma-La Dalia

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Se pretende valorar los siguientes aspectos del servicio de planificación familiar:

1. Adecuación de los recursos materiales y humanos disponibles.
2. Adecuación de los procesos constituyentes del servicio.
3. Resultados, en términos de aprendizaje de la población y de satisfacción de las usuarias externas.

4. MARCO TEÓRICO

La atención de buena calidad atrae, satisface y retiene a los usuarios al ofrecer servicios sanitarios, información y apoyo emocional que necesita para alcanzar sus metas reproductivas.(8)

Una revisión de programas viene motivada por la preocupación por el bienestar de unos pacientes, una comunidad o una población específica a los cuales se está prestando cuidados, y evalúa precisamente la atención que se le presta. Puede centrarse en un programa en particular. Puede asimismo evaluar un servicio sanitario específico, una parte o un aspecto de un servicio, o incluso el trabajo de un profesional individual. Programa como cualquier empresa organizada para eliminar o reducir uno o más problemas. A nivel mundial se están realizando evaluaciones de los distintos servicios en salud que ofrecen programas y subprogramas, adecuadamente y apoyarlo cuando este tiene problemas o decide cambiar de método. (9)

Según el sistema de vigilancia de la mortalidad materna de Nicaragua, en 1995 la tasa de mortalidad materna fue de 156/100,000 nacidos vivos, manteniéndose un subregistro de un 50%.(10)

El movimiento de calidad en la planificación familiar es joven y sus métodos aun están en las etapas de desarrollo. El movimiento de calidad es amplio diverso y evolutivo sin embargo ya se cuenta con suficiente conocimiento y experiencia como para que los profesionales de salud y gerentes en cada nivel puedan mejorar la calidad de los servicios. La calidad en planificación familiar significa ofrecer los mayores beneficios de salud con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles que sean seguros y eficaces y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarca las expectativas; la calidad de atención consiste en el desempeño adecuado (según los estándares) de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición. (6)

La Norma de Planificación Familiar de Nicaragua, de 1997, describe las disposiciones generales y sus especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye la selección y aplicación de métodos anticonceptivos, destacando los elementos de promoción, información, orientación y consejería.(11)

Las actividades en el área de la salud, y dentro de ella los servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias objeto de actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de la población nicaragüense.(9)

4.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD:

Como no es posible precisar un concepto unívoco de calidad, resulta imperativo definir, en toda labor evaluativo, una noción de calidad que debe, en consonancia con los parámetros de referencia, examinar la coherencia del programa. (12)

4.1ª Existen muchas definiciones de calidad:

La calidad: es la necesidad de cambiar la forma de cómo hacer el trabajo de manera de alcanzar, en los tiempos actuales, un punto óptimo de eficiencia y productividad. Se puede definir como el rendimiento del programa que da como resultado satisfacción del paciente. (13)

La calidad: son todas las características o cualidades de un producto o servicio que el cliente o usuario requiere. Es el punto en el cual el desempeño real cumple con los criterios previamente establecidos para un buen desempeño. (12)

La definición del concepto de calidad por la OMS/OPS, incluye: (4)

Alto grado de satisfacción de los usuarios, Impacto positivo en la salud de los usuarios, Mínimo riesgo para los usuarios, Alto nivel de excelencia profesional del personal, Uso eficiente de los recursos de la institución.

Los elementos que influyen en la ausencia de calidad son:

Poca asignación presupuestaria, Falta de suministros, Falta de equipos.
Bajas remuneraciones, Desmotivación del personal, Baja cobertura y productividad de los programas, Bajo rendimiento, Calidad deficiente, Insatisfacción de los usuarios. (4)

Algunos elementos claves de la calidad se resumen aquí:(13)

La calidad empieza con la educación y termina con la educación.

El primer paso en la calidad es conocer las necesidades de la población.

El estado ideal del control de calidad ocurre cuando ésta ya se ha alcanzado y por lo tanto no es necesaria la inspección.

Cuando se detecta un problema que involucre el buen funcionamiento del programa se debe investigar a fondo la causa raíz y no resolver únicamente los síntomas.

El control de calidad es responsabilidad de todos los trabajadores en todas las divisiones.

No se debe confundir los medios con los objetivos. Dicho en otras palabras, para alcanzar un objetivo planteado se debe seguir los procedimientos preestablecidos. Se debe poner la calidad en primer término y dirigir su vista a las utilidades a largo plazo.

Los responsables del programa no deben mostrar enfado cuando sus subordinados les presenten hechos, problemas ó fallas en el programa.

El 95% de los problemas de una empresa se pueden resolver con simples herramientas de análisis y de solución de problemas.

Calidad significa conformidad con las necesidades y no elegancia.

4.2 ESTUDIOS EVALUATIVOS:

Los estudios evaluativos son los que disciernen acerca del valor de la atención de salud, se realizan para medir como es de buena la asistencia. Son fundamentalmente de dos tipos, revisiones y ensayos. (9)

Un rasgo esencial de una revisión de programas es que los hallazgos deben

resultar útiles a cualquiera que fuese quien toma las decisiones sobre ese servicio o programa concreto. Dichas asunciones sobre las que se basa el programa no son necesariamente cuestionadas o puestas a prueba. Si se hace la valoración con rapidez, puede avisar a tiempo de las inadecuaciones detectadas, proporcionando bases actualizadas para la toma de decisiones. (14)

Es importante distinguir entre revisiones de programas y ensayos de programas, puesto que las cuestiones que se plantean y los métodos que utilizan son diferentes. En las primeras no se cuestionan las asunciones básicas, por lo que no hacen falta tests que pongan a prueba de modo definitivo hipótesis de causa-efecto; resulta derrochador e incluso puede ir en contra del estudio el usar técnicas excesivamente rigurosas. (15)

Un programa de este tipo incluye demostrar las necesidades de las mejoras, identificar proyectos específicos para la mejora, organizar el apoyo para los proyectos, diagnosticar las causas, dar remedios para las causas, demostrar que los remedios son efectivos bajo las condiciones de operación y proporcionar el control para mantener las mejoras.(9)

4.3 PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

MISION INSTITUCIONAL: El MINSa es la institución del gobierno de Nicaragua que ejerce la rectoría del sector con el cumplimiento de políticas, planes, programas y proyectos, garantizando la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en forma general, con la participación de la sociedad civil a fin de mejorar el estado de salud de las personas, las familias y la comunidad, garantizando calidad y equidad de salud. (9)

VISION: El MINSa para el año 2000, como ente rector ejercerá el liderazgo sectorial, como una efectiva participación de la sociedad civil y clara separación de funciones, de financiar y proveer los servicios, asegurando a la población nicaragüense el acceso y libre elección de proveedores.

El MINSa en el marco de las reformas del sector en 1990, procede a la creación

de los SILAIS, y en 1993 se establecen las Políticas Nacionales de Salud, dentro de las cuales se menciona:

Promover acciones sobre las causas que afectan la salud de la mujer, con enfoque de género, el auto cuidado y la educación sexual.

Aumentar la cobertura de disposición de opciones para evitar embarazos no deseados y de planificación familiar, respetando la libertad individual y de la pareja. (9)

Fortalecer las acciones de salud reproductiva, planificación familiar y educación sexual, acompañadas de consejería orientadora.

El objetivo general de este programa es normar las actividades de planificación familiar, con el enfoque de salud reproductiva, de conformidad con las políticas y estrategias del MINSA, en un contexto de atención integral, basado en el enfoque de riesgo, la política de descentralización y la participación social y comunitaria, a fin de mejorar la calidad de vida y salud de la población nicaragüense.

Los objetivos específicos de la norma de planificación familiar son:

Estandarizar las acciones de planificación familiar en todas las unidades de salud, a fin de que la prestación de servicios en las instituciones públicas y en los centros alternativos y privados, sean realizados por recursos humanos técnicamente calificados y asegurarse de que el personal que suministra servicios de planificación familiar tenga la formación adecuada a su nivel de competencia que le permita, a través de la consejería y la educación en salud, ofrecer información oportuna y adecuada a los individuos, las parejas y la comunidad, sobre los diferentes métodos de planificación familiar además de promover la utilización libre de métodos de planificación familiar por las parejas y los individuos basada en la atención integral y con enfoque de riesgo, garantizando servicios seguros, y accesibles, con la confidencialidad que permita la selección, prescripción y aplicación del método más adecuado según sus necesidades, incluyendo los métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual y del VIH / SIDA. Reducir la incidencia de los embarazos en la adolescencia y postergar la edad de inicio de los mismos a través de una adecuada información, educación y acceso a los servicios de atención integral a la mujer.

Reducir la incidencia de abortos, de embarazos no deseados y de embarazos en grandes múltiparas y mujeres perimenospáusicas, a través de una adecuada información, educación y acceso a los servicios de planificación familiar.

Promover la participación activa de los hombres en las actividades de planificación familiar para que asuman con mayor responsabilidad su papel como pareja sexual y como padres, en la lucha contra la elevada mortalidad materna y contra las enfermedades de transmisión sexual además de mejorar la calidad de la atención brindada a través de los servicios de atención integral a la mujer.

La calidad de vida y la planificación familiar fueron establecidos como principios fundamentales, así como se afirmó el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas. Al posibilitar que la mujer evite los embarazos que representan un alto riesgo, la planificación familiar constituye un método sustancial para la salud materna.

En todo el mundo y en especial en los países en desarrollo más populosos, la adopción de prácticas de planificación familiar necesita amplios conocimientos y conciencia pública de los beneficios personales y sociales.

La oferta de métodos de planificación familiar que brinda el personal de las instituciones de salud, debe comprender las siguientes actividades: Promoción, Información, educación, comunicación, Consejería.

Selección y aplicación del método adecuado.

Asesoría sobre los beneficios o necesidad del cambio de método o retiro temporal o permanente del mismo. (9)

4.4 FUNCIONES DEL PERSONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL MINSA (9)

Responsable del servicio de atención integral a la mujer:

Planifica y programa la estrategia y actividades de planificación familiar con la participación del equipo de dirección de la unidad de salud, para el establecimiento de las metas correspondientes.

Promueve, asesora y participa en la capacitación específica del personal de la unidad.

Estimula y apoya al equipo de salud para la integración plena de las actividades de planificación familiar como parte del cuidado de la salud de la población.

Promueve, apoya y participa en las actividades de planificación familiar, incluyendo captación de personas usuarias, conserjería, educación sexual y prestación de servicios de planificación familiar tanto en la unidad de salud como en la comunidad.

Controla y verifica la localización y reincorporación de personas usuarias inasistentes al control periódico.

Controla el buen funcionamiento del sistema de logística para insumos anticonceptivos en toda su fase.

Elabora los informes estadísticos de prestación de servicios de planificación familiar.

Monitorea supervisa y evalúa en conjunto con el personal medico de enfermería y de auxiliares de enfermería de forma periódica el desarrollo del programa.

Responsable de enfermería:

Programa conjuntamente con el personal a su cargo las actividades de planificación familiar y evalúa su cumplimiento, Estimula, controla y supervisa las actividades del personal a su cargo, en el desarrollo de las estrategias operativas diseñadas para su unidad ,Monitorea y evalúa que se cumplan las metas fijadas en el servicio de planificación familiar para su unidad, Supervisa el desempeño de las actividades del personal a su cargo e identifica las necesidades de capacitación, seguimiento y asesoría, Estimula y controla en el personal a su cargo la realización de actividades de detección de riesgo reproductivo y embarazos de alto riesgo. Asigna periódicamente personal de enfermería para que participe en las actividades de consejería en planificación familiar. Orienta a los estudiantes de enfermería y al nuevo personal que ingresa acerca del cumplimiento de las normas de planificación familiar. Participa activamente en la planificación y ejecución de los programas de capacitación en planificación familiar del personal a su cargo, líderes comunales, parteras, brigadistas y población en general. Realiza y participa con el equipo de salud en las investigaciones que contribuyen a la solución de problemas de salud reproductiva. Conoce y analiza cobertura e indicadores de: Incidencia y prevalencia de mortalidad general y materna. Mujeres en edad fértil. Embarazos esperados de su área de influencia. Porcentaje de embarazadas que asisten al control prenatal, puerperal y reproductivo. Porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos. Mantiene actualizado el expediente clínico, tarjetero y cuaderno de registro. Asegura el abastecimiento de materiales y equipo de acuerdo a la programación y / o

necesidades de la atención integral. Programa las necesidades de equipo y materiales para la atención integral de enfermería.

Auxiliar de enfermería: según disponibilidad de recursos humanos: Participa activamente en acciones de consejería en planificación familiar. Reportan sobre circunstancias o eventos que deterioran el desarrollo normado del servicio de planificación familiar. Realizan el interrogatorio necesario para el llenado de la historia clínica. Presentan y explican los métodos anticonceptivos. Explican de forma sencilla y de manera específica el método anticonceptivo seleccionado por la persona usuaria. Realizan examen físico de acuerdo a su nivel (inspección, observación). Identifican los efectos colaterales del método anticonceptivo utilizado, expresado por la persona usuaria. Refiere a la usuaria para colocar y / o retirar el DIU. Registran en el expediente y en el tarjetero activo la visita y los procedimientos efectuados a las personas usuarias. Controlan a las personas usuarias a través de citas subsecuentes. Brindan consejería sobre: Educación sexual. Importancia del cumplimiento de las citas. Prevención del maltrato y de la violencia. Prevención del cáncer cervicouterino y de mama.

Médicas y médicos generales y en servicio social:

Deberán esforzarse por detectar y captar para el servicio de planificación familiar a las personas usuarias de servicios de salud que estén en situación de riesgo reproductivo, anotando en el expediente la aceptación o rechazo de las mismas. Brindan consejería a todas las personas usuarias que acepten su inclusión en el servicio. Participan con el personal a su cargo, con actitud docente, en la promoción y aplicación de métodos anticonceptivos. Vigilan la aplicación de los criterios de selección para cada método. Aplican y / o supervisan la adecuada inserción de DIU en aquellas usuarias que los han solicitado. Capacitan al personal a su cargo en la técnica de inserción del DIU. Se responsabilizan de la realización de la oclusión tubárica bilateral. Coordina y se responsabiliza por la adecuada prestación en consejería del personal de su servicio o unidad. Vigilan y se responsabilizan de que sean completados adecuadamente todos los sistemas de registros de planificación familiar, que incluyen principalmente los expedientes clínicos.

4.5 CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Llegar a una decisión sobre un método de planificación familiar y su uso implica ir paso a paso. Este proceso incluye conocimiento, sopesar las opciones, tomar decisiones y llevarlas a cabo. Por lo tanto, aconsejar a usuarios nuevos sobre la planificación familiar es normalmente también un proceso, puede constar de seis pasos, los cuales pueden recordarse con la palabra ACCEDA. (16)

A – Atender al usuario.

C – Conversar sobre su situación.

C – Comunicar cuáles son los métodos anticonceptivos.

E – Elegir un método apropiado.

D – Describir cómo se usa el método elegido.

A – Acordar la visita de seguimiento.

Para el desarrollo exitoso de las estrategias de planificación familiar es importante tomar en cuenta los siguientes aspectos: La organización adecuada de los servicios de planificación familiar en los establecimientos de salud a fin de garantizar el acceso a los servicios de anticoncepción. El funcionamiento adecuado del sistema logístico de insumos anticonceptivos. La dotación de insumos, materiales y equipos necesarios. La adecuada disponibilidad de recursos humanos. El desarrollo de acciones de información, educación y comunicación en planificación familiar.

4.6 METODOS ANTICONCEPTIVOS FEMENINOS (16)

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo ó una pareja en forma temporal o permanente, con el fin de evitar embarazos no deseados. Los métodos femeninos temporales son: Métodos naturales: son métodos para planificar o evitar los embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las fases fértil e infértil del ciclo menstrual de la mujer; está implícito en esta definición que no se utilizan fármacos, ni dispositivos, ni procedimientos quirúrgicos para evitar la concepción, que existe abstinencia del acto sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual y que el acto sexual, cuando ocurre, es completo.

Tipos de métodos naturales:

Método del ritmo, calendario, ó método de Ogino – Knaus, Método de temperatura corporal basal, o método térmico, Método del moco cervical, o de Billings, Método de la palpación cervical, Método sintotérmico, Método del collar.

Ventajas: No tienen efectos adversos en la salud de la mujer ni del hombre, Algunos no tienen ningún costo económico y otros lo tienen muy bajo. Promueven en mujeres y hombres el conocimiento de sus cuerpos y de sus funciones. Propician en mujeres y hombres el control directo de su capacidad reproductiva. Favorecen un mayor acercamiento y entendimiento en las parejas al compartir la responsabilidad de la procreación. Permiten a las personas que lo deseen, vivir en armonía con la naturaleza; de una manera ecologista, con énfasis en una vida saludable sin uso de ninguna tecnología.

Desventajas: Son menos eficaces que los otros métodos disponibles. Se necesita un cierto grado de alfabetización y educación formal. Requieren un tiempo prolongado de entrenamiento y supervisión para ponerlos en práctica. Hay muchos factores que pueden alterar el ritmo normal de los ciclos menstruales. Necesitan especial interpretación en situaciones especiales, como: Después del parto y durante el amamantamiento. En la pre – menopausia. En la adolescencia. Después de dejar la píldora.

4.6ª Métodos femeninos de barrera: son métodos anticonceptivos de uso temporal que evitan el paso del espermatozoide hacia el cuello del útero, de manera física o química. Métodos femeninos de barrera físicos: diafragma, capuchón cervical, condón femenino.

4.6b Métodos femeninos de barrera químicos: cremas, tabletas, esponjas, espumas, películas, jaleas, óvulos.

Ventajas: Contribuyen a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, el VIH y el SIDA. Son controlados por las usuarias, refuerza la autonomía de la mujer en su vida reproductiva. Ningún efecto colateral por hormonas. Ningún efecto sobre la leche materna.

Desventajas: El espermicida puede ocasionar irritación a la mujer o a su pareja,

especialmente si se usa varias veces al día. El espermicida puede provocar alguna reacción alérgica local (rara vez) en la mujer o en su pareja. Puede hacer que ocurran infecciones del tracto urinario con más frecuencia. Interrumpen la relación sexual si no se colocan con anterioridad. El tipo de espermicida que se derrite debe colocarse en la vagina por lo menos 10 minutos antes de que el hombre eyacule, pero no más de una hora antes. El uso del diafragma y del capuchón cervical requiere que un proveedor de planificación familiar mida el tamaño adecuado, lo cual implica pasar por examen pélvico.

4.6c Métodos mecánicos, Dispositivos Intrauterinos (DIU): Es por lo general un marco plástico pequeño y flexible, con frecuencia lleva un alambre de cobre ó mangas de cobre. Se inserta en el útero de la mujer a través de la vagina, tienen una ó dos cuerdas o hilos atados a ellos. Las cuerdas quedan colgando en el punto en que la apertura del cuello uterino se une con la vagina. La usuaria puede verificar si el DIU está en su lugar tocando estos hilos. Existen diferentes presentaciones: T de cobre, Tcu-380^a, MLCu-375 (Multiload), Nova T, Progestasert y LNG-20. (6)

Indicaciones: Mujeres en edad fértil con vida sexual activa que deseen un método efectivo y seguro. Mujeres que tengan contraindicaciones del uso de anticonceptivos hormonales.

Contraindicaciones absolutas: Embarazo ó sospecha de embarazo. Útero de histerometría menor a 6 cm. Patologías que deformen la cavidad uterina. Carcinoma del cuello o del cuerpo uterino Enfermedad inflamatoria pélvica activa. Corioamnionitis o infección puerperal activa. Endometritis. Alteración anatómica congénita del cuerpo y del cuello uterino. Hemorragias genitales de etiología desconocida. Alteraciones en la coagulación de la sangre. Citología del cuello de alto riesgo. Infección vaginal.

Contraindicaciones relativas: Nulípara. Retroversión uterina fija grado – III. Prácticas sexuales de riesgo. Dismenorrea severa. Anemia grave. Valvulopatía cardiaca con riesgo de endocarditis bacteriana. Expulsión previa. Antecedentes de embarazo ectópico. Hiperplasia endometrial. Ruptura prematura de membranas. Trabajo de parto prolongado.

4.6d Métodos hormonales femeninos: son sustancias o combinaciones de sustancias esteroideas (estrógenos y/o progestágenos) cuya administración o aplicación por diferentes vías evitan el embarazo.

Clasificación:

Hormonales orales: Combinados, Sólo progestágenos.

Ventajas: Son muy eficaces, fáciles de usar, reversibles, su uso es independiente del coito y da mayor tranquilidad al eliminar el riesgo de embarazo haciendo que disfruten más las relaciones sexuales. (Combinados) Son más fáciles de usar porque todas las pastillas son iguales. (Sólo progestágenos) Se pueden usar en diabéticos. (Sólo progestágenos) Tienen poco impacto sobre la función hepática. (Sólo progestágenos) No tienen efecto sobre la presión arterial y la coagulación. (Sólo progestágenos) Se pueden usar cuando la lactancia ya ha comenzado; la fertilidad retorna de inmediato al suspenderla. (Sólo progestágenos)

Desventajas: No se pueden usar durante la lactancia. (Combinados) Se requiere un suministro periódico de píldoras y estricta ingestión diaria. Una vez interrumpido el uso se puede recuperar la fertilidad más lentamente en unos 2 ó 3 meses. (Combinados) No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. (Combinados) No se recomienda su uso cuando no se garantiza la administración correcta. (Sólo progestágenos) Es menos eficaz que los hormonales orales combinados ó los DIU. (Sólo progestágenos) Son menos efectivos ya que la anovulación se presenta sólo en un 50% de los casos. (Sólo progestágenos) Suelen causar hemorragias irregulares. (Sólo progestágenos) Están menos disponibles en el MINSA y el comercio. (Sólo progestágenos) Deben usarse con precaución en caso de insuficiencia renal, cardiopatía isquémica y depresión nerviosa importante. (Sólo progestágenos) Hay mayor riesgo de que produzca quistes funcionales de ovario. (Sólo progestágenos) Hay mayor riesgo de embarazos ectópicos si se presenta la ovulación. (Sólo progestágenos)

Hormonales inyectables intramusculares

Mensuales:

Ventajas: Son fáciles de usar. Su uso es independiente del coito. No afecta la función gastrointestinal. Su uso es prolongado y de larga duración con lo cual se evita la administración diaria de hormona. Es reversible. Su uso es privado, solamente el médico y la usuaria comparten la información. Liberan una dosis más baja de hormona que los bimestrales y trimestrales. Mayor eficacia anticonceptiva por anovulación segura, mayor al 99%. Menor posibilidad de olvido. Gran aceptabilidad y altas tasas de continuación.

Desventajas: Pueden producir irregularidades menstruales y mayor sangrado menstrual. No se puede usar durante la lactancia. Puede haber aumento de peso. Se necesita la administración de una inyección intramuscular, lo que para algunas mujeres no es deseable. No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual ni contra el VIH/SIDA. Necesita mayor asesoramiento a la usuaria para garantizar la continuidad del método. Una vez administrado no se puede discontinuar hasta que pase el efecto de la dosis administrada. Trimestrales

Ventajas: No afecta la función gastrointestinal. Evitan el primer paso metabólico por el hígado, causando menos cambios metabólicos. Son altamente efectivos y de acción prolongada para 3 meses. No están relacionados con el coito. Ofrece privacidad a la usuaria, ya que no requiere mantener suministro en la casa. Para algunas mujeres la amenorrea prolongada puede ser deseable y aceptada como una ventaja. Disminuyen los cólicos, el dolor menstrual y el dolor ovulatorio. Se puede usar durante la lactancia ya establecida.

Si se usan durante el embarazo no sospechado, no causan malformaciones congénitas.

Desventajas: Irregularidades del ciclo menstrual, principalmente la amenorrea. Cuando se acaba la eficacia de la última inyección al cabo de 3 meses, la fertilidad se reanuda 2 a 6 meses después. No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual ni contra el VIH/SIDA.

4.6e Hormonales implantes subdérmicos:

No biodegradables (NORPLANT): es un conjunto de 6 pequeñas cápsulas plásticas, cada una tiene tamaño de un palillo de fósforo, se insertan debajo de la piel en la parte superior del brazo de la mujer. Contienen un progestágeno similar a la hormona natural producida por el cuerpo de la mujer. Liberan muy lentamente la hormona, de esta manera abastecen una dosis constante muy baja. No contienen ningún estrógeno. Pueden prevenir el embarazo por un mínimo de 5 años o por un tiempo más largo

Ventajas: Aumenta el gozo sexual porque no hay preocupación por el riesgo de embarazo. No hay necesidad de recordar nada. Es efectivo dentro de las 24 horas después de la inserción. La fertilidad regresa casi inmediatamente después de que las cápsulas se retiran. Puede ser usado por madres en etapa de lactancia a partir de las 6 semanas después del parto. Ayuda a prevenir la anemia por deficiencia de hierro. Ayuda a prevenir embarazos ectópicos. Puede ayudar a prevenir el Cáncer de endometrio.

Desventajas: Goteo leve o sangrado entre periodos menstruales. Sangrado prolongado. Amenorrea. Cefalea, mareo, nerviosismo, náuseas, acné, cambio de apetito, aumento de peso, pérdida del cabello o crecimiento de pelo en la cara. Aumento del tamaño de los ovarios o de los quistes de ovario.

Otros hormonales: Hormonales vaginales, Hormonales transdérmicos (ST-1435), Hormonales dispositivos intrauterinos. Métodos femeninos permanentes (Oclusión tubárica bilateral):

Indicaciones: Mujeres en edad fértil con vida sexual activa que deseen un método permanente en las siguientes condiciones: Paridad satisfecha y mayor de 30 años. Mujeres con 3 ó más hijos vivos a cualquier edad. Razones médicas.

Contraindicaciones absolutas: Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

Contraindicaciones relativas:

Embarazo o sospecha de embarazo. Discrasias sanguíneas no controladas. Anemia severa. Tumor pélvico sin diagnóstico conocido. Falta de movilidad uterina (adherencias). En el post – parto cuando el neonato presenta problemas de salud que comprometan su supervivencia.

4.7 METODOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS (16)

4.7a Métodos masculinos temporales:

Abstinencia. Coito interruptus. Método de barrera: condón o preservativo.

4.7b Métodos masculinos permanentes

Vasectomía: es un método anticonceptivo permanente para el hombre. Se trata de una operación simple que puede realizarse como un procedimiento ambulatorio. Consiste en cortar los conductos deferentes que llevan el espermatozoides hasta el pene. De esta forma el hombre produce líquido seminal sin espermatozoides, por lo que su compañera sexual no puede quedar embarazada. En condiciones habituales, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. Está indicado en hombres con fecundidad satisfecha y en aquellos casos que existen razones médicas. Las contraindicaciones absolutas son: criptorquidia, antecedentes de cirugía escrotal o testicular, historia de impotencia. Las contraindicaciones relativas son: infección en el área operatoria, hidrocele, varicocele, filariasis, hernia inguino-escrotal, enfermedades hemorrágicas, anemia grave.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio de evaluación de programas, basado en el uso de diferentes métodos y técnicas:

A. Encuesta en la comunidad.

- Tiene como finalidad determinar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, la fuente de los mismos, así como los conocimientos y las actitudes acerca de la planificación familiar. La población de estudio estuvo constituida por mujeres en edad fértil, casadas o unidas. Para la realización del estudio se tomaron cuatro comunidades: en El Tuma, Barrio Nuevo urbano, y Guapotal, rural, a 32 Km de El Tuma; en La Dalia, el barrio Linda Vista, urbano, y La Mora, rural, a 12 Km de La Dalia. Estas cuatro comunidades se tomaron por ser típicas de la zona. En cada comunidad se fueron haciendo visitas casa por casa, hasta completar 50 en cada una. El procedimiento de recolección de la información fue mediante entrevista, en base a un cuestionario, que se presenta en los anexos.

B. Entrevistas de salida a mujeres atendidas en el servicio de planificación familiar. Tuvo como finalidad obtener información sobre el grado de satisfacción de las usuarias del servicio. Fueron entrevistadas 40 mujeres, luego de ser atendidas por planificación familiar.

C. Revisión documental, para analizar estadísticas del servicio,

D. Observación, para obtener información sobre la infraestructura

E. Entrevistas a profundidad a informantes claves, tomando como tales a miembros del personal de salud, para conocer acerca de su capacitación, de su motivación, de sus valoraciones sobre la calidad del servicio y sobre los factores que afectan la misma.

Operacionalización de variable

variable	indicador
Adecuación de recursos.	<ul style="list-style-type: none">❖ Disponibilidad de métodos anticonceptivos.❖ Cantidad de recursos humanos asignados al servicio.❖ Grado de capacitación.
Adecuación de los procesos.	<ul style="list-style-type: none">❖ Proporción de usuarias que reciben los cuidados según normas.❖ Cobertura del servicio.❖ Proporción de usuarias que reciben información apropiada.
Resultados.	<ul style="list-style-type: none">❖ Proporción de mujeres que mencionan al menos tres métodos anticonceptivos modernos.❖ Grado de satisfacción de las usuarias con cada aspecto de la atención.

ÁREA DE ESTUDIO:

Es el municipio Tuma-La Dalia, ubicado al noreste del departamento de Matagalpa a 48 Km. del mismo. El municipio tiene asignada una población de aproximadamente: 64,781 habitantes de los cuales aproximadamente un 20.7% lo constituyen mujeres en edad fértil hay: 7 barrios, 108 comunidades, 5 Puestos de Salud.

El Centro de salud y puestos de salud cuentan con un Representante, y personal de apoyo: 8 médicos generales, 3 médicos en servicio social, 2 lic. De enfermería y 10 auxiliares de enfermería los cuales se involucran en el servicio de planificación familiar.(7)

RESULTADOS

A. Resultados de la encuesta en la comunidad, dirigida a mujeres en edad fértil casadas o unidas.

Cuadro 1: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas, según edad y escolaridad. Municipio del Tuma-La Dalia, 2007

Edad y escolaridad	Número	Porcentaje
Edad		
< 20	71.0	35.5
20 – 29	91.0	45.5
≥30	38.0	19.0
Escolaridad		
Ninguna	61.0	30.5
1 – 3 primaria	54.0	27.0
4 – 6 primaria	46.0	23.0
Secundaria o superior	39.0	19.5
Total	200	100

Cuadro 2: Porcentaje de mujeres que mencionan determinados métodos anticonceptivos, y de las que han oído hablar de ellos. Municipio de Tuma-La Dalia, 2007 (n=200)

Métodos	Mencionan	Han oído
Pastillas	96.0	99.5
Inyecciones	86.9	99.5
Condón	53.5	98.5
DIU	11.1	98.5
Retiro (coitos interruptus)	9.0	58.5
Ritmo	2.0	36.5
Esterilización femenina	3.5	96.0
Vasectomía	0.5	22.5

Cuadro 3: Porcentaje de mujeres que refieren haber recibido visitadass por personal de salud para hablarles de planificación familiar. Municipio de Tuma-La Dalia, 2007

Personal	Porcentaje (n=200)
Medico o enfermera	1.0
Brigadista o partera	7.0
Total	8.0

Cuadro 4: Distribución porcentual de las mujeres, según si están o no embarazadas. Municipio de Tuma-La Dalia, 2007

Situación actual	Porcentaje (n=200)
Embarazadas	10.5
No embarazadas	82.5
No saben	7.0
Total	100.0

Cuadro 5: Distribución de las mujeres no embarazadas, según sus deseos sobre un nuevo embarazo. Municipio de Tuma-La Dalia, 2007

Deseos sobre un embarazo	Porcentaje (n=165)
Desea embarazo pronto	4.3
Desea mas adelante	81.7
No desea más embarazos	14.0
Total	100.0

Cuadro 6: Porcentaje de mujeres que están usando algún método de planificación familiar. Municipio de Tuma-La Dalia, 2007

Métodos	Porcentaje (n=200)
Pastillas	17.0
Inyecciones	48.5
Condón	9.0
DIU	7.0
Retiro (coitos interruptus)	0.5
Ritmo	1.5
Esterilización femenina	2.5
Vasectomía	0.5
Total	86.5

Cuadro 7: Distribución porcentual de las mujeres, según lugares donde consiguen los métodos de planificación familiar. Municipio de Tuma-La Dalia, 2007

	Inyecciones (n=97)	Pastillas (n=34)	Condón (n=18)	DIU (n=14)
Centro o puesto de salud	48.5	29.4	11.1	92.9
Farmacia	22.7	32.4	61.1	0.0
Pulpería	0.0	11.8	16.7	0.0
Casa materna	21.6	0.0	0.0	0.0
Partera	0.0	14.7	0.0	0.0
Brigadista	3.1	5.9	0.0	0.0
Otro (Hospital, vendedores)	4.1	5.9	11.1	7.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Las 5 mujeres con esterilización quirúrgica fueron operadas en el Hospital

B. Resultados de entrevistas de salida

Cuadro 8: Distribución porcentual de usuarias del servicio de planificación familiar por edad, escolaridad, y tipo de asistencia, Municipio Tuma-La Dalia, 2007

	Número	Porcentaje
Edad		
< 20	14.0	35.9
20 – 29	17.0	41.0
≥30	9.0	23.1
Escolaridad		
Ninguna	13	32.5
1 – 3 primaria	14	35.0
4 – 6 primaria	7	17.5
Secundaria o superior	6	15.0
Total	40	100

De las 40 usuarias entrevistadas, 17 acudían por primera vez al servicio de planificación familiar, y 23 correspondían a vivitas subsecuentes

Cuadro 9: Distribución porcentual de las usuarias del servicio, según sus valoraciones sobre diferentes aspectos de la atención recibida. Municipio Tuma-La Dalia, 2007

Aspectos valorados	Valoraciones				Total (n=40)
	Muy buena	Buena	Regular	Mala	
Como le pareció la atención que le dieron	2.6	76.9	20.5	0.0	100.0
Que tan capacitada le pareció quien lo atendió	0.0	76.9	23.1	0.0	100.0
Como fue el trato que le dieron	2.6	79.5	17.9	0.0	100.0
Que tan clara fue la información	0.0	66.7	33.3	0.0	100.0
Que le pareció la privacidad	0.0	59.0	41.0	0.0	100.0
Que le pareció la limpieza	2.6	48.7	48.7	0.0	100.0
Que tanta comodidad tuvo	0.0	53.8	46.2	0.0	100.0

Cuadro 10: Distribución porcentual de las usuarias, según sus valoraciones del tiempo de espera. Municipio del Tuma-La Dalia, 2007

Valoración	Porcentaje (n=40)
Poco	61.5
Mucho	35.9
Demasiado	2.6
Total	100.0

Papel de las usuarias en la selección del método anticonceptivo

Todas las 40 mujeres entrevistadas dijeron que el método que estaban usando había sido seleccionado por ellas.

Valoración de la información recibida

Las 19 mujeres que usan pastillas como método anticonceptivo manifestaron que habían recibido información sobre la forma de tomarlas; sin embargo, todas coinciden en que no les explicaron qué hacer en caso de que se les olvidara tomarlas, ni sus posibles efectos secundarios.

De las 21 mujeres que usan anticonceptivos inyectables, todas ellas dijeron que les habían informado cada cuanto debían recibirlas, pero que ninguna había recibido información sobre efectos secundarios de las mismas,

Cuadro 12: Porcentaje de mujeres que ofrecieron determinadas recomendaciones para mejorar el servicio de planificación familiar, Municipio del Tuma-La Dalia, 2007

Recomendaciones	Porcentaje (n=40)
Que expliquen mejor los métodos.	15.4
Mas privacidad	10.3
Tener mas personal	5.1
Que limpien el centro de salud	2.6
Que se capaciten más para que expliquen mejor.	2.6

Nota: Algunas mujeres presentaban más de una recomendación

C. Resultados de entrevista a informantes claves

Calidad

No hay pleno consenso en la valoración general que hace el personal de salud sobre la calidad del servicio de planificación familiar. Algunos la catalogan como buena, en vista de que tienen personal capacitado y de que tratan de cumplir con los estándares de calidad establecidos por el MINSA, a lo que agregan una elevada demanda del servicio, pero otros señalan que hay problemas relativos a disponibilidad de recursos.

- *“La calidad es buena ya que existe personal capacitado en planificación familiar y con experiencia amplia”.*
- *“Se tratan de cumplir conforme las normas establecidas por el MINSA”.*
- *“Las usuarias desde su inicio de vida sexual activa solicitan el servicio”.*
- *“En muchas ocasiones no se puede dar una atención con calidad ya que hace falta recursos, el personal es poco y la demanda de pacientes es bastante”*

El personal considera que cumplen con las normas del servicio de planificación familiar, en cuanto a dejar que sean las mujeres las que deciden sobre el método a utilizar:

- *“Se respeta la opinión del paciente ya que este decide el método que utilizará”.*

Señalan que hay condiciones ajenas al servicio que afectan negativamente su marcha:

- *“Existen factores que limitan la calidad como los: socioculturales, económicos, abuso de autoridad por parte del marido”.*

Recursos

En cuanto a recursos humanos, se deduce claramente que hay problemas de capacitación del personal, al menos en relación a dos métodos anticonceptivos: el DIU y la esterilización por minilaparotomía. Por otro lado, algunos perciben que el personal es insuficiente

- *“Existe personal poco capacitado en algunos métodos como por ejemplo del DIU”.*
- *“Cuando el personal es nuevo, se encuentra con poca capacitación y experiencia”.*
- *“Tenemos en el centro de salud instrumental para la realización de minilap, pero no hay personal entrenado en la realización de esta”*
- (En relación al DIU) *“El equipo existe, pero no todos estamos capacitados para su inserción”.*
- *“Existe la limitante que en el puesto de salud sólo hay un recurso, y la demanda es amplia para todos los servicios”*
-

La capacitación en planificación familiar la reciben de parte del MINSA y de otras organizaciones. Algunos perciben que planificación familiar no es una prioridad:

- *“Nos brindan capacitación en varios temas de salud, pero a la planificación familiar, no le dan importancia, es por eso que tenemos algunas debilidades, como por ejemplo en inserción de DIU y minilap”*
- *“Algunas instituciones se encargan de darnos capacitaciones sobre planificación familiar como: CARE, IXCHEN, PROFAMILIA, el problema que no todo el personal es elegido para estas capacitaciones”.*

Sobre la disponibilidad de recursos materiales, hubo opiniones diferentes. Algunos la valoraban bien, mientras otros señalaban deficiencias.

- *“Nunca faltan los métodos”*
- *“Falta de algunos métodos anticonceptivos como los inyectables mensuales*

y algunos equipos”.

La esterilización mediante minilaparotomía está disponible sólo cuando llega un médico de Matagalpa a realizarlas pero tiene más de 12 meses que no asiste, o bien mediante referencia al hospital de esa ciudad.

Cobertura

La cobertura del servicio de planificación familiar es valorada como buena por el personal, y señalan como factores positivos para conseguirla las salidas a terreno, la labor educativa, información por la radio y el trabajo con los brigadistas y con otros sectores.

- *“Las salidas a terreno aumenta la cobertura ya que con esta se capta a mujeres que no pueden ir al centro de salud”.*
- *“Se realizan charlas educativas, distribución de volantes”.*
- *“La cobertura es bastante buena, ya que a las mujeres que no vienen a planificación familiar se les habla de la importancia de este por medio de programas radiales”.*
- *“La cobertura es buena ya que el MINSA está tratando de involucrar a otros sectores como Alcaldía, ONG, Ministerio de Educación, con el propósito de educar mejor a la población y poder llegar a los sectores menos accesibles”.*
- *“Se coordina con los brigadistas de cada comunidad, se les brindan charlas educativas para que ellos las transmitan en sus comunidades”.*

Sobre el funcionamiento de la estrategia de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMA), dijeron que funciona en algunas comunidades:

- *“Se trata de involucrar a la red comunitaria, aunque no en todas las comunidades existe, pero en las que tenemos ese apoyo, los estimulamos y les hacemos saber que es en beneficio de ellos mismos”.*

- *“No en todas las comunidades, pero en algunas existe el ECMA “.*

Aunque señalan que se realiza labor de información y educación durante la consulta y posterior al parto, y que cuentan con materiales educativos para este fin, perciben que deben fortalecer esta actividad

- *“Se da consejería antes o durante la consulta y posterior al parto”.*
- *“Se cuenta con rota folio y afiches para dar consejería en cada ambiente”*
- *“Hay que ampliar más los programas educativos”..*

El personal dice que considera importante la planificación familiar, pero que tienen limitaciones para concederle toda la atención que requiere:

- *“La planificación familiar es muy importante ya que ayuda a mejorar la situación socioeconómica de la población, el problema es que en nuestra unidad de salud atendemos todos los programas, por lo que le asignamos poco tiempo a las mujeres que acuden por planificación familiar”.*
- *“La satisfacción es buena ya que sabemos que mediante la planificación familiar, se evitan embarazos no deseados, muertes maternas y neonatales”.*

DISCUSION

Análisis de los recursos

El personal tiene dificultades en prestar la debida atención al servicio de planificación familiar por las múltiples tareas que deben de afrontar. En general, se sienten bien capacitados, excepto en lo relativo a dos métodos anticonceptivos: el DIU y la esterilización quirúrgica por minilaparotomía. Esta situación hace que el instrumental disponible para estos dos métodos esté relativamente subutilizado. Las minilaparotomías se realizan sólo cuando llega un médico de Matagalpa entrenado para realizarla, lo que no ha ocurrido en los últimos doce meses.

El centro de salud de La Dalia cuenta con la facilidad de tener un quirófano, donde se realizan las minilaparotomías.

La disponibilidad de métodos anticonceptivos es satisfactoria, al menos en relación a los más usados por la población. Los inyectables mensuales suelen estar disponibles con menor regularidad que la Depoprovera.

Adecuación de los procesos

La cobertura, valorada como buena por el personal de salud, fue encontrada como muy alta en la encuesta. En efecto, la prevaecía de uso actual de métodos anticonceptivos entre mujeres casadas o unidas fue de 86.5%, que es superior al promedio nacional encontrado en el 2001 (69%). Explicamos esta situación por la elevada prioridad que se ha concedido a esta zona por su elevada mortalidad materna y neonatal, y por la desnutrición infantil. Además del MINSA, han volcado su ayuda organismos no gubernamentales como CARE, IXTCHEN, Profamilia, Arco Iris, Acción Médica Cristiana, ODESAR y Save the Children.

El personal expresa que cumplen con la norma de que sean las mujeres quienes decidan el método anticonceptivo a utilizar, luego de ofrecerles información sobre las opciones disponibles.

Es evidente que las mujeres que desean la esterilización quirúrgica tienen dificultades para obtenerla.

Aprendizaje de la población, y grado de satisfacción con el servicio

Prácticamente todas las mujeres están al tanto de la existencia de métodos anticonceptivos eficaces. Al menos, han oído hablar de ellos. Es menor el conocimiento de métodos naturales. Estos resultados coinciden bastante con los datos reportados por ENDESA 2001.

Por otra parte, en general, las usuarias reflejan satisfacción con el servicio de planificación familiar: consideran que el personal es competente, que reciben buen trato y que el tiempo de espera para ser atendidas es razonable. No valoran tan bien la información que reciben, y algunas sugirieron mejorar este aspecto. La privacidad y la limpieza del centro tampoco recibieron una valoración muy alta.

CONCLUSIONES

Se puede decir que la calidad del servicio de planificación familiar en el municipio Tuma - La Dalia, sin ser excelente, se desarrolla de forma aceptable. El personal parece ser algo menor de lo necesario y están capacitados, excepto en relación a dos métodos anticonceptivos: la esterilización quirúrgica por minilaparotomía y el DIU. Una facilidad es la disponibilidad de un quirófano. La disponibilidad de los principales métodos anticonceptivos es buena, pero ocurren fallas en el abastecimiento de las inyecciones mensuales.

La cobertura encontrada en las cuatro comunidades estudiadas fue muy buena. Se ha conseguido mediante salidas a terreno, programas radiales, el trabajo de la red comunitaria y el involucramiento de otros sectores. Además del MINSA, participan diferentes ONGs, que pretenden así disminuir las muertes maternas, neonatales y la desnutrición infantil. Las mujeres que desean esterilización quirúrgica tienen dificultad para obtenerla, por la falta de capacitación ya mencionada.

Las mujeres entrevistadas dijeron que son ellas las que deciden sobre el método anticonceptivo a utilizar.

Las mujeres están informadas de la existencia de métodos anticonceptivos eficaces, pero desconocen algunas cosas importantes, como la conducta a seguir cuando han olvidado tomar una pastilla, o efectos secundarios de inyecciones y pastillas.

Las usuarias del servicio se encuentran satisfechas con la atención recibida, aunque no valoran muy bien la información recibida, la privacidad y la limpieza del centro, por lo que sugieren mejorar estos aspectos.

RECOMENDACIONES

Procurar que haya personal entrenado para la inserción correcta del DIU, así como para realizar la esterilización quirúrgica por minilaparotomía.

Mantener y fortalecer tanto las alianzas con ONGs como el fomento del papel de la red comunitaria.

Mejorar la calidad de las actividades de información, educación y comunicación, tanto a lo interno de las unidades de salud, como en las comunidades.

Revisar y superar debilidades en el abastecimiento de inyectables mensuales.

Revisar las sugerencias de algunas usuarias en el sentido de mejorar la limpieza de los locales y la privacidad durante la atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Preferencia de fecundidad y la demanda de planificación familiar (Endesa 2001)
2. Ushma D. Upadhyay, M.P.H., Y Bryant Robey, M.A. population Information Program. Julio of center for populatiation .The Johns Hopkins University School of Public Health Julio 1999 ediciones No.1, 5, 7,9,13.
3. INEC. Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2006; 2006-2007 (Endesa) [WWW.inec. Gob. ni. /Endesa /anteproyeendesa.pdf](http://WWW.inec.gob.ni/Endesa/anteproyeendesa.pdf).
4. PROSIM. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN DOS POBLACIONES DE NICARAGUA 1997- 1ra ed. Man. PROSIM, MINSA –GTZ 1999 74p N 613.19 SI 81.
5. La calidad de los servicios de planificación familiar en nicaragua. annual review. Law. hartar. edu/population/policies/NICARAGUA.htm.
6. Hatcher, R.A. et al. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore, Facultad de salud pública Bloomberg de Johns Hopkins, Programa de información en población. 1999.
7. Departamento de Estadísticas del Centro de Salud Tuma La Dalia. Informe estadístico, 2006-2007.
8. Perfiles de País Nicaragua: MINSA NICARAGUA 2000
9. Ministerio de Salud, Dirección general de atención integral a la mujer y a la niñez. Norma de Planificación Familiar. Editorial Somarriba. Managua, 1997.
10. INEC. Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2001 INEC (instituto nacional de estadísticas y censos. Managua, Nicaragua, octubre 2002.

11. PROSIM. Salud sexual y reproductiva en dos poblaciones de Nicaragua. Cuaderno 2, serie de estudios investigativos, 1997 PROSIM-Ministerio de Salud, Managua.
12. República de Nicaragua, MINSA, División de RRHH y Docencia, PROSIM – GTZ. *GERENCIA DE CALIDAD, Promoviendo una cultura de calidad en las instituciones de salud del primer nivel de atención*. Módulo de Autoaprendizaje. PROSIM – GTZ. Managua, Noviembre del 2001.
13. PROSIM. Promoviendo una cultura de calidad en las instituciones de salud del primer nivel de atención Ministerio de Salud, Managua, Nicaragua, 2004.
14. <http://www.monografias.com/trabajos15/filosofias-calidad/filosofias-calidad.shtml>.
15. Wendell L. French – Cecil H. Bell Jr. *Fundamentos de desarrollo organizacional*. México, 1996. Página: 91.
16. Ministerio de Salud. Normas de planificación familiar. 1994 MINSA.
17. Ministerio de Salud. Desarrollo del Sistema de Salud en Nicaragua: MINSA NICARAGUA 1999.
18. J. H. Abrahamson. *Métodos de estudio en medicina comunitaria, una introducción a los estudios epidemiológicos y de evaluación*. Ediciones Díaz De Santos, S.A. 1990

A N E X O S

CUESTIONARIO PARA ENCUESTA EN LA COMUNIDAD
(Dirigida a mujeres en edad fértil casadas o unidas)

1. Ficha_____ Edad_____ Escolaridad: Alfabeta_____ (1)
 Analfabeta_____ (2)

2. *Conocimiento sobre opciones de métodos anticonceptivos:*

Métodos	¿Qué métodos de planificación familiar (métodos para evitar un embarazo) conoce?		¿De cuáles de los siguientes métodos de planificación familiar ha oído hablar?	
	Si(1)	No(2)	Si(1)	No(2)
Pastillas				
Inyecciones				
DIU, aparato				
Condomes, preservativos				
Operación de la mujer				
Operación del hombre				
Ritmo, collar				
El se retira antes de terminar				

3. ¿En los últimos 12 meses alguien la ha visitado en su casa para hablarle de planificación familiar?

Si___ (1) *Seguir con pregunta 4*

No___ (2) *Pasar a pregunta 5*

4. ¿Quién la visitó?

Médico o enfermera: Si___ (1) No___ (2)

Brigadista o partera: Si___ (1) No___ (2)

3. ¿Está embarazada en este momento?

Si..... ___ (1) *Pasar a pregunta*

No..... ___ (2)

No sabe... ____ (3)

4. ¿Desea salir embarazada pronto, desea salir embarazada pero más adelante, o no desea tener más hijos?

Desea embarazo pronto ____ (1)

Desea embarazo más adelante ____ (2)

No desea más embarazos ____ (3)

5. ¿Está usando usted o su marido alguna de las siguientes cosas para evitar un embarazo? *Leer opciones, una por una.*

Métodos	Si(1)	No(2)
Pastillas		
Inyecciones		
DIU, aparato		
Condomes, preservativos		
Operación de la mujer		
Operación del hombre		
Ritmo, collar		
El se retira antes de terminar		

6. *Revise la tabla y anote: Está usando algún método:*

Si ____ (1) *Siga con pregunta*

No ____ (2) *Pase a pregunta 8*

7. ¿Dónde consiguió el método de planificación familiar que está usando?

Centro o puesto de salud ____ (1)

Farmacia..... ____ (2)

Pulpería..... ____ (3)

Casa materna..... ____ (4)

Partera..... ____ (5)

Brigadista..... ____ (6)

Otro..... ____ (7) Especificar: _____

CUESTIONARIO PARA ENTREVISTAS DE SALIDA.

Para conocer qué tan satisfecha o insatisfecha está con la atención que le dieron

1. Ficha: _____ Edad _____ Escolaridad: Alfabeta _____ (1)
Analfabeta _____ (2)
2. Era la primera vez que venía a consulta de planificación familiar, o ya había venido antes?
Primera vez: ____ (1)
Subsecuente: ____ (2)

3.

	MB(1)	B(2)	R(3)	M(4)
¿En general, como le pareció la atención que le dieron?				
¿Qué tan capacitada le pareció la persona que la atendió?				
¿Cómo fue el trato que le dieron, en términos de amabilidad?				
¿Qué tan claras fue la información que le dieron?				
¿Qué le pareció la privacidad con que la atendieron?				
¿Qué le pareció la limpieza en el lugar donde la atendieron?				
¿Qué tanta comodidad tuvo mientras esperaba la atención?				

4. ¿Qué tanto tuvo que esperar para que la atendieran? *Leer opciones*
Poco ____ (1) Mucho ____ (2) Demasiado ____ (3)
5. ¿Qué método de planificación está usando?
Pastillas ____ (1) Inyecciones ____ (2) Condón ____ (3) DIU ____ (4)
Otro ____ (5) Especificar: _____
6. ¿Quién escogió el método que usa?
Usted ____ (1) El médico o la enfermera ____ (2) Otra persona ____ (3)

7. *A usuaria de pastillas, preguntar:*

	Si(1)	No(2)
¿Le explicaron cómo tomar las pastillas?		
¿Le explicaron qué hacer si se le olvida tomar la pastilla?		
¿Le explicaron los malestares que pueden dar las pastillas?		

8. *A usuarias de inyecciones, preguntar:*

	Si(1)	No(2)
¿Le explicaron cada cuánto se va a poner la inyección?		
¿Le explicaron los malestares que pueden dar las inyecciones?		

9. ¿Qué recomendaciones le da al personal del centro de salud para mejorar la atención en planificación familiar?

GUIA DE ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES

Cargo_____ Tiempo de laborar en la Institución_____

- 1. En general, ¿cómo valora la calidad del servicio de planificación familiar que ofrece el centro o puesto de salud?** ¿Cuáles factores favorecen la calidad? ¿Cuáles factores limitan la calidad?
- 2. ¿En qué medida el servicio de planificación familiar cuenta con los recursos necesarios para ofrecer calidad de atención?** ¿Tienen buena disponibilidad de métodos anticonceptivos? ¿Tienen instrumental para inserción de DIU? ¿Cómo hacen con las mujeres que quieren operarse? ¿Participa la red comunitaria en las actividades de planificación familiar? ¿Tienen materiales educativos sobre PF? ¿cuentan con el personal necesario? ¿se recomienda el método de planificación familiar según normas?
- 3. ¿Es adecuada la cobertura del programa?** ¿Están haciendo todo lo necesario para ampliar la cobertura? ¿Cómo hacen la educación? ¿A quien se le dirige? ¿Qué se hace para educar a las personas que no vienen al centro de salud? ¿Hay coordinación con las escuelas para la actividad educativa?
- 4. ¿En qué medida se cumplen las normas del programa?** ¿Quién toma la decisión sobre el método a utilizar? ¿se registran los datos del paciente en el expediente y tarjetas? ¿se supervisa el desempeño del personal?
- 5. ¿Qué tan capacitada(o) se siente para ofrecer un servicio de calidad en Planificación Familiar?** ¿Cómo se ha capacitado?
- 6. ¿Está satisfecho (a) con las funciones que desarrolla en el servicio de planificación familiar?** ¿Qué tan importante considera la planificación familiar?

INFORMANTES CLAVES

Director del Centro de Salud Tuma la Dalia.

Medico Responsable del Ambiente 3.

Enfermero Responsable del Puesto de Salud de Santa Luz.