



UNAP



ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN EMPRESARIAL

T E S I S

**“CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA Y OFERTA DEL
SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL
MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA
MUJER. HOSPITAL III ESSALUD DE
IQUITOS - 2024”**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN
GESTIÓN EMPRESARIAL**

**PRESENTADO POR: BENY PASQUEL FLORES
JORGE DANTE PEREA MORI**

ASESOR: LIC. MARTÍN ANTONIO ESPINOZA PAREDES, MGR.

**IQUITOS, PERÚ
2005**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA
ESCUELA DE POSTGRADO
"JOSÉ TORRES VÁSQUEZ"**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Directoral N° 011-2005-EPG-UNAP** del 12 de enero del 2005, la Escuela de Postgrado designa como Jurado de Sustentación de Tesis a los señores que a continuación se indica:

Mgr. Jesús Ramírez Enrique	Presidente
Mgr. Carlos Zumaeta Vásquez	Miembro
Mgr. Zulema Sevillano Bartra	Miembro

Y, en el Distrito de San Juan Bautista , a las 12:00 m. del día catorce de octubre del 2005, en el Auditorio de la Escuela de Postgrado "José Torres Vásquez" de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, se constituyó el Jurado, para escuchar la sustentación de la Tesis titulada: **"CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA Y OFERTA DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER. HOSPITAL III ESSALUD DE IQUITOS – 2004"**, presentado por los egresados **BENY PASQUEL FLORES** y **JORGE DANTE PEREA MORI**, como requisito para optar el grado de **MAGÍSTER EN GESTIÓN EMPRESARIAL**, que otorga la UNAP de acuerdo a la Ley Universitaria y el Estatuto General de la UNAP.

Después de haber escuchado con atención la sustentación y luego de formuladas las preguntas las que,

..... *fueron respondidas en forma satisfactoria.*

El Jurado, después de la deliberación correspondiente en privado, llegó a las siguientes conclusiones:

1. La Sustentación es: *Aprobada por unanimidad.*
2. Observaciones : *Complementar y precisar las conclusiones.*

Con lo cual, se les declara a los sustentantes..... *aptos* para recibir el Grado Académico de Magister en Gestión Empresarial.

En fe de lo actuado los miembros del Jurado suscriben la presente acta por cuadruplicado. Seguidamente, el Presidente del Jurado dio por concluida la sustentación, siendo las *2:00* p.m.

Mgr. Jesús Ramírez Enrique
Presidente

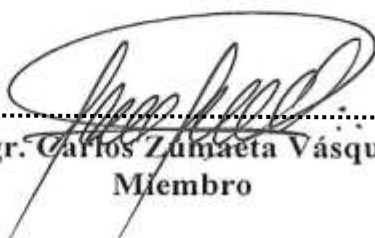
Mgr. Carlos Zumaeta Vásquez
Miembro

Mgr. Zulema Sevillano Bartra
Miembro

TESIS APROBADA EN SUSTENTACION PUBLICA DE FECHA 12 DE ENERO DEL 2005 POR EL JURADO CALIFICADOR Y DETERMINADOR NOMBRADO POR LA ESCUELA DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA.



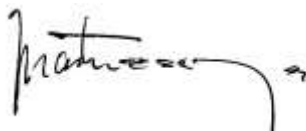
.....
Mgr. Jesús Ramírez Enrique
Presidente



.....
Mgr. Carlos Zumaeta Vásquez
Miembro



.....
Mgr. Zuléma Sevillano Bartra
Miembro



.....
Mgr. Martín Antonio Espinoza Paredes
Asesor

DEDICATORIA

A mi esposa e hijos por su apoyo incondicional y por la constante motivación en el logro de mis metas personales y profesionales.

Beny Pasquel Flores

A mi esposa e hijos por su invaluable apoyo para fortalecerme diariamente en la búsqueda de solución de problemas y en el logro de mis aspiraciones profesionales.

Jorge Dante Perea Mori

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar un sincero agradecimiento a todas aquellas personas que directa e indirectamente han hecho posible que el trabajo de tesis concluya satisfactoriamente, entre ellos queremos mencionar particularmente a las siguientes personas:

- Mgr. Jesús Ramírez Enrique, Mgr. Carlos Zumaeta Vásquez y Mgr. Zulema Sevillano Bartra, miembros del Jurado Calificador y Dictaminador de la tesis por sus valiosas sugerencias y constante apoyo.
- Mgr. Martín Antonio Espinoza Paredes, asesor de la presente tesis, por su acertada y siempre constante asesoría.
- A los funcionarios del Hospital III EsSALUD de Iquitos y muy particularmente a todo el personal del servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la mujer, por sus valiosos aportes y por prestarnos su constante apoyo y facilitarnos la información requerida durante la ejecución de la tesis.
- A todas y cada una de las mujeres que fueron atendidas en el Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD de Iquitos y que formaron parte de la presente tesis. ¡Muchas Gracias!

Los Autores

INDICE DE CONTENIDO

	Pàg.
Dedicatoria.....	- i -
Agradecimiento.....	- iii-
Índice de Contenido	- iv -
Índice de Tablas.....	- vi -
Índice de Gráficos.....	- viii -
Resumen.....	- ix -
 CAPITULO I	
1. Introducción	1
 CAPITULO II	
2.1. Antecedentes	5
2.2. Marco Teórico	10
2.3. Marco Conceptual	27
2.4. Hipótesis	29
2.5. Variables, Indicadores e Índices	29
 CAPITULO III	
3. Metodología	32
3.1. Tipo de Investigación	32
3.2. Diseño de Investigación	32
3.3. Población y Muestra	32
3.4. Procedimiento de Recolección de Datos	34
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	34
3.6. Procesamiento de la información	35
<hr/>	
CAPITULO IV	
4. Resultados	36

	Pàg.
CAPITULO V	
5. Discusión	67
CAPITULO VI	
6. Conclusiones	73
CAPITULO VII	
7. Recomendaciones	75
CAPITULO VIII	
8. Referencias Bibliográficas	76
CAPITULO IX	
9. Bibliografía	80
ANEXOS	83

ÍNDICE DE TABLAS

	Pàg.
01. Distribución de usuarias según edad. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	36
02. Distribución de usuarias según grado de instrucción. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	38
03. Distribución de usuarias según estado civil. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	40
04. Distribución de usuarias según ocupación. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	42
05. Distribución de usuarias según paridad. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	44
06. Distribución de usuarias según ingreso económico. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	46
07. Distribución de usuarias según religión. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	48
08. Atenciones de Mayor Demanda por usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	50

	Pàg.
09. Satisfacción de usuarias con la atención recibida en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	52
10. Satisfacción de usuarias con el método Anticonceptivo Seleccionado en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	54
11. Satisfacción de usuarias con el uso de los métodos anticonceptivos recibidos en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	56
12. Continuidad del uso de Métodos Anticonceptivos recibidos en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	58
13. Características de la oferta a través de indicadores de estructura del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	59
14. Características de la oferta a través de indicadores de proceso del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	63
15. Características de la oferta a través de indicadores de impacto del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pàg.
01. Distribución de usuarias según edad. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III ESSALUD. Iquitos-2004.....	37
02. Distribución de usuarias según grado de instrucción. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	39
03. Distribución de usuarias según estado civil. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	41
04. Distribución de usuarias según ocupación. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	43
05. Distribución de usuarias según paridad. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	45
06. Distribución de usuarias según ingreso económico. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	47
07. Distribución de usuarias según religión. Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	49
08. Atenciones de Mayor Demanda por usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos-2004.....	51

TÍTULO: “Caracterización de la Demanda y Oferta del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD de Iquitos-2004”.

**AUTORES: Pasquel Flores, Beny
Perea Mori, Jorge Dante**

RESUMEN

El objetivo del estudio fue describir las características de la demanda y oferta mediante indicadores demográficos / culturales, características de estructura, proceso, resultado e impacto de la atención del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos durante el año 2004. El estudio fue de tipo descriptivo, el diseño no experimental del tipo transeccional o Transversal. La población accesible estuvo conformada por un total de 1,800 atenciones / aseguradas. Las técnicas empleadas fueron la entrevista y la observación. Los instrumentos fueron el cuestionario y la lista de cotejo. La información fue procesada en el paquete estadístico SPSS Versión 12.0. Entre los resultados más significativos se tiene: las características demográficas y culturales predominantes fueron: usuarias de 25 a 34 años (45.5%), grado de instrucción superior (51.4%), estado civil conviviente (57.7%), ocupación su casa (47.3%), paridad de 2 a 3 hijos (53.6%), ingreso económico de S/. 500.00 a menos de S/. 1,000.00 nuevos soles (64.0%) y religión católica (85.2%). Las atenciones de mayor demanda fueron el control de métodos anticonceptivos (65.6%) la prueba de papanicolao (32.8%). La demanda evaluada a través de indicadores de resultado de estructura, proceso e impacto fueron evaluados como bueno, pero existen algunos aspectos que merecen dar atención por haber sido evaluados como regulares tales como el tiempo de espera para la atención, registro de no retornos, volumen de trabajo del personal y duración de la consulta.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

En la última década ha habido un considerable interés por identificar los rasgos fundamentales de los servicios de planificación familiar (PF) que les permiten satisfacer la demanda en forma eficaz. A la vez, el campo de la PF ha rearticulado su compromiso con el derecho de los individuos y de las parejas a elegir el número de hijos que se desean tener, cuándo quieren hacerlo, así como el derecho de seleccionar los medios compatibles para lograr sus metas. Pero a pesar de la preocupación cada vez mayor por la eficiencia del programa y el aspecto ético de la prestación de servicios de planificación familiar (PF), las evaluaciones han descuidado, en general, una dimensión central: la calidad de la atención. El mejoramiento de la calidad de los servicios tendrá por resultado una clientela más amplia, comprometida y satisfecha con el uso de anticonceptivos. A largo plazo, el incremento de individuos bien atendidos se traducirá en un uso mayor de los anticonceptivos y, en consecuencia, en una reducción de la fecundidad.

En América Latina, el uso de los anticonceptivos es alto en general, con la excepción de algunos grupos poblacionales como los indígenas; también se registran diferenciales continuos, aunque menores, entre el campo y la ciudad. En muchos países de América Latina y el Caribe existe preocupación de que se haga un mal uso de métodos autoadministrados, que se abuse de la esterilización y que se usen excesivamente ciertas prácticas nocivas relacionadas con la salud reproductiva, como la operación cesárea cuando ésta no es necesaria. Por lo tanto, el mejoramiento de los servicios y el uso efectivo y cada vez mayor de métodos temporales podría repercutir en una mejor salud de los usuarios más que en una reducción de la fecundidad, aunque a la larga se pueden esperar ambos efectos.

En el Perú, el uso de anticonceptivos se encuentra bien definido: según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2002), 41% de todas las mujeres unidas en edad fértil usa un método moderno de anticoncepción. Por otro lado la proporción de mujeres unidas que alguna vez ha utilizado un método moderno es 64% más alto que la proporción que usa actualmente. Cifras generales como las que se mencionan, es decir, la tasa de prevalencia anticonceptiva ya no es suficiente para medir los distintos aspectos del desempeño de un programa de planificación familiar. Lo que actualmente se necesita conocer, además, es la extensión de la discontinuidad, y los factores que influyen en la continuidad de uso.¹

En relación con métodos específicos, más de la mitad de las usuarias de pastillas inyectables y condón abandonan su uso el primer año de haberlo iniciado. Aunque las usuarias del dispositivo intrauterino (DIU) arrojan las tasas más alta de continuidad anticonceptiva, casi 20% discontinúa el uso del método en algún momento durante los primeros 12 meses después de la inserción.²

Todas las cifras mencionadas anteriormente sugieren que las usuarias de métodos anticonceptivos no reciben lo que necesitan de los proveedores de planificación familiar para usar el método elegido de manera justificada.

Existen muchos factores que afectan la calidad de la atención en los servicios de planificación familiar, estos factores van más allá del contexto clínico, puesto que afectan a los clientes antes que busquen atención. Muchas mujeres, por razones socioculturales, así como de índole financiera se ven limitadas en su capacidad para obtener servicios de planificación familiar. Por otra parte, si bien los programas de planificación familiar están actualmente prestando atención a las parejas como clientes, la mayoría de los programas siguen estando dirigidos principalmente a las mujeres.

El tiempo de espera excesivo y los horarios inapropiados de los servicios de planificación familiar pueden impedir que la población obtenga los servicios que necesita. La (Family Planning Service Expansion and Technical Support, 2000) en un estudio realizado en Malasia y Senegal encontraron que los clientes de los servicios de planificación familiar mostraron su preocupación por los largos períodos de espera, una

cliente dijo: “el tener que esperar es un gran problema, a veces no voy cuando me toca porque pienso en la cantidad de horas que tendré que esperar en el centro”.³

Los clientes quieren recibir información que corresponda a sus necesidades, anhelos y forma de vida. Debido a que tienen distintos objetivos de reproducción y actitudes sobre planificación familiar, así como diferente capacidad para tomar decisiones y otros factores que afectan el método que eligen, necesitan información que se ajuste a sus necesidades particulares, por otra parte también habrá clientes que deseen información sobre procesos, tratamiento, riesgos y efectos secundarios.

Proporcionar atención de alta calidad requiere entender y respetar las necesidades e inquietudes de los clientes; y se debe tener en cuenta que las percepciones de estos últimos, se ven afectadas a su vez por factores personales, sociales y culturales.

Existe la necesidad de hacer una investigación que ponga en relieve la necesidad de considerar dichas perspectivas sobre la calidad de la atención, porque esto elevará la satisfacción del cliente su uso sostenido de los servicios y mejorará en el último término de salud.

El **problema general** de la presente tesis fue el siguiente:

¿Qué características tienen la demanda y oferta del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral de la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos durante el año 2004?

Los **problemas específicos** fueron los siguientes:

1. ¿Qué características demográficas y culturales tiene la población atendida en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral de la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos durante el año 2004?
2. ¿Qué características tiene la demanda de servicios evidenciada por indicadores demográficos / culturales, servicios requeridos e indicadores de resultados de la atención del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral de la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos durante el año 2004?

3. ¿Qué características tiene la oferta de servicios evidenciada por indicadores de estructura, proceso e impacto de la atención en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral de la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos durante el año 2004?

Finalmente, el **objetivo general** de la presente tesis fue el siguiente:

Describir las características de la demanda y oferta mediante indicadores demográficos/culturales, características de estructura, proceso, resultado e impacto de la atención del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral de la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos durante el año 2004.

Y, los **objetivos específicos** fueron los siguientes:

1. Identificar las características demográficas y culturales: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, paridad, ingreso económico y religión de las usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral de la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos durante el año 2004.
2. Identificar las características de la demanda a través de los indicadores de resultado (satisfacción de la usuaria con la atención recibida, satisfacción con el método seleccionado, uso de la anticoncepción y tasa de continuidad en la anticoncepción) de usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral de la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos durante el año 2004.
3. Identificar las características de la oferta de servicios a través de los siguientes indicadores: estructura (opción de métodos, existencia de métodos, restricciones, información disponible, competencia técnica, sistema de seguimiento y condiciones del servicio); proceso (elección de métodos, información ofrecida al cliente, desempeño, opciones del cliente, mecanismos para promover la continuidad y administración del servicio); e impacto (prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, tasa de continuidad en la anticoncepción y nivel de fecundidad), en el servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral de la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos durante el año 2004

CAPITULO II

2.1. ANTECEDENTES.

2.1.1. Investigaciones relacionadas al tema a nivel internacional:

(TOWNSEND, 1999) En Indonesia realizó un estudio con 1,570 usuarias de Norplant, en la cual descubrió que las mujeres que habían recibido asesoría e información sobre Norplant estaban más satisfechas que aquellas que no habían sido tan bien informadas. Concluye que cuanto más completa y exacta es la información que se propicia, teniendo en cuenta las necesidades del cliente, mayor es la satisfacción de éstas y la persistencia en el uso.⁴

(SHULER et al, 1999) refieren que las campañas de información, educación y comunicación pueden crear clientes informados, al mostrar servicios de planificación familiar y salud reproductiva de alta calidad y difundir información para que la gente conozca todo lo relacionado a la salud reproductiva (así como sus derechos y lo que puede esperar), los clientes pueden tomar buenas decisiones de planificación familiar. Asimismo refieren que las personas mejor informadas tienden a esperar y a buscar servicios de alta calidad y están en mejores condiciones de exigir que el personal de salud actúe debidamente.⁵

(STOREY, et al, 1999) en el Proyecto de Comunicación por Radio en Nepal, usa la educación a distancia para elevar la demanda de servicios de salud reproductiva y mejorar su calidad. El proyecto incluye actividades de comunicación interpersonal y de toma de conciencia, tanto para los promotores de salud como para las comunidades. Al cabo de dos años del proyecto se observó que había mejorado la destreza técnica de los promotores y su relación con los clientes y se había elevado el uso de servicios de planificación familiar.⁶

(POPULATION COUNCIL, 1999) refiere que las normas culturales y creencias religiosas influyen en las decisiones de salud reproductiva de la gente. En un estudio llevado a cabo en Paquistaní los investigadores concluyeron que el 76% de los maridos y el

66% de las esposas temían que Dios fuera a enojarse si practicaban planificación familiar. Refieren asimismo que los métodos anticonceptivos pueden poner en entredicho las creencias bioculturales; por ejemplo las mujeres en algunas sociedades creen que es saludable menstruar todos los meses y por ello se oponen al uso de métodos inyectables que suelen dar lugar a períodos irregulares, algunas manchas de sangre, o a la falta de menstruación (amenorrea); pero los proveedores de salud a menudo ignoran estos aspectos porque no las consideran de importancia clínica. Cuando los proveedores de atención conocen y entienden las creencias de sus clientes pueden ajustar los servicios o intentar aclarar, de ser necesario, los malentendidos que surjan en cada localidad. El personal de salud también puede salvar brechas si muestra respeto por dichas creencias y las relaciona con modelos de salud médica.⁷

(RUTENBERG Y WATKINS, 2000) en un estudio realizado en Indonesia, encontraron que las clientes pensaban que sólo sus amigos o familiares les dirían la verdad sobre los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos. Refieren que la existencia de rumores o de mitos pueden elevar la seguridad y eficacia de los diferentes métodos. Finalmente recomiendan sobre la importancia de asesorar a la gente sobre las ventajas y desventajas de los diversos métodos de planificación familiar.⁸

(SHULER et al, 2001) refieren que los clientes tienden generalmente a usar más los servicios si son de bajo costo. En Kenya las encuestadas dijeron que el bajo costo y proximidad eran los dos factores más importantes en el uso del servicio de planificación familiar. Asimismo refiere que en un estudio realizado en Bangladesh mostró que las familias gastaban dinero en salud únicamente en situaciones de crisis. Los efectos secundarios y otros problemas relacionados con los métodos anticonceptivos raramente se consideran emergencias, por lo que muchas de las mujeres encuestadas dejaron de usar planificación familiar o se pasaron a otro método porque no podían justificar el gasto de combatir los efectos secundarios de los métodos utilizados.⁹

(COSTELLO, et al, 2001) en el Proyecto DAVAO en Filipinas, demostraron que la falta de asesoría al cliente de planificación familiar, así como la falta de espacios privados para proporcionar esta asesoría y la carga excesiva de casos atendidos por el personal eran las principales deficiencias en el programa. Asimismo, refieren que al identificarse los

problemas, re-entrenar a los proveedores de atención y usar protocolos claros en el trato con los clientes mejoró notablemente la relación entre ambos y se pudo satisfacer las necesidades de los clientes y del personal de salud, así como las de los gerentes del programa.¹⁰

(IRWANTO, et al, 2001) en un estudio hecho en Kenya, encontraron que las mujeres estaban insatisfechas con la información que habían recibido en el programa de planificación familiar, y que deseaban enterarse acerca de más métodos, para poder tomar una decisión con conocimiento de causa. Asimismo en otro estudio realizado en Indonesia, encontraron que más del 40% de las mujeres dijeron querer más información adicional sobre cómo funcionan los métodos anticonceptivos.¹¹

(KIM et al, 2001) en una intervención denominada “paciente inteligente” llevada a cabo en Indonesia, impartió sesiones de 20 minutos para informar a los clientes de sus derechos a recibir información, hacer preguntas, expresar inquietudes y opiniones y pedir aclaraciones a los proveedores del servicio. Lo que recibieron la sesión hicieron considerablemente más preguntas que el grupo testigo.¹²

(HADDAD Y FOURNIER, 2002) en un estudio realizado en el Zaire, muestran que hay más posibilidad de que las mujeres busquen asistencia y continúen utilizando servicios de planificación familiar si reciben al ser atendidas un trato respetuoso y amable. Refieren que en muchas sociedades la cortesía hacia el cliente implica tratarlo como un igual, las clientes consideran importante el tono, los modales y las expresiones que los proveedores de atención usan con ellos. La mayoría de las mujeres a quienes les preguntaron cuales eran las dos mejores cualidades en un trabajador del programa mencionaron, en primer lugar, facetas relativas a la forma de comunicarse, entre ellas, las muestras de respeto y atención hacia el paciente, mientras que las calificaciones técnicas quedaron en segundo lugar.¹³

(BIDDLECOM Y FAPOHUNDA, 2002) refieren que en muchas partes del mundo las mujeres no tienen poder de decisión, carecen de movilidad y de acceso a los recursos materiales necesarios para obtener servicios de planificación familiar. Por otro lado refieren obtener servicios de planificación familiar. Por otro lado refieren que el uso de

métodos anticonceptivos por parte de la mujer con frecuencia depende en gran medida del apoyo u oposición que reciben de su esposo o familia. Finalmente refieren que en algunos lugares las mujeres necesitan el permiso de sus parejas para visitar un centro de salud o viajar solas, lo que hace que usen métodos anticonceptivos a escondidas o de forma limitada.¹⁴

(POPULATION COUNCIL, 2002) refiere que la clase social, origen étnico, estado civil, edad y sexo de la formas afectan su experiencia como clientes de servicios de planificación familiar y salud reproductiva. Puede ocurrir que los potenciales clientes teman sufrir faltas de respeto o discriminación. En un estudio llevado a cabo en Jordania las mujeres en áreas urbanas dijeron que las clientas que “tienen mejor presencia” reciben mayor información del personal; y en un estudio realizado en Bangladesh y Nepal descubrieron que los proveedores daban menos información y trataban con menor respeto a las clientes mas pobres y menos educadas. Asimismo refieren que, en algunas culturas las mujeres quizás no estén dispuestas a ser atendidas por personal masculino, o puede que sus esposos se opongan a que sean examinadas por dicho personal, por lo que la escasez de promotores de salud femeninas limitaría el acceso de las mujeres a los servicios de salud.¹⁵

(POPULATION COUNCIL, 2002) afirman que el acceso a los servicios de planificación familiar, es un elemento a la vez vital y complejo, en la calidad de la atención, porque puede hacer que los clientes ni siquiera lleguen al proveedor de atención sanitaria. Indica también que la distancia y el costo se encuentran entre los principales factores que limitan la capacidad de acceso de las mujeres a los servicios de planificación familiar y que el grado en que dichos obstáculos restringen el acceso está muy correlacionado con la opinión que se tiene sobre la calidad del servicio. Finalmente refiere que los costos del servicio de planificación familiar son bajos, pero que implican gastos de transporte y hay que tener también en cuenta el costo de oportunidad que representa el tener que dejar de hacer actividades remuneradas en el día o la hora de la consulta.

La gran cantidad de actividades que puede tener una mujer llega también a menudo a impedir el uso de los servicios, especialmente si los establecimientos están lejos. El cuidado de los niños, la preparación de la comida, la limpieza y el trabajo fuera de la casa, hacen que la obtención de los servicios de salud pueda parecer un lujo.¹⁶

(BRADLEY J, 2003) en un estudio denominado “El método COPE para mejorar el cuidado de la Atención para la Planificación Familiar”, realizado en Kenia, llegó a las siguientes conclusiones: que para lograr el cambio real en los programas, la administración debe estar dispuesta a cambiar, el personal de todos los niveles – no sólo los prestadores de servicios – son capaces de asumir responsabilidades y contribuir al proceso de cambio, se debe considerar a los usuarios como “clientes” y entender que tienen derechos, mejorar la calidad de los servicios no implica necesariamente mayores costos y finalmente involucrar a otras organizaciones en el proceso de cambio, incluso al grado de contribuir a la creación de una estrategia nacional. ¹⁷

2.1.2. Investigaciones relacionadas al tema a nivel de Latinoamérica:

(MATAMALA R, 2002) realizó un estudio cualitativo en Chile, en el cual encontró que entre el 30% y el 50% de las pacientes dijeron que los exámenes ginecológicos no se hacían en privado. Una mujer aclaró: “el examen y la limpieza después del mismo no deben ser tan públicos, porque hay hombres yendo y viniendo por los pasillos y te sientes realmente avergonzada. Tiene que haber una cortina o una puerta. Yo no quiero que la gente me vea”. Concluye que la falta de intimidad atenta contra el pudor de las mujeres y puede hacerles difícil participar de forma activa en la selección de un método de planificación familiar. ¹⁸

2.1.3. Investigaciones relacionadas al tema a nivel nacional:

(MINISTERIO DE SALUD, 2000) en el Perú, implementó el proyecto Puentes, para lo cual reunió a los miembros de la comunidad y los proveedores para producir de manera conjunta cintas de video y escenificaciones (que luego se presentaron y debatieron), para describir cómo ambos grupos definían la calidad. Una vez que se detectaron las áreas donde se necesitaba introducir mejoras, los dos grupos establecieron planes de acción conjunta y fijaron metas, que incluyeron premios y carteles de calendarios de objetivos colgados en los programas. Los grupos se reunieron todos los trimestres para seguir de cerca el progreso. El Ministerio de Salud, finalmente tomó nota de las mejoras observadas en el uso de los servicios de planificación familiar y de supervivencia infantil y en el trato a los clientes. ¹⁹

2.2. Marco Teórico.

2.2.1. Demanda y Oferta de Servicios de Salud.

A partir de los años 60 –70 el tema de la demanda a los servicios de salud siempre ha estado presente en las discusiones relacionadas al desarrollo económico. Al respecto (EDMUNDS, M y COYE, M. 1998) desarrollaron un estudio que analizó las relaciones entre el seguro de salud y la demanda y oferta a los servicios de salud en los Estados Unidos, visto desde el financiamiento destinado a los servicios de salud de los niños, de modo que el seguro iguale el acceso y cómo el país podría destinarlas acorde a las necesidades de la población más vulnerable. Exploraron – igualmente – algunos aspectos del cambio de rol de *Medicaid* bajo el nuevo concepto del *managed care* (sistema que involucra nuevos conceptos en la política de salud y en ella la administración de los mercados de salud).²⁰

Asimismo (MILLMAN, M. 1993) definió objetivos de política nacional de salud para Estados Unidos e identificó indicadores de medición de la demanda sobre la utilización y satisfacción de usuarios cuando ocurrían accesos específicos de servicios de salud, indicando períodos, lugares y nivel de atención. Utilizó para ello indicadores que el Comité del Instituto de Medicina norteamericano estableció como norma internacional, en consecuencia examinó las relaciones que existían entre la demanda a los servicios de salud y factores como el ingreso económico, la raza, el origen étnico y lugar de residencia. En el Perú, la Organización Panamericana de Salud (OPS, 1999) levantó un diagnóstico del sistema de los Servicios de Salud, en el cual consideró primero el contexto político, económico y social del país; segundo, una evaluación del Sistema de Servicios de Salud bajo el aspecto de su organización general, recursos del sistema y funciones, y tercero, un seguimiento y evaluación de la Reforma del Sector Salud.²¹

La Economía de la Salud, una importante área de estudio a partir de los 80 con el surgimiento de lo que (STRETTEN, P. 1979) denominará la Teoría del Desarrollo en base a las Necesidades Básicas, es quizá el punto de partida científico más importante para el estudio de los determinantes de la demanda a los servicios de salud, una de las necesidades básicas más insatisfechas en el mundo subdesarrollado. Los cambios epidemiológicos y la

necesidad de producir servicios para satisfacer la demanda que generan dichos cambios, plantean un reto y una necesidad de cómo integrar disciplinas de estudio para la solución de la problemática actual en salud. La demanda de los servicios de salud cada vez se incrementan y se diversifican más.²²

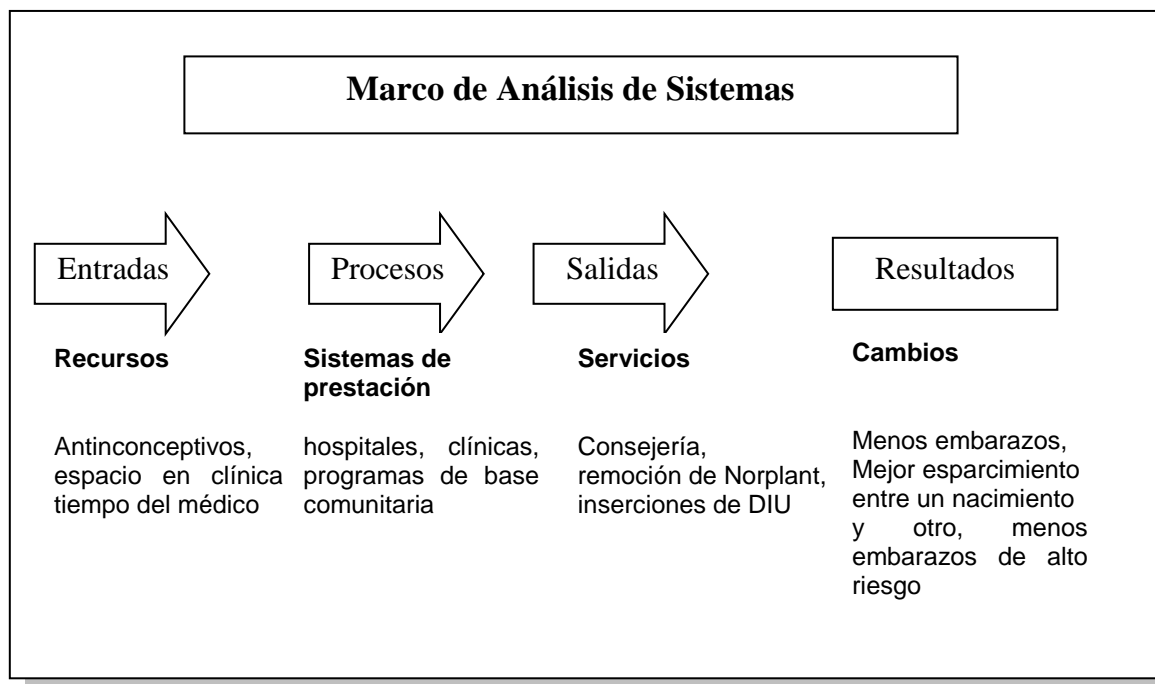
Esto también produce un problema para los planificadores y ejecutores de las políticas públicas porque cada vez la carga se hace más pesada para los presupuestos nacionales y estatales del sector Salud (ARREDONDO, A. 1999).²³

Los determinantes de la demanda de servicios de salud incluyen todos los aspectos que intervienen positiva o negativamente en la conformación de los niveles y tendencias de salud de cada individuo o grupo social. Parte importante de la literatura sobre el tema, considera algunos aspectos de interés en la discusión, tales como: **La salud como consumo** (En términos de consumo, la salud es demandada por la población de acuerdo con sus preferencias y posibilidades. Ante un presupuesto limitado el gasto en salud compite con el gasto de otras mercancías. La valoración del consumidor sobre los beneficios de la salud es importante ya que de ello depende la prioridad que toma con respecto a otras necesidades que deberán satisfacer otros sectores sociales); **la salud como inversión** (La salud como inversión surge cuando el propósito de querer estar sano se logra mediante mecanismos de pago y obtención de resultados no inmediatos. En este caso, generalmente, se establece un mecanismo de pago diferido, observando efectos a mediano o largo plazo y la expresión de las preferencias se ve minimizada por la necesidad de preservar buena salud, tanto a nivel individual como colectivo) y **Salud y capital humano**. (El capital humano lo constituyen todas las capacidades del hombre que inciden en la producción de bienes y servicios. El consumo y la inversión que todo grupo social hace en su salud, se traduce en un incremento en la productividad, creación y capacidad de trabajo permitiéndole elevar su competitividad en el mercado laboral y mejorar su calidad de vida. La reserva del capital humano, puede ser medida como el valor de la capacidad de trabajo con que cada persona o grupo social cuenta, aspecto que se traduce en mano de obra añadida e incremento de la productividad).²⁴

2.2.2. Los Programas de Planificación Familiar como Sistemas.

Muchos programas de planificación familiar se ajustan a la definición económica estándar de la “empresa”, que es cualquier entidad que transforma las “entradas” en “salidas”. Algunas de las entradas (o recursos) utilizadas por programas de planificación familiar incluyen espacio clínico, tiempo de un médico practicante, artículos y equipos médicos, publicidad, tiempo de administradores y anticonceptivos. Las salidas o productos de estos programas son servicios que pretenden ayudar a los clientes a evitar un embarazo no planeado. Los resultados de los servicios del programa comprenden incrementos en el empleo de anticonceptivos, tasas de fecundidad menguantes e intervalos mayores entre un nacimiento y otro.

Un marco conceptual conocido como “análisis de sistemas” puede ayudar a descomponer un programa en una serie de relaciones simples entrada-salida. La figura muestra cómo podría ajustarse un programa de planificación familiar en una estructura de análisis de sistema.



Las entradas se transforman en salidas gracias a procesos o acciones; las salidas llevan a cambios en la conducta que al final dan lugar a un resultado, razón fundamental de la existencia del programa.

En el contexto de la planificación familiar, los recursos tales como la mano de obra, los materiales y el capital se canalizan a diversos sistemas de prestación de anticonceptivos, los cuales a su vez producen los servicios utilizados por los clientes de planificación familiar. Se espera que el resultado neto de estos servicios sea un menor número de embarazos, pero en caso de haberlos, haya al menos un espaciamiento mayor entre uno y otro hijo. Con el tiempo tanto las tasas de fecundidad como el número de embarazos de alto riesgo disminuirán. La sección siguiente se extenderá sobre estos elementos básicos de un análisis de sistemas de un programa de planificación familiar:

a. Entradas: trabajo, capital y materiales

En un cuadro simplificado, todos los recursos utilizados para producir servicios de planificación familiar caen dentro de una de tres amplias categorías: trabajo, capital y materiales o enseres. El “trabajo” puede comprender, entre otros, personal clínico que inserta DIU, supervisores que vigilan actividades a secretarias que proporcionan servicios e apoyo. El “capital” podría ser las construcciones de la clínica, el equipo de la sala de operaciones para esterilización (incluyendo las mesas de operación y el equipo de laparoscopia) y los vehículos empleados para distribuir los anticonceptivos. Los “materiales” podrían comprender los anticonceptivos, anestesia para esterilizar, y gasas y vendas para inserciones de Norplant.

b. Procesos: Sistemas de prestación.

Es típico que los programas de planificación familiar canalicen los recursos hacia dos tipos básicos de “sistemas de prestación”: clínicos y no clínicos. Entre los espacios clínicos se cuentan hospitales, instalaciones de salud de primer nivel integradas y clínicas de planificación familiar. Los sistemas de prestación no clínicos pueden incluir distribución de base comunitaria (DBC), mercado social anticonceptivo (MSA), salidas comerciales (por ejemplo, farmacias) y visitas domiciliarias. Los métodos que requieren intervención médica (DIU, Norplant, esterilización voluntaria) se suministran solamente en los espacios clínicos. Anticonceptivo Oral (AO), condones y métodos vaginales pueden proporcionarse tanto en recintos clínicos como en los no clínicos, pero son los métodos principales que se distribuyen en éstos últimos.

c. *Salidas: servicios de planificación familiar.*

En cada sistema de prestación de servicios, los insumos o entradas se combinan de cierta manera para producir servicios de planificación familiar. Algunos ejemplos de esto serían la consejería, las esterilizaciones llevadas a cabo, los DIU insertados y los ciclos de AO vendidos. Estos servicios pueden describirse incluyendo dos elementos: el método anticonceptivo mismo y una gama de actividades concomitantes llevadas a cabo por el personal del programa, el cual promueve y surte los métodos anticonceptivos, e insta a los clientes a utilizarlos adecuadamente. Dichas actividades concomitantes tienen previstos tres efectos principales: aumentar el número de parejas que elijan regular su fecundidad; minimizar la diferencia entre la eficacia teórica del método y su eficacia en el uso real, y fomentar la continuación del método asegurándose de que las clientes están satisfechas con el servicio.

Otra manera de pensar acerca de las salidas de los programas de planificación familiar es en términos de la protección suministrada en contra del riesgo de la concepción. Muchos estudios han empleado un indicador llamado “años de protección pareja” (APP), que se define como la cantidad de métodos anticonceptivos y/o el servicio necesario para proteger a una pareja del embarazo por un año. Este indicador expresa en unidades comunes la protección suministrada a través de cada combinación de método y sistema de prestación.

Si se utiliza costo por APP, los administradores de programa puede comparar los costos de diferentes combinaciones de métodos anticonceptivos y sistemas de prestación, y determinar cómo maximizar la cantidad de protección anticonceptiva que puede proporcionarse por un nivel dado de recursos. Sin embargo, hay que señalar que los aceptantes de anticonceptivos influyen en el número de APP a través de sus decisiones sobre cuándo empezar a usar un método y cuánto tiempo continuarán usándolo. En consecuencia, los APP son, por lo menos en parte, una medida de resultado.

d. *Resultados: tasas de fecundidad mas bajas.*

Sería un éxito el incremento en el porcentaje de parejas protegidas contra el riesgo del embarazo mediante el empleo de la anticoncepción. Si aumenta el uso de anticonceptivos, entonces las tasas de fecundidad declinarán eventualmente (a menos que se presentan cambios que apoyen tasas más elevadas de fecundidad, como una disminución en el tiempo en que una mujer amamanta a su hijo que la gente se case más joven).

Para los fines de estudio, hemos considerado sólo los resultados de la reducción de la fecundidad de los programas de planificación familiar, a pesar de que el enfoque utilizado podría extenderse hasta incluir efectos en otros aspectos de las vidas de las mujeres o de sus familias. Por ejemplo, otros resultados de los programas de planificación familiar podrían comprender reducciones en el número de embarazos de alto riesgo, menos infecciones de transmisión sexual gracias al incremento en el uso del condón, o mejoramiento de la salud de los niños gracias a los intervalos mas largos entre un nacimiento y otro.

Un incremento en la salida de los servicios de planificación familiar gracias a un sistema de prestación no significa necesariamente que el empleo de anticonceptivos aumente o que las tasas de fecundidad decaigan. Si un sistema de prestación sirve a clientes que fueron antes usuarios de los mismos u otros métodos de igual eficacia y duración de impacto, entonces no habrá ningún incremento neto en la protección anticonceptiva. Por otra parte, si un sistema de prestación sirve a clientes que nunca antes han recurrido a la planificación familiar (y probablemente no la habrían utilizado en absoluto si no se hubiera introducido el sistema de prestación), entonces la introducción de este sistema tiene un impacto neto incluso si el número de clientes atendidos es reducido.

Los métodos anticonceptivos varían mucho en la capacidad de protección que dan por unidad de anticonceptivo entregado. Los métodos también difieren en la manera en que la regulación de tiempo de los servicios (y, en consecuencia, de costos) se relaciona con la protección suministrada.

Los servicios relacionados con los anticonceptivos y sus costos asociados ocurren por lo general al mismo tiempo. Por ejemplo, cuando se esteriliza a una mujer, ésta recibe el servicio en determinado día y se incurre en los gastos del procedimiento el mismo día. Pero, cuando movemos el foco de nuestra atención lejos de servicios específicos, y, en vez de ello, vemos a una cliente utilizando un método anticonceptivo durante cierto tiempo, entonces se hace evidente que la protección proporcionada no siempre embona exactamente con los gastos en que se ha incurrido para mantenerla. La duración de la protección anticonceptiva, al igual que la regulación del tiempo en los costos, dependen del método seleccionado y de la decisión de continuar utilizándolo. En el caso de la esterilización de la mujer, la protección durará típicamente de diez a 20 años, dependiendo de qué tan joven es una mujer cuando se hace esterilizar.

El enfoque de cálculo de costos está hecho a la medida de estos patrones distintos de uso del método. En la práctica, esto significa que para los sistemas de prestación de base clínica, los costos promedio de visitas a la clínica se multiplican por el número de visitas que se hacen durante el período de protección del método. El producto es el costo total por suministro de protección anticonceptiva. Para sistemas de prestación no clínicos, puede seguirse el mismo enfoque, o bien el costo promedio de distribuir una unidad de un anticonceptivo puede multiplicarse por el número de unidades necesarias para proveer protección por un tiempo especificado.

Algunos métodos requieren usuarios para resurtir sus existencias en anticonceptivos. Por ejemplo, si una mujer quiere seguir usando AO, inyectables, condones o métodos vaginales, debe visitar algún tipo de salida de distribución (como una clínica, una farmacia o un puesto de DBC), o la debe visitar un trabajador DBC o uno independiente. Cada una de estas visitas tiene un costo anexo. Por lo tanto, se incurrirá en algunos gastos conforme la mujer continúe utilizando el método, y estos gastos coincidirán con la renovación de la protección anticonceptiva.

En el caso de otros métodos, como el DIU y el norplant, se incurre en un gasto cuando se inserta el dispositivo. Además, puede haber gastos por las visitas de seguimiento y, eventualmente, habrá un gasto por su remoción. La gran diferencia entre estos métodos y los de reabastecimiento es que, una vez que se inserta el DIU o el Norplant, no se necesitan por lo general visitas clínicas adicionales para mantener la protección del embarazo. En otras palabras, la protección proporcionada por tales métodos es en gran medida independiente de los costos del cuidado subsiguiente. De este modo, es posible imaginar una situación de extirpación, mientras que la protección dura por muchos años.

En el caso de la esterilización quirúrgica, se incurre en la mayor parte de los gastos “de una vez por todas”. Un cliente típico se someterá a algunas pruebas de laboratorio y a consejería para asegurar que él o ellas es un candidato apropiado para el procedimiento; el cliente puede ser esterizado y luego hacer, o no, una visita postoperatoria. En el caso de la mujer, la protección suministrada por este método dura todo el tiempo de su vida reproductiva, lo cual depende de su edad en el momento de la operación.

Para aceptantes del Norplant y el DIU, el número de las visitas de seguimiento puede variar considerablemente de una institución a otra, según sea el régimen de seguimiento recomendado para cada cliente. Por ejemplo, en algunas clínicas en América Latina, las mujeres pueden hacer hasta tres visitas de seguimiento durante el año siguiente a la

inserción del DIU, mientras que, en otras partes del mundo en desarrollo, las mujeres regresan menos frecuentemente para revisión. Para las aceptantes de inyectables, las visitas de reabastecimiento deben realizarse a intervalos regulares para conservar la protección anticonceptiva.²⁵

2.2.3. Calidad de la Atención de Planificación Familiar

Uno de los indicadores más importantes que se ha utilizado para medir la calidad de un producto o servicios - principalmente en la industria - ha sido el grado de satisfacción del cliente con el producto/ servicio recibido. En el caso de los servicios de salud, este indicador está determinado, principalmente, por la forma en que se dan las relaciones interpersonales entre el proveedor y el usuario, ya que el juicio del cliente se deriva esencialmente de esta interacción más que de una evaluación sobre el componente técnico del servicio. En caso de los servicios de salud, en la que cualquier intervención implican cierto grado de riesgo para el paciente, el concepto de calidad debe incorporar elementos relativos a la competencia técnica del proveedor de servicios. El desarrollo teórico que se ha generado sobre la calidad en la planificación familiar ha estado fuertemente influenciado por la línea de pensamiento de (A. DONABEDIAN, 1990), quien define la calidad de la atención médica como *“el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud”*. Puede notarse que los conceptos involucrados requieren de valoraciones subjetivas para definir cuáles son esos medios más deseables o para determinar cuáles son las mayores mejoras posibles. Para operacionalizar esta definición, el primer paso es definir los objetivos que persiguen los programas de planificación familiar y los medios y recursos que intervienen en la entrega del servicio. El objetivo de los programas de planificación familiar como se concibe en la actualidad es: *“dar a la mujer / pareja los elementos para poder alcanzar su ideal en términos de número de hijos y de espaciamiento entre los embarazos, de la manera más eficiente, cómoda, con los menores riesgos en salud posibles y adecuada a sus preferencias personales”*.

El segundo concepto, los medios, se refiere a los recursos utilizados en la prestación del servicio. Estos son el conjunto de intervenciones que pueden clasificarse en dos dimensiones íntimamente ligadas: la dimensión “técnica” y la dimensión “interpersonal”. La primera de ellas consiste en la aplicación de habilidades y conocimiento científicos y técnicos en la entrega del servicio (adecuada prescripción de

píldoras, intervenciones quirúrgicas, inserción de DIU etc.). De esta manera la mayor calidad debe asegurar que se entregue y utilice el método con el menor riesgo posible para la salud de los usuarios y de acuerdo a las indicaciones y contraindicaciones correspondientes a cada método. La dimensión interpersonal se refiere a la relación establecida entre el proveedor y el paciente durante el proceso de entrega del servicio. A través de las relaciones interpersonales, el paciente comunica la información necesaria para llegar a un diagnóstico o selección adecuada de los métodos anticonceptivos y a través del cual el prestador de servicio establece diagnósticos, provee al paciente, de la información necesaria sobre las opciones anticonceptivas y su manejo, otorga o aplica el método anticonceptivo y además, motiva al usuario a una activa colaboración. Dentro de esta dimensión se puede considerar otra, que se denominaría **"comodidades"** y se refiere a las condiciones físicas en las cuales se otorga el servicio. La evaluación de la calidad con la que se utilizan estos medios en la entrega del servicio sólo puede ser obtenida en diversos grados. En este estudio la calidad de los servicios de planificación familiar será el grado en que bajo ciertos estándares técnicos y valores sociales, se utilizan los medios disponibles (técnicos e interpersonales) para alcanzar los siguientes resultados: usuarios satisfechos con la atención recibida y con el método seleccionado; conocimiento adecuado del anticonceptivo utilizado; niveles adecuados de aceptación y utilización efectiva y continua de métodos anticonceptivos entre la población que desea espaciar o limitar sus embarazos ; el manejo adecuado del método por parte de los usuarios con conocimiento de sus efectos colaterales y de los síntomas de alarma y , por último, la mayor utilización efectiva y continua de la anticoncepción (DIAZ, J Y HALBE, H. 1991)²⁶

2.2.4. Evaluación de la calidad de un programa de la planificación familiar

Existen tres posibles aproximaciones a la evaluación del desempeño de cualquier programa o servicio: la evaluación de la estructura, del proceso y de los resultados. El primer componente, la estructura, se define como los atributos, materiales y organizacionales, relativamente estables de las unidades donde se realiza la prestación del servicio. Estos atributos condicionan las características del proceso de la atención, facilitándolo o dificultándolo. La evaluación de la estructura implica determinar si estos atributos particulares cumplen los requisitos o estándares mínimos (necesarios) donde se realiza el proceso de la atención. Los resultados de la evaluación de la estructura sólo permiten identificar si se cuenta con la infraestructura necesaria para la prestación del

servicio. El proceso incluye las actividades y los procedimientos realizados por el prestador de servicios, la habilidad con la que se realizan los procedimientos y la contribución de los usuarios en el seguimiento de las indicaciones médicas. Es una combinación de aplicaciones técnicas y relaciones interpersonales, que acompañan a la prestación del servicio. El resultado se refiere a los efectos (ejemplo: la satisfacción del cliente atribuibles al servicio. Pueden considerarse dos tipos de indicadores: el primero de resultado del proyecto propiamente dicho que tienen una relación más directa con las actividades propias del servicio y que ocurren esencialmente en la población usuaria de los servicios(satisfacción del cliente, conocimientos sobre el manejo correcto del método anticonceptivo, etc.) ; y el segundo de los indicadores de impacto cuyos cambios no pueden atribuirse totalmente a las actividades del programa y que se observan en la población objetivo de los servicios (cambios en la tasa de fecundidad , en la salud materno infantil ,etc.).

Pueden hacerse evaluaciones de la estructura, del proceso o de resultados en forma independiente, debido a que se concibe una relación entre ellos de manera tal que una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen resultado. Debido a que contar con información de los tres enfoques puede ser de gran utilidad para explicar las deficiencias en el desempeño, en caso de que lo haya, y a que la comparación de los tres confiere una mayor confiabilidad a los juicios, se ha optado en esta propuesta por indagar algunos aspectos que se consideran relevantes sobre los tres enfoques.

El proceso de evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar requiere la realización de las siguientes actividades: definir los elementos e indicadores básicos para medir la calidad en los tres componentes descritos (estructura, proceso y resultado); diseñar, con la colaboración de las instituciones participantes los estándares adecuados que se espera cumplan los servicios correspondientes a cada indicador de evaluación; determinar el tipo de instrumentos y fuentes de información (observación directa, grupos focales, entrevistas abiertas , encuestas, etc.) adecuados para la medición de los indicadores; con base en análisis multivariado probar la capacidad predictiva de los indicadores de calidad de los distintos componentes, seleccionar los mejores productores del resultado y elaborar el índice de calidad y diseñar un método simple para la supervisión y evaluación continua o sistemática de la calidad de los servicios.

Debido a que la evaluación de calidad es esencialmente útil para los responsables de los programas, es fundamental su participación en el proceso de evaluación. Por ello,

el desarrollo de los puntos anteriormente señalados, se presentan como una propuesta inicial que sirva de guía para el desarrollo final del proyecto de evaluación.²⁷

2.2.5. Elementos de calidad de la atención de Planificación Familiar

Los criterios o indicadores difieren en los diferentes programas de atención a la salud. Por ejemplo, los que conciernen a la evaluación de una unidad coronaria son distintos de los utilizados en un programa de atención de diabéticos. Para el caso de planificación familiar los elementos conceptuales que condicionan la calidad de la entrega de servicios se refieren a la forma en que los individuos o parejas son atendidos por el sistema de servicios. Bajo esta lógica se han propuesto los siguientes seis elementos de calidad en los servicios de planificación familiar y que fundamentalmente se refieren a la calidad de un programa. Son: Selección de métodos se refiere a la disponibilidad y accesibilidad de la tecnología anticonceptiva. Al número y variabilidad de métodos anticonceptivos, a fin de responder a las necesidades particulares de los subgrupos de población. Si la clínica que se está evaluando tiene como características la especialización de sus servicios, por ejemplo, en métodos quirúrgicos, este elemento no será considerado, haciéndose referencia a las opciones de servicios que ofrecen otro tipo de metodología anticonceptiva en su área de influencia; Información otorgada al cliente, consiste en la pertinencia y suficiencia de la información dada al cliente para seleccionar y usar el método anticonceptivo adecuado a sus intenciones reproductivas, en forma efectiva y segura para su salud; La competencia técnica, se refiere a la capacidad de los proveedores para realizar procedimientos clínicos y entregar el método en forma segura y efectiva; Relaciones interpersonales, se refiere al contenido afectivo y confidencial que se establece en la interacción proveedor-cliente; los mecanismos de seguimiento de usuario, los mecanismos que establece el programa para promover la continuidad en el uso de anticonceptivos y la constelación o gama apropiada de servicios, se refiere al grado de adecuación de los servicios a los valores culturales y necesidades de atención de la población. Este elemento, en los términos planteados, tiene sentido para la evaluación de programas. Para la evaluación de la calidad de una institución o de un proyecto se ha preferido considerar la organización y condiciones de los servicios, que directamente afectarían el uso de los servicios por parte de los clientes. (THE POPULATION COUNCIL, 2000)²⁸

2.2.6. Componentes de una atención de buena calidad

Los componentes son los siguientes:

- ***Un adecuado intercambio de información entre el usuario y el proveedor de servicios:*** la mujer y eventualmente, su pareja deben recibir completa y clara información sobre el problema que los llevó a la consulta. Además, el proveedor de servicios de salud debe explicar los diferentes esquemas para el diagnóstico y tratamiento, las eventuales complicaciones que pueden presentarse, así como las contraindicaciones de cada posible tratamiento. Es importante también que el profesional de la salud indague sobre circunstancias de la señora y/o de su pareja que deberían tomarse en cuenta en el manejo del caso. Este diálogo debe realizarse en un lenguaje adaptado a las condiciones sociales y culturales de los usuarios, para así lograr una verdadera comunicación.
- ***Selección de la mejor opción para cada mujer:*** una vez conocidas perfectamente las características y circunstancias personales (biológicas, psicológicas y sociales), así como las condiciones materiales y las preferencias, el profesional debe seleccionar la mejor opción para cada mujer. Es necesario evitar las “recetas” aplicables a todos. Es importante recordar que para que un tratamiento sea efectivo debe ser el adecuado a las necesidades y características de cada caso.
- ***Trato adecuado por todo el equipo de salud:*** desde que una mujer y su pareja entran a un centro de salud tienen derecho a un trato digno por parte de todo el personal que, de un modo u otro, establece contacto con ellos. En efecto, los proveedores de servicios tienen la obligación de ofrecer un trato que incluya respeto y amabilidad, lapsos razonables de espera, costos accesibles para la población y tiempo suficiente para cada paciente.
- ***Condiciones adecuadas:*** las instalaciones deben contar con condiciones satisfactorias de higiene, temperatura, luz, privacidad, y con los insumos necesarios (tecnologías, medicamentos, etc). además, el proveedor debe contar con la necesaria capacidad “técnica” (incluye conocimientos, experiencia) para resolver los problemas de quienes acudan en busca de ayuda, o para identificar los casos que requieren ser referidos para su manejo. La atención que se brinda debe estar regida por normas actualizadas, de buena calidad, que los proveedores comprendan y sean capaces de seguir.

- ***Mecanismos para evitar la pérdida de pacientes:*** los servicios de salud deben hacer todos los esfuerzos a su alcance para asegurar que la mayoría de sus usuarios no interrumpan su asistencia, para que cumplan con las indicaciones. Para ello se podrá recurrir a visitas de seguimiento en el domicilio, al uso de medios de comunicación masiva, a la entrega de recordatorios, a citas adaptadas a las posibilidades de cada paciente. Todos los esfuerzos que se hagan en este sentido valdrán la pena.
- ***Constelación de servicios:*** en la medida de lo posible, los servicios de salud dedicados a una misión específica (planificación familiar, atención prenatal, atención pediátrica) deben aprovechar la oportunidad de tener a la madre y al niño con ellos para ofrecer otros servicios relacionados.²⁹

2.2.7. Indicadores de Calidad en Planificación Familiar

En la selección del método anticonceptivo intervienen a nivel de la estructura las opciones de anticonceptivos que otorga la institución. Este elemento se divide en tres grupos de indicadores: disponibilidad (incluye número, variabilidad y sistema de referencia); existencia real (balance de inventarios y carencias en el stock); restricciones para recibirlos (condicionantes normativos y logísticos). A nivel del proceso sería propiamente la participación del usuario en el proceso de selección del método utilizado y las preferencias o sesgos del proveedor; en la información otorgada al cliente se incluye al nivel de la estructura, la disponibilidad, variabilidad y accesibilidad de recursos humanos y físicos para otorgar consejería. En el proceso se incluye la información que otorgó el proveedor durante la atención sobre los temas: existencia de otras opciones anticonceptivas y criterios para la selección; indicaciones, contraindicaciones y efectos colaterales del método seleccionado; y la información básica sobre los riesgos en salud que acompañan a ciertos patrones reproductivos; la competencia técnica a nivel de la estructura se refiere a la existencia y utilización de normas técnicas para la entrega de cada método; el nivel de capacitación y experiencia de los proveedores; la existencia de mecanismos de capacitación continua y el nivel de conocimientos de las indicaciones, contraindicaciones y efectos colaterales de cada método disponible en la institución de los proveedores. En el nivel del proceso, lo que se busca medir son las habilidades y desempeño del prestador del servicio. En este sentido se mediría su capacidad para transmitir conocimientos y la seguridad médica con la que entregan el método; las relaciones interpersonales sólo pueden identificarse en el proceso. En ella se incluye un indicador que se denomina opciones del

cliente, que se abarca la frecuencia y obstáculos (de idioma ,edad, o sexo) del contacto del cliente trato que recibe, así como la indagación que realiza el proveedor acerca de las intenciones reproductiva y antecedentes de salud del cliente; los mecanismos de seguimiento en la estructura se refieren a la existencia de un sistema de seguimiento de usuarias (con normas definidas y recursos humanos, financieros y materiales destinados al seguimiento) así como, un sistema de registro de retornos y no retornos. En lo que respecta al proceso se incluya la forma de operación del sistema de seguimiento, el conocimiento de las usuarias sobre las fechas de retorno y la tasa de retorno de los usuarios de los anticonceptivos; y la organización y condiciones de los servicios incluyen la comodidad (disponibilidad de servicios, limpieza y privacidad de la atención); condiciones de equipo; accesibilidad de la unidad de atención y características de los proveedores (mecanismos de selección, satisfacción con el trabajo y características socioculturales). (THE POPULATION COUNCIL,2000)³⁰

2.2.8. Indicadores de los resultados en Planificación Familiar

Los resultados que pueden asociarse a la calidad de atención son en principio aquellos que se observan en la población usuaria del servicio. Es posible que la no utilización en ciertos individuos o grupos sea resultado de apreciaciones negativas de la calidad de los servicios, sin embargo, a fin de establecer juicios con mayor confiabilidad, sólo se considera a la población que tiene la experiencia del servicio. Con el objeto de obtener la información base que permita medir cambios en las áreas de influencia de los proyectos y de hacer algunas asociaciones con los indicadores de calidad se incluyen indicadores sobre los principales aspectos del conocimiento y dinámica del uso de métodos anticonceptivos para ser medidos en la población de las áreas de influencia de los servicios. En las clientes (Mujeres en Edad Fértil, usuarias de la unidad o servicios): conocimiento de métodos, deseo de regresar, nuevas usuarias, prevalencia de uso de métodos, tasa de continuidad a las unidades (en el servicio), tasa de continuidad en anticoncepción, congruencia entre intenciones reproductivas y prácticas anticonceptivas, referencia; en la población objetivo (área de influencia): conocimiento de métodos, conocimiento del servicio, prevalencia de uso de métodos, tasa de continuidad por método y tasa de continuidad en la anticoncepción e indicadores de impacto: nivel de fecundidad, embarazo no deseado, determinantes de la fecundidad, proporción de mujeres casadas,

prevalencia de uso de métodos, infecundidad post-partum y prevalencia de aborto inducido. (THE POPULATION COUNCIL, 2000)³¹

2.2.9. Sistemas y servicios de salud en el Perú y la región Loreto

(JONSON, J. 2002) refiere que en la actualidad los servicios de salud pública en el Perú son ofrecidos de manera compartida por el Ministerio de Salud y ESSALUD. La estructura institucional del sector salud plantea al MINSA como un organismo eminentemente de gobierno. Sus órganos de apoyo están conformados por: (1) La Gerencia de Recursos Institucionales, la cual tiene como responsabilidad la administración de los recursos internos y la coordinación de la formulación del presupuesto interno de operación. (2) La Gerencia de Recursos Sociales es la encargada de transferir y supervisar la aplicación de los recursos financieros destinados a las intervenciones de salud colectiva y de los que, en vía de transferencia, se destina al ente especializado en la compra de atenciones de Salud individual a la entidad y (3) La Gerencia de Información que tiene bajo su responsabilidad la conducción del sistema de información en salud, así como la consolidación, sistematización y análisis de la información sanitaria estadística y no estadística y de la información económica y financiera del sector. Esta Gerencia es la encargada de producir conocimiento necesario para la toma de decisiones en el MINSA, y de proporcionar información al sistema estadístico nacional y a todo usuario que lo requiera. Existen además dos órganos de línea en la forma de Secretarías Nacionales o Direcciones Nacionales que atiende los campos de actividad más importantes del MINSA: el de la salud pública o salud colectiva y el de la salud de las personas o salud individual. Estos órganos de línea, la Secretaria o Dirección Nacional de Salud Colectiva y la Secretaria o Dirección Nacional de Salud Individual, se organizan en áreas de responsabilidad en cuyo interior se constituyen equipos multidisciplinario encargado de analizar y de proponer cursos de acción. La Dirección Nacional de Salud Colectiva se encarga de formular y proponer la política nacional de salud pública, así como el planteamiento operativo en su dominio sectorial y la correspondiente programación de las intervenciones de salud que tenga carácter de bienes públicos y que, por su naturaleza, convenga que sean ejecutadas desde el nivel nacional. Asume, igualmente, la difusión y promoción de los derechos que tenga la población sobre salud pública. Emite normas técnicas, coordina, evalúa y supervisa la ejecución de las mismas en todas las materias de salud colectiva, vigilancia y control epidemiológico, control de zoonosis, salud ambiental,

salud ocupacional, producción, calidad, uso y comercio de productos farmacéuticos y afines. Además tiene a cargo el diseño y evaluación de las intervenciones de salud colectiva de alcance nacional, el establecimiento de los procedimientos técnicos para su aplicación y la conducción del sistema de fiscalización y control de normas sanitarias. La Dirección Nacional de Salud Individual es la encargada de formular y proponer la política nacional de salud individual, la política provisional en el campo de la salud, las normas con respecto a los protocolos de atención y regulación de los servicios públicos y privados. Asimismo, tiene la responsabilidad del planteamiento operativo y la correspondiente programación de los servicios de salud que ofrecen los establecimientos públicos con cargo a los recursos fiscales, de la conducción del sistema de prevención, y de la política de mantenimiento de infraestructura y de la inversión tecnológica. Igualmente emite las normas técnicas en materia de certificación y garantía de calidad de los servicios de salud que el Estado garantiza, y diseña y define los planes mínimos de atención a los que se sujetan los seguros de salud, cualquiera que sea la naturaleza o modalidad de gestión de la entidad que los preste, así como el plan garantizado de atenciones de salud individual a ser financiado con cargo a fondos públicos. De ahí, la necesidad de un sistema de salud cuyo desarrollo depende de la estratégica de subsidios a la atención médica que el Estado propone, a través de la exención de pago, o del pago diferencial por medio de cuotas de recuperación en las instituciones públicas, o de los esquemas de apoyo económico en instituciones privadas no lucrativas, además del desarrollo de esquemas de seguridad social y privada. Es así como el estudio del mercado de servicios médicos, visto a través del análisis de la producción, distribución y consumo de servicios mediante la incorporación de la teoría de la oferta y la demanda, constituye un parte fundamental para el análisis de la problemática del sector.³²

El marco jurídico del sector salud se renovó en 1997 con dos importantes leyes: La Ley General de Salud (LGS) (N° 26842) y la Ley de Modernización de la Seguridad social en Salud (LMSS). La LGS, como Ley marco del sector, establece la responsabilidad de Estado en la provisión de servicios de salud pública y en el aseguramiento universal y progresivo de la salud individual. La LMSS introduce nuevas formas de atención a los beneficios de la Seguridad Social en Salud con la participación de proveedores privados para atender los problemas de escasa complejidad. Sin embargo el desempeño de los

servicios de salud, se condicionan por los problemas comunes que tienen el país como la amplia variedad étnica, el angustiante desempleo y la dispersión poblacional.³³

En EsSALUD la producción de servicios se consolida por grupo/actividad/servicio, esto son: servicios de emergencia, servicio de Hospitalización (Medicina, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Cuidados Intermedios), Servicios de Consulta Externa (Medicina, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Odontología y Psicología) y Servicios en Programas de Salud (Atención al Niño/Niña, Atención a la mujer y Atención al Adulto Mayor). El módulo de Atención Integral de la Mujer esta ubicado en programas de salud.³⁴

2.3. Marco Conceptual.

- CALIDAD: Nivel de excelencia que la organización ha escogido alcanzar para satisfacer a sus clientes o usuarios (HOROVITZ, J, 1994).³⁵
- CALIDAD DE LOS SERVICIOS: Es ajustar el servicio a estándares nacionales o internacional y la capacidad de ajustarse a las especificaciones del cliente. (MINISTERIO DE SALUD, 2000).³⁶
- CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD: Consiste en la aplicación de la ciencia y la 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. (MINISTERIO DE SALUD, 2001)³⁷
- DEMANDA: Las diferentes cantidades que los consumidores estarán dispuestos y en condiciones de adquirir, en función de los diferentes niveles de precios posibles, en determinado tiempo. (BITRAN. R, 1999)³⁸
- OFERTA: Las diferentes cantidad que los productores estarán dispuestos y aptos a ofrecer en el mercado en función de los distintos niveles de precio posibles, en determinado tiempo. (BITRAN. R, 1999)³⁹
- INFORMACIÓN FUNCIONAL U OPERATIVA: Es la que sirve para realizar un determinado trabajo. Se trasmite precisamente con el objetivo de ayudar al individuo a realizar su tarea. (PUJOL, B. 1998)⁴⁰
- PERCEPCIÓN: Captación del ambiente de una persona por medio de sus sentidos, afectada por sus valores y experiencias previas, es decir la manera en que los estímulos se seleccionan y agrupan a fin de que sean significativos par la persona. Punto de vista del individuo respecto a la realidad (ODGETTS Y ALTMAN, 1997)⁴¹

- **SALUD:** Estado de bienestar físico, mental y social; no sólo como la pura ausencia de enfermedad. Este estado de bienestar adopta características diferentes en hombres y mujeres, adultos y niños (THE POPULATION COUNCIL, 2000) ⁴²
- **SALUD REPRODUCTIVA:** Área de la salud, que engloba: capacidad de tener hijos, como la sexualidad y la salud durante el embarazo, parto y puerperio; la limitación de esta capacidad, ya sea involuntaria (infertilidad y esterilidad) o deseada, a través de la anticoncepción; los problemas que se presentan en relación con la condición de ser mujer, como la violencia; la finalización natural de las funciones reproductivas, es decir la menopausia (LANGER, A. 2000) ⁴³
- **SERVICIOS:** Producto intangible que implica un esfuerzo humano o mecánico. Es el resultado de la interacción entre sujetos y objetos, o beneficio que satisface una necesidad. (EIGLIER, P Y LANGEARD, E. 1998) ⁴⁴

2.4. HIPÓTESIS

Por tratarse de una investigación No Experimental de tipo descriptiva, el estudio no requiere de hipótesis.

2.5. VARIABLES, INDICADORES E INDICES

2.5.1. VARIABLES:

Variable 1: Demanda de servicios de Planificación Familiar

Variable 2: Oferta de servicios de Planificación Familiar

2.5.2. INDICADORES E INDICES

VARIABLES	INDICADORES	INDICES
VARIABLE 1: Demanda de Servicios de Planificación Familiar	I. Factores Demográficos y Culturales	
	1. <i>Edad</i>	- Mayor edad - Menor edad
	2. <i>Grado de instrucción</i>	- Mayor grado de instrucc. - Menor grado de instrucc.
	3. <i>Estado Civil</i>	- Casada - Conviviente - Soltera
	4. <i>Ocupación</i>	- Empleada - Independiente - Su casa
	5. <i>Paridad</i>	- Mayor paridad - Menor paridad
	6. <i>Ingreso Económico</i>	- Alto - Medio - Bajo
7. <i>Religión</i>	- Católica - Otras religiones	

VARIABLES	INDICADORES	INDICES
	II. Características de los resultados de la atención en el Servicio de Planificación Familiar. 1. <i>Satisfacción de la usuaria.</i>	- Satisfecha - No satisfecha
	2. <i>Satisfacción con el método anticonceptivo seleccionado.</i>	- Si - No
	3. <i>Práctica adecuada y efectiva de la anticoncepción.</i>	- Si - No
	4. <i>Tasa de continuidad en la anticoncepción.</i>	- Alta - Media - Baja
VARIABLE 2: Oferta del Servicio de Planificación Familiar	I. Características de la estructura de la atención en el Servicio de Planificación Familiar. 1. <i>Opción de métodos (número y tipo de métodos disponibles)</i>	- Bueno - Regular - Deficiente
	2. <i>Existencia de métodos (Balance de inventarios y stock)</i>	- Buena - Regular - Deficiente
	3. <i>Restricciones (Normativas y Logística y Económicas)</i>	- Si - No
	4. <i>Información disponible (Materiales impresos, consejería) realizada por el personal</i>	- Buena - Regular - Deficiente
	5. <i>Competencia técnica.</i>	- Buena - Regular - Deficiente
	6. <i>Sistema de seguimiento</i>	- Presencia - Ausencia
	7. <i>Condiciones del servicio (comodidad, privacidad, higiene, equipamiento, accesibilidad, mecanismo de selección de personal)</i>	- Satisfactoria - No satisfactoria

VARIABLES	INDICADORES	INDICES
	II. Características del proceso de la atención en el Servicio de Planificación Familiar. 1. <i>Elección del método de planificación familiar.</i>	- Con participación de la usuaria - Sin participación de la usuaria
	2. <i>Información ofrecida al cliente</i>	- Buena - Regular - Mala
	3. <i>Desempeño (consejería, información, entrega de métodos y control de infecciones)</i>	- Excelente - Buena - Regular - Deficiente
	4. <i>Opciones del cliente (tiempo de espera, trato al cliente, indagación de intenciones reproductivas y antecedentes de salud relacionados)</i>	- Bueno - Regular - Malo
	5. <i>Mecanismos para promover la continuidad del método.</i>	- Presencia - Ausencia
	6. <i>Administración del servicio (Conveniencia de horarios, regularidad de horarios, asistencia de personal, supervisión, tiempo de espera, duración de la consulta, etc)</i>	- Buena - Regular - Deficiente
	III. Características del impacto de la atención en el servicio de Planificación Familiar. 1. <i>Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos</i>	- Alta - Media - Baja
	2. <i>Tasa de continuidad en la anticoncepción</i>	- Alta - Media - Baja
	3. <i>Nivel de fecundidad (Tasa)</i>	- Alta - Media - Baja

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Investigación

De acuerdo al alcance o propósito de la investigación, el presente estudio fue Descriptivo, porque se pretendió describir y especificar las características de la demanda y oferta del servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos, durante el año 2004.

3.2. Diseño de Investigación

El diseño que se empleó fue el No Experimental de Tipo Transeccional o Transversal, porque se pretendió recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único. (HERNÁNDEZ, R. et. al. 2003 : 270). El esquema del presente diseño es el siguiente:



Especificaciones:

- M = Representa la muestra con quien o en quien se realizó el estudio
- O = Representa la información de interés relevante que se recogió de la muestra de estudio.

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Población.

- Población Objetivo

La población del presente estudio estuvo conformada por todos los asegurados adultos (aportantes y derecho habientes) de ESSALUD de la ciudad de Iquitos, que hicieron un total de 110,103 aseguradas. (Población proyectada a diciembre del 2003 – Sistema de Estadística ESSALUD – 2004.)

- Población Accesible

La población accesible estuvo conformada por el total de atenciones mensuales del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral de la Mujer, que hicieron un total de 1,800 atenciones / asegurada.

3.3.2. Muestra.

- Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se empleó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Especificaciones:

n = (tamaño de muestra).

Z^2 = El valor de Z (para el intervalo de confianza 95%).

p = Proporción de ocurrencia del evento en estudio.

q = Complemento de p su valor (1 - p),

E = Error estándar absoluto. Su valor (5%).

Reemplazo de dato en la fórmula:

n = 1,800

Z^2 = 1.96

p = 50

q = 50

E = 5

Se obtuvo que el tamaño fue de 384 usuarios.

Como se conocía el tamaño de la población, se determinó el tamaño final, mediante la fórmula que a continuación se indica:

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

Al reemplazar la fórmula se tuvo una muestra de **317 usuarias**.

- Tipo de muestreo

Para la selección de los sujetos se empleó el muestreo aleatorio siempre o al azar sin restricciones hasta completar el tamaño de la muestra.

3.4. Procedimiento de recolección de datos.

El procedimiento de recolección de datos se realizó de la siguiente manera.

- Se solicitó la autorización del Director del Hospital III EsSalud para realizar la recolección de datos en el servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral de la Mujer.
- El instrumento de recolección de datos fue sometido a criterios de confiabilidad antes de su aplicación, obteniendo una confiabilidad de 0.88 (Alfa de Cronbach).
- La recolección de datos se realizó en dos turnos: mañana y tarde, todos los días de lunes a viernes.
- Para la recolección de datos se capacitó a 4 encuestadoras, quienes fueron las responsables de aplicar los instrumentos de recolección de datos.
- La supervisión de todo el proceso de recolección de datos estuvo a cargo de los autores de la tesis: Jorge Dante Perea Mori y Beny Pasquel Flores.
- La recolección de datos tuvo una duración aproximada de 1 mes.
- La participación de los sujetos de estudio fue voluntaria.
- Se respetó los derechos humanos y aspectos éticos de los sujetos de estudio mediante la anonimidad, confidencialidad y el consentimiento informado.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.5.1. Las técnicas que se emplearon en el presente estudio fueron las siguientes:

- a. *La entrevista:* Ésta técnica estuvo orientada a la recolección de la información relacionada a la demanda de servicios:
 - a.1. Datos demográficos y culturales de los sujetos de estudio.
 - a.2. Servicios de mayor demanda
 - a.3. Características de la demanda evidenciada por indicadores de resultado.

b. *La observación: Ésta técnica estuvo orientada a la recolección de la información relacionada a la oferta de servicios:*

- b.1. Características de la estructura de la atención en el servicio de Planificación Familiar.
- b.2. Características del proceso de la atención en el servicio de planificación familiar
- b.3. Características del impacto de la atención del Servicio de Planificación Familiar.

3.5.2. Los instrumentos que se emplearon en el presente estudio fueron los siguientes:

a. *Cuestionario:* Este instrumento incluyó todos los aspectos que se recolectaron mediante la técnica de la entrevista. Estos aspectos fueron los siguientes:

- a.1. Datos demográficos y culturales.
- a.2. Características de los resultados del servicio de Planificación Familiar.

b. *Lista de Cotejo:* Este instrumento incluyó todos los aspectos que se recolectaron mediante la técnica de la observación. Estos aspectos fueron los siguientes:

- b.1. Características de la estructura de la atención en el servicio de Planificación Familiar.
- b.2. Características del proceso de la atención en el servicio de Planificación Familiar.
- b.3. Características del impacto de la atención del servicio de Planificación Familiar.

3.6. Procesamiento de la información.

- La información recolectada se procesó con ayuda del paquete estadístico SPSS versión 12.0 para windows 2000.
- Posteriormente se procedió al análisis de los datos, para lo cual se hizo uso de frecuencias simples y porcentajes.
- Finalmente se elaboraron los cuadros y gráficos necesarios para presentar la información.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y CULTURALES DE USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL MODULO DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER.

4.1.1. EDAD

TABLA N° 01

DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGÚN EDAD. SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III EsSALUD. IQUITOS-2004.

EDAD	N	%
15 – 24 años	35	11.0
25 – 34 años	144	45.5
35 – 44 años	104	32.8
45 a + años	34	10.7
TOTAL	317	100.0

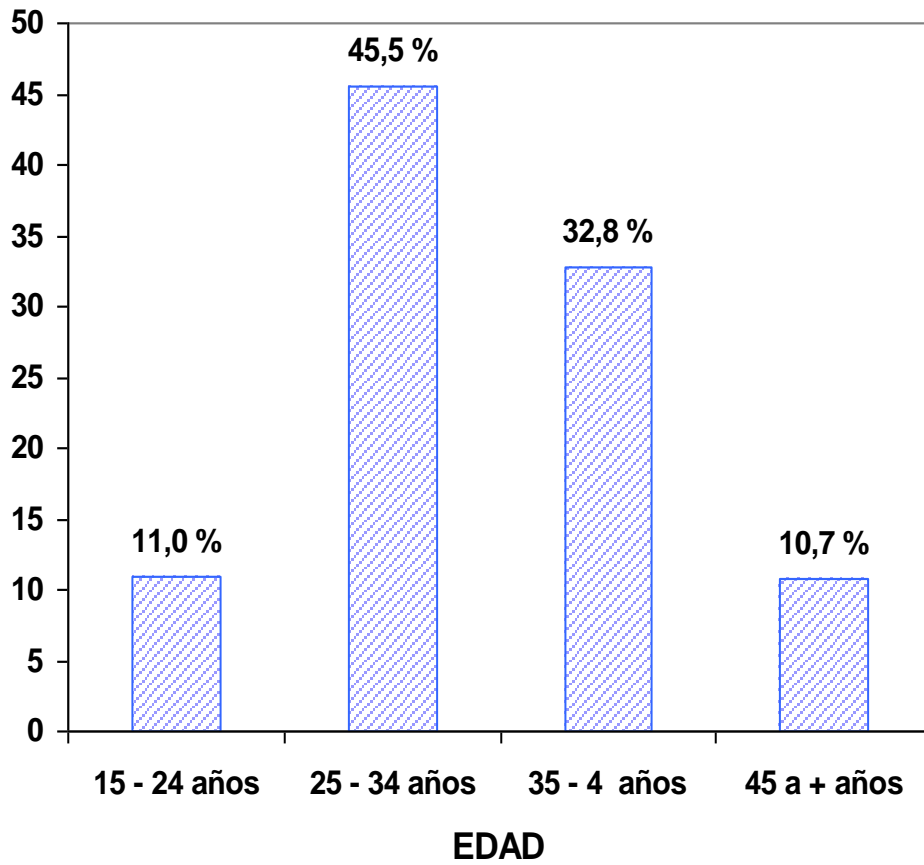
Fuente: Tesis “Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar” – 2004.

En los datos registrados en la Tabla N° 01, se observa que la mayor cantidad de usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD son mujeres de 25 a 34 años de edad, las cuales representan el 45.5%, observándose porcentajes menores de mujeres de 45 a más años de edad, las cuales representan sólo el 10.7%.

Estos resultados pueden observarse en el gráfico N° 01.

GRAFICO N° 01

**DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGUN EDAD.
SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
DEL MODULO DE ATENCION INTEGRAL
A LA MUJER. HOSPITAL III
ESSALUD. IQUITOS 2004**



4.1.2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

TABLA N° 02

**DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.
SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION
INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III ESSALUD.
IQUITOS-2004.**

GRADO DE INSTRUCCION	N	%
Primaria	27	8.5
Secundaria	127	40.1
Superior	163	51.4
TOTAL	317	100.0

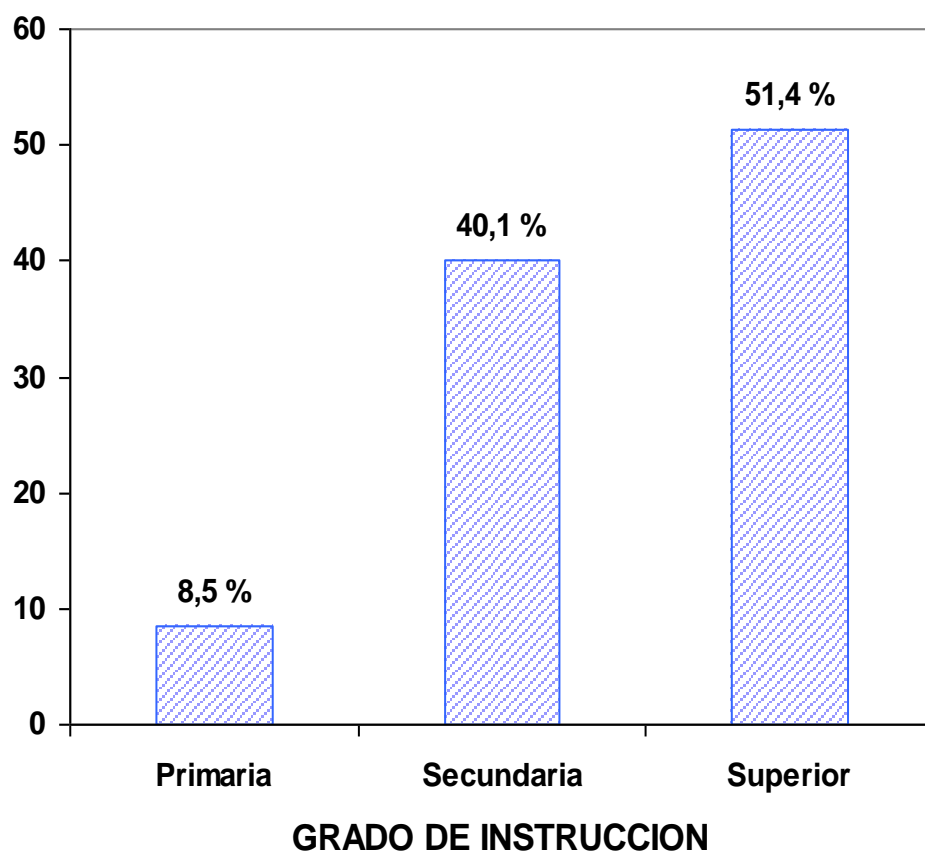
Fuente: Tesis "Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar" – 2004.

En los datos registrados en la Tabla N° 02, se observa que la mayor cantidad de usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD son mujeres con grado de instrucción superior, las cuales representan el 51.4 %, observándose porcentajes menores de mujeres con grado de instrucción primaria, las cuales representan sólo el 8.5%.

Estos resultados pueden observarse en el gráfico N° 02.

GRAFICO N° 02

DISTRIBUCION DE USUARIAS GRADO DE INSTRUCCION. SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL MODULO DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER. HOSPITAL III ESSALUD. IQUITOS 2004



4.1.3. ESTADO CIVIL

TABLA N° 03

**DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGÚN ESTADO CIVIL. SERVICIO
DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION
INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III
ESSALUD. IQUITOS-2004.**

ESTADO CIVIL	N	%
Casada	110	34.7
Conviviente	183	57.7
Soltera	24	7.6
TOTAL	317	100.0

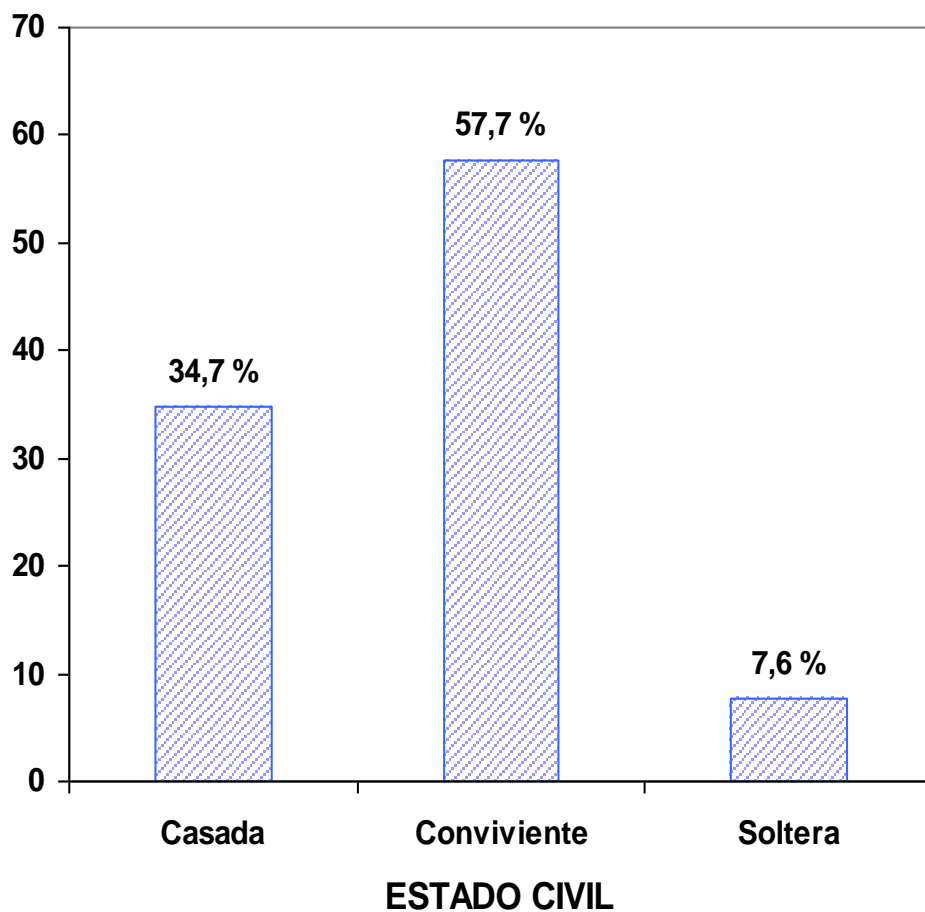
Fuente: Tesis “Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar” – 2004.

En los datos registrados en la Tabla N° 03, se observa que la mayor cantidad de usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD son mujeres con estado civil “conviviente”, las cuales representan el 57.7%, observándose porcentajes menores de mujeres con estado civil “soltera”, las cuales representan sólo el 7.6%.

Estos resultados pueden observarse en el gráfico N° 03.

GRAFICO N° 03

DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGÚN ESTADO CIVIL. SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL MODULO DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER. HOSPITAL III ESSALUD. IQUITOS 2004



4.1.4. OCUPACIÓN

TABLA N° 04

**DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGÚN OCUPACIÓN. SERVICIO
DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION
INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III
ESSALUD. IQUITOS-2004.**

OCUPACIÓN	N	%
Empleada pública	134	42.3
Independiente	33	10.4
Su Casa	150	47.3
TOTAL	317	100.0

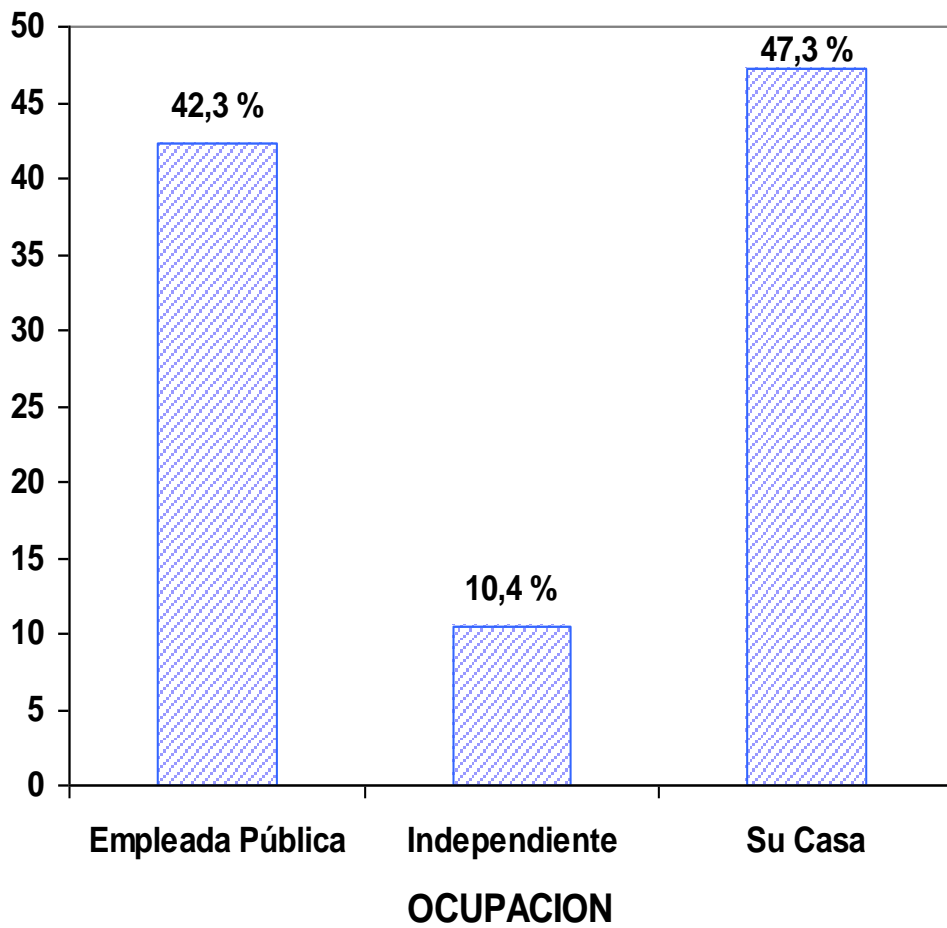
Fuente: Tesis “Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar” – 2004.

En los datos registrados en la Tabla N° 04, se observa que la mayor cantidad de usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD son mujeres que tienen como ocupación “su casa”, las cuales representan el 47.3%, observándose porcentajes menores de mujeres que tienen como ocupación “independiente”, las cuales representan sólo el 10.4%.

Estos resultados pueden observarse en el gráfico N° 04.

GRAFICO N° 04

**DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGÚN
OCUPACION. SERVICIO DE PLANIFICACION
FAMILIAR DEL MODULO DE ATENCION
INTEGRAL A LA MUJER. HOSPITAL III
ESSALUD. IQUITOS 2004**



4.1.5. PARIDAD

TABLA N° 05

**DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGÚN PARIDAD. SERVICIO
DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION
INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III
ESSALUD. IQUITOS-2004.**

PARIDAD	N	%
Ninguno	8	2.5
1 hijo	112	35.4
2 - 3 hijos	170	53.6
4 a + hijos	27	8.5
TOTAL	317	100.0

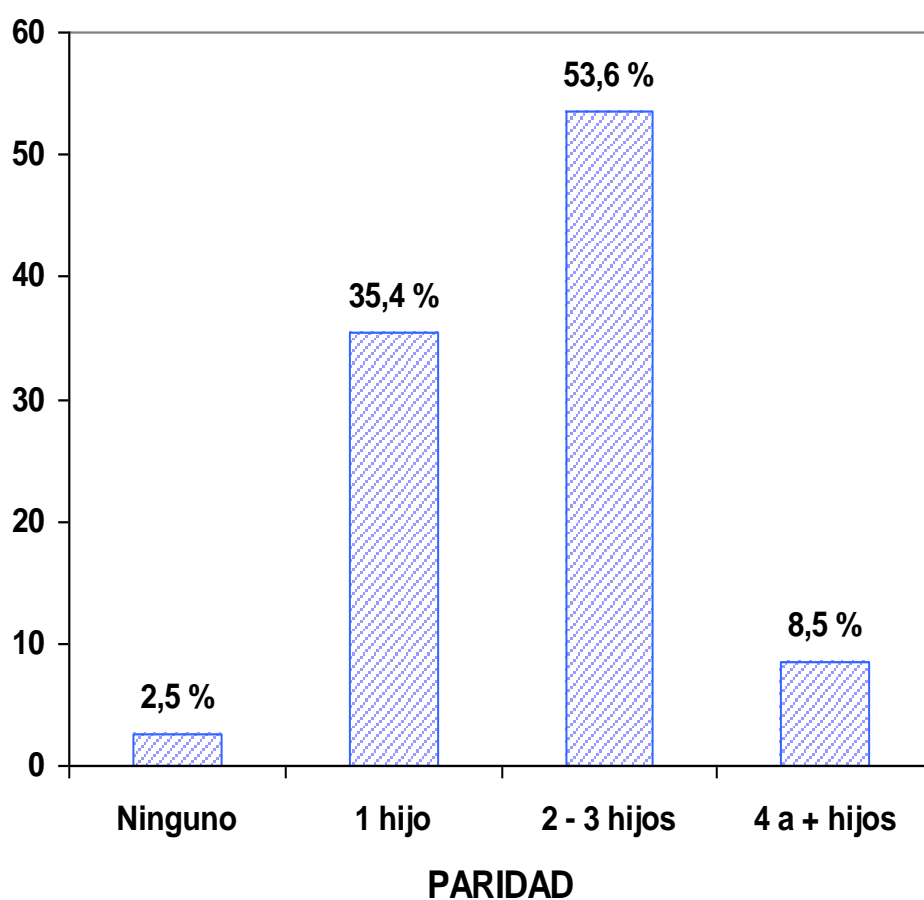
Fuente: Tesis "Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar" – 2004.

En los datos registrados en la Tabla N° 05, se observa que la mayor cantidad de usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD son mujeres que tienen 2 ó 3 hijos, las cuales representan el 53.6%, observándose porcentajes menores de mujeres que no tienen hijos, las cuales representan sólo el 2.5%.

Estos resultados pueden observarse en el gráfico N° 05.

GRAFICO N° 05

**DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGÚN PARIDAD.
SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL
MODULO DE ATENCION INTEGRAL A LA
MUJER. HOSPITAL III ESSALUD.
IQUITOS 2004**



4.1.6. INGRESO ECONÓMICO

TABLA N° 06

**DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGÚN INGRESO ECONOMICO.
SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION
INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III
ESSALUD. IQUITOS-2004.**

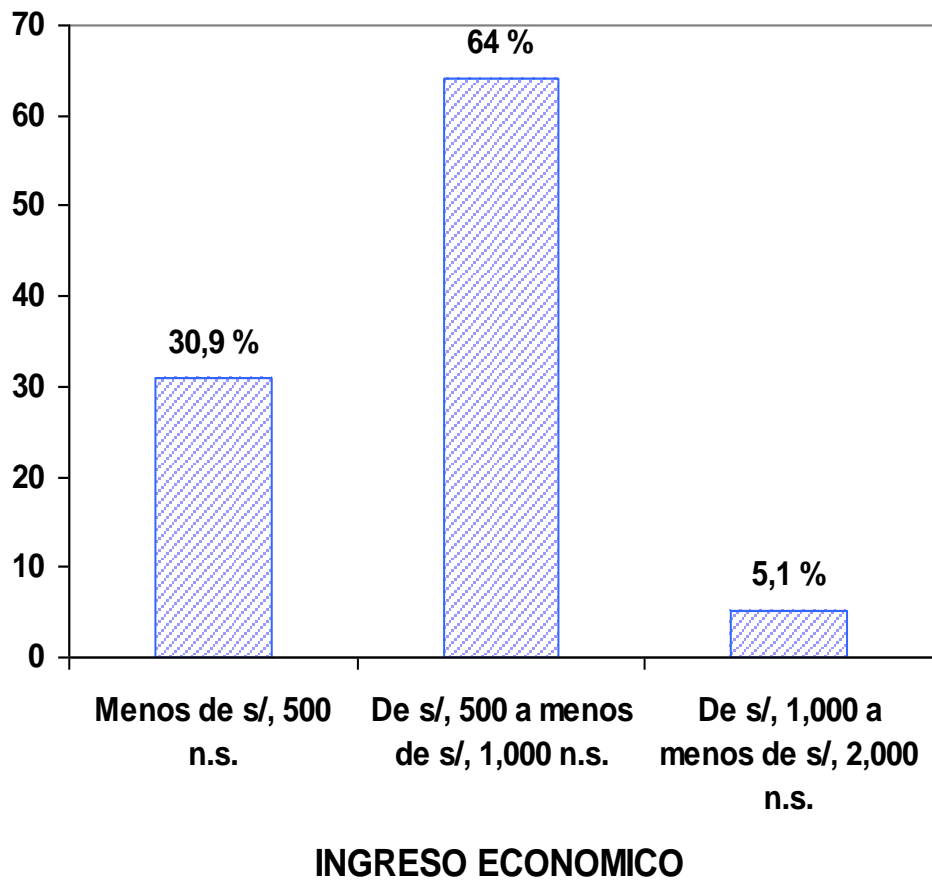
INGRESO ECONOMICO	N	%
Menos de S/.500.00 nuevos soles	98	30.9
De S/.500.00 a menos de S/.1,000.00 n.s.	203	64.0
De S/.1,000 a menos de S/. 2,000.00 n.s.	16	5.1
TOTAL	317	100.0

Fuente: Tesis “Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar” – 2004.

En los datos registrados en la Tabla N° 06, se observa que la mayor cantidad de usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD son mujeres con ingreso económico familiar de S/.500.00 nuevos soles a menos de S/.1,000.00 nuevos soles, las cuales representan el 64.0%, observándose porcentajes menores de mujeres con ingreso económico familiar de S/.1,000 nuevos soles a menos de S/.2,000.00 nuevos soles, las cuales representan sólo el 5.1%. Estos resultados pueden observarse en el gráfico N° 06.

GRAFICO N° 06

DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGÚN INGRESO ECONOMICO. SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL MODULO DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER. HOSPITAL III ESSALUD. IQUITOS 2004



4.1.7. RELIGION

TABLA N° 07

**DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGÚN RELIGION. SERVICIO
DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION
INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III
ESSALUD. IQUITOS-2004.**

RELIGION	N	%
Católica	270	85.2
Otras Religiones	47	14.8
TOTAL	317	100.0

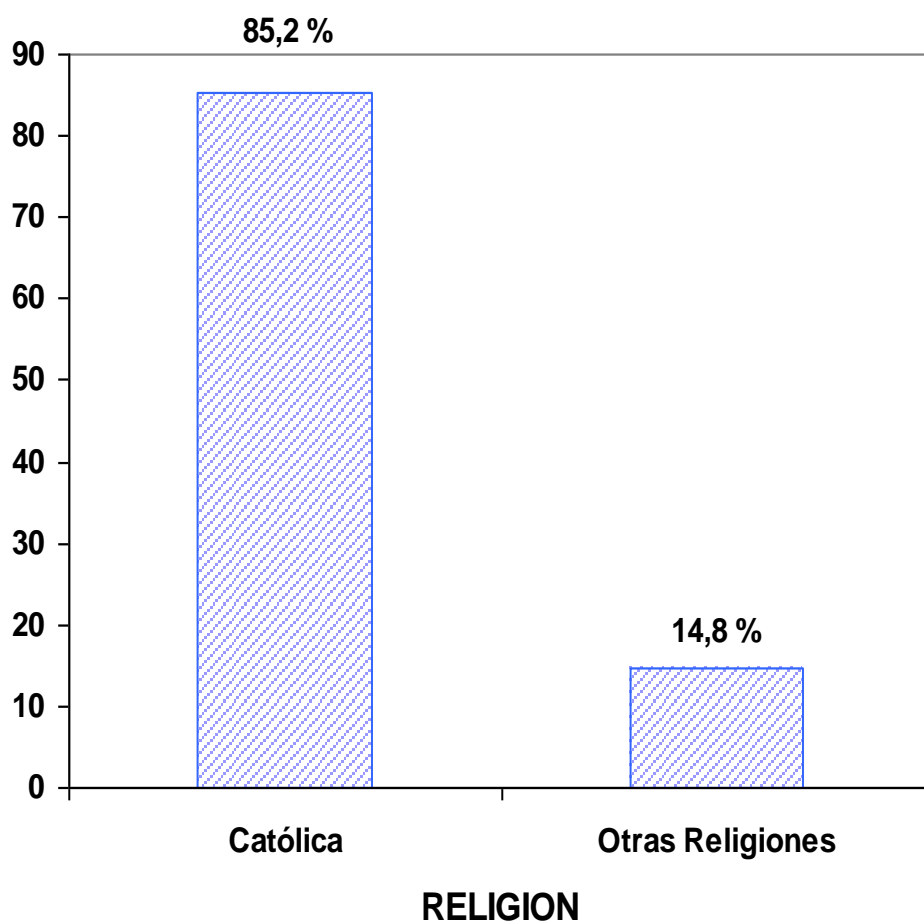
Fuente: Tesis “Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar” – 2004.

En los datos registrados en la Tabla N° 07, se observa que la mayor cantidad de usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD son mujeres de religión católica, las cuales representan el 85.2%, observándose porcentajes menores de mujeres con otras religiones, las cuales representan el 14.8%.

Estos resultados pueden observarse en el gráfico N° 07.

GRAFICO N° 07

**DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGÚN RELIGION.
SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL
MODULO DE ATENCION INTEGRAL A LA
MUJER. HOSPITAL III ESSALUD.
IQUITOS 2004**



4.2. CARACTERISTICAS DE LA DEMANDA. A TRAVES DE INDICADORES DE RESULTADOS.

4.3.1. ATENCIONES DE MAYOR DEMANDA

TABLA N° 08

**ATENCIONES DE MAYOR DEMANDA POR USUARIAS DEL SERVICIO
DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION
INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III
ESSALUD. IQUITOS-2004.**

ATENCIONES	N	%
Control de métodos anticonceptivos	208	65.6
Papanicolao	104	32.8
Cambio de métodos anticonceptivos	05	1.6
TOTAL	317	100.0

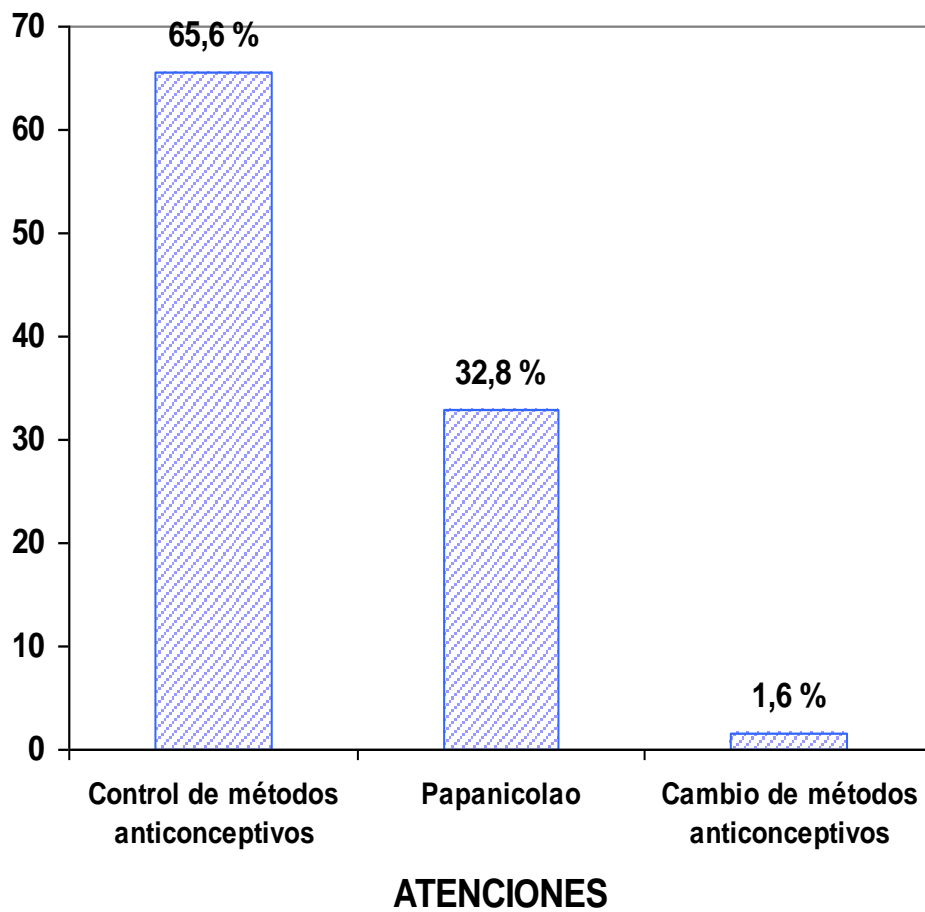
Fuente: Tesis "Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar" – 2004.

En los datos registrados en la Tabla N° 08, se observa que la mayor cantidad de usuarias que acceden al Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD son para control de métodos anticonceptivos (continuadoras), las que representan el 65.6%, mientras que otras usuarias son para acceder a la prueba del Papanicolao las cuales representan el 32.8%, observándose un porcentaje menor de usuarias que lo hacen para realizar el cambio de método anticonceptivo, las cuales representan sólo el 1.6%.

Estos resultados pueden observarse en el gráfico N° 08.

GRAFICO N° 08

**ATENCIONES DE MAYOR DEMANDA POR
USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACION
FAMILIAR DEL MODULO DE ATENCION
INTEGRAL A LA MUJER. HOSPITAL III
ESSALUD. QUITOS 2004**



4.3.2. SATISFACCION DE USUARIAS CON LA ATENCION RECIBIDA EN EL SERVICIO

TABLA N° 09

SATISFACCION DE USUARIAS CON LA ATENCION RECIBIDA EN EL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III ESSALUD. IQUITOS-2004.

SATISFACCION RESPECTO A LA ATENCION RECIBIDA		N	%
1. SATISFACCION CON LA ATENCION RECIBIDA			
Excelente		08	2.5
Buena		231	72.9
Regular		78	24.6
	TOTAL	317	100.0
2. LIMPIEZA DEL SERVICIO			
Excelente		08	2.5
Buena		231	72.9
Regular		78	24.6
	TOTAL	317	100.0
3. HORARIO DE ATENCION ADECUADA			
Si		277	87.4
No		40	12.6
	TOTAL	317	100.0
4. TIEMPO DE ESPERA			
Bueno		114	36.0
Regular		185	58.3
Excesivo		18	5.7
	TOTAL	317	100.0
5. MATERIALES NECESARIOS			
Siempre		283	89.3
A veces		34	10.7
	TOTAL	317	100.00
6. PRIVACIDAD EN EL AMBIENTE			
Si		308	97.2
No		09	2.8
	TOTAL	317	100.0
7. LIMPIEZA DEL PERSONAL			
Siempre		304	95.9
A veces		13	4.10
	TOTAL	317	100.0
8. CONFIANZA EN LOS TRABAJADORES			
Siempre		287	90.5
A veces		30	9.5
	TOTAL	317	100.0

Fuente: Tesis "Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar" – 2004.

En la Tabla N° 09, se observan los datos registrados sobre la satisfacción de usuarias con la atención recibida en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD durante el año 2004.

Respecto a la satisfacción con la atención recibida, se observa que la mayor cantidad de usuarias manifestaron que la atención recibida fue buena (72.9%), mientras que otras usuarias manifestaron que la atención recibida fue excelente (2.5%).

Respecto a la limpieza del servicio, se observa que la mayor cantidad de usuarias manifestaron que fue buena 72.9 %, mientras, que sólo el 2.5 % manifestaron que fue excelente.

Respecto al horario de atención, se observa que la mayor cantidad de usuarias manifestaron que el horario de atención fue adecuado (87.4%), mientras que (12.6%) manifestaron que el horario de atención no fue adecuado.

Respecto al tiempo de espera, se observa que la mayor cantidad de usuarios manifiestan que el tiempo de espera fue regular (58.3%), mientras que (5.7%), manifestaron que el tiempo de espera fue excesivo.

Respecto a los materiales necesarios para la atención en el servicio de Planificación familiar, se observa que la mayor cantidad de usuarias manifestaron que siempre hay los materiales necesarios para la atención en el servicio de Planificación familiar.

Respecto a la privacidad en el ambiente del servicio de Planificación familiar, el (97.2%) de usuarias manifestaron que sí hay privacidad en el ambiente, mientras que (2.8%) manifestaron que no hay privacidad en el ambiente.

Respecto a la limpieza del personal del servicio de Planificación Familiar el (95.9%) de usuarios manifestaron que siempre el personal del servicio está limpio, mientras que el (4.1%) manifestaron que a veces el personal del servicio de Planificación Familiar está limpio.

Finalmente, respecto a la confianza en los Trabajadores del Servicio de Planificación Familiar, el (90.5%) de usuarias manifestaron tener siempre confianza en los trabajadores de salud que atienden en el Servicio de Planificación Familiar, mientras que el (9.5%) manifestó que a veces tienen confianza en el personal.

4.3.3. SATISFACCION DE LA USUARIA CON EL METODO ANTICONCEPTIVO SELECCIONADO

TABLA N° 10

SATISFACCION DE USUARIAS EL METODO ANTICONCEPTIVO SELECCIONADO EN EL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III ESSALUD. IQUITOS-2004.

SATISFACCION RESPECTO A LA ATENCION RECIBIDA	N	%
1. PARTICIPACION EN LA ELECCION		
SI	294	92.7
NO	23	7.3
TOTAL	317	100.0
2. CONOCIMIENTO DE LOS DEMAS METODOS ANTICONCEPTIVOS		
SI	307	96.8
NO	10	3.2
TOTAL	317	100.0
3. CONSEJERIA ACERCA DEL METODO SELECCIONADO		
Si	306	96.5
No	11	3.5
TOTAL	317	100.0
4. SATISFACCION CON LA CONSEJERIA RECIBIDA		
Excelente	05	1.6
Buena	268	84.5
Regular	27	8.5
Deficiente	06	1.9
No recibió consejería	11	3.5
TOTAL	317	100.0
5. PERSONAL QUE LE PROPORCIONO CONSEJERIA		
Obstetriz	313	98.7
Enfermera	04	1.3
TOTAL	317	100.0

Fuente: Tesis "Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar" – 2004.

En la Tabla N° 10, se observan los datos registrados sobre la satisfacción de la usuaria con el método anticonceptivo seleccionado en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral de la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos durante el año 2004.

Respecto a su participación en la elección del método anticonceptivo, se observa que la mayor cantidad de usuarias manifestaron que si participaron en la elección del método anticonceptivo (92.7%), mientras que (7.3%) manifestaron que no participaron en la selección del método anticonceptivo.

Respecto a que si en el Servicio de Planificación Familiar le dieron a conocer los demás métodos anticonceptivos, se observa que el (96.8%) manifestaron que sí les dieron a conocer, mientras que el (3.2%) manifestaron que no.

Respecto a que si en Servicio de Planificación Familiar le dieron consejería acerca del Método anticonceptivo seleccionado, se observa que el (96.5%) de usuarias manifestaron que sí, mientras que el (3.5%) de usuarias manifestaron que no.

Respecto a la satisfacción de la usuaria con la consejería recibida, se observa que (84.5%) de usuarias manifestaron que la consejería fue buena, mientras que sólo el (1.6%) de usuarias manifestaron que la consejería recibida fue excelente. Es importante indicar que (3.5%) de usuarias manifestaron no haber recibido consejería.

Respecto al tipo de personal profesional que le proporcionó consejería en el Servicio de Planificación Familiar, se observa que (98.7%) de usuarias manifestaron que el personal que le atendió fueron obstetricas, mientras que (1.3%) de usuarias manifestaron que el personal que le atendió fue personal de enfermería.

4.3.4.SATISFACCION DE USUARIAS CON EL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

TABLA N° 11

SATISFACCION DE USUARIAS CON LA ATENCION RECIBIDA EN EL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III ESSALUD. IQUITOS-2004.

SATISFACCION EL USO DEL M. ANTICONCEPTIVO	N	%
1. DIFICULTAD CON EL METODO ANTICONCEPTIVO		
SI	78	24.6
NO	239	75.4
TOTAL	317	100.0
2. MOLESTIAS MAS FRECUENTES		
Mareos	03	0.9
Dolor de cabeza	06	1.9
Sangrado abundante	03	0.9
Irritabilidad	02	0.6
Dolor de cabeza y mareos	11	3.5
Dolor de cabeza y nauseas	26	8.2
Dolor de cabeza y sangrado abundante	01	0.3
Sangrado abundante y mareos	20	6.3
Nauseas, mareos y dolor de cabeza	06	1.9
No tuvo molestias	239	75.4
TOTAL	317	100.0
3. CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL M. ANTICONCEPTIVO		
SI	304	95.9
NO	13	4.1
TOTAL	317	100.0

Fuente: Tesis "Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar" – 2004.

En la Tabla N° 11, se observan los datos registrados sobre la satisfacción de usuarias con el uso de los métodos anticonceptivos recibidos en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD de la Ciudad de Iquitos durante el año 2004.

Respecto a la dificultad con el método anticonceptivo, se observa que (75.4%) de usuarias manifestaron que no tuvieron dificultades, mientras que el (24.6%) manifestaron que sí tuvieron dificultades, mientras que el (24.6%) manifestaron que sí tuvieron dificultad con el método anticonceptivo solucionado.

Respecto al tipo de molestias que refieren las usuarias, se observa que el (8.2%) manifestaron que tienen dolor de cabeza y náuseas, (6.3%) sangrado abundante y mareos; mientras que en porcentajes mucho menores (0.3%) manifestaron dolor de cabeza y sangrado abundante. Es importante indicar que (75.4%) de usuarias manifestaron que no tuvieron molestias.

Y finalmente, respecto al control y seguimiento del método anticonceptivo, (95.9%) de usuarias manifestaron que sí tuvieron control y seguimiento, mientras que (4.1%) de usuarias manifestaron que no tuvieron control y seguimiento del método anticonceptivo.

4.3.5. CONTINUIDAD DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

TABLA N° 12

**CONTINUIDAD DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS RECIBIDOS
EN EL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION
INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III
ESSALUD. IQUITOS-2004.**

TASA DE CONTINUIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	N	%
1. Si continua	300	94.6
2. No continua	17	5.4
TOTAL	317	100.0

Fuente: Tesis "Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar" – 2004.

En la Tabla N° 12, se observan los datos registrados sobre la continuidad del uso de métodos anticonceptivos recibidos en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD de la Ciudad de Iquitos durante el año 2004. El (94.6%) de usuarias manifestaron que sí continuaron con el uso del método anticonceptivo, mientras que el (5.4%) de usuarias manifestaron que no continuaron con el uso del método anticonceptivo.

4.3. CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA A TRAVES DE INDICADORES DE ESTRUCTURA PROCESO E IMPACTO

4.3.1. OFERTA A TRAVES DE INDICADORES DE ESTRUCTURA DEL SERVICIO

TABLA N° 13

CARACTERISTICAS DE LA OFERTA A TRAVES DE INDICADORES DE ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III ESSALUD. IQUITOS-2004.

ASPECTOS OBSERVADOS	RESULTADOS				
	SI TIENE			NO TIENE	NO SE PUDO OBSERVAR
	Bueno	Regular	Deficiente		
1. OPCION DE METODOS: - Cantidad de métodos anticonceptivos disponibles. - Variedad de métodos anticonceptivos disponibles.	X X				
2. EXISTENCIA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS (BALANCE DE INVENTARIOS Y STOCK). - Inventario realizado en los últimos 3 meses. - Stock de métodos anticonceptivos en los últimos 3 meses.	X X				
3. RESTRICCIONES (NORMATIVAS, LOGISTICAS Y ECONOMICAS) - Aspectos normativos. - Aspectos logísticos. - Aspectos económicos.				X X X	
4. INFORMACION DISPONIBLE - Materiales impresos para la consejería. - Otros materiales. - Consejería realizada por el personal.			X X		
5. COMPETENCIA TECNICA. - Normas técnicas (existencia) - Normas técnicas (uso) - Capacitación de personal (especialidad y tiempo) - Manejo de material y equipos. - Años de experiencia en el servicio. - Conocimiento del uso, contraindicaciones y aspectos colaterales de los métodos anticonceptivos.	X X X X X X		X		

ASPECTOS OBSERVADOS	RESULTADOS				
	SI TIENE			NO TIENE	NO SE PUDO OBSERVAR
	Bueno	Regular	Deficiente		
6. SISTEMA DE SEGUIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. - Existencia de un sistema de normas de seguimiento de uso de métodos anticonceptivos. - Responsables de seguimiento. - Recursos financieros para el seguimiento. - Sistema de registro. - Actualización del sistema de registro.	X				
7. CONDICIONES DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR. - Comodidad. - Privacidad para la consejería. - Privacidad para la atención médica. - Disponibilidad de servicios básicos (agua, luz, baño). - Higiene. - Condiciones del equipo. - Cantidad de los equipos. - Estado de los equipos. - Accesibilidad al servicio por parte de las usuarias (distancia-horario). - Mecanismo de solución de personal.			X		

Fuente: Tesis "Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar" – 2004.

En la Tabla N° 13, se observan los datos registrados sobre las características de la oferta a través de indicadores de estructura del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD de la Ciudad de Iquitos durante el año 2004.

Los indicadores de estructura observados fueron siete (7), entre ellos se tuvieron: opción de los métodos anticonceptivos, existencia de los métodos anticonceptivos (balance de inventarios y stock), restricciones (normativas, logísticas y económicas), información disponible, competencia técnica, sistema de seguimiento de métodos anticonceptivos y finalmente las condiciones del servicio de Planificación Familiar.

Respecto a la opción de los métodos anticonceptivos, se observaron dos aspectos la cantidad de métodos anticonceptivos disponibles y la variedad de los mismos; referente a la cantidad de los métodos anticonceptivos disponibles se observó buena cantidad de métodos anticonceptivos disponibles para la atención de las usuarias y referente a la variedad de los métodos anticonceptivos disponibles se observó buena variedad de los mismos.

Respecto a la existencia de métodos anticonceptivos en el Servicio de Planificación Familiar, se observaron dos aspectos: el inventario realizado en los últimos 3 meses y el stock de los mismos También en los últimos tres meses; observándose que ambos aspectos tanto el inventario y el stock fueron buenos.

Respecto a las restricciones en el servicio de Planificación Familiar, se observaron tres (3) tipos de restricciones: normativas, logísticas y económicas; observándose que no tienen ninguno de estos tipos de restricciones.

Respecto a la información disponible en el Servicio de Planificación Familiar, se observaron tres (3) aspectos: materiales impresos para la consejería, otros tipos de materiales y calidad de la consejería realizada por el personal de salud; observándose que tanto los materiales impresos para la consejería y otros materiales que se requiere para la atención de usuarios fue deficiente, mientras que la calidad de consejería realizada por el personal de salud fue bueno.

Respecto a la Competencia Técnica en el Servicio de Planificación Familiar, se observaron seis (6) aspectos, entre ellos se tuvieron: la existencia de normas técnicas, uso de normas técnicas, capacitación del personal, manejo de material y equipos, años de experiencia en el servicio y conocimiento del uso, contraindicaciones y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos; referente a la existencia de normas técnicas fue buena, el uso de normas técnicas fue buena, la capacitación del personal fue deficiente, mientras que tanto el manejo de material y equipos, los años de experiencia en el servicio y el conocimiento del uso, contraindicaciones y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos fueron buenos. Respecto al sistema de seguimiento de métodos anticonceptivos en el Servicio de Planificación Familiar, se observaron cinco (5) aspectos:

existencia de un sistema de normas de seguimiento, recursos financieros para el seguimiento, sistema de registro y actualización del sistema de registro; estos cinco aspectos observados fueron buenos.

Y finalmente respecto a las condiciones del Servicio de Planificación Familiar, se observaron diez (10) aspectos: comodidad, privacidad para la consejería, privacidad para la atención médica, disponibilidad de servicios básicos (agua, luz, baño), higiene, condiciones de los equipos, cantidad de los equipos, estado de los equipos, accesibilidad al servicio y mecanismos de selección del personal; referente a la comodidad se observó que fue deficiente, referente a la privacidad para la consejería, privacidad para la atención médica, disponibilidad de los servicios básicos e higiene fueron buenos, las condiciones, cantidad y estado de los equipos así como la accesibilidad al servicio por parte de las usuarias fueron regulares, mientras que el mecanismo de selección de personal fue bueno.

4.3.2. OFERTA A TRAVES DE INDICADORES DE PROCESO.

TABLA N° 14

CARACTERISTICAS DE LA OFERTA A TRAVES DE INDICADORES DE PROCESO DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III ESSALUD. IQUITOS-2004.

ASPECTOS OBSERVADOS	RESULTADOS				
	SI TIENE			NO TIENE	NO SE PUDO OBSERVAR
	Bueno	Regular	Deficiente		
1. ELECCION DEL METODO: - Participación de la usuaria en la selección.	X				
2. INFORMACION OFRECIDA A LA USUARIA. - Existencia de otros métodos anticonceptivos. - Indicaciones de los métodos anticonceptivos y contraindicaciones. - Efectos colaterales. - Criterios para solucionar métodos. - Información sobre salud reproductiva.	X X X X X X				
3. DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SERVICIO: - Capacidad técnica para impartir consejería. - Capacidad técnica para brindar información. - Capacidad técnica para ayudar en la selección del método. - Capacidad técnica para el control de infecciones.	X X X X				
4. OPCIONES DEL CLIENTE. - Tiempo de esfera. - Trato al cliente. - Indagación de intenciones reproductivas. - Indagación por antecedentes de enfermedades o de salud relacionados.	X X X	X			
5. MECANISMOS PARA PROMOVER LA CONTINUIDAD DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. - Conocimiento del retorno de la usuaria. - Forma de implementación del seguimiento. - Registro de no retornos.	X X		X		
6. ADMINISTRACION DEL SERVICIO. - Conveniencia de horarios. - Regularidad de horarios. - Regularidad de asistencia del personal. - Volumen de trabajo del personal. - Supervisión de personal. - Deserción de personal. - Reemplazo de personal. - Tiempo de espera. - Duración de la consulta. - Costo de la atención.	X X X X X X X X X X	X		X	No se realiza directamente

Fuente: Tesis "Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar" – 2004.

En la Tabla N° 14, se observan los datos registrados sobre las características de la oferta a través de indicadores de proceso del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD de la Ciudad de Iquitos durante el año 2004.

Los indicadores de proceso observados fueron seis (6), entre ellos se tuvieron: elección del método anticonceptivo, información ofrecida a la usuaria, desempeño del personal del servicio, opciones del cliente, mecanismos para promover la continuidad y la administración del servicio.

Respecto a la elección del método anticonceptivo se observó que la participación de la usuaria fue buena.

Respecto a la información ofrecida a la usuaria, se observaron cinco (5) aspectos: información sobre la existencia de otros métodos anticonceptivos, indicaciones y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos, efectos colaterales, criterios para solucionar métodos e información sobre salud reproductiva; observándose que todos los aspectos mencionados anteriormente fueron buenos.

Respecto al desempeño del personal del servicio, se observaron cinco (4) aspectos: capacidad técnica para impartir consejería, capacidad técnica para brindar información, capacidad técnica para ayudar en la selección del método anticonceptivos y capacidad técnica para el control de infecciones; observándose que todos los aspectos mencionados anteriormente fueron buenos.

Referente a las opciones del cliente, se observaron cuatro (4) aspectos: Tiempo de espera, trato al cliente, indagación de intenciones reproductivas e indagación por antecedentes de enfermedades o de salud relacionados; referente al tiempo de espera se observó que fue regular, mientras que los demás aspectos observados fueron buenos.

Referente a los mecanismos para promover la continuidad de los métodos anticonceptivos, se observaron tres (3) aspectos: conocimiento del retorno de la usuaria, forma de implementación del seguimiento y registro de no retornos; referente al

conocimiento del retorno de la usuaria y forma de implementación del seguimiento fueron buenos, mientras que el registro de no retornos fue deficiente.

Finalmente, referente a la administración del servicio de Planificación Familiar se observaron diez (10) aspectos: conveniencia de horarios, regularidad de horarios, regularidad de la asistencia del personal, volumen de trabajo del personal, suspensión del personal, deserción del personal, reemplazo del personal, tiempo de espera, duración de la consulta y costo de la atención; referente a la conveniencia de horarios, regularidad de horarios, regularidad de la asistencia del personal, supervisión del personal y reemplazo de personal se observó que fueron buenos; referente al volumen de trabajo de personal, tiempo de espera y duración de la consulta, se observó que fueron regulares; referente a la deserción de personal de servicio se observó que no hay deserción, mientras que en lo referente al costo de la atención, fue un aspecto que no se pudo observar, porque si bien la atención de salud en el Servicio de Planificación Familiar tiene un costo, el usuario no lo realiza directamente en el momento de la atención.

4.3.3. OFERTA A TRAVES DE INDICADORES DE IMPACTO.

TABLA N° 15

CARACTERISTICAS DE LA OFERTA A TRAVES DE INDICADORES DE IMPACTO DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER-HOSPITAL III ESSALUD. IQUITOS-2004.

ASPECTOS OBSERVADOS	RESULTADOS				
	SI			NO TIENE	NO SE PUDO OBSERVAR
	ALTA	MEDIA	BAJA		
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos		X			
Tasa de continuidad en la anticoncepción		X			
Nivel o tasa de fecundidad					X

Fuente: Tesis "Caracterización de la demanda y oferta de Servicios de Planificación Familiar" – 2004.

En la Tabla N° 15, se observan los datos registrados sobre las características de la oferta a través de indicadores de impacto del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD de la Ciudad de Iquitos durante el año 2004.

Los indicadores de impacto observados fueron tres (3), entre ellos se tuvieron: prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, tasa de continuidad en la anticoncepción y nivel o tasa de fecundidad.

Respecto a la prevalencia de uso de los métodos anticonceptivos fue tasa de prevalencia media.

Respecto a la tasa de continuidad en la anticoncepción también fue una tasa de continuidad media.

Finalmente respecto a la tasa de fecundidad, no se pudo observar porque no lo tenían en el Servicio de Planificación Familiar.

CAPITULO V

5. DISCUSION

En las características demográficas y culturales de usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer se observa un predominio de usuarias (45.5%) de 25 a 34 años de edad, observándose porcentajes menores (10.7%) de usuarios de 45 a más años de edad, al parecer el predominio de este grupo etáreo se debe a que en estas edades las mujeres demandan de mayores y mejores servicios de planificación familiar para ser protegidas contra el riesgo del embarazo mediante el empleo de la anticoncepción, asimismo para acceder a la prueba del Papanicolao. Asimismo actualmente las mujeres están reconociendo que con los métodos de planificación familiar se puede decidir cuando embarazarse y cuántos hijos tener, también reconocen que protege la salud de las mujeres, de los niños, de la familia y previenen embarazos de alto riesgo.

El grado de instrucción predominante en las usuarias del servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer fue el grado de instrucción superior (51.4%), observándose al mismo tiempo un porcentaje elevado (40.1%) con grado de instrucción secundaria, mientras que se observa un porcentaje menor (8.5%) con grado de instrucción primaria. En relación a estos hallazgos podría indicarse que se debe básicamente a la característica propia de la institución prestadora de salud, acceden a esta institución asegurados titulares y derecho habientes; este indicador demográfico permite así mismo indicar que la capacidad de elección de la usuaria se va tornando de creciente importancia y por tanto, se hace cada vez más necesaria una mejor caracterización del comportamiento buscador o de acceso al servicio que se oferta, y de los factores que lo determinan, entre ellos el grado de instrucción de las usuarias, que podrían estar influyendo en la percepción que tienen sobre la calidad de los servicios recibidos. Por otro lado este indicador demográfico, se convierte en un factor facilitador de la atención de salud en el Servicio de Planificación Familiar toda vez que facilitará el intercambio de información entre la usuaria y el proveedor del servicio, permitirá una adecuada selección de la mejor opción anticonceptiva para cada mujer y finalmente facilitará un mejor control y

seguimiento de los métodos anticonceptivos y de otros servicios ofertados por la institución.

El estado civil predominante de las usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer fue el de conviviente (57.7%), observándose al mismo tiempo un porcentaje elevado (34.7%) con estado civil casada, mientras que se observa un porcentaje menor (7.6%) con estado civil soltera. Al parecer este comportamiento de los resultados estaría reflejando la condición predominante del titular para acceder a la atención por la institución prestadora de servicios. Por otro lado se podría indicar que las normas culturales, la estabilidad emocional de la mujer influirán positivamente en las decisiones de la salud reproductiva de la pareja, aunque existen resultados de investigación como la de (BIDDLECOM y FAPOHUNDA, 2002) que indican que el uso de métodos anticonceptivos por parte de la mujer con frecuencia depende en gran medida del apoyo u oposición que reciben del esposo o familia, porque en algunos lugares necesitan el permiso de sus parejas para visitar un centro de salud o viajar solas, lo que hace que usen métodos anticonceptivos a escondidas en forma limitada.

La ocupación predominante de las usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer fue “su casa” (47.3%), observándose al mismo tiempo un porcentaje elevado (42.3%), de empleadas del sector público, mientras que se observa un porcentaje menor (10.4%) como independientes. Estos hallazgos estarían indicando que la accesibilidad de la mujer que tienen como ocupación “su casa” está dejando de ser una restricción para el acceso al servicio de planificación familiar.

La paridad predominante de las usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer fue de 2 a 3 hijos (53.6%), observándose al mismo tiempo un porcentaje elevado (35.4%) con 1 hijo, mientras que se observa un porcentaje menor (2.5%) de usuarias que no tienen hijos. El comportamiento de este indicador demográfico permitirá reorientar las estrategias de intervención en el servicio de planificación familiar, porque nos da a conocer directamente las intenciones de fecundidad de la usuaria y las necesidades de información en salud reproductiva.

El ingreso económico familiar predominante de las usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer fue de S/. 500.00 a menos de S/. 1,000.00 nuevos soles (64.0%), observándose un porcentaje menor (5.%) de usuarias con ingreso de S/. 1,000.00 a menos de S/. 2,000.00 nuevos soles, estos resultados estarían indicando que las usuarias que perciban necesidades de atención de su salud, lo efectivicen satisfactoriamente por contar con los recursos económicos para el transporte, ya que los métodos de planificación familiar o en otros casos de bajo costo.

La religión predominante de las usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la mujer fue la Católica (85.2%), observándose un porcentaje menor (14.8%) de usuarios con otras religiones. Estos resultados permiten hacer mención a lo reportado por la (POPULATION COUNCIL, 1999) cuando refiere que las normas culturales y creencias religiosas influye en las decisiones de salud reproductiva de la gente; en un estudio llevado a cabo en Paquistán los investigadores concluyeron que el 76% de los maridos y el 66% de las esposas temían que Dios fuera a enojarse si practicaban planificación familiar; así mismo refiere que los métodos anticonceptivos pueden poner en entredicho las creencias bioculturales, por ejemplo las mujeres en algunas sociedades creen que es saludable menstruar todos los meses y por ello se oponen al uso de métodos inyectables que suelen dar lugar a periodos irregulares, algunas manchas de sangre, o a la falta de menstruación (amenorrea). De todo esto se desprende la necesidad de que los profesionales deben conocer y entender las creencias de sus clientes, para que puedan ajustar los servicios o intentar aclarar, de ser necesario, los malentendidos que surjan en cada localidad, por otro lado, con esto, el personal de salud también podrá salvar brechas si muestra respeto por dichas creencias y las relaciona con los modelos de salud que oferta.

Al realizar el análisis de atenciones de mayor demanda en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer, se observa por orden de prioridad las siguientes: control de métodos anticonceptivos (65.6%), papanicolao (32.8%) y cambio de métodos anticonceptivos (1.6%). Al respecto (JANOWITZ, B y BRATT, J. 2000) refieren que en cada sistema de prestación de servicios o entradas se combinan de cierta manera para producir servicios de planificación familiar. Algunos ejemplos de estos serían la consejería, las esterilizaciones llevadas a cabo, los dispositivos

intrauterinos insertados y los ciclos de anticonceptivos orales vendidos; estos servicios pueden describirse incluyendo dos elementos: el método anticonceptivo mismo y una gama de actividades concomitantes llevadas a cabo por el personal del programa, el cual promueve y surte los métodos anticonceptivos, e insta a los clientes a utilizarlos adecuadamente. Estas actividades concomitantes tienen previstos tres efectos principales: aumentar el número de parejas que elijan regular su fecundidad; minimizar la diferencia entre la eficacia teórica del método y su eficacia en el uso real, y fomentar la continuación del método asegurándose de que los clientes estén satisfechos con el servicio.

El análisis de la demanda se realizó a través de indicadores de resultados tales como satisfacción de la usuaria con la atención recibida, satisfacción con el método, uso de la anticoncepción y tasa de continuidad en la anticoncepción. Respecto a la satisfacción de la usuaria con la atención recibida en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la mujer, se evaluó mediante los siguientes aspectos: limpieza del servicio, horario de atención, tiempo de espera, materiales necesarios, privacidad en el ambiente, limpieza del personal y confianza en los trabajadores. Todos los aspectos evaluados fueron positivos. Estos resultados estarían indicando que las usuarias están satisfechas con la atención recibida, lo cual se convierte en un indicador positivo para la institución prestadora del servicio a la población asegurada. Al respecto existe un estudio de (COSTELLO, et al 2001), que demuestra que la falta de espacios privados para proporcionar asesoría y la carga excesiva de casos atendidos por el personal eran las principales deficiencias en el programa.

Respecto a la satisfacción de la usuaria con el método anticonceptivo seleccionado se evaluó mediante los siguientes aspectos: participación en la elección, conocimiento de los demás métodos anticonceptivos, consejería acerca del método anticonceptivo seleccionado, satisfacción de la consejería recibida y el tipo de personal de salud que le proporcionó la consejería; todos los aspectos evaluados fueron buenos. De acuerdo a los resultados obtenidos existe un estudio de (IRWANTO et al 2001) que tiene resultados no compatibles con lo reportado en el presente estudio, porque en un estudio realizado en Kenya, encontraron que las mujeres estaban insatisfechas con la información que habían recibido en el programa de planificación familiar, y que deseaban enterarse acerca de más métodos, para poder tomar una decisión con conocimiento de causa.

Respecto a la satisfacción de la usuaria con el uso de los métodos anticonceptivos, se evaluó mediante los siguientes aspectos: dificultad con el método anticonceptivo, molestias más frecuentes, control y seguimiento del método anticonceptivo. Al evaluar la dificultad con el método anticonceptivo el 75.4% de usuarias manifestaron que no tienen molestias, pero existe un 24.6% de usuarias que manifestaron tener dificultades. Entre las molestias más frecuentes se encontró dolor de cabeza y mareos 8.2%, sangrado abundante y mareos 6.3%. Estos signos y síntomas varían de acuerdo al tipo de métodos anticonceptivos, tiempo de uso y la edad de la usuaria.

Finalmente respecto a la continuidad de los métodos anticonceptivos, el 94.6% de usuarias manifestaron que continuarán con el uso de métodos anticonceptivos, este resultado corrobora la satisfacción de la usuaria con el método anticonceptivo seleccionado en el Servicio de Planificación Familiar.

La oferta, fue analizada a través de indicadores de estructura, de proceso e impacto. Respecto a la oferta analizada a través de indicadores de estructura; los aspectos evaluados fueron: opción de métodos, existencia de métodos anticonceptivos, restricciones normativas, logísticas y económicas, información disponible, competencia técnica, sistema de seguimiento de métodos anticonceptivos y condiciones del servicio de planificación familiar. Los aspectos evaluados como bueno fueron: la cantidad de métodos anticonceptivos disponibles, variedad de métodos anticonceptivos disponibles, inventario realizado en los últimos 3 meses, stock de métodos anticonceptivos en los últimos tres meses, consejería realizada por el personal, la existencia de normas técnicas, uso de normas técnicas, manejo de material y equipo, años de experiencia en el servicio, conocimiento del uso, contradicciones y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos, existencia de un sistema de normas de seguimiento de uso de métodos anticonceptivos, responsables del seguimiento, recursos financieros para el registro, privacidad para la consejería, privacidad para la atención médica, disponibilidad de servicios básicos, higiene y mecanismos de selección de personal. Estos hallazgos indican que la atención es de buena calidad, porque la mayoría de componentes de una atención de buena calidad está siendo cubierta por la institución.

Respecto a la oferta analizada a través de indicadores de proceso; los aspectos evaluados fueron: elección del método, desempeño del personal del servicio, opciones del cliente, mecanismo para promover la continuidad de los métodos anticonceptivos y administración del servicio. Se obtuvo resultados satisfactorios para la mayoría de aspectos evaluados, lo que merece un análisis mucho más profundo son aquellos aspectos evaluados como regulares en los que se encuentran: el tiempo de espera, registro de no retornos, volumen de trabajo del personal y duración de la consulta.

Respecto a la oferta analizada a través de indicadores de impacto; los aspectos evaluados fueron: prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, tasa de continuidad en la anticoncepción y nivel o tasa de fecundidad. Solo se ha evaluado los dos primeros aspectos, obteniéndose tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos media y de igual manera la tasa de continuidad en la anticoncepción media.

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES

1. Las características demográficas y culturales predominantes fueron: usuarias de 25 a 34 años (45.5%), grado de instrucción superior (51.4%), estado civil conviviente (57.7%), ocupación su casa (47.3%), paridad de 2 a 3 hijos (53.6%), ingreso económico de S/.500.00 a menos de S/. 1,000.00 nuevos soles (64.0%) y religión católica (85.2%). El predominio del grupo etareo de 25 a 34 años se debe a que en estas edades las mujeres demandan de mayores y mejores servicios de planificación familiar.
2. Las atenciones de mayor demanda fueron el control de métodos anticonceptivos (65.6%) y la prueba de papanicolao (32.8%). Al parecer la atención de mayor demanda, se debe a que actualmente las mujeres están reconociendo que con los métodos de planificación familiar se puede decidir cuando embarazarse y cuantos hijos tener, también reconocen que protege la salud de las mujeres, de los niños ,de la familia y previenen embarazos de alto riesgo.
3. La demanda evaluada a través de indicadores de resultados como satisfacción de la usuaria con la atención recibida, satisfacción de la usuaria con el método anticonceptivo seleccionado, satisfacción de la usuaria con el uso de los métodos anticonceptivos y la continuidad de los métodos anticonceptivos fueron evaluados como positivos o buenos. Estos resultados estarían indicando que las usuarias están satisfechas con la atención recibida, lo cual se convierte en un indicador positivo para la institución prestadora del servicio a la población asegurada.
4. La oferta evaluada a través de indicadores de estructura como opción de métodos, existencia de métodos anticonceptivos, restricciones normativas, logísticas y económicas, información disponible, competencia técnica, sistema de seguimiento de métodos anticonceptivos y condiciones del servicio de planificación familiar fueron evaluados como buenos. Estos hallazgos indican que la atención es de buena calidad,

porque la mayoría de componentes de una atención de buena calidad está siendo cubierta por la institución.

5. La oferta evaluada a través de indicadores de proceso como elección del método, información ofrecida a la usuaria, desempeño del personal del servicio, opciones del cliente, mecanismos para promover la continuidad de los métodos anticonceptivos y la administración del servicio fueron evaluados como buenos, pero existe algunos aspectos que merecen dar atención por haber sido evaluados como regulares, estos fueron el tiempo de espera para la atención, registro de no retornos, volumen de trabajo del personal y duración de la consulta. De acuerdo a los últimos resultados obtenidos es preciso indicar que la institución deberá implementar algunas estrategias que permitan mejorar la atención de la usuaria teniendo en cuenta en primer lugar la disminución del tiempo de espera.

6. La oferta evaluada a través de indicadores de impacto como prevalencia de uso de anticonceptivos, tasa de continuidad en la anticoncepción y nivel o tas de fecundidad, permitió determinar una tasa de prevalecía de uso de métodos anticonceptivos media y una tasa de continuidad en la anticoncepción media. No se obtuvo información de la tasa de fecundidad. Pero es importante indicar que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en un buen indicador de impacto de la oferta del servicio de planificación familiar.

CAPITULO VII

7. RECOMENDACIONES

1. Implementar mecanismos para mejorar y/o mantener una buena atención en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos, teniendo en cuenta las características demográficas y culturales predominantes de las usuarias tales como la edad, estado civil, ocupación, paridad, ingreso económico familiar y la religión.
2. Mejorar la atención en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos, teniendo en cuenta las características de la demanda evidenciada a través de los indicadores de resultados como satisfacción de la usuaria con la atención recibida, satisfacción de la usuaria con el método anticonceptivo seleccionado, satisfacción de la usuaria con el uso de los métodos anticonceptivos y la continuidad de los métodos anticonceptivos.
3. Implementar propuestas para el mejoramiento de la calidad de los servicios ofertados a la población asegurada en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos, teniendo en cuenta los indicadores de estructura, proceso e impacto, que permitan realizar cambios necesarios al interior de la institución, con la finalidad de lograr una atención eficiente y eficaz.

CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. ENDES. 2002. p, 13
2. ORGANIZACION PANAMERICANA SANITARIA, OPS (1999). p,16
3. FAMILY PLANNING SERVICE EXPANSION AND TECHNIVAL SUPPORT. 2000. Servicios de Planificación Familiar. p, 36
4. TOWNSEND, 1999. *Nuevas perspectivas sobre la calidad de atención de servicios de Planificación Familiar.* p. 6
5. SCHULER et al, 1999. *Los clientes y la calidad de servicios de Planificación Familiar.* p, 3
6. STOREY, et al, 1999. *Información y asesoría sobre planificación familiar.* p 3
7. POPULATION COUNCIL, 1999. La calidad centrada con el cliente: perspectives de los clients y obstáculos para recibir atención. p, 3.
8. RUTENBERG Y WATKINS, 2000. Obstáculos en la búsqueda de atención a la Salud. Indonesia p, 2
9. SCHULER et al, 2001. Costos y Calidad de Servicios de Planificación Familiar. p, 3
10. COSTELLO, et al, 2001. Asesoría en Planificación Familiar. p, 9
11. IRWANTO et al, 2001. Información en Planificación Familiar. p, 3

12. KIM et al, 2001. Proyecto: “Paciente inteligente”. P, 2
13. HADAD Y FOURNIER, 2002. Intimidad y Confidencialidad en la atención de planificación familiar. p, 6
14. BIDDLECOM Y FADOHUNDA, 2002. Barreras Socioculturales: Programas de Planificación Familiar. p, 6
15. POPULATION COUNCIL, 2002. La Perspectiva del Cliente: Antes de llegar a la puerta. p, 5
16. Ibid (12) pág.
17. BRADLEY, J, 2003. El Método COPE para mejorar el cuidado de la atención: La experiencia de la Asociación para la Planificación Familiar de Kenya. p, 1
18. MATAMALA. R, 2002 Programas de Planificación Familiar: Perspectivas. p,2
19. MINISTERIO DE SALUD, 2000 Proyecto Puentes. p, 17
20. EDMUNDS, M Y COVE, M 1998. América’s Children: “Health Insurand and access to care”. p, 13
21. MILLMAN, M 1993. Access to health care in America. p, 12-48
22. ORGANIZACION PANAMERICANA SANITARIA, OPS 1999. Perú: Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Perú. p, 16
23. STRETTEN, P. 1979. Economía growth and the basic needs, finance and development. P, 21-48

24. ARREDONDO, A. 1999. Teorías, conceptos y Métodos de Salud Pública y Economía de la Salud: un marco integral para el análisis de la reforma del sector. p, 89
25. Ibid (21) p,
26. JANOWITZ, B Y BRATT, J 2000. Métodos para calcular el costo de los servicios de Planificación Familiar.
27. DIAZ, J Y HALBE, H 1991. Calidad de Atención de Salud Reproductiva. p,13
28. Op. Cit (2) p, 19
29. POPULATION COUNCIL 2000. Calidad de la atención: Aportes. p, 7-16
30. Ibid (26) p, 21
31. Ibid (26) p, 27
32. Ibid (26) p, 41-54
33. JHONSON, J 2002. Reestructuración del sector Salud – Economía y Sociedad. p, 31-35.
34. Op cit (19) p, 19
35. SEGURO SOCIAL DE SALUD. 2003. Gerencia Central de estudios económicos y estadística p, 4.
36. HOROVITZ, J 1994. Calidad de servicios: a la conquista del cliente. p, 13
37. Op. Cit (16) p, 3
38. MINISTERIO DE SALUD 2001. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. p, 5

39. BITRAN, R 1999. Estimación del Balance Oferta-Demanda de Servicio de Salud y Prioridades de inversión Pública en Salud. P, 8
40. Ibid (36) p, 5
41. PUJOL, B 1998. Dirección de Marketing y Ventas. p, 315
42. HODGETTS Y ALTMAN 1997. Comportamiento organizacional, p 21
43. Op cit (25) p, 15
44. LANGER, A. 2000. La calidad de la atención a la salud reproductiva: un desafío para los servicios de salud p, 21
45. EIGLIER P Y LANGEARD, E 1998. Servuccionel: Marketing de los servicios. p, 125

CAPITULO IX

9. BIBLIOGRAFÍA.

- ARREDONDO, A. 1999. Conceptos y métodos de Salud Pública y Economía de la Salud: Un marco integral para el análisis de la reforma del sector. Editorial CIESS. 120 pp.
- BRADLEY, J. 2003. El método COPE para mejorar el cuidado de la atención: La Experiencia de la Asociación para la Planificación Familiar de Kenya. The Population Council, inc Edición en Español ISBN 968-5092-03: 6 24 pp.
- BRITAN, R. 1999. Estimación del Balance Oferta-Demanda de Servicios de Salud y Prioridades de Inversión Pública en Salud-Informe Final de Consultoría. Perú 185 pp.
- BIDDLECOM Y FAPOHUNDA 2002. Barreras Socioculturales: Programas de Planificación Familiar. [www/htpm.google.com](http://www.htpm.google.com) 24 pp.
- COSTELLO, et al 2001. Asesoría en Planificación Familiar: Retos. Filipinas. [www/htpm.google.com](http://www.htpm.google.com) 17 pp
- DIAZ, J Y HALDE, .H. 1991. Calidad de Atención de Salud Reproductiva. [www/htpm.google.com](http://www.htpm.google.com) 2 pp
- EDMUNDS M Y COYE, M 1998. Calidad de Atención de Salud Reproductiva. [www/htpm.google.com](http://www.htpm.google.com) 2 pp
- EIGLIER P Y LANGEARD, E 1998. Servuccionel: Marketing de los servicios. 1era. Ed. Edit. Mc. Graw Hill Interamericana España. 756 pp.

- FAMILY PLANNING SERVICE EXPANSION AND TECHNICAL SUPPORT. 2000. Servicios de Planificación Familiar. www/htpm.google.com 13 pp.
- HODGETTS Y ALTMAN 1997. Comportamiento organizacional. 324 pp.
- HADAD Y FOURNIER, 2002. Intimidad y confidencialidad en la atención de planificación familiar. Zaire pubinfo@popcouncil.org. 15 pp
- HOROVITZ, J 1994. Calidad de Servicio: A la conquista del cliente. editorial Mc Graw Hill. México 135 pp.
- IRWANTO et al 2001. Información en Planificación Familiar. Washington DC. pubinfo@popcouncil.org 10 pp
- JANOWITZ, B Y BRATT, J 2000. Métodos para calcular el costo de los servicios de Planificación Familiar. Family Health International. UNFPA New York 90 pp.
- KIM, et al 2001. Proyecto: Paciente inteligente. Indonesia. pubinfo@popcouncil.org 4 pp.
- LANGER, A 2000. La calidad de la atención a la salud reproductiva: un desafío para los servicios de salud. México 55 pp
- MATAMALA R, 2002. Programas de planificación familiar: Perspectivas. Chile www/htpm.google.com 4 pp
- MILLMAN, M 1993. Access to health care in America. Staff paper 124 pp
- MINISTERIO DE SALUD 2000. Proyecto puentes. Lima-Perú 30 pp
- MINISTERIO DE SALUD 2001. Sistema de Gestión de la calidad en Salud. Lima-Perú 44 pp

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA SANITARIA, 1999. Perú: Perfil del sistema de Servicios de salud. Lima-Perú 121 pp.
- POPULATION COUNCIL 1999. La calidad centrada en el cliente: Perspectivas de los clientes y obstáculos para recibir atención. Washington DC 21 pp.
- POPULATION COUNCIL 2002. La perspectiva del cliente: Antes de llegar a la puerta. Washington DC 12 pp.
- POPULATION COUNCIL 2000. Calidad de la atención: Aportes. México 67 pp.
- PUJOL, B 1998. Dirección de Marketing y ventas. Vol. 1. Lima-Perú. 400 pp
- RUTENBERG Y WATKINS 2000. Obstáculos en la búsqueda de atención a la salud. pubinfo@google.org 5 pp
- SEGURO SOCIAL DE SALUD 2003. Gerencia Central de Estudios Económicos y Estadística. Perú. 10 pp
- SCHULER et al 2001. Costos y Calidad de Servicios de Planificación Familiar Kenya. pubinfo@google.org 7 pp
- SCHULER et al 1991. Los clientes y la calidad de servicios de planificación familiar. pubinfo@google.org 12 pp
- STOREY et al, 1999. Información y Asesoría sobre Planificación Familiar. Nepal 15 pp
- STRETEN, P 1979. Economic growth and the basic needs, finance and development. 45 pp
- TOWNSEND D, 1999. Nuevas perspectivas sobre la calidad de atención de servicios de Planificación Familiar. pubinfo@popcouncil.org Indonesia 7 pp

A N E X O S

Proyecto : “Caracterización de la Demanda y Oferta de Servicios de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD – Iquitos – 2004”

ANEXO N° 01

Cuestionario para ser aplicado a las usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos – 2004

Presentación.

Buenos días (tardes). Me encuentro realizando una encuesta con la finalidad de identificar algunas características de los servicios que brindan en el Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer del Hospital III EsSALUD a usuarios del año 2,004. Para ello le solicitó su colaboración voluntaria. Usted debe contestar con sinceridad y veracidad a las preguntas que se le presentará a continuación.

Muchas gracias!

FECHA :

CODIGO:

NOMBRE DEL ENCUESTADOR (A):

LUGAR: HORA:

OBSERVACIONES IMPORTANTES:

.....

.....

INSTRUCCIONES:

Marque con una (x) en el recuadro que Ud. Considere por conveniente.

I. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO:

A. FACTORES DEMOGRAFICOS Y CULTURALES.

1. ¿Cuántos años tiene Usted?
 - a. 15 – 24 años
1
 - b. 25 – 34 años
2
 - c. 35 – 44 años
3
 - d. 45 a + años
4

2. ¿Cuál es su grado de instrucción?
 - a. Primaria incompleta y completa
1
 - b. Secundaria incompleta y completa
2
 - c. Superior incompleta y completa
3
 - d. Analfabeta
4

3. ¿Cuál es su estado civil actualmente?
 - a. Casada
1
 - b. Conviviente
2
 - c. Soltera
3
 - d. Otros
4

4. ¿Cuál es su ocupación actual?
 - a. Empleada
1
 - b. Independiente
2
 - c. Su casa
3
 - d. Desocupada
4

5. ¿Cuántos hijos tiene Usted?
- a. 0 o ninguno
1
 - b. 1 hijo
2
 - c. 2 a 3 hijos
3
 - d. 4 a + hijos
4
6. ¿Cuánto es su ingreso económico familiar mensual?
- a. Menos de s/. 500.00
1
 - b. De s/. 500.0 a menos de s/.
1,000.00
2
 - c. De s/. 1,000.00 a menos de s/.
2,00.00
3
 - d. De s/. 2,000.00 a más
4
7. ¿Cuál es su religión?
- a. Católica
1
 - b. Otras religiones
2
8. ¿Cuál ha sido el motivo de su atención en el servicio de Planificación Familiar?
- a. Control del método anticonceptivo
1
 - b. Papanicolao
2
 - c. Cambio del método anticonceptivo
3
 - d. Otros
4

B. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

B.1. Satisfacción de la usuaria.

1. ¿Cómo evaluaría Usted la limpieza del Servicio de Planificación Familiar?

a. Excelente
1

b. Buena
2

c. Regular
3

d. Deficiente
4

2. ¿Cómo evaluaría Usted la atención recibida en Planificación Familiar?

a. Excelente
1

b. Buena
2

c. Regular
3

d. Deficiente
4

3. ¿El servicio de Planificación Familiar cumple con informarle acerca del método anticonceptivo que Ud. Desea? (ventajas, desventajas, contraindicaciones, efectos secundarios)

a. Siempre
1

b. A veces
2

c. Nunca
3

4. ¿El servicio de Planificación Familiar cumple con hacer el seguimiento del uso del método anticonceptivo seleccionado?

a. Siempre
1

b. A veces
2

c. Nunca
3

5. ¿El servicio de Planificación Familiar cuenta con los materiales necesarios par su atención?
- a. Siempre
1
- b. A veces
2
- c. Nunca
3
6. ¿El servicio de Planificación Familiar cumple con el horario de atención establecida?
- a. Siempre
1
- b. A veces
2
- c. Nunca
3
7. ¿Usted considera que el horario del servicio de Planificación Familiar es adecuado?
- a. Si
1
- b. No
2
8. ¿Cómo evaluaría el tiempo de espera para ser atendida en el Programa de Planificación Familiar?
- a. Bueno
1
- b. Regular
2
- c. Excesivo
3
9. ¿El personal de este servicio de Planificación Familiar se encuentra en buen estado de limpieza?
- a. Siempre
1
- b. A veces
2
- c. Nunca
3
10. ¿Ud. Confía en los trabajadores que la atendieron en el servicio de Planificación Familiar?
- a. Siempre
1
- b. A veces
2
- c. Nunca
3

11. ¿El ambiente del servicio de Planificación Familiar donde le atendieron, le permitió mantener su privacidad?

a. Si
1

b. No
2

B.2. Satisfacción con el método seleccionado.

1. ¿Ud. Participó en la selección del método anticonceptivo?

a. Si
1

b. No
2

2. ¿Previo a la selección del método, le dieron a conocer todos los métodos anticonceptivos?

a. Si
1

b. No
2

3. ¿Una vez seleccionado el método, le proporcionaron la consejería respectiva?

a. Si
1

b. No
2

4. ¿Cómo evaluaría Usted la consejería que le dieron en el servicio de Planificación Familiar?

a. Excelente
1

b. Buena
2

c. Regular
3

d. Deficiente
4

5. ¿Qué tipo de personal le ha proporcionado la consejería en el servicio de Planificación Familiar?

a. Médico
1

b. Enfermera
2

c. Obstetriz
3

d. Personal Técnico
4

6. ¿Después de la selección del método anticonceptivo coordinaron con el personal de salud sobre su control o seguimiento del mismo?

a. Si
1

b. No
2

B.3. Práctica Adecuada y efectiva de la anticoncepción.

1. ¿Ha tenido alguna dificultad con el método que esta usando?

a. Si
1

b. No
2

NOTA: Si la respuesta es NO se concluye con la encuesta

2. De acuerdo al método anticonceptivo que Ud. Esta usando. ¿Qué molestias tuvo?

a. Ninguna
0

g. Irritabilidad
6

b. Nauseas
1

h. Ausencia de menstruación
7

c. Mareos
2

i. Dolor de cabeza y mareos
8

d. Dolor de cabeza
3

j. Inflamación vaginal
9

e. Sangrado abundante
4

k. Dolor de cabeza e inflamación vaginal
10

f. Presión Alta
5

l. Otros
11

B.4. Tasa de Continuidad en la anticoncepción

1. ¿Qué decisión va a tomar Usted de acuerdo a las molestias que Ud. Ha tenido?

a. Continuar con el método anticonceptivo
1

b. Dejar de usar métodos anticonceptivos
2

c. Cambiar por otro método
3

Muchas gracias ..

Proyecto : “Caracterización de la Demanda y Oferta de Servicios de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD – Iquitos – 2004”

ANEXO N° 02

Lista de Cotejo para ser aplicado en el momento de la observación al Servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer. Hospital III EsSALUD. Iquitos – 2004

Presentación.

Buenos días (tardes). Me encuentro realizando una visita de observación, con la finalidad de conocer aspectos relacionados con el funcionamiento y administración del servicio de Planificación Familiar del Módulo de Atención Integral a la Mujer el Hospital III EsSALUD.

FECHA :

CODIGO:

NOMBRE DEL OBSERVADOR (A):

LUGAR: HORA:

OBSERVACIONES IMPORTANTES:

.....

.....

I. INSTRUCCIONES:

- Marque con un aspa (√) de acuerdo a lo que Ud. Observe en el servicio:
- En comentario adicional, Ud. Debe escribir aspectos importantes que estén relacionados con la variable de estudio.

ASPECTOS A OBSERVAR	RESULTADOS					COMENTARIO ADICIONAL
	SI TIENE			NO TIENE	NO SE PUEDE OBSERVAR	
	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE			
<p>A° Características de la estructura de la atención en el servicio de Planificación Familiar:</p> <p>1. Opción de métodos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de métodos anticonceptivos disponibles. • Variedad de métodos anticonceptivos disponibles. <p>2. Existencia de métodos anticonceptivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventario realizado en los últimos 3 meses. • Stock de métodos anticonceptivos en los últimos 3 meses. <p>3. Restricciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos normativos • Aspectos logísticos • Aspectos económicos <p>4. Información disponible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales impresos para la consejería • Otros materiales • Consejería (observe al responsable, forma, tiempo y acceso). <p>5. Competencia técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas técnicas (existencia) • Normas técnicas (uso) • Capacitación del personal (observe especialidad y tiempo) • Manejo de material y equipos. • Años de experiencia en el servicio. • Conocimiento del uso, contraindicaciones y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos 						

ASPECTOS A OBSERVAR	RESULTADOS					COMENTARIO ADICIONAL
	SI TIENE			NO TIENE	NO SE PUEDE OBSERVAR	
	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE			
<p>6. Sistema de seguimiento de métodos anticonceptivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Existencia de un sistema de normas de seguimiento de uso de métodos anticonceptivos. Responsables del seguimiento Recursos financieros para el seguimiento. Sistema de registro. Actualización del sistema de registro. <p>7. Condiciones del Servicio de Planificación Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> Comodidad. Privacidad para la consejería Privacidad para la atención médica. Disponibilidad de servicios básicos (agua, luz, baño). Higiene. Condiciones del equipo. Cantidad de equipos. Estado de los equipos. Accesibilidad al servicio (distancia – horario). Mecanismo de selección de personal. 						
<p>B° Características del proceso de la atención en el servicio de Planificación Familiar:</p> <p>1. Elección del Método de Planificación Familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> Participación de la usuaria en la selección del método anticonceptivo. <p>2. Información ofrecida a la usuaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> Existencia de otros métodos anticonceptivos. Indicaciones de los métodos anticonceptivos y contraindicaciones. Efectos colaterales. Criterios para seleccionar métodos. Información sobre salud reproductiva 						

ASPECTOS A OBSERVAR	RESULTADOS					COMEN- TARIO ADI- CIONAL
	SI TIENE			NO TIENE	NO SE PUEDE OBSER- VAR	
	BUENO	REGU- LAR	DEFI- CIENTE			
3. Desempeño <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad técnica para impartir consejería. • Capacidad técnica para brindar información • Capacidad técnica para ayudar en la selección del método. • Capacidad técnica para el control de infecciones. 4. Opciones del cliente. <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de espera • Trato al cliente. • Indagación de intenciones reproductivas • Indagación por antecedentes de enfermedades o salud relacionados. 5. Mecanismos para promover la continuidad. <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de la usuaria de cuando regresar. • Forma de implementación del seguimiento • Registro de no retornos. 6. Administración del servicio. <ul style="list-style-type: none"> • Conveniencia de horarios • Regularidad de horarios • Regularidad de asistencia del personal • Volumen de trabajo de los trabajadores • Supervisión de personal • Deserción de personal • Reemplazo de personal • Tiempo de espera • Duración de la consulta • Costo de la atención 						
C° Características del impacto de la atención en el servicio de Planificación Familiar: <ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. • Tasa de continuidad en la anticoncepción • Nivel o tasa de fecundidad 	Si			No tiene	No se puede observar	Comen- tario adi- cional
	Alta	Media	Baja			