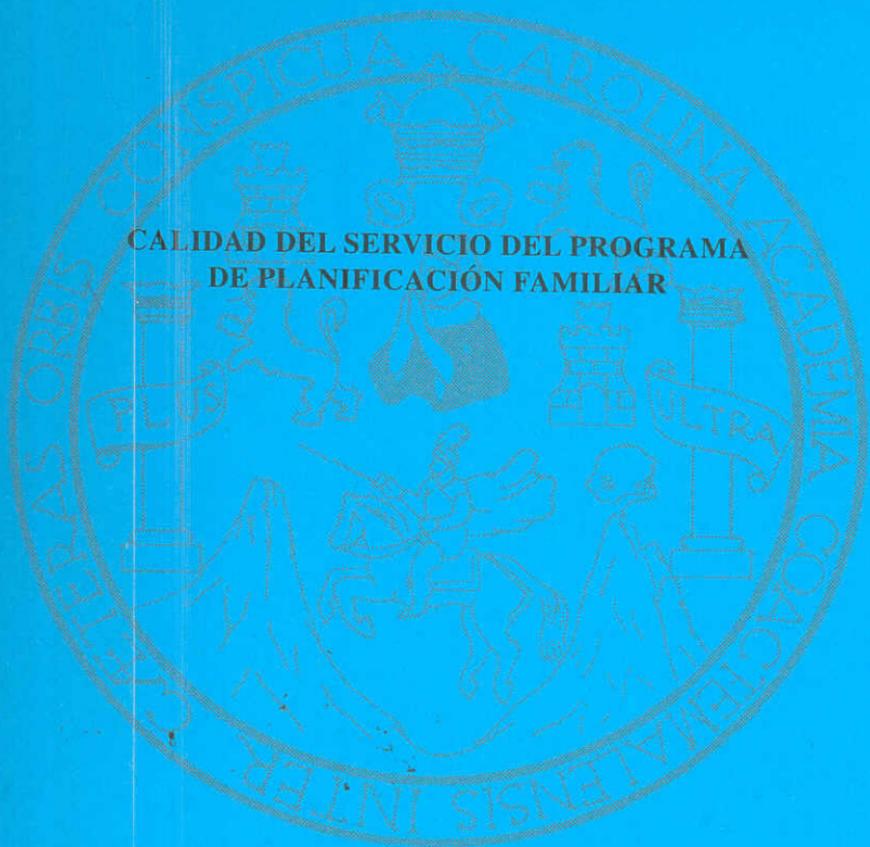


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**CALIDAD DEL SERVICIO DEL PROGRAMA  
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**MIRNA FLORIDALMA TÉLLEZ ORELLANA**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON**

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

*LA DOCTORA. MIRNA FLORIDALMA TÉLLEZ ORELLANA*

Carné universitario No: 100008650

Ha presentado, para su EXAMEN PRIVADO DE TESIS, previo a optar al título de *Maestra en Salud Pública con énfasis en Gestión Social de Salud*, el trabajo de tesis titulado: *"Calidad del servicio del programa de planificación familiar"*

Que fue asesorado por: Dr. Jorge Solórzano.

Y revisado por: Dr. Joel Sical Flores.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la presente **ORDEN DE IMPRESIÓN.**

Guatemala, 27 de junio del año 2,003



COORDINADOR

Dra. Cízel Zea Iriarte  
Coordinadora de Maestría  
en Salud Pública



DIRECTOR

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz  
Director de Fase IV a.i



DECANO

Dr. Carlos Alvarado Dumas  
Decano  
Facultad de Ciencias Médicas

Guatemala 11 de Junio de 2003.

Doctora  
Cizel Zea Iriarte  
Coordinadora Maestría en Salud Pública  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Dra. Zea:

Por medio de la presente, me dirijo a usted para informar que he concluido la asesoría y revisión de la tesis de Maestría en Salud Pública, titulada "Calidad de los servicios de Planificación Familiar en el Centro de Salud de la Colonia Centro América" realizado por la Doctora Mirna Téllez Orellana, carné 100008650.

Considero que el desarrollo metodológico y el contenido cumple con los principios científicos de una investigación, contribuyendo con esta a mejorar la atención de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centro América y otros centros de salud con características similares. Ayudando a mejorar este componente de la salud reproductiva.

Por lo anteriormente expuesto, doy mi aprobación como asesor de este trabajo de tesis.



Dr. Jorge Solórzano  
Asesor de tesis

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. FASE IV  
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



DICTAMEN DE REVISOR DE TESIS

SEÑOR COORDINADOR DE MAESTRÍA:

Cumpliendo con la función a la que me comprometí, he ofrecido asesoría y seguimiento continuo a la estudiante: **MIRNA FLORIDALMA TÉLLEZ ORELLANA**.

Con carné universitario No. 100008650, durante la elaboración de su informe final de tesis que viene realizando en la Maestría en Salud Pública, titulado:

***“CALIDAD DEL SERVICIO DEL PROGRAMA DE  
PALIFICACIÓN FAMILIAR”***

Actualmente, tanto el desarrollo metodológico del estudio como su contenido, cumplen con los requisitos que un informe final de una investigación científica debe de incluir; por lo tanto cumple con los requisitos del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Atentamente,

**Dr. Joel Sical Flores**  
Nombre del Revisor  
No. de colegiado: 4175



Firma del Revisor

Guatemala, 10 de febrero 2003



**CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

Guatemala, 13 de mayo 2003

Doctora  
Cízel Zea Iriarte  
Coordinadora Maestría en Salud Pública  
Facultad de Ciencias Médicas  
Presente

Estimada doctora Zea:

Para su conocimiento y efecto que informo que luego de revisar el informe final de tesis presentado por la alumna Mirna Floridalina Téllez Orellana, titulado "Calidad del Servicio del Programa de Planificación Familiar" sub título (Estudio Descriptivo realizado con las usuarias del Centro de Salud de la colonia Centroamérica durante el periodo de abril a julio del año 2002). El mismo cumple con los requisitos establecidos por la Maestría en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted, atentamente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

**Dr. Alfredo Moreno Quiñónez**  
Coordinador de Investigación  
Maestría en Salud Pública

Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas  
Director Consultor Col. No. 345

AL SERVICIO DE LA COMERCIALIZACIÓN  
DEL IDIOMA CASTELLANO Y  
RELACIONES INTERPERSONALES

Teléfono. 4311349

Guatemala, 23 de junio de 2003.

Maestría en Salud Pública  
Facultad de Ciencias Médicas  
Ciudad Universitaria Zona. 12  
USAC

A quien interese.

Tengo el honor de saludarlo y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en formalidades lingüísticas, he revisado: sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto de la tesis de la:

**DRA. MIRNA FLORIDALMA TÉLLEZ ORELLANA**

Recibí el original para supervisar las correcciones realizadas en la copia que, también, debe presentar la profesional en mención.

Atentamente,

  
Lic. M.A. Cayetano Ramiro de León Rodas  
Consultor  
Colegiado activo No. 345

Lic. Cayetano Ramiro de León Rodas  
COLEGIADO No. 345. LETRAS



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO II ANTECEDENTES	5
CAPÍTULO III JUSTIFICACIÓN	37
CAPÍTULO IV OBJETIVOS	39
CAPÍTULO V MATERIAL Y MÉTODOS	41
CAPÍTULO VI RESULTADOS	51
CAPÍTULO VII DISCUSIÓN	67
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	79
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	89

## ÍNDICE DE CUADRO Y TABLAS

Cuadro 1	Edad de las usuarias	51
Cuadro 2	Procedencia de las usuarias	52
Cuadro 3	Estado civil de las usuarias	52
Cuadro 4	Número de hijos de las usuarias	53
Cuadro 5	Grado de escolaridad de las usuarias	53
Cuadro 6	Método más utilizado por las usuarias	54
Cuadro 7	Tiempo de utilización del método	55
Cuadro 8	Complicaciones que presentan por el uso	55
Cuadro 9	Conocimiento que las usuarias tienen del programa	56
Cuadro 10	Opinión sobre la información que reciben	56
Cuadro 11	Opinión sobre el seguimiento de los métodos	57
Cuadro 12	Opinión sobre la posibilidad de cambiar de método	57
Cuadro 13	El método más efectivo, según la usuaria	58
Cuadro 14	Satisfacción sobre la calidad de la atención recibida	58
Cuadro 15	Satisfacción que la usuaria expresó sobre el servicio	59
Cuadro 16	Satisfacción de las usuarias en la recepción	59
Cuadro 17	Opinión sobre la adecuación de la clínica	60
Tabla 1	Capacitación en planificación familiar	61
Tabla 2	Conocimiento en el uso de métodos	62
Tabla 3	Conocimiento sobre manejo de casos	63
Tabla 4	Conocimientos sobre manejo de registros	64
Tabla 5	Disponibilidad de métodos existentes en el servicio	64
Tabla 6	Condiciones de las instalaciones físicas	65

## RESUMEN

Un Programa de Planificación Familiar brinda a las mujeres los servicios y la información necesaria para tomar decisiones de procreación saludable. La planificación familiar permite prevenir embarazos no deseados, incrementar el espacio intergenésico, prevenir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal así como bajo peso al nacer.

Para responder a estas demandas, el Programa de Planificación Familiar requiere de mejoras en aspectos tales como calidad de atención a las personas en todos los niveles, mejorar los sistemas de información para que sean útiles en la toma de decisiones gerenciales, mejorar la logística para asegurar la disponibilidad oportuna de métodos anticonceptivos, reforzar las capacitaciones para asegurar la competencia técnica y el control de la calidad de los servicios prestados.

El objetivo principal de este estudio fue determinar la calidad del Servicio de Planificación Familiar; se investigó la información que reciben las usuarias, la calidad del trato personal entre usuarias y proveedoras, las condiciones de los servicios donde se atiende a las usuarias, la capacidad técnica del personal que presta el servicio y la disponibilidad de los métodos existentes en el servicio.

El Centro de Salud de la Colonia Centro América cubre las zonas 7 y 11 de la ciudad de Guatemala con un total de 155,500 habitantes, de los cuales 88,500 son mujeres en edad fértil. Durante el año 2001 asistió un total de 694 usuarias al Programa de Planificación Familiar.

El presente estudio de tipo descriptivo se realizó con una muestra de 254 usuarias del Programa de Planificación Familiar del centro de salud de la colonia Centroamérica a quienes se les realizó una entrevista dirigida y al personal técnico encargado del componente de planificación familiar se les aplicó un cuestionario para ser respondido, individualmente.

El estudio permitió determinar que las usuarias que más consultan, están comprendidas entre las edades de 15 a 29 años. Quienes consideran que la información que reciben de los métodos existentes es inadecuada; y, la calidad de atención recibida en la consulta de planificación familiar es medianamente satisfecha, así mismo, las instalaciones físicas donde se brinda la atención la consideraron inadecuada.

El personal técnico del Programa de Planificación Familiar carece de conocimientos en consejería de planificación familiar y uso de métodos. El 50% del personal evaluado informó que no ha recibido capacitación sobre métodos anticonceptivos y consideraron las instalaciones físicas donde se atienden a las usuarias del programa como inadecuadas en un alto porcentaje.

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

La Salud Reproductiva es relevante, en el proceso de la salud en general, así como para el desarrollo de los países. La Planificación Familiar es un componente importante de la Salud Reproductiva, por lo que la investigación sobre "Calidad del Servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centro América" puede realizar aportes que resulten de interés y apoyo a la institución.

La planificación familiar es reconocida no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y los niños sino, también, como un derecho humano. (35)

Según los datos más recientes, la demanda de planificación familiar a nivel nacional, es de 43 por ciento, pero sólo 34 por ciento emplea métodos modernos.(32)

De las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de salud, el 54% utiliza la depoprovera, el 28.24% anticonceptivos orales y el 18% utiliza condones.

El presente estudio consideró, como objetivo, determinar la calidad de servicios de planificación familiar del Centro de Salud de la Colonia Centro América, relacionados con la información que reciben las usuarias, la calidad del trato personal entre usuaria y proveedor, las condiciones de las instalaciones físicas donde se atiende a las usuarias, la competencia técnica

del personal que presta el servicio y conocer la disponibilidad de métodos existentes.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo con una muestra de 254 usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica, a quienes se les efectuó una entrevista dirigida, luego de haber utilizado el servicio y, al personal técnico encargado de la atención del Servicio de Planificación Familiar conformado por una enfermera profesional y cinco auxiliares de enfermería.

El estudio permitió determinar que un 79.9% de las usuarias entrevistadas consideró que la información que reciben de los métodos existentes es inadecuada, sobre la calidad de la atención recibida en la consulta de Planificación Familiar, el 86.2% opinó estar medianamente satisfecho y las condiciones de las instalaciones físicas donde ellas son atendidas las consideró inadecuadas.

El equipo técnico evaluado expresó carecer de conocimientos en consejería de planificación familiar y uso de todos los métodos disponibles por el Ministerio de Salud, desconocen la técnica de inserción del dispositivo intra uterino (DIU), solamente el 50% de ellas tiene conocimientos sobre manejo de casos, además, expresaron, en la evaluación, no haber recibido capacitación sobre Planificación Familiar y, en alto porcentaje, opinaron ser inadecuadas las instalaciones físicas donde se atiende a las usuarias del Programa de Planificación Familiar.

## CAPÍTULO II

### ANTECEDENTES

#### Reformas del Sector Salud en América Latina

Casi todos los países de América Latina y el Caribe, a mediados de la década de los 90, habían iniciado o estaban considerando iniciar reformas del sector salud, entre ellas, definir la reforma de salud como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Se incluyeron en las reformas de salud, políticas para el mejoramiento de la calidad; entre los aspectos de calidad que coadyuvan a la equidad se cuentan: la pertinencia, oportunidad, continuidad, adecuación, seguridad y accesibilidad de la atención y la satisfacción de la usuaria. En ese sentido, es fundamental garantizar las prestaciones y reducir o eliminar las barreras de entrada y otras formas de racionamiento implícito: reducir colas y listas de espera, incrementar la resolución de urgencias, agilizar los servicios de apoyo, reducir el ausentismo de los funcionarios.

Para garantizar calidad, es importante apoyar las responsabilidades de la usuaria, por ejemplo, mediante procedimientos para asegurar el uso adecuado de los medicamentos. Debe considerarse la voz de la usuaria como fuente de información sobre la provisión del producto, en tanto presión externa hacia el proveedor y como emisor de señales que ayuden a pactar

precios. De ahí la importancia de procesar de manera expedita y adecuada las opiniones y reclamos de usuarios (as).

Respecto de la protección al (a) usuario (a), la regulación deberá velar por: la garantía de una cobertura efectiva y transparente, la calidad del servicio, el acceso a información veraz y oportuna, la capacidad de libre elección etc. (2)

actualmente, el movimiento de calidad en los servicios de salud y planificación familiar se alimenta de las raíces disimilares de los campos de la medicina y la industria. La industria ha adoptado otra filosofía en los últimos 50 años: capacitar a los (las) empleados (as) para evitar problemas, fortalecer los sistemas de organización y mejorar continuamente el desempeño. En la década de los ochenta, el campo de la salud también comenzó a adoptar estas estrategias y, ahora, se están aplicando también en los servicios de planificación familiar y en los ámbitos de atención primaria de países en desarrollo.

### **Orígenes del movimiento de calidad**

En algunas partes de la India y China, los estándares que determinan, quién puede practicar la medicina, datan del Primer siglo A.C. En Europa, a partir de 1140, surgieron esfuerzos en Italia para licenciar a todos los médicos; luego, estos esfuerzos dieron lugar a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el Siglo XIX. En USA el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el Colegio Estadounidense de Cirujanos compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y eliminaran los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las

bases para un proceso de acreditación, actualmente, administrado por la Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones de Prestación de Salud.

En los ochenta, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los y las profesionales de salud en los países desarrollados a empezar a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la administración total de la calidad (TQM). A la vez, el sistema de acreditación en hospitales amplió su enfoque desde inspecciones para promover el mejoramiento de la calidad. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud adoptó una política formal de calidad en 1991 y reconoció al proceso de mejoramiento continuo de la calidad como la manera más rentable de ponerla en práctica.(3)

Las definiciones del proceso de mejoramiento continuo de la calidad y la administración total de la calidad varían. Mientras que el proceso de mejoramiento continuo de la calidad se enfoca en métodos industriales y la administración total de la calidad en filosofía administrativa, los términos suelen intercambiarse debido a la historia y supuestos que tienen en común. El proceso de mejoramiento continuo de la calidad y la administración total de la calidad se basan en el trabajo de los pioneros en la administración industrial, tales como W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa. Estas personas ayudaron a transformar el sector industrial del Japón en la década de los cincuenta, aplicando métodos estadísticos para administrar los procesos de producción, haciendo la

satisfacción del cliente el enfoque de todas las operaciones y habilitando a los (as) empleados (as) mediante el trabajo en equipo y la toma de decisiones compartidas. Desde entonces, las teorías y los métodos del proceso de mejoramiento continuo de la calidad y la administración total de la calidad han sido adoptadas por diversos tipos de organizaciones en el mundo entero, incluso, por las organizaciones de salud y las organizaciones gubernamentales.

Según estas estrategias, la buena calidad debe formar parte de los productos y procesos desde un principio para evitar que surjan problemas. Las inspecciones son importantes para rechazar productos o servicios deficientes, pero no pueden elevar la calidad de los productos o servicios producidos. Por lo tanto, los (as) encargados (as) de administrar la calidad han ideado una serie de herramientas y métodos que los (as) gerentes y empleados pueden utilizar para fortalecer los sistemas de las organizaciones, evitar problemas y mejorar la calidad. (53)

No obstante, existen dos diferencias importantes entre el campo de la salud y las industrias de productos para el consumidor: primero, la mayoría de los (as) clientes carecen del conocimiento para calificar la calidad técnica en los servicios de salud y planificación familiar; segundo, el bienestar físico de un cliente y a veces hasta su propia vida, no sólo su satisfacción y lealtad, dependen de la calidad de los servicios. Por lo tanto, los métodos convencionales para controlar la calidad, tales como el licenciamiento, establecimiento de estándares y acreditación, continúan siendo particularmente importantes en el campo de la salud para eliminar los servicios deficientes y proteger a los clientes.

## La importancia de la calidad

El ofrecer atención de buena calidad siempre ha sido una meta de los Programas de Planificación Familiar: la buena atención ayuda a los (as) individuos (as) y a las parejas a cubrir sus necesidades de salud reproductiva en una forma segura y eficaz. Recientemente, varias tendencias han convergido para asignar una alta prioridad a la calidad.(28)

Tanto los programas como los (as) profesionales de salud están procurando ofrecer mejor atención a más personas. Crecientemente, los programas de planificación familiar están estudiando formas de servir a una mayor cantidad de clientes continuos y de prestarles mejores servicios, dado que la calidad de los servicios suele influir en la toma de decisiones de las personas respecto del uso de planificación familiar. Al mismo tiempo, los programas están procurando formas en las que puedan atraer a nuevos clientes, quienes suelen ser más incrédulos y estar más preocupados con la calidad de atención que los (as) clientes en el pasado. La calidad de atención puede ser el factor decisivo para las personas que desean evitar el embarazo, pero que están indecisos respecto del uso de la anticoncepción.

Mayor satisfacción del cliente y continuación del uso de anticonceptivos. La atención de buena calidad atrae, satisface y retiene a los (as) clientes ofreciéndoles los servicios, suministros, información y apoyo emocional que necesitan para alcanzar sus metas reproductivas. Por ejemplo, en entrevistas con clientas en Chile, se comprobó que los servicios clínicos de buena calidad redujeron los temores de las clientas, aumentaron su confianza en la atención que recibieron y generaron lealtad a la clínica. En cambio, la

atención deficiente puede desalentar a la mujer de procurar servicios de planificación familiar o motivar a las clientas a discontinuar el uso de la planificación familiar (43)

### **Beneficios de la buena calidad**

Todo (a) profesional de salud tiene la obligación ética de garantizar que los servicios sean de buena calidad. En las investigaciones se está empezando a demostrar que la buena calidad también ofrece beneficios prácticos a los (as) usuarios (as) y a los programas de planificación familiar. Entre estos beneficios figuran:

- seguridad y eficacia,
- satisfacción del (a) usuario (a) y, por ende, continuación por un plazo más largo,
- uso incrementado de la anticoncepción,
- satisfacción del (a) profesional de salud con su trabajo,
- mejor reputación y competitividad del programa,
- mayor acceso a los servicios.

Seguridad y eficacia. La atención de buena calidad conlleva anticoncepción más segura y más eficaz. Si se prestan deficientemente, algunos servicios de planificación familiar pueden causar infecciones, lesiones y, en algunos casos, hasta la muerte. Los servicios deficientes también pueden llevar al uso incorrecto o esporádico de los anticonceptivos o, a la discontinuación del uso de anticonceptivos y, por ende, al embarazo no deseado. Los servicios de planificación familiar de buena calidad son seguros y eficaces porque ellos:

- ofrecen una gama de métodos que pueden ser ofrecidos en forma segura porque el programa cuenta con los recursos humanos, técnicos y financieros para ello,
- proporcionan toda la información que necesita el (a) cliente (a) acerca de los métodos, incluso sus posibles efectos secundarios,
- examinan al (a) cliente (a) para determinar su idoneidad médica,
- ayudan al (a) cliente (a) a escoger, por sí mismo (a), el método que sea más apropiado para sus circunstancias,
- enseñan a la usuaria el método adecuadamente; y,
- apoyan a la usuaria cuando ésta tiene problemas o decide cambiar de método.

### **Mayor satisfacción de la usuaria y continuación del uso de anticonceptivos**

La atención de buena calidad atrae, satisface y retiene a las usuarias ofreciéndoles los servicios, suministros, información y apoyo emocional que necesitan para alcanzar sus metas reproductivas. Por ejemplo, en entrevistas con usuarias en Chile, se comprobó que los servicios clínicos de buena calidad redujeron los temores de las usuarias, aumentaron su confianza en la atención que recibieron y generaron lealtad a la clínica. En cambio, la atención deficiente puede desalentar a las mujeres al procurar servicios de planificación familiar o motivar a las usuarias a discontinuar el uso de la planificación familiar.

Según los estudios, los buenos servicios motivan a las personas a continuar usando la anticoncepción cuando desean evitar el embarazo. En la China, por ejemplo, las mujeres exhibieron mayor tendencia a continuar usando los anticonceptivos inyectables cuando habían recibido orientación integral sobre cómo funciona el método y cuáles son sus efectos secundarios. Sólo el 11%

de las mujeres que recibieron una buena orientación había discontinuado el uso del método después de un año, comparado con el 42% de las mujeres que recibieron orientación limitada. (36)

En Filipinas, entre las usuarias de planificación familiar en la provincia de Bukidnon, las mujeres exhibieron mayor tendencia a continuar usando sus métodos si pensaban que el proveedor era agradable, si estaban satisfechas con los servicios, y, si habían recibido información acerca de las ventajas y los efectos secundarios de varios métodos. En Bangladesh (Bengala), se preguntó a las mujeres rurales si los trabajadores comunitarios que las atendían eran atentos y sensibles a su necesidad de tener privacidad, si podían contar con ellos, si las trataban con respeto y empatía, y, si les proporcionaban información pertinente. Entre las mujeres que creyeron haber recibido buena atención, según sus respuestas a estas preguntas, la probabilidad de que accedieran a usar un método de planificación familiar fue un 27% más alto que de las mujeres quienes creyeron haber recibido atención deficiente y la probabilidad de que continuaran usando un método por, hasta 30 meses, fue un 72% más alto. (53)

En otros estudios se ha encontrado que la atención deficiente explica por qué algunas personas dejan de usar la planificación familiar. En general, las investigaciones indican que una atención médica deficiente no satisface al (a) paciente, no lo (a) alienta a procurar atención y regresar por más servicios y lo (a) motiva a cambiar de médico. Es probable que una usuaria de planificación familiar descontinúe el uso de su método o deje de usar la planificación familiar en general:

- si no se le explica cómo usar el método y ocurre un embarazo no planeado,
- si no se le explican de antemano los posibles efectos secundarios, o, si ocurren efectos secundarios y éstos no se tratan debidamente ni se manejan adecuadamente,
- si al programa se le acaban los suministros,
- si el proveedor trata a la cliente rudamente,
- si la cliente no puede obtener su método preferido.

### Uso incrementado de la anticoncepción

¿Influye la calidad de atención en la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos? No hay mucha evidencia al respecto, principalmente, porque aún no se ha llegado a un acuerdo sobre cómo medir la calidad en la prestación de servicios. Por ejemplo, los problemas metodológicos frustraron los intentos en Brasil, Marruecos y Perú, para vincular los niveles de uso de anticonceptivos con la calidad de servicios.

Sin embargo, según un estudio más reciente realizado en Perú, la calidad de los servicios sí importa respecto de los niveles de uso de anticonceptivos en un área. A las mujeres que habían declarado en la encuesta de demografía y salud de 1996 que ellas querían evitar un embarazo, se les preguntó, 29 meses después, si habían quedado embarazadas. El embarazo no planeado resultó ser dos veces más común entre las mujeres en áreas con servicios de calidad deficiente que entre las mujeres en áreas con servicios adecuados: el 22% frente al 11%. La calidad se calificó conforme a una combinación de ocho indicadores, entre ellos, la opción de escoger un método anticonceptivo, el prejuicio del proveedor, la capacitación del proveedor, información a los (as) clientes y privacidad.

En otros estudios se ha vinculado el hecho de que una persona use o no use anticoncepción con varios aspectos específicos de la calidad de atención, incluso la integridad de la orientación, el recibir el método preferido y la disponibilidad de servicios.

### **Mayor satisfacción de los (as) profesionales de salud con su trabajo**

Los (as) profesionales de salud sienten mayor satisfacción personal y profesional con su trabajo cuando puede ofrecer atención de buena calidad y sentir que su labor es valiosa. Por ejemplo, en Uganda, tanto los (as) profesionales de salud clínicos como comunitarios convinieron en que el aspecto de mayor satisfacción en el trabajo es ayudar a las personas y el reconocimiento comunitario que reciben por ello.

El otorgar a los (as) profesionales de salud la autoridad para resolver problemas y mejorar los servicios, como se hace en muchos de los métodos para mejorar la calidad, eleva la moral. Por ejemplo, en los programas donde se habilitó a los (as) profesionales de salud para que desarrollaran sus propias soluciones a los problemas locales, se redujo la ausencia de estos empleados en Uganda y se aumentó la motivación del personal en Níger. En cambio, si los miembros del personal de salud sienten que las condiciones impiden que ofrezcan atención de buena calidad, es más probable que se desalienten y que dediquen casi todos sus esfuerzos a otros trabajos.

### **Mejor reputación y competitividad del programa**

Los programas que tienen reputación de prestar servicios de buena calidad atraen y retienen más usuarias y se vuelven competitivos en la prestación de

servicios. Por ejemplo, en el hospital regional de Kigoma en Tanzania la cantidad de mujeres que ingresaron para dar a luz aumentó un 25% después de que la comunidad reconoció que la calidad de los servicios de salud materna había mejorado. Una usuaria en una clínica de salud materno-infantil en Chile lo afirmó en pocas palabras: "Lógicamente, las personas acuden a los lugares donde mejor son atendidas". Aun donde no hay muchos profesionales de salud para escoger, las usuarias pueden optar por usar métodos tradicionales de menor eficacia o no usar planificación familiar. Los programas que constantemente prestan buenos servicios mejoran las percepciones de las personas respecto de la planificación familiar moderna y a los servicios de salud en general, así como su propia imagen pública. Si la calidad es deficiente, la gente puede empezar a suponer que el uso de anticonceptivos típicamente conlleva graves problemas. Por ejemplo, en un estudio realizado en Nepal se averiguó que las infecciones severas que surgían después de la esterilización y la inserción del DIU eran tan comunes que los (as) habitantes del poblado creían que era un efecto secundario característico de los métodos anticonceptivos modernos y no el resultado de atención deficiente.

### **Garantía de acceso a los servicios**

La mayoría de programas de salud y planificación familiar se establecen de acuerdo con la premisa de que las personas tienen el derecho fundamental de recibir atención a la salud. En muchos países, los gobiernos son responsables de garantizar que todos tengan acceso a los servicios de salud. Los gobiernos también asumen la responsabilidad reguladora de proteger a las usuarias de cualquier daño causado por atención deficiente, especialmente, si los prestadores de servicios son empleados del gobierno.

Las asociaciones de planificación familiar y demás proveedores no gubernamentales también procuran garantizar el acceso universal a los servicios de salud.

La calidad de atención está estrechamente vinculada a la accesibilidad. El garantizar el acceso a los servicios significa que la atención económicamente accesible y de buena calidad, debe estar a la disposición del público en todo lugar y todo momento que la necesite. El acceso es mucho más que la mera existencia de una instalación de salud o de un (a) profesional de salud cercano. Cuando una unidad de salud no cuenta con suficiente personal capacitado adecuadamente, lleva un horario irregular, sufre de escasez de suministros, cobra precios altos o bloquea la atención con barreras médicas innecesarias, la comunidad no tiene acceso adecuado a los servicios. El mejorar la calidad de los servicios ayuda a los programas a cumplir con su meta de lograr la disponibilidad universal de los servicios (51)

## **CONCEPTO DE CALIDAD**

El concepto de calidad, como tantos otros términos, ha variado a lo largo del tiempo y varía según el contexto en el que sea utilizado. En términos simples se dice que un producto o servicio es de calidad, cuando cumple expectativas del cliente, pero en la práctica, la calidad, es algo más, es lo que sitúa a una empresa por encima o por debajo de los competidores y lo que hace que, a medio o largo plazo, la empresa progrese o se quede obsoleta.

La calidad se presenta hoy como sinónimo de buena gestión empresarial, lo cual se traduce en productos y servicios competitivos.

Dentro de este concepto global de calidad se encuentra el de aseguramiento de la calidad que se define como el conjunto de acciones planificadas y

sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio satisfará las expectativas de los clientes. (1)

## **¿QUÉ ES CALIDAD?**

Calidad es ofrecer un servicio o producto de acuerdo con los requerimientos del (a) cliente (a) más allá de lo que éste pide o espera.

Calidad es satisfacer las necesidades del (a) cliente (a) de una manera consistente, en todos los aspectos. Todas las veces.

La calidad implica constancia del propósito, consistencia y adecuación a las necesidades del (a) cliente (a), incluyendo la oportunidad y costo del servicio (22)

## **Garantía de calidad**

Se entiende por garantía de calidad el conjunto de acciones que realizan los (as) individuos (as), las organizaciones y la sociedad, de forma deliberada y sistemática para generar, mantener o mejorar calidad.

## **Acreditación**

Proceso voluntario y periódico de auto evaluación interna y revisión externa de las organizaciones de salud, orientado a garantizar y mejorar la calidad de los servicios, mediante la aplicación de un conjunto de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. (24)

## CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En la planeación y en la implementación de los programas de salud en los países en vías de desarrollo existe gran preocupación por el uso racional de los recursos. Dada la escasez de estos últimos y la magnitud de los problemas, los gobiernos y agencias financiadoras tratan de maximizar el dinero gastado en términos de calidad y resultados.

Una manera de garantizar un desempeño adecuado y resultados aceptables es monitorizar la calidad de los servicios prestados. Otra posibilidad es evaluar los resultados finales de los programas o los resultados de sus fases iniciales, con el fin de evitar errores y promover el uso de las prácticas exitosas.

Existen muchas y muy buenas ideas sobre la calidad, pero fue hasta muy recientemente que se alcanzó cierto nivel de consenso respecto a lo que este concepto significa en situaciones específicas. El término "garantía de calidad" tiende a producir cierta confusión, ya que no es posible garantizar un nivel dado de calidad en todos los casos. A lo más que se puede aspirar es a salvaguardar o mejorar la calidad de la atención o garantizar que no descenderá por debajo de cierto umbral. "La conservación de la calidad o más, optimistamente, el incremento de la calidad, podrían ser metas más realistas.

Para asegurar un mínimo de calidad en la atención a la salud es necesario, primero, especificar los objetivos que se persiguen, y, en segundo lugar, definir los medios que habrán de utilizarse para alcanzar dichos objetivos.

Finalmente, también es necesario especificar los indicadores y los estándares respectivos que habrán de utilizarse para medir la calidad de las instalaciones del proceso de atención y de sus resultados.

El desempeño técnico depende del conocimiento y del juicio utilizado para llegar a las estrategias adecuadas de atención y de la habilidad para implementarlas.

Las relaciones interpersonales forman el proceso a través del cual la usuaria proporciona la información necesaria para llegar a un diagnóstico o seleccionar los métodos de atención más apropiados y la prestadora de la atención proporciona la información sobre la naturaleza del problema médico y su manejo y motiva a la paciente o usuaria a participar activamente en su cuidado.

Las intervenciones sociales, por lo general, implican el diseño y la implementación de los programas que buscan promover la aceptabilidad de una idea o práctica.

Todos estos medios técnicos, interpersonales y sociales se juzgan en función de su eficacia (que constituye su contribución al mejoramiento de la Salud), su costo y el grado en que sus otros atributos son aprobados por los individuos y la sociedad.

Así, la calidad de la atención podría definirse como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejorías en la salud. Esta definición podría traducirse al campo de la planificación familiar como el grado en el que los medios materiales, técnicos, interpersonales y

sociales se utilizan para alcanzar las mayores mejorías en la fertilidad, el tamaño de las familias, el espaciamiento de los nacimientos; la satisfacción de las pacientes y los indicadores de salud materno-infantil relacionados con la salud reproductiva en una determinada población.

Sin embargo, como la disponibilidad de recursos constituye una preocupación importante en estos programas, una definición alternativa, tal vez más específica, sería la siguiente: La calidad de la atención en la planificación familiar es el grado en el que los medios materiales técnicos, interpersonales y sociales se utilizan para alcanzar las mayores mejorías posibles, dado cierto número de recursos, en la fertilidad, el tamaño de las familias, el espaciamiento de los nacimientos, la satisfacción del (a) consumidor y los indicadores materno-infantiles relacionados con la salud reproductiva en una población determinada.

### **ELEMENTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

Existen tres maneras de evaluar el desempeño de un programa de planificación familiar o un programa de cualquier tipo y pueden designarse con los términos de evaluación de la "Estructura", "Proceso" y "Resultado".

El término "estructura" hace referencia a todos los atributos (materiales y organizacionales) relativamente estables del medio en el que se proporciona la atención.

El término "proceso" incluye lo que los (as) médicos (as), enfermeros (as) y otro tipo de personal hacen por el (a) paciente y por ellos mismos, y, qué tan

hábilmente lo hacen. Lo que los (as) pacientes hacen para si mismos (as) también debería incluirse.

Los resultados se refieren a lo que se logra para el (a) paciente. Más, específicamente, un resultado es un cambio en el estatus de salud que puede atribuirse a la atención recibida. Los resultados también incluyen otras consecuencias de la atención, por ejemplo, el conocimiento sobre la enfermedad, los cambios de conducta que conducen a una mejor salud y la satisfacción del (a) consumidor (a). (46)

### **Sistemas de calidad**

Cualquier empresa debe tener como objetivo, el vender productos o servicios como normas y requisitos legales, que les sean aplicables a precios competitivos y con los mínimos costes.

La certificación es la acción llevada a cabo por una entidad reconocida como independiente de las partes interesadas, mediante la cual se manifiesta que se dispone de la confianza adecuada de que un producto, proceso o servicio debidamente identificado, es conforme con una norma u otro documento normativo especificado, y, se entiende como sistema de la calidad, el conjunto formado por la estructura organizada de la empresa, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para poner en práctica la gestión de la calidad.

Para ello, la empresa debe organizarse de forma que los factores que afecten a la calidad estén totalmente controlados, para eliminar, así, los posibles defectos en la calidad de los productos o servicios.

La mejor forma de garantizar la consecución de estos objetivos es implantando un sistema de aseguramiento de la calidad.

A través de la certificación de su sistema de la calidad, las empresas:

- reducen, considerablemente, sus costos de producción y reparación de errores,
- dinamizan su funcionamiento, aumentan la motivación y participación del personal y mejoran la gestión de los recursos,
- incrementan su calidad (incluyendo los servicios, plazos de entrega, garantía, etc.)
- mejoran el nivel de satisfacción de los clientes.

Mediante el certificado del sistema de la calidad, más conocido como de registro de empresa, se declara haber obtenido la confianza adecuada en la conformidad del sistema de la calidad de la empresa y permite su acreditación ante los (as) clientes, Administración debidamente identificada, con uno de los modelos de aseguramiento de la calidad definidos en las normas. (1)

## **CONTINUIDAD Y CAMBIO EN LA BÚSQUEDA DE LA CALIDAD**

Se analizan dos clases de modelos, los cuales son: El modelo Industrial y El modelo de atención a la salud, los cuales difieren un poco en el contenido, pero el objetivo es el mismo.

En el modelo industrial existe, por consiguiente, un interés continuo en conocer los deseos de los consumidores y traducirlos en características concretas de los productos. En una propuesta bien elaborada, el (a)

consumidor (a) se convierte, de hecho, en una parte de la línea de producción, ya que al consumir un producto o utilizar un servicio, se comprueba su calidad y se genera información para su mejoría. Por supuesto que el conocimiento científico y técnico puede generar productos o servicios de alta calidad, sin embargo, la aceptación es la que, finalmente, valida aquel juicio.

En el modelo de atención a la salud se encuentran semejanzas y diferencias importantes. Una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del (a) usuario (a) mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables. Para ello y de una forma aún más importante que la postulada en el modelo industrial, tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud.

Sin embargo, el modelo de atención a la salud difiere en la necesidad que existe de acomodar, dentro de la definición de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los (as) usuarios (as) y la sociedad. Esto añade, a la vez, riqueza y tensiones internas a la definición de la calidad de la atención a la salud.

Estas diferencias se dividen en tres aspectos:

- responsabilidad hacia los (as) individuos (as),
- responsabilidad hacia la sociedad,
- responsabilidad para la gestión de las relaciones entre costos y calidad.

## **Responsabilidad hacia las personas**

Respecto de las personas, no sólo se es proveedor de satisfacción; quizá porque los (as) pacientes no están, con frecuencia, capacitados para distinguir entre una atención buena y una mala, los (as) médicos (as), junto con otros profesionales tienen una responsabilidad fiduciaria: la de actuar en nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera más adecuada. Es verdad que esto puede conducir al paternalismo, al autoritarismo e, inclusive, a la arrogancia y que son peligros que deben evitarse a toda costa. Pero el imperativo moral permanece: cuidar el interés de los (as) pacientes.

Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, los conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son, infinitamente, más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios.

Si se toma en cuenta que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de médicos y pacientes, el "cliente" es parte de la línea de producción, de manera más íntima, si cabe, que en los presupuestos dentro del modelo industrial. La capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados a la salud es un atributo sobresaliente característico de la calidad de la atención a la salud.

## **Responsabilidad hacia la sociedad**

Los (as) profesionales de la salud actúan bajo un contrato social muy diferente del que regula los negocios o la industria. Por una parte, son responsables del bienestar de los (as) individuos (as) y, por la otra, del bienestar social. Sus responsabilidades sociales toman diversas formas, como la obligación de lograr la equidad en la distribución de los beneficios de la atención a la salud y la necesidad fundamental de la relación entre los costos y la calidad.

## **Responsabilidad para la gestión de las relaciones entre costos y calidad**

Los dos modelos concuerdan en la importancia de la eficiencia como un elemento básico de la calidad. Sin embargo, debido a que el modelo industrial está más sujeto a la influencia del mercado libre, en él la eficiencia es más determinante. (16)

## **EL PARADIGMA MODERNO DE MEJORA**

La garantía de la calidad incluye todas las acciones adoptadas para hacer mejor la atención de salud. Estas actividades parten de los principios de la gestión de la calidad, "Una transformación gerencial sistemática concebida para atender las necesidades y las oportunidades de todas las organizaciones a medida que tratan de hacer frente al creciente cambio, complejidad y tensión dentro de sus entornos". El proyecto de garantía de la calidad ha utilizado y adaptado los conceptos de gestión de la calidad a la

calidad de los entornos de la atención de salud en todo el mundo, en particular, en los países de ingresos más bajos e intermedios.

La garantía de la calidad es un sistema concebido para evaluar y mejorar la calidad de la atención en las organizaciones de salud. La mejora de la calidad es uno de los tres tipos de categorías de actividades de garantía de la calidad: diseño de la calidad, control de la calidad y mejora de la calidad. (53)

El Dr. Avedis Donabedian, 1980 define la calidad de la atención técnica, consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

Otro concepto, según M.I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS, 1988, dice que el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición. (34)

La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. Él resumía la calidad de la siguiente manera: "Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato".

Características de una organización de calidad:

- hacer lo correcto: agregando atributos tangibles e intangibles a los valores del (a) usuario (a),
- hacerlo bien desde la primera vez,
- hacerlo a tiempo,
- mejorando continuamente,
- innovando siempre,
- satisfacción al (a) usuario (a).

Todas las personas comprometidas con la planificación familiar comparten un anhelo común que supone un mundo en el que todas las personas puedan decidir con eficiencia el número de hijos que deseen tener.

Para que este anhelo se convierta en realidad, es necesario que los programas de planificación familiar estén bien estructurados y sean eficientes. Esto sólo se consigue a través del empleo de criterios modernos de administración. (29)

La introducción en los últimos decenios de los métodos de anticoncepción modernos ha tenido un efecto importante en el mejoramiento de la salud de las mujeres. (51)

En Guatemala existe la necesidad de aplicar métodos de Planificación Familiar, las personas demuestran gran interés en conocer las opciones, ventajas y limitaciones. Sin embargo, necesidad no significa que la planificación familiar sea aceptada como tal por todos los sectores de la

población, ya que intervienen factores culturales, religiosos y sociales, los cuales determinan y condicionan la práctica de la planificación familiar y más, específicamente, el uso de algún método anticonceptivo. Esta visión es compartida por la iglesia católica.

No se ha podido percibir un criterio dominante sobre el tema del espaciamiento gestacional. No se encuentra entre las preocupaciones básicas de las mujeres, la posibilidad de postergar nuevos embarazos, sino, más bien, la de concluir con el ciclo reproductivo cuando ya se tiene el número deseado de hijos, es decir, la posibilidad de acceder a algún método de planificación familiar con una intención definitiva. (18)

## **DIVERSIDAD DE MÉTODOS**

De acuerdo con la información de las personas que proveen servicios, cuando en sus tareas de capacitación a la comunidad hacen referencia al tema de planificación a la comunidad y se refieren al tema de Planificación Familiar, han podido observar que mientras la población manifiesta gran interés en algunos lugares, en otras zonas el entusiasmo es menor, también concuerdan en que el mayor interés tiende a concentrarse entre la población más joven y en las parejas que tienen muchos hijos.

Existen mitos y prejuicios en relación al uso de algunos métodos, por ejemplo, que la T de cobre se "encarna o causa cáncer" La píldora también se relaciona con la idea de cáncer y con la idea de cambios corporales como engordar mucho o que "secan el cuerpo".

Hay personas que consideran que la ligadura de trompas demora en sanar y que los inyectables no son buenos para la salud.

Dentro de estas perspectivas, los únicos métodos considerados seguros por muchos son los métodos naturales porque no hacen mal ni dañan la salud.

Para algunas mujeres, las píldoras no son buenas porque hay que tomarlas todos los días y eso no es muy práctico. Muchos proveedores comparten esta idea y en algunas regiones, expresaron que las píldoras no son recomendables porque se humedecen y desintegran con facilidad. Para algunos, el condón no es un método satisfactorio porque reduce el placer.

Si bien, existe el reconocimiento de la necesidad de la Planificación Familiar, la misma genera contradicciones y conflictos en las relaciones de pareja en el momento de tomar una decisión.

Existen determinadas maneras de interpretar, percibir y vivir el uso de los métodos anticonceptivos de parte de las mujeres y las parejas. (18)

## **¿ Es la educación el mejor anticonceptivo?**

Las mujeres que tienen más educación poseen familias más pequeñas y saludables.

En todo el mundo se asocia el grado de educación con el tamaño de la familia, cuanto mayor es uno, menor es el otro. En muchos países menos desarrollados, las mujeres sin educación tienen casi el doble de hijos (as) que las mujeres con diez o más años de instrucción escolar. Las mujeres con

más educación, normalmente, realizan una transición más tardía y saludable a la etapa adulta de su vida.

Los niveles de fecundidad tienden a disminuir más rápido cuando la instrucción escolar está generalizada o cuando la matriculación en la escuela primaria es casi universal. Cuando se incorpora una mayor porción de la población al sistema educativo, hasta un pequeño grado de educación puede asociarse con la reducción de la fecundidad. Los investigadores creen que en la medida que los niveles generales de educación aumentan, las normas sociales relativas a la procreación y la paternidad cambian. Un sólido programa de planificación familiar promueve familias más pequeñas y más sanas.

Los años de estudio podrían ejercer influencia sobre la fecundidad en distintas maneras: a través de cambios en los valores del alumno, de incrementar las posibilidades de que una niña se case con un hombre educado que desee una familia más pequeña y de mejorar los conocimientos a través de la educación sobre la vida familiar u otros medios.

Las mujeres jóvenes que están expuestas a la educación, especialmente, en los niveles secundarios, tendrán más probabilidades de darse cuenta de que gozan de mayor autonomía, pueden tener mayor capacidad de tomar decisiones, de moverse libremente, de ganar dinero y de controlar sus ingresos dentro del matrimonio, es probable que tengan una mejor comunicación con sus esposos, especialmente, en relación con las decisiones de procreación. (40)

## **PAREJAS SIN ACCESO A LOS ANTICONCEPTIVOS**

Muchos países han ampliado sustancialmente en los últimos veinte años la disponibilidad de servicios de planificación de la familia y ha acelerado, así, la disminución de las tasas de fecundidad. El FNUAP estima que un 57 por ciento que se registraba entre los años 1965, 1970, como consecuencia, la tasa de fecundidad total en los países en desarrollo han disminuido desde 6.1 hijos por mujer en el decenio de 1950, hasta 3.5 en la actualidad, en los países desarrollados la tasa de fecundidad ha pasado de 2.3 a 1.9 la esterilización femenina, los anticonceptivos orales y los DIU son los métodos modernos más ampliamente utilizados. (29)

## **PLANIFICACIÓN FAMILIAR POST PARTO**

Muchas mujeres buscan información sobre sus futuros embarazos y la planificación familiar durante el período post parto, la necesidad específica puede ser diferente de persona a persona y hay muchos métodos anticonceptivos que son adecuados para las mujeres en el post parto, inmediatamente después del parto.

Hay varios métodos anticonceptivos que no tienen ningún impacto en la lactancia. Los cuales son:

- los condones,
- el diafragma con espermicida,
- lam (métodos de amenorrea por medio de la lactancia)
- conocimiento de la fertilidad.

El DIU que puede ser insertado por un (a) profesional de la salud, inmediatamente después del parto o seis semanas después del parto. (47)

### **NECESIDADES INSATISFECHAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

En el mundo en desarrollo, muchas parejas no cuentan con los medios para ejercer un derecho básico que la mayoría de los estadounidenses dan por sentado el derecho de escoger el número de hijos (as) y el momento de traerlos al mundo.

Aunque se dispone más ampliamente, que antes, de los servicios de planificación familiar, más de 120 millones de mujeres en el mundo en desarrollo quieren espaciar o limitar los nacimientos pero no tienen acceso a anticonceptivos y se espera que el número de parejas en edad de concebir aumente, por lo menos, en 20 millones cada año.

En los países en desarrollo, en general, con excepción de China, aproximadamente, 20 por ciento de las mujeres casadas en edad de concebir carecen de acceso suficiente a la planificación familiar. El porcentaje varía grandemente entre regiones y países. (13)

#### **El concepto de necesidad no satisfecha tiene distintos matices**

- En primer lugar, se refiere a la necesidad de un método anticonceptivo de las mujeres no usuarias que están en riesgo de un embarazo no deseado o inoportuno.

- Es obvio que los programas deben esforzarse para llegar a las mujeres que tienen una necesidad no satisfecha de planificación familiar, tanto casadas como solteras, en especial, en las áreas rurales y en los grupos de bajos ingresos.
- Un segundo tipo de necesidad no satisfecha es el de las mujeres que podrían usar un método más eficaz, satisfactorio o seguro que el que están empleando.
- Estas necesidades pueden satisfacerse mediante programas de mayor calidad que ofrezcan a las usuarias una selección de métodos anticonceptivos, consejería, detección médica cuidadosa, seguimiento y apoyo para el uso continuo, combinación o sustitución de métodos anticonceptivos.
- Un tercer tipo de necesidad no satisfecha es la prevención de un embarazo en caso de falla del método anticonceptivo o cuando se tienen relaciones sexuales no protegidas.
- Para responder a las necesidades de este grupo se requiere información y acceso a la anticoncepción de emergencia, así como a servicios de post aborto de buena calidad.
- Un cuarto tipo de necesidad no satisfecha se refiere a otros servicios de salud reproductiva, por ejemplo.

La necesidad de tratamiento de la infertilidad, así como la prevención y tratamiento de las infecciones del tracto reproductor y las enfermedades de transmisión sexual.(14)

Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos (as) privados, deben comprender las siguientes actividades:

- promoción y difusión,
- información y educación,
- consejería,
- selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos,
- identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse, sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial, a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.

Toda usuaria puede asistir, libremente, al servicio de planificación familiar para recibir atención adecuada cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante, imputable al uso del método anticonceptivo, aún cuando no tuviera cita. (49)

## ADMINISTRACIÓN POR CALIDAD

Es una nueva manera de administrar que tiene una filosofía diferente, basada en los siguientes principios:

- partir de los requerimientos del (a) usuario (a) que es quien debe definir los requisitos del servicio,
- conseguir el compromiso de la dirección para modificar el enfoque administrativo,
- propiciar la participación de todos los (as) miembros (as) de la institución, fomentando una visión clara de la misión común para aportar no sólo su mano de obra, sino también, su iniciativa, inteligencia y creatividad,
- crear una estructura que permita el trabajo en equipo y la participación en la toma de decisiones,
- buscar la responsabilidad y el autocontrol minimizando la inspección,
- trabajar en el control y mejoramiento de los procesos para producir resultados,
- poner el énfasis en la prevención más que en la corrección,
- utilizar datos para el análisis de problemas y toma de decisiones.

Tomar el enfoque de calidad como un proceso permanente y sistemático de mejora continua. (30)

## CAPÍTULO III

### JUSTIFICACIÓN

En los centros de salud a nivel nacional, hay deficiencias en la calidad de los servicios de planificación familiar que se prestan, la mala calidad de los mismos produce bajas coberturas, baja producción, insatisfacción de las usuarias, desmotivación del personal, asignación presupuestaria baja, falta de suministros y bajas remuneraciones.

Es fundamental contar con un proceso constante de evaluaciones de la calidad en los servicios de planificación familiar; para tener coberturas óptimas en la utilización de métodos y personal capacitado.

La calidad es la satisfacción de las necesidades razonables de las usuarias, con soluciones técnicamente óptimas. Hay dos tipos de calidad:

la técnica es la atención mediante la cual se espera proporcionar a las usuarias el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican con su cosmovisión y formación académica y, otra, es la sentida, está en la subjetividad de las usuarias y debe ser explicada y expresada por ellas, corresponde la satisfacción razonable de sus necesidades, luego de la utilización de los servicios.

Relaciona la entrega cortés y respetuosa de los servicios con un contenido técnico óptimo.(59)

Puede asegurarse que la calidad de los servicios de planificación familiar es el cumplimiento de las normas técnicas pero, también, de las necesidades sentidas de las usuarias.

El mejorar la calidad origina una reacción que reduce costos, lo cual mejora la productividad, reduciendo los precios, aumentando la participación del (a) usuario (a): originando la superación institucional con el consiguiente aumento del impacto social. Para lograr este cambio, se deben aumentar las habilidades gerenciales del personal de salud, con lo cual mejora la calidad técnica del servicio que logra satisfacer las necesidades sentidas de las usuarias. (59)

La calidad de atención se logrará en la medida en que se realicen evaluaciones frecuentes de la forma en que, actualmente, se brinda la atención a las usuarias del programa de Planificación Familiar, asimismo, en la medida que se logren opiniones de las usuarias respecto de la calidad de atención que reciben y en la medida en que los proveedores de salud reconozcan sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en el desempeño de sus acciones.

## CAPÍTULO IV

### OBJETIVOS

#### GENERAL

- Determinar la calidad de los servicios del programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centro América, durante el año 2001-2002.

#### ESPECÍFICOS

- Establecer las características demográficas de las usuarias del programa.
- Determinar la información que reciben las usuarias sobre planificación familiar.
- Evaluar la calidad del trato personal entre usuarias y personal que provee servicios
- Identificar las condiciones de las instalaciones físicas donde se atiende a las usuarias.
- Determinar la capacidad técnica del personal para la atención del programa de planificación.
- Evaluar la disponibilidad de los métodos existentes en el servicio.

## CAPÍTULO V

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### Tipo de estudio

Descriptivo transversal prospectivo

#### Universo o población

El presente estudio consideró dos tipos de población a estudiar.

1. Usuaris del componente de Planificación Familiar que consultaron durante el año 2001 al Centro de salud de la Colonia Centro América.
2. Personal técnico encargado de la atención operativa del servicio de planificación familiar del Centro de salud de la Colonia Centro América, Una enfermera profesional y cinco auxiliares de enfermería

#### Selección y tamaño de la muestra

- a. En el caso de las usuarias, la muestra se seleccionó de la manera que se detalla a continuación.

Los criterios utilizados para el cálculo de la misma fueron los siguientes:

n = Tamaño del universo: 694 usuarias

Z = Nivel de confianza: 95%

d = Margen de error o límite de seguridad: 5%

p = Probabilidad de ocurrencia del fenómeno: 0.5

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{d^2}{1 + \frac{1}{n} \frac{Z^2 p (1-p)}{d^2} - 1}$$

Los resultados fueron los siguientes:

$$\begin{aligned} n &= \frac{196^2 (0.5)(0.5)}{0.05^2} = \frac{0.96}{0.0025} = 384 \\ 1 + \frac{1}{694} \frac{196^2 (0.5)(0.5)}{0.05^2} - 1 &= \frac{0.96}{0.0025} = 384 - 1 = \frac{383}{694} \\ &= 0.55 + 1 = 1.55 \quad \frac{384}{1.55} = 254 \end{aligned}$$

luego de la aplicación de la fórmula, se obtuvo una muestra total de 254 usuarias

- b. En el caso del personal técnico, se tomó el total del universo que fué: una enfermera profesional y cinco auxiliares de enfermería, a quienes se les pasó un cuestionario

## SELECCIÓN DE LAS USUARIAS

Para la selección de las usuarias, se utilizó un muestreo sistemático, seleccionando a una de cada dos mujeres que asistieron al Centro de Salud en ese período. En los casos en que la usuaria rechazó participar en el estudio, se sustituyó por la siguiente usuaria.

## UNIDAD DE ANÁLISIS

Las usuarias del componente: Planificación Familiar

El personal técnico encargado de la atención del componente de Planificación familiar.

## VARIABLES

- Características demográficas
- Información a usuarias
- Calidad del trato
- Condiciones de las instalaciones físicas
- Capacidad técnica del personal que provee servicios
- Disponibilidad de métodos

(Ver cuadro siguiente )

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características demográficas	Características relacionadas con condiciones sociodemográficas de las usuarias del programa de planificación familiar	Grupos étnicos Procedencia Estado civil Hijos de la usuaria Tipo de escolaridad.	Cualitativa	Nominal
Información sobre la planificación familiar	Información a la usuaria sobre la diversidad de métodos que se ofertan en el servicio.	Información que se da a cada usuaria sobre la diversidad de métodos	Cualitativa	Nominal
Calidad del trato a la usuaria	Servicio que se ofrece, de acuerdo con los requerimientos de la usuaria más allá de lo que ésta pide o espera	Satisfacción de las usuarias sobre la atención recibida en el servicio de planificación familiar: <b>Criterios</b> - Diversidad de métodos - Proporcionar orientación e información, que satisfaga sus necesidades - Entrega de servicio de buena calidad técnica. - Relaciones interpersonales respetuosas - Tiempo de espera no mayor de dos horas <b>Indicador</b> • Altamente satisfactorio: 5 de los criterios descritos • Medianamente satisfactorio: 3 de los criterios descritos • Insatisfactorio: 2 o menos de los criterios	Cualitativa	Nominal

Condiciones de las instalaciones físicas donde se oferta la planificación familiar	Características del área física para la atención a las usuarias de planificación familiar	Características del área de atención: <b>Condiciones</b> - Privacidad auditiva - Privacidad visual - Limpieza - Iluminación adecuada - Disponibilidad de agua <b>Indicador</b> • Adecuada, reúne 5 de las condiciones • Medianamente adecuada, existen 3 de las condiciones • Inadecuada dos o menos de las condiciones.	Cualitativa	Nominal
Capacidad técnica del personal	Conocimientos que el personal tiene sobre el programa de planificación familiar	Conocimiento específico sobre: - consejería en planificación familiar - uso de métodos. - manejo de casos - manejo de registros	Cualitativa	Nominal
Disponibilidad de métodos de anticoncepción	Disponibilidad de métodos con que cuenta el programa de planificación familiar	Métodos de planificación familiar existentes	Cualitativa	Nominal

## **Tipos de instrumentos utilizados**

Se diseñaron dos tipos de cuestionarios para la recolección de los datos

- a. Un cuestionario se utilizó para realizar la entrevista no estructurada dirigida a las usuarias del programa de planificación familiar. El cual se elaboró con base en las variables estudiadas: características demográficas, información proporcionada a la usuaria, la calidad del trato, las condiciones de las instalaciones físicas donde cada pregunta se realizó con orientación y explicación a nivel del conocimiento y educación de las usuarias que asistieron al Centro de Salud durante el período de abril a julio del año 2002.

El instrumento se validó con usuarias del programa de planificación familiar del Centro de Salud de la Colonia Primero de Julio de la ciudad capital para establecer el índice de confiabilidad.

- b. El segundo instrumento utilizado fue un cuestionario de recolección de datos, se elaboró con preguntas planteadas según los objetivos propuestos en la investigación y, a través de ellas, medir las variables en estudio, el cual fue contestado por el equipo técnico del servicio.

## **Procedimiento de recolección de datos**

Se presentó el protocolo de investigación al Director del Centro de Salud, para solicitar su aprobación y autorización para realizar dicho estudio.

Al estar aprobado, en el Centro de salud se solicitó autorización al Director del Área de Salud Guatemala, para realizar el estudio con las usuarias del programa de planificación familiar.

Se reunió al equipo encargado del Programa de Planificación Familiar, para presentarles el protocolo de la investigación y la forma en que ellas participarían, primero, en la selección de las usuarias y, luego, como parte de la investigación para evaluar la capacidad técnica.

- a. Recolección de datos en usuarias del programa

Con el apoyo del equipo técnico encargado del Programa de Planificación Familiar se procedió a seleccionar a las usuarias

Se procedió a seleccionar una clínica con privacidad para la realización de la entrevista.

Luego, se procedió a realizar la entrevista, previo consentimiento informado, al grupo de usuarias seleccionadas.

Posteriormente, se revisó cada uno de los cuestionarios y, luego, se ordenaron en números correlativos.

- b. Recolección de datos del personal evaluado

A la totalidad del personal se le practicó cuestionario para evaluar la capacidad técnica de ellas.

Se procedió a convocar al personal seleccionado, a quienes se les informó que, como parte del proceso de la investigación, debía realizarse una evaluación escrita de los conocimientos que cada una de ellas tenía sobre el Programa de Planificación Familiar.

Luego, se revisó cada uno de los cuestionarios, si fueron contestados, adecuadamente, procediendo a codificarlos para su análisis.

### **Análisis de datos**

Luego de finalizar la recolección de datos, se procedió a:

1. realizar limpieza de los datos en el orden en que fueron hechas las preguntas a las usuarias,
2. se procedió a clasificar los datos, primero, manualmente y, posteriormente, en la computadora,
3. posteriormente se codificaron las preguntas del instrumento,
4. se procedió a determinar la distribución de frecuencias respecto de cada una de las variables estudiadas,
5. luego, se procedió a crear un archivo de datos, utilizando el programa epi-info. versión 6.04, se ingresaron los 254 instrumentos, al haber terminado su ingreso se realizó verificación de los datos ingresados con base en cada boleta.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, calculando frecuencias y porcentajes para cada una de las variables estudiadas, finalmente, se organizó la información para la presentación en cuadros.

### **Procedimiento para garantizar los aspectos éticos de la investigación**

En el presente estudio se hicieron las siguientes consideraciones:

- se solicitó el consentimiento para la participación de las usuarias seleccionadas en el estudio,
- se explicó a las participantes en el estudio, la naturaleza del mismo, sus objetivos y los beneficios esperados,
- se guardó confidencialidad en el manejo de la información obtenida en el estudio.

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS

La presentación de los resultados del estudio, se ha organizado de la siguiente manera:

- inicialmente, se encuentran los resultados de las variables estudiadas en las usuarias, luego, los resultados de las variables estudiadas en el equipo técnico.

#### 1. *Características demográficas de las usuarias estudiadas*

Cuadro No. 1

Edad de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centro América.  
Guatemala abril - julio de 2002

GRUPOS ETÁREOS	NÚMERO	PORCENTAJE
15 - 19	53	20.9
20 - 24	65	25.5
25 - 29	81	31.8
30 - 34	30	11.9
35 - 39	25	9.9
<b>TOTAL</b>	254	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

La mayoría de las usuarias (31.8%) que más consultan al programa de planificación familiar, están comprendidas en el grupo etareo de 25 a 29 años, encontrándose una menor proporción (9.9%) de consultas en usuarias comprendidas ente 35 a 39 años.

**Cuadro No. 2**

Procedencia de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centro América Guatemala abril - julio de 2002

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Colonia Landívar	27	10.6
La Verbena	58	22.9
El Rodeo	28	11.0
Colonia Centro América	25	9.8
Otros	115	45.7
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

La procedencia de las usuarias que más consultan es de La Verbena (22.9%) y la menor proporción de la Colonia Centro América (9.8%)

**Cuadro No.3**

Estado civil de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centro América Guatemala abril - julio de 2002

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Unida	151	59.4
Casada	101	39.8
Soltera	1	0.4
Viuda	1	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

El estado civil de la mayoría de las usuarias (59.4%) corresponde a unidas, y, una menor proporción (0.4%) corresponde a solteras y viudas.

**Cuadro No. 4**

Número de hijos (as) de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centro América Guatemala abril - julio de 2002

NÚMERO DE HIJOS (AS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	25	9.8
2	56	22.0
3	68	26.8
4	64	25.2
5	23	9.1
6	17	6.7
7	1	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Boleta instrumento de recolección de datos

La mayoría de las usuarias (26.8%) tiene tres hijos (as) y, una menor proporción (0.4%) tienen siete hijos (as).

**Cuadro No. 5**

Grado de escolaridad de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centro América Guatemala abril - julio de 2002

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	178	70.1
Secundaria	73	28.7
Diversificado	02	0.8
Universitaria	01	0.4
Ninguna	00	00
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

La mayoría de las usuarias (70.1%) tiene educación primaria, en una menor proporción (0.4%) nivel universitario.

## 2. Información que reciben las usuarias sobre planificación familiar

**Cuadro No. 6**

Método más utilizado por la usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centro América Guatemala abril - julio de 2002

TIPO DE MÉTODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inyectable	141	55.5
Pastillas	72	28.3
Condomes	40	15.8
T de Cobre	01	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

La mayoría de las usuarias (55.5%) refiere como el método de planificación familiar más usado el inyectable y, en una proporción menor (0.4%) la T de cobre.

**Cuadro No. 7**

Tiempo de utilización del método de planificación familiar de las usuarias del Programa del Centro de Salud de la Colonia Centro América Guatemala abril - julio de 2002

TIEMPO DE UTILIZACIÓN EN MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	3	1.2
4	1	0.4
6	3	1.2
8	2	0.8
12	48	18.9
18	3	1.2
24	103	40.5
28	1	0.4
36	84	33.1
48	6	2.3
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

La mayoría de las usuarias (40.5%) lleva dos años utilizando los métodos de planificación familiar.

**Cuadro No.8**

Complicaciones que presentan por el uso de los distintos métodos anticonceptivos las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril - Julio de 2002

COMPLICACIONES	NÚMERO	PORCENTAJE
Dolor pélvico	9	9.1
Manchas en la piel	12	12.1
Hemorragia	14	14.1
Cefalea	20	20.2
Aumento de peso	44	44.5
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

La mayoría de las usuarias (44.5%) reportó como complicación el aumento de peso y, una menor proporción (9.1%) dolor pélvico.

**Cuadro No. 9**

Conocimiento que las usuarias del Programa de Planificación Familiar tienen sobre el tiempo ideal entre un embarazo y otro. del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril - julio de 2002

ESPACIO INTERGENÉSICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
24 Meses	94	37
36 Meses	128	50.4
48 Meses	28	11
60 Meses	03	1.2
72 Meses	01	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

La mayoría de las usuarias (50.4%) consideran que, tiempo ideal entre un embarazo y otro debe ser 36 meses.

**Cuadro No. 10**

Opinión sobre la información que reciben, según las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril - julio de 2002

INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	NÚMERO DE USUARIAS	PORCENTAJE
Siempre reciben información	2	0.8
Algunas veces	218	86.2
Nunca	34	13
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

La mayoría de las usuarias (86.2%) opinó que recibe algunas veces, información sobre los distintos métodos anticonceptivos, encontrándose en una menor proporción (0.8%) que, siempre reciben información.

**Cuadro No. 11**

Opinión sobre la información que se les ofrece sobre el seguimiento del método anticonceptivo según las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril - julio de 2002

INFORMACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí le informaron	17	6.7
No le informaron	203	79.9
No Sabe	34	13.4
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

La mayoría de las usuarias (79.9%) refiere que no se les informa sobre el seguimiento de los métodos. Encontrándose en una menor proporción (6.7%) haber recibido información.

**Cuadro No. 12**

Opinión sobre la información que se les ofrece sobre la posibilidad de cambiar de método anticonceptivo, según las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril - julio de 2002

INFORMACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí le informaron	16	6.3
No le informaron	203	79.9
No sabe	35	13.8
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

La mayoría de usuarias (79.9%) opinó que no les informa sobre si pueden cambiar de método anticonceptivo. Una menor proporción (6.3%) opinó haber recibido la información.

**Cuadro No. 13**

El método anticonceptivo más efectivo, según la usuarias del Programa de Planificación Familiar del centro de salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril - julio de 2002

MÉTODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pastillas	1	0.4
T de cobre	1	0.4
Inyectable	27	10.6
Ligadura de trompas	161	63.4
Vasectomía	64	25.2
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No.1

La mayoría de las usuarias (63.4%) refieren, como método mas efectivo, la ligadura de trompas.

### 3. Calidad del trato personal entre usuarias y proveedoras

**Cuadro No. 14**

Satisfacción sobre la calidad de la atención recibida en la consulta de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril - julio de 2002

ATENCIÓN RECIBIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Altamente satisfecha	10	4
Medianamente satisfecha	219	86.2
insatisfecha	25	9.8
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No.1

La mayoría de las usuarias (86.2%) opinó que están medianamente satisfechas y en una menor proporción (4%) opinó estar altamente satisfechas.

**Cuadro No. 15**

Satisfacción que la usuaria expresó sobre el servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril - julio de 2002

SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Altamente	9	3.5
Medianamente	242	95.3
Insatisfecha	3	1.2
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La mayoría de las usuarias (95.3 %) consideró que el servicio es de mediana satisfacción y en una menor proporción (1.2%) refirió estar insatisfechas.

**Cuadro No. 16**

Satisfacción de las usuarias en la recepción de documentos del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril - julio de 2002

SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Altamente satisfecha	7	2.8
Medianamente satisfecha	171	67.3
Insatisfecha	76	29.9
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

La mayoría de las usuarias (67.3%) consideró estar medianamente satisfecha y en una menor proporción (2.8%) refirió estar altamente satisfecha.

4. **Condiciones de las instalaciones físicas donde se atienden a las usuarias**

**Cuadro No. 17**

Opinión sobre la adecuación de la clínica donde reciben atención, según las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril - julio de 2002

ADECUACIÓN DE LA CLÍNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adecuada	3	1.2
Medianamente adecuada	133	52.4
Inadecuada	118	46.4
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

La mayoría de las usuarias (52.4%) consideró la clínica medianamente adecuada y en una menor proporción (1.2%) la consideró adecuada.

5. **A continuación se presentan los resultados obtenidos al evaluar la capacidad técnica del personal que presta el servicio.**

Se presentan datos sobre las siguientes condiciones: Capacitación en planificación familiar, conocimiento en el uso de métodos, conocimiento sobre manejo de casos, conocimiento sobre manejo de registros, disponibilidad de métodos existentes en el servicio y las condiciones de las instalaciones físicas donde se atiende a las usuarias.

• **Capacitación en planificación familiar**

**Tabla No.1**

Capacitación en planificación familiar del equipo técnico que presta el servicio del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril - Julio de 2002

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Capacitaciones recibidas?	El 50% del personal operativo no ha recibido capacitaciones sobre métodos anticonceptivos El 50% del personal operativo sí recibió capacitación hace un año sobre métodos anticonceptivos El 100% del personal operativo no tiene conocimientos sobre consejería en anticoncepción
¿Charlas que el equipo ha impartido en los últimos quince días?	Ningún tipo de charlas sobre planificación familiar al momento de hacer la investigación

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 2

- **Conocimiento en el uso de métodos**

**Tabla No. 2**

Conocimiento en el uso de métodos del equipo técnico que presta el servicio del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril – Julio de 2002

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Qué hace usted en caso de que la usuaria nueva quiera la pastilla?	50% opina que le realizan prueba de embarazo y 50% le proporcionan condones y le piden que regrese dentro de su período menstrual
¿Está capacitado el personal paramédico para la inserción del DIU?	El 100% del personal operativo no está capacitado para la inserción del DIU
¿Cuántas capacitaciones le han dado al personal Paramédico?	El 100% no ha tenido capacitaciones para la inserción del DIU
¿Cuándo fue la última capacitación?	No han tenido capacitaciones
¿Qué método previene VIH-SIDA?	El 100% del personal operativo opina que los condones.
¿El método más utilizado en el Centro de Salud?	Fueron las pastillas (píldoras) y el inyectable (Depo-provera)
¿Cuál es la razón?	Las usuarias prefieren el inyectable, por la comodidad que es cada 3 meses, porque no tienen que tomarla todos los días. Además, no existe siempre disponibilidad de otro producto. Porque no hay existencia o porque el personal no lo promociona.
¿Cuál es el menos utilizado? ¿Cuál es la razón?	DIU Y Condones Por las creencias que tienen del DIU y porque no hay disponibilidad del mismo. Los condones porque no son aceptados por sus parejas.
La usuaria solicita el método al que ella le tiene más confianza, pero no hay disponibilidad	El 50% del equipo técnico la refiere a otra institución en busca del método que la usuaria solicita y, el otro 50%, le proporcionan condones y le piden que regrese dentro de su siguiente período menstrual.
Se da cita futura para las usuarias de los métodos de Planificación familiar	El 100% de las auxiliares de enfermería (seis) contestó que sí.
Se ofrecen métodos de Planificación Familiar todos los días	El 100% de las auxiliares de enfermería (seis) contestaron que sí

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 2

- **Conocimiento sobre manejo de casos**

**Tabla No. 3**

Conocimiento sobre manejo de casos del equipo técnico que presta el servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril – Julio de 2002

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Le informa usted a la usuaria de efectos secundarios de los métodos ?	El 33% del personal operativo opinó que da información a las usuarias acerca de los efectos secundarios de P.F., y, el 66%, no da ninguna información. El 33% del personal operativo opinó que entre los efectos secundarios están
Pastillas	Cefalea y tromboflebitis
Inyectable	Aumento de peso o sangrado excesivo
DIU	Puede dar hemorragia
Condones	Ninguno
Mela	Ninguno
Si una mujer se olvida de tomar la pastilla	El 50% del personal operativo, le dicen que se tome la pastilla que olvidó inmediatamente y, el otro, 50% opinó que no sabe
¿Cuándo debe regresar la paciente a la que se le insertó DIU?	El 66% del personal informó que después de un mes y el 33% informó que no sabe.
¿Con qué frecuencia se debe aplicar la inyección?	El 100 % del personal operativo opinó que cada tres meses

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 2

- **Conocimientos sobre manejo de registros**

**Tabla No. 4**

Conocimientos sobre manejo de registros del equipo técnico que presta el servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril – Julio de 2002

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Se llenan correctamente los registros?	El 50% contestó que no y el 50% que sí se llenan correctamente
¿Se llena un registro para cada usuaria?	El 66% opinó que sí se lleva un registro para cada paciente y el 33% que no.

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 2

**6. Disponibilidad de métodos existentes en el servicio**

**Tabla No. 5**

Disponibilidad de métodos existentes en el servicio en el servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril – Julio de 2002

PREGUNTAS	RESPUESTAS
Métodos disponibles en el servicio	Pastillas (Lofemenal) Si
	Inyectables (Depo-provera) Si
	DIU (T de Cobre) No
	Preservativos (Condomes) Si
	Otros. (Implantes etc.) No

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 2

**Condiciones de las Instalaciones físicas donde se atiende a las usuarias**

**Tabla No. 6**

Condiciones de las instalaciones físicas donde se atiende a las usuarias del servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Guatemala abril – julio de 2002

PREGUNTAS	RESPUESTAS
La instalación donde se realiza el examen físico cuenta con :	
Privacidad auditiva	El 100% opinó que no
Privacidad visual	El 50% opinó que si y el 50% que no
Limpieza	83% opinó que no y 17% opinó que si
Iluminación adecuada	El 50% opinó que no, y, el otro 50% que si
Disponibilidad de agua	El 83% opinó que no y, el 17% que si

Fuente: Instrumento de recolección de datos No.2

## CAPÍTULO VII

### DISCUSIÓN

En los últimos años se ha observado gran interés por mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar en todo el mundo, este interés refleja el hecho de que es difícil tener un programa exitoso si éste no busca satisfacer las necesidades de sus usuarios (as). (29)

En el Programa de Acción de la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo (CIPD), celebrada en 1994 en Cairo, se instó a que se prestara mayor atención a la calidad de atención. También se promovió un enfoque centrado en el (a) cliente (a) para prestar servicios de planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva.

En Guatemala, en la actualidad, el uso de métodos de planificación familiar es de 38% en las mujeres unidas. Y esto trae como consecuencia una alta tasa de fecundidad, la más elevada en América Latina, en Haití es de 4.8 hijos y el doble de la encontrada en Brasil de 2.5% (31)

Ante esta situación, se planteó la presente investigación para determinar la calidad de los servicios de planificación familiar del centro de salud; a través de establecer las características demográficas de las usuarias, la información que reciben y la calidad del trato personal entre usuarias y proveedoras. Así como, identificar las condiciones de las instalaciones físicas, la capacidad técnica del personal y conocer la disponibilidad de los métodos existentes. Para lo cual fueron entrevistadas 254 usuarias del programa de planificación familiar y el personal técnico que presta el servicio de planificación familiar.

Las usuarias que más consultan están comprendidas en los grupos etáreos de 15 a 19 con un 20.9%, de 20 a 24 años con un 25.5% y de 25 a 29 años con un 31.8%, al unificar los resultados de estos grupos da un 78.2%. se observa que durante estas edades es donde hay mayor prevalencia de uso de métodos de planificación familiar, a nivel nacional en estos grupos etáreos el uso de métodos es de 57%. Sin embargo, en otros países como la República de Paraguay se observa que los porcentajes son mayores, siendo 65.4% en estos mismos grupos etáreos. (10)

En Europa Occidental, América del Norte y gran parte del Asia oriental hay un acceso casi universal a la planificación familiar, la utilización de anticonceptivos oscila entre 65 y 80%, y, en la mayoría de los países del África subsahariana y en algunos países insulares del pacifico aún no se dispone ampliamente de servicios de planificación familiar, la tasa de utilización de métodos anticonceptivos es inferior al 15%. (29)

De los datos demográficos estudiados de mayor importancia son: el estado civil de las usuarias entrevistadas, el cual es de 59.4%, son unidas y el 39.8% son casadas, esto evidencia que el 99.2% de las usuarias de planificación familiar tienen pareja estable, la importancia de investigar la variable de estado civil de las usuarias es conocer la exposición al riesgo de embarazo y cuyas características tienen implicaciones sobre el curso de la fecundidad.

Entre los datos investigados están: el número de hijos que cada mujer tiene, al momento de la entrevista es de 3 hijos en un 26.8% y 4 hijos en un 25.2%, a nivel nacional, la tasa global de fecundidad es de 5 hijos por mujer. Las diferencias urbano-rurales son apreciables, tanto en el nivel como en la

estructura. Las mujeres del área urbana tiene 2 hijos (as) menos que las mujeres del área rural.

En relación al grado de escolaridad de las usuarias investigadas, se pudo observar que un alto porcentaje tienen nivel primario en un 70.1% y el nivel secundario en un 28.7%, ninguna de las usuarias es analfabeta; estos datos son sugestivos, pues, el nivel educativo tiene una gran influencia en la utilización de métodos de Planificación Familiar. Las mujeres que tienen acceso a la educación tienden a tener familias más pequeñas y saludables. (40)

Respecto del método que más prefieren utilizar las usuarias, el estudio permitió determinar que es el inyectable con un 55.5%, por la comodidad de su aplicación ya que es trimestral, así como la discrecionalidad de su utilización, y, en segundo lugar, con las pastillas en un 28.3%, porque son mínimos los efectos secundarios que han experimentado; en un estudio realizado en China, las mujeres exhibieron mayor tendencia a continuar usando los anticonceptivos inyectables por la comodidad del método. Lo anterior concuerda con datos del informe anual del programa de Salud Reproductiva donde reportaron que en el año 2002 el método inyectable fue el más utilizado en las usuarias nuevas, con un 38.8%. Según LEI, Z.-W y Col. 1996 en la China, las mujeres refirieron mayor tendencia al uso de los anticonceptivos inyectables. (36)

Sobre los efectos secundarios en relación con el uso de métodos de Planificación Familiar, las usuarias refirieron: el aumento de peso en un 44.5% y cefalea en un 20.2%, lo cual se considera que es mínimo para la aceptación de los métodos, y, necesario, que toda usuaria del programa

reciba buena información sobre los efectos secundarios de cada uno de los métodos de planificación familiar. En un estudio realizado por Sealza, L. en 1994 en Las Filipinas, entre las usuarias de planificación familiar en la provincia de Bukidnon, las mujeres expusieron mayor tendencia a continuar usando sus métodos cuando recibieron información acerca de las ventajas y los efectos secundarios de varios métodos. (53)

Se determinó que las usuarias sí tienen conocimiento correcto sobre lo que es el espacio intergenésico ideal, ya que, en un 87.4 %, respondieron que es de 24 a 36 meses. (31) El espacio intergenésico ideal es, entre 2 a 3 años, lo cual contribuye a la disminución de la mortalidad infantil. También disminuye la mortalidad materna ya que permite que la mujer se recupere del desgaste de un embarazo, parto y puerperio.

Sobre la información que reciben las usuarias del programa, el estudio determinó que sólo el 0.8% de las entrevistadas recibe información al momento de la consulta y un 86.2% considera, algunas veces recibirla. Según Bruce del comité sobre indicadores de evaluación de la calidad en 1990, para que un servicio de planificación familiar brinde atención con calidad, la información a la usuaria es un paso importante para el éxito y aceptación de los métodos, permitirá responder a las necesidades de las usuarias y presentarles los métodos disponibles adecuados a la situación de las usuarias, ventajas y desventajas, forma de uso y cambio de método, además, es necesario asegurar que no quede con creencias erróneas o mitos sobre el anticonceptivo seleccionado. (30)

La atención de buena calidad atrae, satisface y retiene a las usuarias ofreciéndoles los servicios, suministros, información y apoyo emocional que

necesitan para alcanzar sus metas reproductivas. Por ejemplo, en entrevistas con usuarias en Chile 1993 Vera, H. comprobó que los servicios clínicos de buena calidad redujeron los temores de las usuarias, aumentaron su confianza en la atención que recibieron y generaron lealtad a la clínica. En cambio, la atención deficiente puede desalentar a las mujeres de procurar servicios de planificación familiar o motivar a las usuarias a discontinuar el uso de la planificación familiar.(61)

Otro aspecto importante que se determinó con el estudio es la información sobre el seguimiento de los métodos y el cambio de los mismos, el 79.9% de las usuarias no fueron informadas si podían continuar o cambiar de método. El propósito fundamental de la orientación es lograr en cada consulta que los individuos o las parejas participen de una manera responsable en su vida reproductiva. Cuando ellos eligen personalmente la forma de regular los embarazos, es seguro que estarán más satisfechos y aumentará el uso exitoso de cualquier método anticonceptivo. En una investigación de LEI, Z.-W., WU, S.C., 1996 en la China, las mujeres exhibieron mayor tendencia a continuar usando los anticonceptivos inyectables, cuando habían recibido orientación integral sobre cómo funciona el método y cuáles son sus efectos secundarios. Sólo el 11% de las mujeres que recibió una buena orientación había discontinuado el uso del método después de un año, comparado con el 42% de las mujeres que recibió orientación limitada.(36)

Sobre los métodos de planificación familiar las usuarias consideran, como más efectivos, la ligadura de trompas 63.4%, la vasectomía un 25.2% y el inyectable un 10.6%, lo cual concuerda con los datos presentados a nivel nacional; por el programa de Salud Reproductiva el método preferido es la esterilización femenina, 17%, segundo, es la píldora 5% y el inyectado 4%.

En datos proporcionados por la Guía Nacional de Salud Reproductiva, tomo I, la eficacia de la ligadura de trompas es de 99.4% y la vasectomía 99.9% y el inyectado (depoprovera) 99.7%. En los países de América del Sur las mujeres del área urbana, especialmente, las de la República de Paraguay y el que consideran como mas, efectivo es la píldora, en segundo lugar, el DIU y en tercer lugar, la ligadura de trompas de las mujeres que hablan guaraní y de las que hablan español prefieren la ligadura de trompas. (10)

Se determinó que la calidad del trato personal entre usuaria y proveedores es insuficiente ya que solamente el 4% de las usuarias entrevistadas respondieron que es satisfactorio y un 86.2 %, medianamente satisfactorio.

El ofrecer atención de buena calidad siempre ha sido una meta de los programas de Planificación Familiar: la buena atención ayuda a los individuos y a las parejas a cubrir sus necesidades de salud reproductiva en una forma segura y eficaz. (46) En estudios realizados en Nigeria y Perú sobre calidad de servicios de Planificación Familiar, las usuarias refirieron sentirse bien tratadas por todas las personas con las que interactúan durante su permanencia en la institución. En todo momento, el personal debe mostrar una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad para que la usuaria se sienta a gusto y con deseos de regresar. (30)

Acerca de la satisfacción sobre los servicios del Programa de Planificación Familiar, las usuarias manifestaron en un 95.3% estar medianamente satisfecha, este dato debe ser tomado en cuenta para mejorar la calidad del servicio, ya que los servicios de salud Reproductiva que incluyen la orientación como uno de sus componentes, mejoran los niveles de aceptación, la continuidad en sus métodos, la satisfacción de sus solicitantes, la eficacia y buena calidad en sus servicios. Estudios de Vera, H en 1993

informan que, a mayor satisfacción de la usuaria, hay continuidad del uso de anticonceptivos, en entrevistas con usuarias en Chile, se comprobó que los servicios clínicos de buena calidad redujeron los temores de las usuarias, aumentaron su confianza en la atención que recibieron y generaron lealtad a la clínica (61)

Sobre las condiciones de las instalaciones físicas en donde se atiende a las usuarias, un 46.4% de las mismas las consideró inadecuadas, y, entre las razones, refirió que es por la poca privacidad que la clínica les ofrece. A la vez, el equipo técnico encargado de la clínica de Planificación Familiar opinó que carece de privacidad auditiva, visual y falta de agua para lavar el equipo, por lo cual, la consideró como inadecuada. En estudios realizados en Egipto, El-zanaty and associates dice que las personas, continuamente, evalúan la calidad de los servicios que reciben. Dada una opción, ellas escogen prestadores de servicios e instalaciones que ofrecen la mejor atención disponible, según la perciben. (17)

Sobre la capacidad técnica del personal encargado de la planificación familiar se pudo establecer que el 83.3% del personal tiene más de cinco años de trabajar en la institución y no ha recibido capacitación sobre métodos anticonceptivos y consejería en anticoncepción. La capacidad técnica abarca conocimientos, prácticas y habilidades que los prestadores de servicios deben tener para proveer los servicios de anticoncepción. También incluye la existencia de normas y protocolos de atención y asepsia para prestar estos servicios, ya que la falta de capacidad técnica del equipo que presta el servicio puede traer consigo riesgos a la salud, dolor innecesario, infecciones, complicaciones e, incluso, la muerte, opina Bruce. Obviamente,

el temor de la usuaria conduce al abandono del método anticonceptivo y al fracaso de los programas de planificación familiar. (30)

Se determinó cuál es la disponibilidad de los métodos de planificación familiar existentes en el servicio, encontrándose que es inadecuada, ya que al momento de la realización de la investigación, solamente se ofrecen tres métodos que son la inyección, las pastillas y condones. Los dispositivos y los métodos naturales (MELA), no se proveen, ni se promocionan los métodos quirúrgicos por la falta de capacitación del equipo técnico; la calidad de los servicios de planificación familiar es mejor cuando pueden ofertar una mayor variedad de métodos anticonceptivos. Además de tener en existencia una variedad de métodos, es necesario que se ofrezcan a la usuaria, para que pueda escoger libremente el que más le convenga, dadas sus circunstancias en ese momento. Se ha demostrado que hay más cuidado y perseverancia en el uso de un método cuando éste ha sido elegido libremente y no prescrito por el personal de salud.(30) En el caso de unas mujeres en el Noreste de Brasil, estudio realizado por Family planning mangement en 1998, se disgustaban cuando se les informaba que regresarán otro día, por el método que ellas solicitaban y no estaba disponible en ese momento o, simplemente, ya no regresaban al servicio. (33)

## CONCLUSIONES

1. El grupo de usuarias del Programa de Planificación Familiar está comprendido entre las edades de 15 - 39 años, el 99.2% son casadas o unidas, el número promedio de hijos (as) oscila entre 3 a 4, ninguna es analfabeta.
2. La mayoría de las usuarias del Programa de Planificación Familiar considera que la información que recibe de los métodos existentes es inadecuada.
3. La mayoría de las usuarias se siente medianamente satisfecha con la calidad de la atención recibida en la consulta de planificación familiar.
4. Las usuarias y el equipo técnico consideran que las instalaciones físicas donde se brinda la atención del Programa de Planificación Familiar es inadecuado en un 46.4 %
5. El personal técnico operativo carece de conocimientos en consejería de Planificación Familiar; y, del uso de métodos, desconocen la técnica de inserción de DIU, solamente el 50% de ellas tiene conocimientos sobre manejo de casos.
6. De la disponibilidad de métodos existentes en el Ministerio de Salud, el Programa de Planificación Familiar del Centro de salud, solamente tiene disponibles tres métodos.

## RECOMENDACIONES

1. Presentar los resultados del estudio a la Dirección de Área de Salud Guatemala para sociabilizar acciones que permitan mejorar la calidad del servicio de planificación familiar en el Centro de salud de la Colonia Centro América.
2. Promover el desarrollo de un plan de mejoramiento de la calidad de los servicios de Planificación Familiar del Centro de salud de la Colonia Centroamérica.
3. Promover acciones para mejorar las instalaciones donde se brinda atención a las usuarias de Planificación Familiar.
4. Promover un programa de capacitación permanente en servicio para el personal técnico del Centro de salud sobre Planificación Familiar.
5. Garantizar la disponibilidad de métodos para ofrecer una diversidad de los mismos a las usuarias del Programa de Planificación Familiar.
6. Fortalecer el proceso de mejoría del desempeño y de la calidad de los servicios de atención del Programa de Planificación Familiar del Centro de salud de la Colonia Centro América considerando los problemas que el presente estudio identificó.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AECOM, Sistemas de Calidad, disponible en:  
<http://www.aecom.es/aepub/calidad/sistemas.htm>
2. Apresal, documento del Foro Internacional. La Reforma del Sector Salud. Guatemala, 30 de Junio, 1-2 Julio de 1999 pp. 170
3. ASKEW, I. Using Situation Analysis to improve reproductive health programs. In: Miller, K., Miller, R., Askew, I., Horn, M.C., and Ndhlovu, L., eds. Clinic-based family planning and reproductive health services in Africa: Findings from Situation Analysis studies. New York, Population Council. Nov. 1998. p. 87-104.
4. Barahona Vilma, M.D. Casa, Beatriz M.D. Langer Glas Ana, M.D., The Population Council, Mejora y Expansión de los servicios de planificación familiar en el sistema de salud mexicano (Oaxaca), disponible en:  
<http://www.laneta.apc.org/inopal/result.html>
5. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. 1997, Vol. 39 No. 6 "Hacemos lo que podemos" Los prestadores de México, disponible en:  
<http://www.insp.mx/salud/39/396-7.html>
6. BROOKS, D.C. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. In: Goldfield, N. and Nash, D.B., eds. Providing quality care: Future challenges. 2nd ed. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press. 1995. pp. 145-160.

7. BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91. Mar./Apr. 1990.
8. BRUCE, J. and JAIN, A. Improving quality of care through operations research. In: Seidman, M. and Horn, M.C. *Operations research: helping family planning programs work better. Progress in Clinical and Biological Research. Vol. 371. New York, Wiley-Liss. 1991. pp. 259-282.*
9. Centro de Gestión Hospitalaria, Garantía de Calidad en Salud Ministerio de Salud República de Colombia disponible en: <http://www.garantiacalidad.com/>
10. Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil: 1998 ENSMI – 98 Noviembre de 1999 República de Paraguay pp.25 - 37
11. Clara de Guevara Concepción Lic. Febrero 2001 Calidad de Atención a las usuarias de Planificación Familiar en las unidades de Salud de Santa Tecla, - San Salvador, disponible en: [http://www.utec.edu.sv/antropologia/ponencia\\_concepcion\\_clara.htm](http://www.utec.edu.sv/antropologia/ponencia_concepcion_clara.htm)
12. Conferencia Internacional sobre la población y el Desarrollo . Acción para el Siglo XXI Salud y Derechos Reproductivos para todos.
13. Cuestiones Mundiales, septiembre 1988. Necesidades Insatisfechas. <http://usinfo.state.gau/journals/itgic/0998/ijgs/gt.6.htm>
14. Dixon-Muller R. Y Germaine, A. 1993. *Four Essays on Birth Control, Needs and Risks, Defining the "Unmet Need" for Family Planning.* International Women's Health Coalition, Nuevo York.
15. Donabedian A. 1982. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume II: The criteria and Standards of* Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
16. Donabedian Avedis, M. D. Mayo-Junio 1993, Vol. 35, No. 3 Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad, *Salud Pública de México*, disponible en: <http://www.insp.mx/salud/35/353-2s.html>
17. El-zanaty and associates. Quality of care and family planning utilization in ministry of health and population clinics. Egypt, National Population Council, Institutional Development Project, May 1998. (Draft)
18. Expandiendo opciones de Planificación Familiar. Banco Mundial/FNUAP/OMS/PNUD. Programa especial de investigación, desarrollo y formación de investigadores sobre reproducción humana pp. 29-30
19. Faúndes Aníbal A.-1, Enero-Febrero 1992, Vol. 34, No. 1 *Avances Recientes en Anticoncepción y Planificación Familiar*, *Salud Pública de México*, disponible en: <http://www.insp.mx/salud/34/341-2s.html>
20. Faundes, A. The Cairo consensus and women's reproductive health in less developed countries. *Health Transition Review* 6(1):pp 87-91. 1996.

21. Figueroa, M., Goicochea, P., Poppe, P., Queirolo, C., Tapia, M., and Tello, M. Evaluación diagnóstico rápido de necesidades de comunicación [IEC Needs Assessment] [SPA]. Peru, Ministerio de Salud de Peru and United States Agency for International Development, 1997. pp.213 -214
22. FPMD Management Sciences for Health, Manual de Calidad en Planificación Familiar, INOPAL II The population council
23. Frenk Julio, M. C., Peña Jorge, M. C. "Bases para la Evaluación de la Tecnología y la Calidad de la Atención a la Salud" mayo-junio de 1988 Vol. 30, número 3 pp. 405-415
24. Garantía de calidad en salud, Colombia, <http://www.garantiacalidad.com/> pp. 1-2
25. Gasca Ricardo, No. 14 salvia—La calidad de la atención en los servicios de salud, Centro de Investigación en servicios de Salud/INSP disponible en: <http://www.insp.mx/salvia/9714/sal97141.html>
26. Gómez-Dantes Octavio, M. C. García Núñez José, Lic. ACT. Marzo-Abril 1994, Vol. 36, No. 2 Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Servicios de Planificación, Salud Pública de México, disponible en: <http://www.insp.mx/salud/36/362-8s.html>
27. Hardee aren agarwal kokila 1998, políticas y programas de Salud Reproductiva después del Cairo. Policy Occasional Papers.

28. Hull, V.J. Improving quality of care in family planning: How far have we come? Jakarta, Indonesia, Population Council, 1996. (South and East Asia Regional Working Papers No. 5
29. Infomundi. La Planificación Familiar en el sur disponible en: <http://med.unex.es/medmund/infomundi/planifichtml>
30. Inopal II the population Council Manual de calidad en planificación Familiar, pp. 6-7
31. Instituto Nacional de Estadística INE, Guatemala; Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998/99 pp 37-52
32. Instituto Nacional de Estadística INE, Guatemala; Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (Informe preliminar) pp 17-31
33. Johns Hopkins program for international education and training in reproductive health (jhpiego). johns hopkins school of public health, population communication services (jhu/pcs) and mangement sciences for health, family planning mangement development (mhs/fpmd). proquali project: bahia and ceará, brazil. jhpiegó, jhu/pcs and mhs/fpmd, 1998. (case study) 15 p. (draft)
34. Jurán, J. et. al. Análisis y Planeación de la Calidad, del desarrollo del producto al uso. México: Mc Graw Hill, 1995. Capítuilo 1, pp. 1-14

35. La mención específica sobre el derecho a la planificación familiar está señalado en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer – artículos 10, 12, 14 y 16
36. Lei, Z.-W., Wu, S.C., Garceau, R.J., Jaing, S., Yang, Q.-Z, Wang, W.-I., and Vander Meulen, T.C. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception* 53(6): 357-361. Jun. 1996.
37. López Mangelsdorff J. Gustavo, Ing. Septiembre 2000, Santiago de Chile Evaluación y calidad de Servicio, disponible en: [file:///C:/WINDOWS/Desktop/2\\_-ConceptosModeloCalidadServicio.htm](file:///C:/WINDOWS/Desktop/2_-ConceptosModeloCalidadServicio.htm)
38. Maassoud Rashad, Reinke Jolee, Bornsstein Thada & Col. La Mejora de la Calidad: Paradigma y Enfoques, Taller Internacional Sobre Métodos Básicos de Garantía de Calidad, Marzo 2000.
39. McNamara, Regina, Therese McGinn, Donald Lauro y John Ross. 1992. Family planning programs in Sub-Saharan Africa: Case studies from Ghana, Rwanda, and the Sudan. Documento de trabajo sobre investigación de políticas n° 1004. Washington, D.C.: Banco Mundial.
40. Measure Communication. Es la educación el mejor anticonceptivo USAID, Boletín informativo de la Academia Nacional de Ciencias de EE:UU 1996-97
41. Mensch, B.S., Arends-Kuenning, M., Jain, A., and Garate, M.R. Meeting reproductive goals: The impact of family planning services on unintended pregnancy in Peru. New York, Population Council, 1995. (Research Division Working Papers No. 81)
42. Miller Robert. Fisher Andrew. Miller Kate. Ndhlovu Lewis. La Estrategia de Análisis Situacional para la Evaluación de Servicios de Planificación Familiar y Salud Reproductiva. Population Council 1997.
43. Nag, Moni. 1992. Family planning success stories in Bangladesh and India. Documento de trabajo sobre investigación de políticas No. 1041. Washington, D.C.: Banco Mundial.
44. Palma Yolanda & Rivera Gabriela, "La planificación familiar en México", Population Council, 1996, disponible en: [http://www.hssph.harvard.edu/grhf/\\_Sspanish/course/sesion4/planificacion.html](http://www.hssph.harvard.edu/grhf/_Sspanish/course/sesion4/planificacion.html)
45. Perez-Palacios Gregorio, Director General de Planificación Familiar, 1993. Norma Oficial Mexicana, Nom 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/nom/005ssa23.html>
46. Pérez Palacios Gregorio, Valera Yolanda 2000. El Cambio de Paradigma de la planificación Familiar. Secretaria de la Salud de México pp 11 - 13
47. Planificación familiar post parto disponible en: <http://www.igc.org/ausc/spanish/pregnancy/spppcfp.html>

48. Population Information Program, Center for Communication Programs. The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA Volumen XXVI, Número 3 noviembre de 1998 serie J, número 47.
49. Potts Malcom, Rooks Judith y Young Holt Bethany, 1999, Cómo Mejorar la Planificación Familiar y Salvar Vidas Mediante un Enfoque Basado en las Diferentes Etapas de la Vida Reproductiva, Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, disponible en: <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/25spa03799.html>
50. Programa Nacional de Salud Reproductiva, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2001, documento. pp 25-28
51. Ruelas-Barajas, M. C. mayo-junio 1993, Vol. 35, No.3 Calidad, productividad y costos, Salud Pública de México disponible en: <http://www.insp.mx/salud/35/353-9s.html>
52. Saucedo-Valenzuela Alma Lucila, M. C. Arenas-Luis Duran, Ph. D., Hernández Bernardo Ph. D. Septiembre-Octubre 2000 Vol. 42, No. 5 Evaluación de un programa de Monitoria de la Calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental, Salud Pública de México.
53. Sealza, L. Factors affecting the family planning drop-out rates of Bukidnon. Presented at the National Research utilization Conference, Manila, Sep. 20, 1994 pp. 11-12
54. Secretaria de Salud, Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, Mayo 1994.
55. Servicio de Información y documentación sobre el Tercer Mundo creado por la ONG Médicos Mundi en 1996, Junio disponible en: <http://med.unex.es/medmund/infomundi/planific.html>
56. Servicio de Salud de Colombia, Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, año 2000, <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntplanif.htm>
57. Shane B. Family Planning Saves Lives. Washington Reference Bureau, 1997.
58. SIMMONS, R. and SIMMONS, G.B. Moving toward a higher quality of care: Challenges for management. In: Jain, A.K., ed. Managing quality of care in population programs. West Hartford, Connecticut, Kumarian Press. 1992. pp. 23-34
59. Taller Internacional Sobre Métodos Básicos de Garantía de Calidad, Proyecto de Garantía de Calidad – América Latina.
60. Vanormelingen, K. et. al. "Gerencia de calidad total en salud" 1991; pp.111-114
61. Vera, H. The client's view of high-quality care in Santiago, Chile. Studies in Family Planning 24(1): 40-49. Jan./Feb. 1993.

62. Verheggen Frank W. S. M., M. H. Sc.-1 Harteloh Peter P. M. M. D. Mayo-Junio 1993, Vol. 35, No. 3 La Calidad de Servicio en la Atención a la Salud: Aplicación de resultados de la Investigación Mercadotécnica, Salud Pública de México, disponible en: <http://www.insp.mx/salud/35/353-12s.html>

63. Yinger, N.V. Unmet need for family planning: Reflecting women's perceptions. Washington, D.C., International Center for Research on Women, Apr. 1998. pp 32 -33

# ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS NO. 1  
"Calidad de los Servicios de Planificación Familiar en el Centro de Salud de  
la Colonia Centro América.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad de la usuaria: \_\_\_\_\_ (años cumplidos)

Procedencia: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Cuanto Hijos ha tenido \_\_\_\_\_ Cuantos están vivos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del ultimo hijo \_\_\_\_\_

Es la primera consulta al servicio SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Grado de Escolaridad:

Primaria

Básicos

Diversi

Univer.

II. INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA USUARIA

Método que utiliza \_\_\_\_\_ cuanto tiempo lleva usando  
ese  
método \_\_\_\_\_

Le ha dado algún problema el uso de dicho método?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

Que problema le ha dado? \_\_\_\_\_

1. ¿Qué tiempo cree usted que hay que esperar entre el nacimiento de un hijo y el nacimiento de otro (Embarazo-parto)

\_\_\_\_\_

escribir lo que se exprese

2. ¿Cuándo le dieron información sobre los distintos métodos anticonceptivos, le hablaron sobre los beneficios de los mismos?

- a. Siempre
- b. Algunas veces
- c. Nunca

3. ¿Las personas que la atendieron le informaron en relación al seguimiento que debe llevar con el método?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

4. ¿La persona que la atendió le informó que puede usted cambiar de método si no se siente a gusto con el que utiliza?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

5. De los siguientes métodos que le voy a mencionar a continuación ¿cuál es el que considera más efectivo para usted?

- a. Pastillas
- b. T de Cobre
- c. Inyectados
- d. Preservativos
- e. Lactancia materna exclusiva
- f. Ligadura de trompas
- g. Vasectomía (operación del hombre)
- h. Otro:

Me gustaría preguntarle acerca de ¿cómo lo utiliza? \_\_\_\_\_

### III. Calidad del trato personal entre usuaria y proveedor

6. De acuerdo a cómo se le atendió en su consulta de planificación familiar. ¿Usted se retira?

- a. ¿Altamente satisfecha?
- b. ¿Medianamente satisfecha?
- c. ¿Insatisfecha?

¿Por qué? \_\_\_\_\_

7. ¿Durante la visita hizo preguntas o expresó inquietudes de lo que usted deseaba saber?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

8. ¿Quedó usted satisfecha con las explicaciones que le dio la persona que la atendió?

- a. Altamente
- b. Medianamente
- c. Insatisfecha

9. ¿De acuerdo con el trato recibido, en Recepción de documentos, usted se siente?

- a. Altamente satisfecha
- b. Medianamente satisfecha
- c. Insatisfecha

### IV. Condiciones de las instalaciones físicas donde se atiende a las usuarias

10. ¿ En la clínica donde recibió la consulta cómo considera las instalaciones?

- a. Adecuada
- b. Medianamente adecuada
- c. Inadecuada

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS NO. 2  
"Calidad de los Servicios de Salud de Planificación Familiar  
del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica"

Cuestionario para el personal técnico del centro de salud, encargado del  
Programa de Planificación Familiar.

A continuación encontrará una serie de preguntas las cuales nos permitirá establecer los conocimientos que usted tiene de las Normas de Planificación Familiar del Ministerio de Salud.

Capacidad técnica del personal que presta el servicio

**Capacitación en planificación familiar**

1. ¿Qué tipo de capacitación ha recibido usted en relación a planificación familiar?

Métodos- anticonceptivos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Consejería en anticoncepción SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo recibió la capacitación? \_\_\_\_\_

¿ Con qué frecuencia ha recibido la capacitación? \_\_\_\_\_

2. En los últimos 15 días ¿Se han dado pláticas pre-consulta sobre Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

**Conocimiento en el uso de métodos**

3. ¿Qué hace usted en caso de que una usuaria nueva quiera la pastilla o algún otro método hormonal, pero no se encuentra dentro de su período menstrual?

- a Realizar una prueba de embarazo
- b Pedirle que regrese durante su próximo período menstrual.
- c Tratar de inducir la menstruación
- d Le proporciona condones y le pide que regrese dentro de su período menstrual
- e Le suministra un método hormonal

4. ¿Está usted capacitada para la inserción del DIU (Dispositivo Intrauterino)?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

¿Cuántas capacitaciones le han dado? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última? \_\_\_\_\_

5. De los siguientes métodos de Planificación familiar mencionados a continuación, marque el que usted considera que previene enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

- a. Pastillas
- b. Inyectables
- c. Condones
- d. DIU
- e. Otros

6. ¿Conoce usted cuál es el método de planificación familiar más utilizado por las usuarias que asisten al Centro de Salud?

¿Cuál es la razón? \_\_\_\_\_

7. ¿Conoce usted cuál es el método de planificación familiar menos utilizado por las usuarias que asisten al centro de Salud?

¿Cuál es la razón? \_\_\_\_\_

8. Cuando se presenta al servicio una usuaria de planificación familiar, y, ella solicita el método a quien ella le tiene más confianza, y, en ese momento, no se encuentra disponible en el servicio, usted ¿ qué hace?

- a Le da otro método y la cita para proporcionarle el que ella solicita.
- b La refiere a otra institución, en busca de su método.
- c Simplemente le informa que no hay
- d No sabe qué hacer

9. ¿Se da una cita futura para control en todas las consultas de planificación familiar?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

10. ¿Se ofrece el servicio de planificación familiar durante todos los días y horas hábiles?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

#### Conocimientos sobre manejo de casos

11. ¿Le informa usted a las usuarias acerca de los efectos secundarios de cada uno de los métodos de planificación familiar existentes?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue SI describa brevemente los efectos secundarios de los métodos que se describen a continuación?

Pastillas. \_\_\_\_\_

Inyectable \_\_\_\_\_

DIU \_\_\_\_\_

Condomes \_\_\_\_\_

Mela \_\_\_\_\_

12. Si una mujer se olvida de tomar la pastilla por un día ¿Qué piensa usted que debería hacer?

- a. Tomarse la pastilla que olvidó de inmediato
- b. Suspender el ciclo
- c. No sabe

13. ¿Cuándo cree usted que una mujer debería regresar para su primer revisión después de una inserción de DIU?

- Después de un mes
- Después de tres meses
- Después de un año
- No necesita regresar

14. Si la usuaria recibió la inyección anticonceptiva (depo-provera) ¿Qué tan a menudo cree usted que debería recibir esta inyección?

- Cada mes
- Cada dos meses
- Cada tres meses
- No sabe

#### Conocimiento sobre manejo de registros

15. ¿Se llenan correctamente los registros y formas especiales que hay para planificación familiar?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

16. ¿Se llena un registro para cada usuaria?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

### Disponibilidad de métodos existentes en el servicio

17. ¿De qué métodos de planificación familiar hay disponibilidad en el Centro de Salud donde usted trabaja?

- a Pastillas                    SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- b Inyectables                SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- c DIU                            SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- d Condones                  SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- e Otros                         SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### Condiciones de las instalaciones físicas donde se atiende a las usuarias

18. La instalación donde se realiza el examen médico a la usuaria, se encuentran presentes las siguientes condiciones:

- a. Privacidad auditiva        SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- b. Privacidad visual         SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- c. Limpieza                    SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- d. Iluminación adecuada     SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- e. - Disponibilidad de agua   SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### PERMISO DE LA AUTORA PARA REPRODUCIR LA PRESENTE TESIS

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **CALIDAD DEL SERVICIO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR – ESTUDIO DESCRIPTIVO REALIZADO CON LAS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD DE LA COLONIA CENTRO AMÉRICA DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A JULIO DEL AÑO 2002** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autora que confiere la ley, cuando sea cualquier motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.