



**MAESTRIA EN GERENCIA DE SALUD**

**TESIS PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE MAGISTER EN  
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**Tema:**

**EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR APLICADO Y SU  
CONTRIBUCIÓN A LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBEN LAS  
PACIENTES EMBARAZADAS DEL SECTOR DE INFLUENCIA DEL  
SUBCENTRO DE SALUD 25 DE ENERO DEL ÁREA DE SALUD # 1 DE LA  
CIUDAD DE GUAYAQUIL.**

**AUTORAS**

**Lcda. Miriam Narciza Córdova**

**Lic. María Cecilia Valle**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**Dr. José Muñoz Vargas Msc MGSS**

**BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR**

**2013**

## **CERTIFICACIÓN**

Dr. José Muñoz Vargas Msc. MGSS. En calidad de Director de la Tesis cuyo título es: "EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU CONTRIBUCIÓN A LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBEN LAS PACIENTES EMBARAZADAS DEL SECTOR DE INFLUENCIA DEL SUBCENTRO DE SALUD 25 DE ENERO DEL ÁREA DE SALUD # 1 DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL". De autoría de la Lcda. Miriam Córdova y la Lic. María Cecilia Valle; quienes han cumplido con todos los requerimientos del programa de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, considero que el informe final de Tesis reúne los requerimientos establecidos por el Centro de estudios de Postgrado y Educación Continua de la Universidad Técnica de Babahoyo, el mismo debe ser presentado para la sustentación previa correspondiente ante el Tribunal que el Centro de postgrado y Educación Continua se le designe.

Babahoyo, Septiembre de 2013

Dr. José Muñoz Vargas MSc. MGSS

**DIRECTOR DE TESIS**

# **AUTORÍA**

La autoría y responsabilidad del presente trabajo, es de exclusividad de la Lcda. Miriam Córdova y la Lic. María Cecilia Valle, salvo aquellas teorías citadas en el proceso de la investigación.

Lic. Miriam Córdova

Lic. María Cecilia Valle

## **DEDICATORIA**

*A nuestros queridos hijos, y, a  
mis adorables padres amigos:  
quienes han sufrido nuestra ausencia  
durante largos fines de semana,  
mientras el tiempo de nuestra preparación  
se cumplía con lentitud y sabiduría*

***Lic. Miriam Córdova***

***Lic. María Cecilia Valle.***

## **AGRADECIMIENTO**

Dejamos constancia de agradecimiento:

A la Universidad Técnica de Babahoyo por intermedio del Centro de Estudios de Postgrado y Educación Continua, que nos integró con su calidad educativa al pensamiento crítico y reflexivo, al darnos la oportunidad de aprender valores imperecederos y principios de calidad y disciplina.

Al Dr. José Muñoz Vargas MSc. MGSS. asesor, cuya ilustración Docente e investigativa, con sus conocimientos de maestro nos ha encaminado y apoyado en el discurso y progreso de informe final de tesis y así ver materializado nuestro gran anhelo y meta; lo que se ha transformado en la logro de competencias que garantizan nuestra intencionalidad.

A nuestros padres por su apoyo constante, a nuestras familias, por la comprensión que en todo momento nos dieron, a nuestros hijos quienes son los verdaderos ideales que han forjado nuestra actitud, a todos ellos nuestro respeto y admiración por todo.

A todas las personas que amablemente colaboraron para la culminación exitosa de esta investigación.

***Lic. Miriam Córdova***

***Lic. Maria Cecilia Valle.***

## ÍNDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>Nº Pág.</b>
1. Introducción	7
2. Tema	8
3. Marco Contextual	9
4. Situación Problemática	12
5. Planteamiento del Problema	15
5.1. Problema General	15
5.2. SubProblemas	15
6. Delimitación de la Investigación	16
7. Justificación	17
8. Objetivos de investigación	19
8.1. Objetivo General	19
8.2. Objetivo específico	19
9. Marco Teórico	20
9.1. Marco Conceptual	20
9.2. Marco Referencial	22
9.3. Postura Teórica	24
- Planificación Familiar.	24
- Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar.	25
- Calidad en los servicios de Planificación familiar.	26
- Los métodos anticonceptivos.	42
10. Hipótesis y variables.	52
10.1. Hipótesis.	52
10.2. Variables.	52
11. Metodología de la Investigación	57
11.1. Diseño	57
11.2. Métodos	57
11.3. Técnicas	58

11.4. Población y muestra de investigación	59
12. Resultados obtenidos de la Investigación.	60
12.1. Prueba estadística aplicada.	60
12.2. Análisis e interpretación de datos.	65
- Resultados de la encuesta aplicada a las gestantes.	65
- Resultados de la encuesta aplicada al personal de salud	81
- Guía de observación en atención a gestantes.	91
12.3. Conclusiones y recomendaciones.	93
13. Propuesta de aplicación de resultados.	95
13.1. Alternativa obtenida.	95
13.2. Alcance de la alternativa.	95
13.3. Aspectos operativos de la alternativa.	96
13.4. Resultados esperados de la alternativa.	102
13. Bibliografía	104
14. Anexos	107

# 1 INTRODUCCIÓN

La Constitución ecuatoriana reconoce y garantiza los derechos sexuales y derechos reproductivos, relacionados con el derecho a la salud, una vida libre de violencia y al derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre la sexualidad, la vida y orientación sexual.

La provisión de servicios de alta calidad asegura que el cliente sea atendido como se merece; asimismo, al proporcionar mejores servicios, se incrementa el uso de los métodos de planificación familiar y se reduce el número de embarazos no planeados. Se han realizado varios estudios de impacto que muestran que cuando se mejora la calidad de los servicios de salud reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos aumenta en consecuencia. Las mejoras en la calidad de los programas de salud reproductiva contribuyen también a mejorar la calidad de otros servicios de salud, en parte porque esto alienta a los usuarios a buscar mayor calidad en toda la atención que reciben. Asimismo al mejorar los establecimientos de salud se puede elevar la calidad en numerosos aspectos de la atención sanitaria, tanto entre los adultos como a nivel infantil.

La Planificación Familiar es un derecho, no solo porque está escrito en la Constitución y las leyes, sino porque las personas deben tener la posibilidad de ejercer una planificación familiar; que implica decidir cuándo y cuántos hijos tener sumado a una atención de calidad.

El presente trabajo analiza la contribución del programa de planificación familiar a la calidad de atención que reciben las pacientes embarazadas del sector de influencia del Subcentro de Salud 25 de enero del área de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil.



## **2. TEMA.**

**EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU CONTRIBUCIÓN A LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBEN LAS PACIENTES EMBARAZADAS DEL SECTOR DE INFLUENCIA DEL SUBCENTRO DE SALUD 25 DE ENERO DEL ÁREA DE SALUD Nº 1 DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.**

### 3. MARCO CONTEXTUAL

#### Contexto social.

En las últimas tres décadas, la difusión de los métodos anticonceptivos se ha visto acompañada de una amplia aceptación de los mismos el porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizaban alguno de ellos, se elevó de 30.2% en 1976 a 70.9% en el 2006 (CONAPO, 2006). Por grupo de edad, se observa un incremento en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil, excepto de 15 a 19 años, cuyo porcentaje se ha estancado alrededor de 38.9% (ENADID, 2006).

El Ecuador lidera las estadísticas en la región andina y es el segundo en Latinoamérica y el Caribe con el mayor porcentaje de embarazos adolescentes. Según el último Censo de Población y Vivienda más de 121 mil jóvenes entre 15 y 19 años (17.2%), dieron a luz al menos una vez en el país.<sup>1</sup> La meta del programa de planificación familiar es disminuir en un 25% los embarazos adolescentes.

Las provincias con mayor número de madres adolescentes son Esmeraldas, Los Ríos, Sucumbíos, Orellana, Morona Santiago y Zamora Chinchipe, según el Censo Población y Vivienda 2010<sup>2</sup>

Las investigaciones nos indican que la capacidad de planificar la familia que tienen las mujeres ha modificado sus experiencias laborales, sus perspectivas educativas y las relaciones con sus esposos y familias. El hecho de que estos cambios sean ventajosos o no depende del contexto en que viva la mujer, en particular, de la capacidad femenina, tanto efectiva como percibida, de tomar decisiones con respecto a su

---

<sup>1</sup> Diario El Telégrafo, 23 millones de dólares invertirá el gobierno del Ecuador en programas de planificación familiar, 24 de Febrero del 2012, Ecuador.

<sup>2</sup> Diario hoy. "Embarazo de niñas sube 74% y ubica al Ecuador primero en la región andina", 27 de febrero del 2012. <http://www.hoy.com.ec>.

vida, tanto dentro como fuera del hogar. Los encargados de formular políticas y programas que deseen ampliar las opciones y oportunidades de la mujer tienen que entender la forma en que los programas de planificación familiar y otras inversiones pueden ayudar para que las aspiraciones de la mujer se tornen realidad.

### **Contexto institucional.**

El Subcentro de Salud fue creado fue fundado el 29 de enero de 1996 mediante acuerdo entre las comunidades y la jefatura de área de salud # 2 (MSP) que funciona en la casa comunal de dicha cooperativa.

Siendo su Director y medico el Dr. Luis Chero Canto, teniendo como colaborador 3 voluntarios de la comunidad, los mismos que se desempeñaban como auxiliar de enfermería, personal de estadísticas y consejería. Su remuneración era mediante autogestión; es decir con lo que se obtenía de la atención del Subcentro de Salud.

En enero de 1997, el Dr. Chero Canto se trasladó a otro S.C.S. y en su reemplazo nombraron al Dr. Luis Damián Yépez como Director y a la Obstetra Srta. Luis Farías quienes laboran hasta la actualidad.

Al finalizar el año 1999 regresa el Dr. Luis Chero al S.C.S. a cumplir las funciones en las que se desempeñaba anteriormente, permaneciendo en estas funciones hasta el mes de febrero del 2003, en esta vez fue reemplazado por la Dra. Zoila Quinteros, la misma que es especialista en pediatría.

En el año 2001 este S.C.S. acoge como anexo al S.C.S. Pablo Neruda y al dispensario particular Corazón de María.

En Julio del año 2004 ingresa la Lic. Miriam Córdova y asume la Dirección por cuatro meses la Dra. Janine Sánchez, la misma que fue trasladada por cambio administrativo a otra unidad operativa, llegando en su reemplazo el Dr. Jimmy Morocho como Director de esta unidad, cumpliendo con las funciones desde el 2004 hasta el 2006.

En el año 2005 este S.C.S. dejó de funcionar en la casa comunal y se trasladó a un espacio físico de la escuela María Luisa Mariscal por un convenio que se realizó, donde funciona hasta la actualidad.

En enero del 2007 llega el Dr. Raúl Montesdeoca (pediatra) como médico tratante. En el mismo año el 22 de mayo asume la dirección de esta unidad de salud hasta la presente la Dra. Lorena Cabezas Ruiz.

El proyecto de investigación se realiza en el S.C.S. 25 de Enero del Área de Salud N° 1, Guasmo Norte de la Ciudad de Guayaquil.

#### TALENTO HUMANO DEL SCS 25 DE ENERO DEL ÁREA N° 1

<b>Descripción</b>	<b>Cant.</b>
Director	1
Médicos Tratantes	2
Obstetriz	2
Licenciadas en Enfermería	2
Auxiliar Enfermería	1
Licenciada Enf. / Veedora	1
Mensajero / Encargado	1
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>

## 4. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

Algunos países de la región muestran un gran avance en la prevalencia de uso de anticonceptivos y en la reducción de necesidades insatisfechas y han logrado disminuir las desigualdades de acceso a la salud reproductiva (SR). Pero otros países continúan enfrentando dificultades para eliminar las barreras que obstaculizan, especialmente los adolescentes, las poblaciones indígenas y las mujeres en edad reproductiva que viven en zonas rurales, hagan valer sus derechos reproductivos.

Los programas de planificación familiar en la región están siendo víctimas de su propio éxito. Al ser efectivos y mostrar grandes logros, cada vez reciben menos apoyo político y financiero al no considerarse prioritarios. Por su parte, las organizaciones no gubernamentales (ONG) están disminuyendo su actividad como proveedoras de anticonceptivos probablemente porque ellas también están recibiendo menos recursos aún cuando son quienes pueden tener un mejor acercamiento a las poblaciones antes mencionadas. Así, la mayor parte de la demanda de planificación familiar está siendo atendida por los servicios públicos, pero la actual crisis económica y el retiro de algunos donantes bilaterales y agencias de cooperación ponen en riesgo su futura sustentabilidad<sup>3</sup>.

Entre otros factores tenemos las barreras culturales contra la planificación familiar entre los proveedores y las clientas, los prejuicios de los proveedores contra las mujeres que necesitan atención en el postaborto, la falta de personal adecuadamente capacitado y directrices actualizadas de prestación de servicios, las barreras jurídicas y la atención inadecuada para establecer servicios centrados en las clientas. Las instalaciones, el equipo y los suministros inadecuados son factores limitadores importantes para los servicios de planificación familiar de las

---

<sup>3</sup> <http://www.unfpa.org.ec>, consultado el 19 de julio del 2013

mujeres después del embarazo. El asesoramiento relativo a la planificación familiar es un componente crucial en la gama de servicios que las mujeres necesitan después del embarazo, y sin embargo suele desatenderse.

De toda la región Andina, Ecuador tiene el porcentaje más alto de embarazo en adolescentes. En los últimos 10 años se registra un incremento del 74% de embarazos en jóvenes de entre 10 a 14 años de edad, mientras que el embarazo en mujeres de entre 15 a 19 años aumentó en un 9%. En todo el país son 36 cantones con altos índices de adolescentes embarazadas, entre ellos, Pichincha, Guayas, Los Ríos, Esmeraldas, entre otras. Sin embargo la Costa y Amazonía mantienen el número más elevado a diferencia de la Sierra<sup>4</sup>.

Cabe mencionar que en el enlace de gobierno, el Ministro de salud manifiesta que no se puede aceptar que nuestras adolescentes se embaracen a las 10 o 14 años”, que el 45% de estas niñas no estudiaron ni trabajaron “De cada cinco partos, uno es de una mujer adolescente”. Situación que abarca dos problemas: Explosión demográfica sobre todo en los más pobres y el embarazo adolescente.<sup>5</sup>

Este incremento actual, se debe posiblemente a la falta de asesoramiento de los servicios de Salud Sexual Reproductiva de las diversas unidades operativas que mantiene el Ministerio de Salud, la actividad sexual inesperada y no planificada, la falta de información (o información inadecuada) sobre anticonceptivos y donde conseguirlos, miedo a los procedimientos médicos y exámenes para acceder a los anticonceptivos, sumado a los problemas de calidad del servicio que se

---

<sup>4</sup> <http://www.ciudadaniainformada.com/en-un-74-incremento-el-embarazo-adolescente-en-los-ultimos-10-anos-en-ecuador.html>, consultado el 19 de julio del 2013

<sup>5</sup> El Ciudadano, Periódico digital del Gobierno de la Revolución ciudadana, “Gobierno anuncia intenso programa de planificación familiar”, 19/febrero/2011, Ecuador. <http://www.elciudadano.gob.ec>.

oferta como la presencia de una actitud hostil del personal, la falta de confidencialidad y privacidad, y la incompatibilidad con horarios de atención

El desconocimiento de la planificación familiar y el incremento de los embarazos adolescentes, son dos grandes y complejos problemas que causan diversos impactos negativos en las mujeres ecuatorianas. El derecho a decidir libremente sobre la fecundidad está limitado por las tasas de insatisfacción de la demanda de métodos de planificación familiar, sobre todo a nivel rural, las dificultades al acceso de anticonceptivos de las adolescentes y la falta de consejería adecuada para retrasar el inicio de las relaciones sexuales. Por otra parte, la infertilidad de la mujer no es abordada adecuadamente por los servicios públicos, los que además carecen de recursos para el diagnóstico y el tratamiento.

Según reporte estadístico del Subcentro de Salud 25 de enero del área de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil, se atiende en el año 2012 alrededor de 6 mujeres embarazadas en edad de 15 a 35 años por día, distribuidos de la siguiente manera:

Meses/2012	enero	febrero	Marzo	abril	mayo	junio	julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Total
Mujeres en edad fértil embarazadas	192	152	105	98	93	84	100	155	165	182	96	1422

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **5.1. PROBLEMA GENERAL.**

- ¿De qué manera el programa de planificación familiar contribuye a la calidad de atención que reciben las pacientes embarazadas del sector de influencia del subcentro de salud 25 de enero del área de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil?

### **5.2. SubProblemas**

- ¿Cómo el programa de planificación familiar ha permitido satisfacer la atención de las embarazadas?
- ¿Cuáles son las actividades de control prenatal que desarrolla el subcentro de salud dentro del programa de planificación familiar?
- ¿Cómo las estrategias educativas fortalece el programa de planificación familiar en las usuarias embarazadas asistidas en el Subcentro de salud 25 del área de salud N 1 de la ciudad de Guayaquil?



## 6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### Temporal.

Desde Octubre 2011 Hasta septiembre del 2013

### Espacial.

- Institución: Ministerio de Salud Pública
- Ubicación: El S.C.S. 25, está ubicado en el Guasmo Norte
- E-Mail: Ninguno
- Sector: Guasmo Norte
- Cantón: Guayaquil
- Provincia: Guayas
- País: Ecuador

### Unidades de observación.

- Administradores
- Personal de la salud
- Usuaris

## 7. JUSTIFICACIÓN

Ecuador es un País en transición que sufre importantes cambios; en lo que respecta a Salud se encuentra en un proceso de modernización, de incremento de la calidad de atención y mejoría de los servicios que pone a disposición de la población.

Lograr la calidad de atención en nuestra tarea de profesionales de la salud es un permanente desafío; precisamente por la búsqueda por parte de quienes atendemos, de un bien tanpreciado como es la salud. En este proceso ellos/as califican nuestro trabajo, no sólo por la resolución del problema que traen, sino que por la forma en que es dada esta atención.

En los diversos programas de salud de atención a las embarazadas se impulsó el programa de planificación familiar, actualmente por la demanda de mujeres adolescentes embarazadas se incorpora el programa ENIPLA (sigla cuyo significado es Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente), la salud sexual y reproductiva es vista como parte integrante del desarrollo humano vinculada con los derechos sexuales y reproductivos, el medio ambiente, la población y el desarrollo y contempla las actividades para promover y mantener una sexualidad sana, basada en conductas y estilos de vida saludables y procesos educativos que posibiliten un desarrollo biológico, psicológico y socio cultural adecuado, asegurando el ejercicio de los derechos reproductivos en pro de mejores niveles de salud y de vida.

De allí, la importancia de realizar este estudio, ya que la primera beneficiado serán las mujeres embarazadas, porque a través de los resultados se podrían implementar estrategias de atención en planificación familiar, dirigidas a que este grupo humano concientice qué

significa planificarse y cómo funciona la planificación familiar y de esta manera optimizar el servicio.

Desde el punto de vista de la investigación, se constituye en un aporte importante, si bien es cierto se han realizado investigaciones sobre la planificación familiar; son pocos los que tratan indagar qué piensa la embarazada que asiste a una consulta, sobre la atención, la eficacia de los métodos anticonceptivos y el nivel de aceptación de los jóvenes hacia la planificación familiar.

Desde la práctica, se constituye en un aporte en el sentido de que a través de los resultados se emprenderían acciones para la atención de calidad de las embarazadas en estas consultas.

También se beneficiaría la institución, porque permitiría entender desde una perspectiva integral, la conducta del adolescente que se planifica y mejorar en ese sentido la atención prestada.

Es por ello la necesidad de capacitar a la juventud para la efectividad del programa en esta clase de edad, donde su priorización es evidente.

## **8. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **8.1. OBJETIVO GENERAL**

- Analizar el aporte del programa de planificación familiar a la calidad de atención que reciben las pacientes embarazadas del sector de influencia del subcentro de salud 25 de enero del área de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil

### **8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer como la aplicación del programa de planificación familiar ha permitido satisfacer la atención de las embarazadas
- Analizar las actividades de control prenatal que desarrollara el subcentro de salud dentro del programa de planificación familiar.
- Incorporar estrategias educativas que fortalezcan el programa de planificación familiar a las usuarias embarazos asistidas en el Subcentro de salud 25 del área de salud N 1 de la ciudad de Guayaquil.

## **9. MARCO TEÓRICO**

### **9.1. MARCO CONCEPTUAL**

#### **Adolescencia.**

Período comprendido entre los 10 y 19 años de edad.

#### **Anticonceptivos.**

Son aquellos métodos con los que se corta el nacimiento viable de un nuevo ser, bien sea, interfiriendo en el mecanismo o una vez ocurrido el embarazo mediante la interrupción del mismo.

#### **Atención en salud reproductiva.**

La atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.

#### **Calidad de atención.**

Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario(a) y con resultados satisfactorios.

#### **Embarazo**

El embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los

ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

### **Planificación familiar.**

Conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

### **Salud sexual.**

Se define “salud sexual” como “el realce de la vida y las relaciones personales, y los servicios de salud sexual no deberían consistir tan solo en la orientación y cuidados relacionados a la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual”

### **Salud reproductiva.**

Se define como “salud reproductiva” “el estado físico, mental y social de bienestar total y no sólo la ausencia de una enfermedad, en todos los asuntos relacionados al sistema de salud reproductiva y a sus funciones y procesos. Las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura y tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de elegir cuando y cuán a menudo lo hacen”

### **Servicios de planificación**

Se definen como el conjunto prestaciones ofrecidas por profesionales sanitarios especializados que incluyen actividades y prácticas educativas, preventivas, médicas y sociales que permiten a los individuos, incluidos menores, determinar libremente el número y espaciamiento de sus hijos y seleccionar el medio más adecuado a sus circunstancias.

## 9.2. MARCO REFERENCIAL

Como referencia de estudios anteriores que sustentan la necesidad de la investigación se menciona los siguientes:

Briceño, L. y Duran, C. (2005), realizaron un estudio con el objetivo de determinar el conocimiento que poseen los adolescentes de 5to y 6to grado sobre planificación familiar en la Escuela Básica Bolivariana “Campo Alegre”, de San Fernando de Apure. Para ello se basaron en un estudio de tipo descriptivo enmarcado en un diseño de campo. La población estuvo conformada por 60 estudiantes en edades comprendidas entre los 10 y 16 años cursantes del 5to y 6to grado de la segunda etapa de Educación Escolar, de la citada escuela. La muestra seleccionada estuvo representada por 18 estudiantes, los cuales fueron seleccionados al azar. Como instrumento de recolección de datos se diseñó un cuestionario contentivo de 27 preguntas con varias alternativas de respuestas. Los resultados demostraron que existe la necesidad de profundizar en los aspectos de la Salud Integral como parte de la formación de los adolescentes, que abarque la esfera de la promoción de la Salud Sexual dentro de la Planificación Familiar

Castro, P. (2003) realizaron un estudio titulado “Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar, en México donde se discuten los antecedentes históricos de la estrategia comunitaria y se presentan algunos resultados de una investigación que exploró las actitudes y las opiniones de diferentes universos de población respecto a la idea de participar comunitariamente en programas de salud y planificación familiar. Los grupos investigados fueron las mujeres de las comunidades, las trabajadoras comunitarias, los líderes comunitarios, los supervisores médicos que controlan a las trabajadoras comunitarias y los directivos médicos que monitorean a aquellos supervisores. Se destaca que los

directivos médicos son los partidarios más fuertes de la estrategia participativa, mientras que las mujeres de las comunidades son las que menos se involucran. Se advierte la necesidad de tomar en cuenta la posición de las comunidades respecto a las estrategias de participación en la planificación familiar.

Mosquera, J. y Mateus, C. (2003), realizaron un estudio con el objetivo de Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, ETS/VIH-SIDA y consumo de medios de comunicación entre adolescentes escolarizados de 12 a 18 años en Palmira, Colombia. La investigación tuvo dos componentes. En el componente cuantitativo se realizó un estudio de prevalencia a través de un muestreo aleatorio sistemático. En el componente cualitativo, la información se recogió a través de grupos focales y entrevistas. Los resultados demostraron que tanto en el conocimiento (81.9%) como en el uso de los métodos de planificación familiar (MPF) sobresalió el condón. Existen vacíos de conocimiento sobre las maneras de infección y de las formas de evitar el contagio de las ETS/VIH-SIDA. A pesar de los esfuerzos por informar a los jóvenes acerca de los MPF desinformados y asumen conductas de riesgo. Concluyendo que el estudio mostró que los jóvenes tienen conocimientos inapropiados acerca de los MPF y esto se refleja en sus prácticas y sugiere que es necesario reforzar los procesos de educación y comunicación con los (as) jóvenes y sus padres.



### **9.3. POSTURA TEÓRICA.**

#### **PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

##### **Definición.**

Conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción que puede derivarse de las relaciones sexuales. También se incluye dentro de la planificación la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la concepción y durante el embarazo, así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro. Lo más importante en la Planificación Familiar es la correcta información de la pareja en cuanto a métodos anticonceptivos para que elijan el que más le agrade y posea menos inconvenientes para su caso.

Otros de los concepto de planificación familiar en sentido estricto es: “El derecho y el deber que tienen las parejas y las personas de decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de los hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa”<sup>6</sup>

##### **Objetivo de la planificación familiar.**

La planificación tiene como objetivo decidir sobre el número de hijos, así como el momento y las circunstancias sociales, económicas y personales en las que se desea tenerlos.

---

<sup>6</sup> UNFPA: Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo 1994.

## **ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR<sup>7</sup>**

La ENIPLA es una acción del Estado para garantizar los derechos, en particular los derechos sexuales y derechos reproductivos, y en este marco, el acceso real y efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En éstos se brindará educación, consejería en sexualidad y planificación familiar.

**La Constitución del 2008<sup>8</sup>** reconoce y garantiza los derechos sexuales y derechos reproductivos que tienen relación con: • La vida digna, el derecho a la salud, una vida libre de violencia. • Derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre la sexualidad, la vida y orientación sexual.

Decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener, lo cual permite atender y planificar otros aspectos de la vida familiar y personal, como el acceso a educación, trabajo, atención y cuidado de los hijos, etc.

### **Objetivos**

Contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante información, oferta de métodos de control de la fertilidad y la prestación de servicios de calidad a toda la población, con particular énfasis en las áreas rurales, urbano-marginadas, comunidades indígenas y adolescentes, fomentando conductas responsables, libres e informadas con respecto a su vida sexual y reproductiva.

---

<sup>7</sup> Ministerio de Salud Pública, Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA), Ecuador.

<sup>8</sup> Constitución 2008, capítulo primero, artículo 11, literal 2. Capítulo segundo, “Derechos del buen vivir”, el artículo respecto de la salud. Capítulo sexto, sobre los Derechos de Libertad, artículo 66. Artículo 95 sobre la participación de la ciudadanía. Ecuador.

## **Beneficios**

Los beneficios de este programa <sup>9</sup>son:

- Identificar y privilegiar la atención en los municipios y localidades con mayor rezago en Planificación Familiar.
- Fortalecer la competencia del personal, mediante la capacitación técnica y el desarrollo humano.
- Garantizar los insumos suficientes y de calidad para la prestación de los servicios de Planificación Familiar.
- Garantizar el acceso a información, educación y comunicación adecuadas a cada segmento de la población.

## **Reglas**

Este programa cumple con varias reglas para su aprobación, las cuales se menciona a continuación:

La vigilancia y seguimiento de cada una de las acciones que se realicen en los subcomponentes del programa de planificación familiar, se realizará de manera mensual en cada una de las jurisdicciones sanitarias y a su vez en los municipios y unidades de salud tanto de primero como de segundo nivel y la realizarán personal responsable de Planificación familiar en distintos niveles en el Estado.

## **CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR**

El principal objetivo de la Planificación Familiar es mejorar la calidad de vida. Cuando se trabaja para conseguir este objetivo se debe, reflexionar previamente sobre los ideales que se tiene acerca de la calidad de los servicios que se está proporcionando. Ya desde la pasada década, se ha venido observando un creciente interés entre los

---

<sup>9</sup> Wipedia, 2008 Planificación Familiar. Editorial LAURUS.

profesionales y los grupos internacionales dedicados a la Planificación Familiar, en lo referente a la calidad de los servicios, ello tanto en respuesta a las necesidades de la población, como en la comprensión de que un aumento en la calidad de la asistencia en Planificación Familiar produce no sólo un aumento en la demanda, sino también una mayor aceptabilidad de sus métodos.

En Planificación Familiar, cuando pensamos en el cliente (también llamado usuario o paciente), se debe tener siempre presente que habrá muchas decisiones que van a influir en su comportamiento sexual y reproductivo, incluyendo en ello el uso de métodos contraceptivos, lo cual puede resultar penoso para algunas personas. Las decisiones que se tome, van a tener un gran impacto en la vida familiar y personal, tanto a corto como a largo plazo, ya que suponen implicaciones biomédicas, culturales, socioeconómicas y éticas, algunas de ellas incluso desconocidas para el usuario. Por tanto, Calidad de Asistencia en Planificación Familiar significa que las necesidades de los usuarios, en el contexto de su vida personal, deberán ser el mayor determinante de la actuación de los profesionales y la meta a la cual se dirijan los programas. Desde que la Planificación Familiar ha sido reconocida como un DERECHO de los individuos y las parejas, la calidad de la asistencia debe ser enfocada como un Derecho del Cliente, entendiendo la definición de Cliente no sólo como aquel que acude y demanda servicios, sino también todos aquellos en la comunidad que tienen necesidad de servicios de Planificación Familiar.

En este sentido, cualquier miembro de la comunidad que esté en edad reproductiva, debe ser considerado como un cliente potencial para los servicios de Planificación Familiar. En la Declaración de los derechos Humanos, la ONU estableció que "las parejas tienen un derecho humano básico para determinar libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos". Por tanto, podemos definir la calidad, desde

el punto de vista de Planificación Familiar como "la propiedad de que todos los programas y servicios se elaboren en orden a asegurar los derechos de los usuarios". A la luz de éstos, los DERECHOS DE LOS CLIENTES han sido señalados por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) como sigue<sup>10</sup>:

- 1) DERECHO A LA INFORMACION: Todos los individuos de la comunidad tienen derecho a la información de los beneficios de la Planificación Familiar, para sí mismos y para su familia. También tienen el derecho a conocer dónde y cómo obtener la mayor información y donde están estos servicios. Todos los programas de Planificación Familiar deben implicarse en difundir la información, y que este se realice no sólo en los servicios implicados, sino también a nivel de la comunidad.
- 2) DERECHO AL ACCESO (ACCESIBILIDAD): Todos los individuos en edad reproductiva tienen derecho a recibir servicios de Planificación Familiar, sin reparar en su estatus social, situación económica, religión, opinión política, raza, estado civil, edad, o cualquier otra característica que pueda situar al individuo en determinados grupos. Esto significa un derecho al acceso a través de profesionales de salud y distintos sistemas de servicios sanitarios. Los programas de Planificación Familiar deberían procurar que los servicios estén al alcance todos los individuos que los necesiten, incluso aquellos para los cuales los demás servicios de salud no están accesibles fácilmente.
- 3) DERECHO A LA ELECCION: Los individuos y sus parejas tienen derecho a elegir libremente si practican o no, métodos de Planificación Familiar. Si solicitan este tipo de servicio, deben poder elegir libremente aquellos métodos de contracepción que pueden usar. Los programas de Planificación Familiar deben ayudar a los

---

<sup>10</sup> Padilla Vinuesa MC, (2002), Importancia de los servicios de calidad en planificación familiar, Hospital Universitario "San Cecilio". Dpto. De Obstetricia y Ginecología (Granada) Ponencia IV Congreso SEC.

individuos en la práctica de informar para elegir libremente, dando, para ello, una información imparcial, educación sanitaria y consejo. Igualmente, deben contemplar la información sobre todos los distintos tipos de métodos anticonceptivos. Además, hay que tener en cuenta que, en Planificación Familiar, el concepto de aceptabilidad y apropiado del cliente cambia con las circunstancias. Por tanto, el derecho a elegir también implica la decisión del cliente en lo concerniente a la discontinuidad del método anticonceptivo así como a cambiar de método. Hay que tener en cuenta que, en ausencia de una contraindicación, la percepción que el cliente tiene sobre su experiencia con el método, y su situación vital, puede ser clave y el único factor determinante de continuar con un mismo método o de la necesidad de abandonar este método. Debemos considerar además otro aspecto en la libre elección: los clientes tienen el derecho de elegir el servicio de Planificación Familiar, elegir donde puede ir supone también la elección del lugar, tipo de profesional (médico, matrona, ATS), y el tipo de servicio recibido (servicio de Planificación familiar, ATS, Farmacia, máquina de preservativos, hospital, centro de salud....), ello quiere decir que los gestores y encargados de la elaboración de los programas (tanto públicos como privados), deben poder dar esta alternativa de servicios de Planificación Familiar.

- 4) DERECHO A LA SEGURIDAD: Los clientes tienen derecho a la seguridad en la práctica de la Planificación Familiar. Este derecho supone: \*\* Aunque esté bien reconocido que los beneficios para la salud de la Planificación Familiar superan los riesgos, los clientes tienen derecho a la protección contra posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, tanto en su salud física como mental. \*\* Ya que un embarazo no deseado puede representar un riesgo para la salud, el cliente tiene derecho a la seguridad incluyendo también el derecho a la efectividad de la contracepción. \*\* En el momento de recibir atención en un servicio de Planificación Familiar el cliente tiene derecho a la protección de otros posibles riesgos no relacionados con

el método anticonceptivo (p.ej. protección contra la posibilidad de adquirir una infección mediante el uso de instrumental contaminado).

\*\* La seguridad referida a la calidad de los servicios en Planificación Familiar incluye tanto la adecuación del propio servicio como la competencia técnica de los profesionales. Asegurar el derecho a la seguridad de los clientes, ayudar a un paciente a elegir el método adecuado, hacer un screening de las contraindicaciones, utilizar las técnicas adecuadas para proporcionar un método (si este es aplicable como p.ej. DIU), asesorar al cliente sobre el uso apropiado del método así como asegurar un apropiado seguimiento. \*\* Las condiciones y lugar donde se preste el servicio, junto con el material y los instrumentos deberán ser los adecuados para prestar un servicio seguro. Las complicaciones o efectos secundarios mayores deberán recibir un apropiado tratamiento. Si este tratamiento no es posible en el lugar donde se ha realizado el servicio, el cliente debe ser derivado a otro fácilmente.

- 5) DERECHO A LA PRIVACIDAD: Cuando se discuten sus necesidades o preocupaciones el cliente tiene derecho a que éstos sea en un ambiente en el que él se sienta confidente. Cuando se proceda a la exploración del paciente, debe realizarse en un ambiente en el que su derecho a la privacidad sea respetado. El derecho a la privacidad también incluye otros aspectos relacionados con la calidad del servicio: \* El cliente tiene derecho a ser informado acerca del papel de cada individuo que haya dentro de la habitación , máxime si está siendo explorado, además del servicio que cada uno presta (residente, supervisor, alumno). Donde la presencia de residentes es necesaria, se debe pedir permiso previo al paciente. \*El cliente tiene derecho a que se le explique el tipo de exploración a la que va a ser sometido y el porqué de ella. También tiene derecho a rechazar un tipo particular de exploración si no se siente cómodo o bien a solicitar que este tipo de examen sea realizado por otro médico. \*Cualquier discusión sobre el caso clínico sostenida delante del cliente

(particularmente con los residentes), deberá implicar y ser conocida por el cliente, ésta es, al fin y al cabo una discusión sobre sus órganos y funciones reproductivas y sexuales.

- 6) DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD: El derecho a la confidencialidad está protegido por el Código Hipocrático, y como tales los servicios de planificación familiar deberán ser realizados de conformidad con los requerimientos legales y valores éticos. El abuso de confianza y la falta de confidencialidad pueden causar graves daños al cliente, como el rechazo de la comunidad o graves problemas en su matrimonio. De acuerdo con este principio de confidencialidad, los profesionales deberán de abstenerse de hablar de sus clientes en presencia de otros. Nunca se deben discutir los casos clínicos fuera de los lugares de trabajo. Las historias clínicas deberán ser guardadas y clasificadas después de su uso, en lugares donde el acceso de personas ajenas al servicio esté imposibilitado.
- 7) DERECHO A LA DIGNIDAD: Los clientes deben ser tratados con cortesía y con pleno respeto a su dignidad independientemente de su educación, status social o cualquier característica que podría hacerlos más vulnerables al abuso. En reconocimiento a este derecho, los profesionales deberán eliminar sus propias peculiaridades sociales e intelectuales, prejuicios y actitudes en el momento de realizar el servicio.
- 8) DERECHO AL CONFORT: Este derecho del paciente está íntimamente relacionado con la adecuación del servicio y, por ello, directamente relacionado con la calidad de la asistencia. En el no sólo está implicada la estructura del servicio (luz, adecuada ventilación, asiento, servicio), sino también aspectos como la lista de espera, la demora de tiempo en la consulta. El ambiente en el que se realiza el servicio deberá adecuarse a los valores culturales, características y demandas de la comunidad.
- 9) DERECHO A LA CONTINUIDAD: Los clientes tienen derecho a recibir servicios durante todo el tiempo que lo necesiten. Los servicios dados



a cada cliente no deben ser discontinuos a menos que la decisión sea tomada conjuntamente entre el cliente y el profesional. El acceso de un cliente a otros servicios no debe depender de si continua o no siendo atendido en los servicios de planificación familiar. Igualmente, tiene derecho a que su historia clínica se transfiera a otro servicio fácilmente, y en respuesta a este requerimiento, la historia clínica o su copia se deberán mandar con facilidad o dársela al cliente. Revisión y seguimiento son otros dos aspectos importantes de los derechos del cliente a la continuidad de los servicios en planificación familiar.

10)DERECHO A LA OPINION: Implica no sólo la opinión sobre el método anticonceptivo que debe utilizar, sino también derecho a la opinión sobre el servicio que recibe. La opinión de los clientes sobre la calidad de los servicios que recibe será en forma de agradecimiento o de reclamación, junto con las sugerencias para cambios, debiendo ser expuesta positivamente en el esfuerzo de continuidad de los programas, para evaluar y mejorar los servicios.

### **Importancia de la calidad en planificación familiar.**

La calidad de los servicios de planificación tiene una repercusión importante no sólo a nivel individual, sino a nivel de toda la sociedad. Además, la Calidad en los servicios de planificación familiar es un concepto muy complejo, ya que está considerada como un derecho social e individual, lo cual hace que, además de las dimensiones de calidad extensibles a cualquier servicio de salud, en los servicios de planificación familiar se deban considerar otros aspectos que también van a ser constitutivos de calidad. Estos aspectos que serían deseables en cualquier servicio de salud, se convierten en los servicios de planificación familiar en un derecho. El papel que juega la Calidad en un servicio de planificación familiar, y el control que se ejerce para su potenciación por

medio de la medición, se va a fortalecer con puntos de apoyo muy variados<sup>11</sup>:

1.- MOTIVOS ETICO-LEGALES: La Organización Mundial de la Salud establece el derecho a la Planificación Familiar, esto implica que cada persona en edad reproductiva tiene derecho a la mejor asistencia. Este principio contiene una motivación ética del control de calidad en su sentido más amplio. En nuestro país este principio aparece recogido en la Constitución donde se reconoce el derecho a la protección de la salud, correspondiendo a los poderes públicos organizar y tutelar la salud de los españoles a través de medidas preventivas, de las prestaciones y de los servicios necesarios.

2.-MOTIVOS DE SEGURIDAD: Estableciendo mecanismos que garanticen calidad se protege a los usuarios de los efectos adversos producidos por la aplicación de métodos anticonceptivos, que se aplican los más convenientes en cada situación y que siempre se valoran los riesgos de su aplicación.

3.-MOTIVOS SOCIALES (EQUIDAD): La importancia de la equidad se basa en que es uno de los problemas más relevantes de los servicios de salud, y entre ellos los servicios de planificación familiar. En España, al igual que en muchos países europeos, la práctica totalidad de la población tiene cobertura sanitaria, ello quiere decir que hay que garantizar el acceso a la población a los servicios de planificación familiar, ya que un sistema sanitario efectivo en la medida que ofrezca a todos los ciudadanos la misma oportunidad de recibir un servicio acorde con la necesidad de cada uno.

---

<sup>11</sup> Padilla Vinuesa MC, (2002), Importancia de los servicios de calidad en planificación familiar, Hospital Universitario "San Cecilio". Dpto. De Obstetricia y Ginecología (Granada) Ponencia IV Congreso SEC.

4.-MOTIVOS ECONOMICOS (EFICIENCIA): La complejidad que se desprende de los servicios de planificación familiar (individuos de distinto estatus, procedencia, creencias, etc., así como gran diversidad de métodos anticonceptivos), junto con la elevación de los costes y los recursos limitados, hacen imprescindible establecer mecanismos que garanticen la óptima utilización de recursos (la mejor relación posible entre recursos consumidos y resultados obtenidos).

### **Relación entre eficiencia, equidad y ética<sup>12</sup>.**

Para explicar de forma comprensible como se mide la calidad de un servicio de salud y de un servicio de planificación familiar hemos realizados diversas divisiones en sus componentes que son los que vamos a medir a la hora de poder valorar "cuánta calidad" estamos dando o podemos dar como trabajadores de la salud. Pero cada una de las partes en que hemos dividido la calidad y que hemos llamado dimensiones, pueden ser valoradas desde distintos puntos de vista, como sociedad pluralista que somos. Para que cada una de estas dimensiones tenga sentido para los distintos puntos de vista, cada dimensión debe reflejar los valores que cuentan con un amplio respaldo social. Los valores que cuentan con un amplio respaldo social son los que se respetan por todos y por ello se denominan PRINCIPIOS. Hay cuatro principios en el campo de la asistencia sanitaria y que, por tanto, deben aplicarse a la calidad. Estos cuatro principios están implicados en todas las decisiones que se toman en atención sanitaria y en los servicios de salud, por supuesto, en planificación familiar. Estos principios son respetados por todos y, por ello, una atención sanitaria que no los respete no podrá ser considerada de Calidad; del mismo modo, una atención sanitaria de Calidad implica que estos cuatro principios se han tenido en cuenta.

---

<sup>12</sup> Padilla Vinuesa MC, (2002), Importancia de los servicios de calidad en planificación familiar, Hospital Universitario "San Cecilio". Dpto. De Obstetricia y Ginecología (Granada) Ponencia IV Congreso SEC.

Los cuatro principios son: BENEFICENCIA, NO MALEFICENCIA, AUTONOMIA y JUSTICIA. En relación con la atención de Calidad, Beneficencia significa ser efectivo y la no maleficencia que hay que evitar los riesgos o al menos medirlos para valorar si son mayores que los beneficios. En estos principios éticos, el decisor clave es el profesional de salud, que es quién debe conocer el balance entre los riesgos y los beneficios de cualquier intervención que realiza. Así garantizando la Calidad Científico-Técnica de cualquier acto médico lo que hacemos es un balance entre riesgos y beneficios, ajustados para cada ocasión, de forma que la intervención sea lo más efectiva posible evitando los riesgos que se puedan derivar.

La Autonomía consiste en que una atención de calidad tiene que respetar, en la medida de lo posible, las preferencias de los pacientes haciéndolos partícipes de las decisiones que le atañen. En este principio, el decisor es, en principio el paciente. Sin embargo, el paciente no dispone de información suficiente y apropiada para tomar su decisión. En consecuencia, o deja la decisión en manos del profesional de salud o bien decide él pero a través de la información y consejos dados por éste, de manera que en la práctica, es el profesional o su influencia quién tiene el papel relevante en el principio de autonomía. Estas peculiaridades hacen que medir la autonomía sea más complicado aunque la satisfacción es una de sus posibles expresiones. Por último, la Justicia implica que la atención de calidad debe ser equitativa dando más al que más lo necesita, sin discriminar a nadie por sus características personales, y dado que los recursos son limitados, hay que tener en cuenta que lo que se gasta de más en unos supone gastar de menos en otros. Teóricamente el decisor en este principio es el político o las personas responsables de la asignación de recursos. Y probablemente sea así desde el punto de vista de la planificación, pero en la realidad, el uso en la cantidad y tipo de recursos es el profesional de la salud. La justicia en un servicio de salud se mide por la accesibilidad, que es un indicador de equidad. Otra forma

de medir la justicia es a partir del coste, a igualdad de efectividad lo más justo es lo más barato, es una cuestión de ética y de calidad. Esta exploración, desde una perspectiva ética, subraya la importancia y responsabilidad de los profesionales de salud en la provisión de servicios de salud. Pero a la vez, enfatiza la gran responsabilidad de los que toman decisiones en política de salud y en asignación de recursos, puesto que deben propiciar el desarrollo de procedimientos efectivos (principio de beneficencia), informar a los pacientes y ciudadanos y promover su participación (principio de autonomía) y desarrollar un sistema equitativo (principio de justicia). En conclusión a fin de ofertar servicios de calidad en Planificación Familiar, la Asistencia Sanitaria Institucional debe reunir las siguientes características: ser eficaz, eficiente, segura, adecuada a la demanda, disponible, accesible y tener continuidad. El cumplimiento de estas condiciones necesita una organización sanitaria responsable, dotada de elementos tangibles de calidad, con factor humano competente en lo operacional y lo relacional y satisfecho con su trabajo, orientada al mercado y al cliente, con el fin último de satisfacer las necesidades de éste.

### **Programas de planificación familiar: mejorías en la calidad**

Cada día los programas de planificación familiar están asignando mayor prioridad a la calidad de atención. Tanto los programas como los profesionales de salud están encontrando más y mejores formas de cubrir las necesidades de sus clientes y elevar la calidad de los servicios, a la misma vez que utilizan los recursos de una manera más eficaz.

Al mejorar la calidad, se obtienen muchos beneficios. El uso de métodos anticonceptivos es más seguro y más eficaz. La información y los servicios son más accesibles. Los clientes toman decisiones informadas y están más satisfechos. Los profesionales de salud encuentran mayores recompensas en su trabajo. El público tiene un punto

de vista más positivo con respecto a los servicios de salud y a los que prestan esos servicios.

### **Principios para la buena calidad**

Al aplicar las lecciones del movimiento de calidad en los campos de la industria y la medicina, los programas han creado enfoques que benefician los servicios de salud reproductiva en los países en desarrollo. Aunque aún están en las etapas preliminares, estos esfuerzos sugieren algunos principios importantes:

**El cliente es lo primordial.** La atención centrada en el cliente proporciona lo que desea todo cliente: respeto, comprensión, equidad, información precisa, competencia, conveniencia y resultados. La mejor atención ayuda a los clientes a lograr sus propias metas reproductivas.

**Diseño de la calidad, control de la calidad y mejoramiento de la calidad,** los tres lados del "triángulo de calidad" tienen la misma importancia:

- Durante el *diseño* de la calidad se establecen objetivos, se distribuyen los recursos y se establecen directrices para garantizar la eficacia y seguridad, maximizar el acceso e incrementar la satisfacción del cliente.
- Mediante el *control* de la calidad se monitorean las actividades de los programas y el desempeño del personal para garantizar que cubran los objetivos relacionados con la calidad.
- En el *mejoramiento* de la calidad se procura continuar elevando el nivel de atención, independientemente del nivel actual; esto suele ocurrir dividiendo al personal en equipos para resolver los problemas.

**Fortalecimiento de los sistemas y procesos.** El ver a una organización como una red de sistemas y procesos interdependientes puede ayudar a mejorar la calidad. Los sistemas y procesos con fallas o defectos suelen impedir que los miembros del personal puedan aportar su máximo desempeño. En lugar de culpar al personal por una calidad deficiente, los administradores pueden volver a idear sistemas para apoyar sus esfuerzos. Efectivamente, para lograr una buena calidad se requiere un personal competente, suministros adecuados e instalaciones apropiadas. No obstante, aun sin recursos adicionales, los programas pueden volver a crear los procesos, actualizar las directrices y mejorar la comunicación con los clientes. Al utilizar recursos en una forma más eficaz, algunas mejoras en la calidad también conllevan ahorros monetarios.

**Todos contribuyen.** La buena calidad se logra cuando todos los miembros del personal en todos los niveles están convencidos de que la calidad es importante y asumen la responsabilidad de que así sea.

Los administradores pueden promover el trabajo en equipo y la comunicación entre las unidades, facultar al personal a ser más innovador y recompensar el trabajo de alta calidad. Si se les da una oportunidad, los proveedores y supervisores operativos pueden mejorar los procesos e incrementar la eficacia. Independientemente de que los esfuerzos para mejorar la calidad empiecen desde arriba o a nivel comunitario, en definitiva se logra más cuando todos los miembros de la organización participan, incluso el personal de apoyo y gerencia.

**Todo programa puede mejorar la calidad.** Independientemente de su escala, presupuesto o ámbito cultural, todo programa puede tomar medidas para mejorar la calidad. Las mejoras suelen ser sencillas y poco costosas, tal como colgar una cortina para dar privacidad a los clientes. Muchos de los problemas pueden resolverse con los recursos actuales,

como utilizar la capacitación en el trabajo para mejorar las prácticas de prevención de infecciones.

### **Mejorando el acceso a la planificación familiar**

Los programas de planificación familiar han desarrollado innovadores enfoques para la provisión de servicios, a fin de que las mujeres y los hombres que estén interesados en usar algún método de anticoncepción puedan encontrar fácilmente una fuente de información, asistencia sobre qué método adoptar, apoyo permanente para el uso de anticonceptivos y una fuente de reabastecimiento. Las estrategias para aumentar el acceso a los servicios de planificación familiar incluyen construir más clínicas en áreas subatendidas, llevando servicios a las personas mediante clínicas móviles y personal de distribución comunitaria, vendiendo anticonceptivos a un precio subsidiado en farmacias y otros puntos de venta, y capacitando a los proveedores del sector privado.

No obstante, un verdadero acceso requiere más que servicios en una buena ubicación. Los posibles clientes de planificación familiar podrían enfrentar diversos obstáculos. Por ejemplo, el costo de transporte, servicios e insumos podría ser demasiado alto; podrían no saber dónde buscar servicios; o su temor a los efectos secundarios podría impedirles actuar. En algunas comunidades, las condiciones del punto de provisión de servicios hacen que los clientes desistan de acudir a los servicios; los clientes de planificación familiar se han quejado sobre limitadas horas de atención, prolongadas esperas, tratamiento descortés por parte del personal médico y suministros poco confiables de anticonceptivos. Las barreras médicas innecesarias, tales como contraindicaciones obsoletas o requisitos de paridad, también pueden evitar que los clientes reciban el método anticonceptivo de su preferencia.



Otros obstáculos para los servicios de planificación familiar se encuentran arraigados en el contexto cultural y social. El temor a la desaprobación por parte de la familia y los vecinos desincentiva a algunos posibles clientes, mientras que los proveedores y programas enteros pueden negar los servicios a los adolescentes solteros por razones culturales. La baja condición de las mujeres suele constituir una barrera: si bien más de las dos terceras partes de los usuarios de planificación familiar en todo el mundo son mujeres, en muchas sociedades las mujeres no cuentan con la capacidad de tomar sus propias decisiones sobre el uso de anticonceptivos o buscar servicios.

### **Consejería**

La Consejería Profesional es una ciencia y arte que integra conocimientos del campo de la teología, psicología, sociología, antropología, medicina, educación y ética con la intención de asistir al ser humano en su proceso de crecimiento y despliegue integral. La integración de estas ciencias permite a los profesionales de la consejería usar un abordaje multidimensional a fin de atender las necesidades físicas, espirituales, emocionales y sociales de los consultantes. Esta sanidad integral ocurre gracias a muchos factores que interactúan pero tiene como centro la calidez y afecto de la relación empática entre los profesionales de la consejería y los consultantes. Las estrategias de ayuda y de intervención se nutren de la resiliencia, fortaleza y sentido de esperanza de los consultantes y a partir de allí en mutua colaboración se divisan planes de cambio para una vida más plena y un bienestar total más satisfactorio (Montilla y Medina, 2005)<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Montilla, R. E. y Medina, F. (2005). *Pastoral Counseling with Latinos and Latinas*. Minneapolis, MN: Fortress Press.

Ayudar a los clientes a hacer elecciones informadas es la meta de las sesiones de consejería en planificación familiar. Los nuevos clientes deben escoger el método anticonceptivo más adecuado entre una serie de opciones, mientras que los clientes antiguos deben decidir si continúan usando su método actual, cambian de método o dejan de usar planificación familiar. El concepto de decisión informada tiene dos elementos: en primer lugar, los clientes tienen derecho a tomar sus propias decisiones y, en segundo lugar, los clientes requieren información y consejos por parte de expertos con el fin de tomar una buena decisión.

Las elecciones informadas suponen grandes exigencias a las destrezas de comunicación interpersonal de los proveedores. Los proveedores deben explicar las opciones disponibles a los clientes y ayudarles a sopesar las ventajas y las desventajas sin tomar las decisiones por ellos. Idealmente, los proveedores ayudan a los clientes de planificación familiar a sentirse bien informados, tranquilos y cómodos con sus decisiones, de modo que los clientes puedan sobrellevar los efectos secundarios y otros contratiempos y puedan gozar un mayor éxito usando métodos anticonceptivos.

No obstante, el proceso de decisión informada no se limita a las sesiones de consejería. Antes de ver a un proveedor, la mayoría de los clientes han recibido información de otras fuentes, incluidos parientes, amigos, programas de radio y televisión, afiches e informativos. De hecho, muchos clientes ya han decidido qué método quieren usar antes de llegar a la clínica.

Las actividades del programa planificación familiar pueden contribuir a las elecciones informadas al estimular la discusión de los beneficios de la planificación familiar, difundiendo información precisa sobre los métodos anticonceptivos al público general, fomentando que las

parejas discutan sus intenciones reproductivas y proveyendo material de ayuda para el trabajo y proveedores.

La consejería debe atenerse estrictamente a las recomendaciones sobre el materiales educativos para complementar las explicaciones de los uso de anticonceptivos en esta población específica, tal como éstas han sido formuladas en las Normas.

La anticoncepción conlleva la información y provisión de los métodos en el caso que corresponda, como respuesta a una demanda del o la adolescente.

Ello implica la no inducción de un método anticonceptivo en particular, así como asegurar que el o la adolescente elija el método sin presión ni coerción de ningún tipo. También implica el compromiso para él o la proveedor/a de salud de la no divulgación a terceros del tipo de asistencia brindado al usuario/a, compromiso que no afecta al o la adolescente consultante, quien es libre de comunicar sus decisiones sobre prácticas preventivas a sus padres u otros adultos significativos que puedan brindarle apoyo y cuidado.

## **LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Serie de procedimientos utilizando. Objetos, medicamentos, conocimientos o intervenciones quirúrgicas, con el fin de evitar, principalmente el embarazo no deseado<sup>14</sup>.

Aunque no existe un método anticonceptivo perfecto, todas las parejas en edad fértil y sexualmente activas deben emplear alguna forma de control de natalidad si no desean que se produzca un embarazo en el

---

<sup>14</sup> Acién Pedro, (2008), Planificación Familiar, Fisiología Reproductiva, Sexualidad, Anticoncepción y ETS, ediciones Molloy.

futuro inmediato, puesto que, de lo contrario, lo más probable es que ello ocurre en el plazo de seis a un año.

### **Clasificación de los métodos anticonceptivos**

Se clasifican en 2 grandes grupos: Temporales y Definitivos

Métodos temporales (naturales y artificiales):

Naturales

- Método del Ritmo
- Método del Moco cervical
- Método de Lactancia Materna
- Método Retiro (Coito Interrumpido)
- Método Temperatura Basal.

Artificial

- Barrera: Preservativo o condón  
Espermicida  
Diafragma
- Hormonales: Orales, Inyectables, Implantes Norplant
- Mecánicos: DIU

Métodos definitivos

- Ligadura Trompas o Irreversibles Vasectomía

**La planificación familiar y uso del condón permite el desarrollo saludable de las y los jóvenes.**

La planificación familiar, incluyendo al condón, es efectiva para disminuir embarazos no planeados, abortos inducidos y la transmisión de infecciones transmitidas sexualmente (ITS). 90% de los casos de SIDA en la población total mexicana fueron transmitidos sexualmente. El uso

correcto del condón protege en un 90% a 95% contra las ITS, incluyendo el VIH/SIDA.

El uso de la planificación familiar permite que las y los jóvenes dispongan del tiempo para continuar con su educación, tengan oportunidades de trabajo y se desarrollen antes de empezar una familia.

Para que puedan ejercer su derecho a decidir sobre el número de hijos que desean, es necesario que las y los jóvenes tengan acceso a la planificación familiar, lo cual incluye tener información sobre los anticonceptivos: cuáles son, cómo y dónde obtenerlos, y cómo emplearlos de manera efectiva.

### **Propósitos del seguimiento del programa**

El seguimiento se refiere a un conjunto de evaluación, cada una de las cuales mide algún aspecto del desempeño del programa.

El seguimiento del programa tiene dos propósitos distintos:

- Mejorar los programas identificando aquellos aspectos que funcionan de acuerdo con el plan y aquellos que requieren correcciones a mitad de camino; y
- Rastrear los cambios en los servicios ofrecidos (frutos del servicio) y los resultados deseados.

### **Embarazo.**

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los

importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos<sup>15</sup>.

### **Control prenatal**

Se entiende por control prenatal lo serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de lo grávida con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación<sup>16</sup>

Se entiende por control prenatal a la serie de entrevistas que la embarazada realiza con el médico u otros integrantes del equipo de salud con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Objetivos:

- Asegurar y proteger la salud de la gestante y de su hijo/a, antes, durante y después del parto.
- Permitir planear un parto seguro.
- Disminuir la movilidad y mortalidad materna y perinatal.
- El control prenatal es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto, y la familia y se apoya en la organización de los servicios de salud.

El control prenatal eficiente debe cumplir cuatro requisitos básicos:

- Precoz
- Periódico

---

<sup>15</sup> Manual sobre Salud Sexual y Reproductiva, 2008 CEASPA – UNFPA – MINGOB. Panamá

<sup>16</sup> Boletín del centro Latinoamericano de perinatología y desarrollo humano. 2008

- Completo
- De amplia cobertura

Precoz: debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación, en lo posible después de la primera falla menstrual, lo que permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control prenatal. Además permite la identificación precoz de la embarazada de mediano y alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente su manejo gineco-obstétrico así como donde realizarse.

La duración del embarazo se divide en tres trimestres

El primer trimestre abarca desde el primer día del embarazo hasta la semana 14 de gestación. El segundo trimestre abarca desde la semana 14 a la 28. El tercer trimestre desde las 28 a las 42 semanas. El parto normalmente se produce entre la semana 38 como mínimo y la 42 como máximo con una duración promedio de 40 semanas la fecha probable de parto se calcula para una duración de 40 semanas, cuando también se cumplen los nueve meses.

Periódico: la frecuencia depende del riesgo, requiriendo en las embarazadas de bajo riesgo un mínimo de cinco controles, con un control mensual. Las embarazadas de alto riesgo necesitarán controles de acuerdo a la patología y lo ajustará el médico o la institución tratante en general 10 a 12 controles

Completo: los contenidos mínimos de control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada y su hijo/a.

Amplia cobertura: que abarque la mayor población posible idealmente a toda la población.

En todos los controles se constata el peso de la embarazada, la tensión arterial, la talla, la altura uterina. Se indican las vacunas correspondientes durante el embarazo. Se realiza un examen genital y se realiza colposcopia y Papanicolaou. Se indica control odontológico. Todas las consultas están dirigidas a controlar los cambios fisiológicos que el embarazo produce en la madre y el hijo.

Se pesquisan enfermedades y también se controla el crecimiento fetal, se realizan ecografías que valoran crecimiento fetal, maduración de la placenta y volumen de líquido amniótico

Los cuidados prenatales deben comenzar tan pronto como exista una probabilidad razonable de embarazo. Esto puede significar tan solo algunos días después de la ausencia de la menstruación, sobre todo en el caso que no se desee continuar con el embarazo, pero en ningún caso debe postergarse más allá del segundo periodo menstrual faltante.

La duración media del embarazo, calculada desde el primer día del último periodo menstrual normal se aproxima mucho a los 280 días, o 40 semanas, se acostumbra a estimar la fecha esperada del parto agregando 7 días a la fecha del primer día del último periodo menstrual normal y restando 3 meses.

El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad materna fetal.

### **Esquema de controles prenatales**

Nivel óptimo: 12 controles

- Uno mensual hasta las 32 semanas



- Uno cada dos semanas hasta las 36 semanas
- Uno semanal hasta el momento del parto.
- Nivel mínimo eficiente: 5 controles
- Uno en las primeras 20 semanas
- Uno en las 32 y 36 semanas
- Uno cada dos semanas hasta el momento del parto

### **Diagnóstico de edad gestacional**

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional son: el tiempo de ausencia de menstruación, a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño del útero. El diagnóstico de la edad gestacional debe establecerse a más tardar en el segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico.

El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo.

Educación materna:

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y control del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación legal
- Planificación familiar
- Preparación para el parto

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de

procedimientos diagnósticos junto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.

Propósito de un buen control prenatal:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnóstico del tiempo de embarazo
- Diagnóstico de la condición del feto
- Diagnóstico de la condición de la madre
- Educación a la madre.
- Exámenes

Los exámenes de laboratorio que se solicitan a las mujeres de bajo riesgo son: Tipo de sangre, hemoglobina, hematocrito, glicemia, orina, V.D.R.L, HIV, albumina, Papanicolaou, ecografía.

Periodicidad de control prenatal:

Cada 4 semanas en el primero y segundo trimestre de embarazo  
En el tercer trimestre, desde la semana 28, los controles son progresivamente más frecuentes, cada 2 semanas, hasta la semana 36, luego cada 7 días hasta el término de la gestación

Los perfiles bioquímicos convencionales solicitados en el primer trimestre, deben ser reiterados una vez por trimestre, salvo algunas excepciones como el grupo sanguíneo y el factor Rh

Será sistemática la vacunación antitetánica, cuando la paciente no haya sido protegida con anterioridad y seguridad absoluta

Con la estricta evaluación de los controles prenatales el profesional actuante deberá proponer la mejor oportunidad y vía del parto, con la autorización confirmada de la paciente y de su esposo.

En cuanto a los estudios complementarios solicitamos idealmente dos ecografías, entre la semana 13 y 18, y la otra entre la semana, 32 y 34. Prevenir, diagnosticar y, en la mayoría de los casos, curar son tres razones por las que una mujer embarazada debe asistir, desde el inicio de la concepción, a un control prenatal organizado.

Disminuir la mortalidad materna, la posibilidad de un parto pre término, el riesgo de que un bebé nazca con problemas anatómicos y evitar la muerte fetal in útero, son las cuatro circunstancias que resumen el por qué es importante que una mujer embarazada inicie su control prenatal desde antes de cumplir sus dos meses de embarazo. Incluso, “el control prenatal debe hacerse desde antes de estar embarazada, es decir, asistir a una consulta preconcepción, en la cual se solicitan exámenes de sangre, entre otras pruebas, para evaluar la salud física de la mujer que desea el embarazo”.

Se busca verificar, entre otros aspectos, que la paciente no tenga sida, sífilis, hepatitis, anemia o infecciones urinarias, entre otras enfermedades, que puedan hacerle daño a la madre o al hijo. También se hace un análisis sobre vacunas pendientes y necesarias de aplicar.

Cuando ya se ha comprobado y se han tomado las precauciones necesarias para tener un embarazo y este momento llega, la futura madre debe empezar a asistir a controles cada mes. Pero es importante aclarar que desde el mismo inicio de la gestación el médico puede detectar patologías que exijan a la mujer ver al especialista con mayor frecuencia. La doctora Ivonne afirma que “estos controles consisten en una evaluación física de la paciente, con ayudas diagnósticas, como exámenes de sangre y ecografías, que permiten valorar el conjunto madre y feto”.

¿Qué se analiza en cada cita?; La especialista dice que los controles del embarazo, que se realizan cada mes, se reparten en tres trimestres. “Esto se hace porque a medida que pasan tres meses se van haciendo necesarios determinados exámenes que son básicos”, dice. Por eso se recomienda que antes del segundo mes la madre haya tenido su primer control prenatal, para poder practicar pruebas que establezcan su estado real y el de su hijo.

Durante el primer trimestre, igualmente, la embarazada debe aplicarse la vacuna del tétanos y practicarse una ecografía que muestre el tiempo exacto de embarazo, lo cual es básico para todos los controles. Durante el segundo trimestre se repiten algunos de los exámenes practicados en el primero. Esto para verificar que ninguno haya pasado a ser positivo. Además, se realiza otra ecografía, en esta ocasión para observar el crecimiento del bebé y que todos sus órganos estén formados. Se hace un análisis macro del embrión.

En el tercer trimestre, los controles se ocupan de preparar a la madre para el parto. La especialista dice que: “en este tiempo se analiza que la madre no esté anémica, esté bien nutrida, no haya sobrepeso, las tensiones estén normales, el bebé siga creciendo adecuadamente y tenga un apropiado bienestar fetal”. “A partir de este momento tenemos otras ayudas que podemos utilizar de manera más precisa, como hacerle un monitoreo cardíaco al niño, el cual predice si éste goza de total salud”. En este último trimestre también se practica una ecografía en la que se mira cómo está respirando el pequeño en el útero, si sus movimientos son adecuados, si los cambios en el cuello de la matriz con el fin de prepararse para el parto son positivos y si la posición del bebé es pertinente, pues si está de nalgas o atravesado podría predecirse un parto por cesárea. Por lo tanto, se deben tener controles más estrictos, porque un nacimiento en forma natural bajo estas condiciones es un riesgo muy alto para la mamá y el niño.

## **10. HIPÓTESIS Y VARIABLES.**

### **10.1 HIPÓTESIS.**

#### **Hipótesis General**

- El programa de planificación familiar aplicado de manera eficaz y oportuna no está contribuyendo a la calidad de atención que reciben las pacientes embarazadas del sector de influencia del subcentro de salud 25 de enero del área de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil

#### **Hipótesis Particular**

- La aplicación del programa de planificación familiar satisface de manera negativa la atención de las embarazadas.
- Las actividades de control prenatal que desarrolla el subcentro de salud dentro del programa de planificación familiar no está contribuyendo al normal crecimiento del producto
- Las estrategias educativas del programa de planificación familiar no está promoviendo la eficiencia de la atención a las usuarias embarazadas asistidas en el Subcentro de salud 25 del área de salud N 1 de la ciudad de Guayaquil.

### **10.2. VARIABLES**

#### **Variables Independientes**

VGI1. Programa de planificación familiar

VPI1. Aplicación del programa de planificación familiar

VPI2. Control Prenatal.

VPI3. Estrategias educativas en el programa de planificación familiar

**Variables dependientes**

VGD1. Calidad de atención.

VPD1. Satisfacción de la atención de las embarazadas

VPD2. Normal crecimiento del producto

VPD3. Atención a las usuarias embarazadas

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.**

- La aplicación del programa de planificación familiar satisface de manera negativa la atención de las embarazadas.

Conceptualización	VARIABLES	Indicadores	Ítems
Ejecución de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.	Aplicación del programa de planificación familiar	Accesibilidad del programa.	Aplica normas informativas y servicios accesibles para dar a conocer el Programa de Planificación Familiar. Siempre A veces Nunca
		Indicadores limitantes del programa.	El embarazo no deseado es un indicador socio económico de las adolescentes en la familia. Siempre A veces. Nunca.
		Prácticas de métodos anticonceptivos.	Antes de salir embarazada que método anticonceptivo usaba a. Método de barrera (condón)

			<p>b. Métodos naturales (ritmo)</p> <p>c. Método hormonal (píldoras, inyecciones)</p> <p>d. Ninguno.</p>
<p>Bienestar o nivel que desea llegar la gestante luego de recibir la atención prenatal a través del logro o cumplimiento de sus principales necesidades, luego de recibir una atención del profesional de salud.,</p>	<p>Satisfacción de la atención de las embarazadas</p>	<p>Grado de satisfacción.</p>	<p>Sintió confianza con el profesional que la atendió. Sí. Parcialmente. No.</p> <p>Se sintió satisfecha de la atención recibida. Sí. Parcialmente. No.</p> <p>Le explicaron sobre la evolución y cuidado durante su embarazo. Sí. Parcialmente. No.</p> <p>Le prestó atención e interés durante la consulta. Sí. Parcialmente. No.</p>
		<p>Calificación de la atención.</p>	<p>Cómo califica usted la aplicación de normas de calidad en la atención y servicio que recibe usted. Excelente. Muy buena. Buena. Regular.</p>

- Las actividades de control prenatal que desarrolla el subcentro de salud dentro del programa de planificación familiar no está contribuyendo al normal crecimiento del producto

Conceptualización	VARIABLES	Indicadores	Ítems
Conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional	Control Prenatal.	Actividades.	<p>Antes de la consulta le realizan la medición del peso, talla y toma de signos vitales. Sí. No.</p> <p>Ha tenido algún contratiempo en las consultas a su control. Sí. No.</p> <p>Ha dado consentimiento para la prueba del VIH. Sí. No.</p>
Evaluación en el control gestacional para descartar signos de alarma	Normal crecimiento del producto	<p>Evaluación de crecimiento fetal.</p> <p>Información sobre signos de alarma.</p> <p>Uso correcto de protocolos obstétricos.</p>	<p>Le han diagnosticado algún problema en el desarrollo del feto. Sí. No.</p> <p>El personal de salud le ha enseñado identificar signos de alarma obstétricas Sí. No.</p> <p>Nivel de dominio de protocolos obstétrico. Alto. Medio. Bajo.</p>



- Las estrategias educativas del programa de planificación familiar no está promoviendo la eficiencia de la atención a las usuarias embarazadas asistidas en el Subcentro de salud 25 del área de salud N 1 de la ciudad de Guayaquil.

Conceptualización	Variables	Indicadores	Ítems
Formas de trabajo que tiene una clara intencionalidad de información y orientación.	Estrategias educativas en el programa de planificación familiar	Programa educativo.	Asistencia a programa de educación Sexual. Sí No  Regularidad de asistencia al evento. a. Asistió a toda las sesiones. b. Va de vez en cuando. c. Nunca asistió.  Programa educativo que asistió fue: Consejería. Planificación familiar. Otros.
Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la gestante.	Atención a las usuarias embarazadas	Indicadores de atención.	Tiempo de espera. Adecuado. Regular. Poco tiempo.  Disponibilidad de médicos y obstetrices. Sí. No.  Disponibilidad de medicamentos Sí. No.

# 11. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

## 11.1. DISEÑO

El diseño de la investigación es no experimental y la investigación se desarrolló en base a las siguientes etapas:

- a. Presencia de un Problema para el cual se ha realizado una revisión bibliográfica.
- b. Identificación y Definición del Problema.
- c. Definición de Hipótesis y variables, y la operacionalización de las mismas.
- d. Prueba de confiabilidad de datos.
- e. Tratamiento de datos. Etapa en la que se realiza las aplicaciones estadísticas, de manera rigurosa.

## 11.2. MÉTODOS

Los métodos que se utilizan en la investigación son los siguientes:

### **Método Científico**

El método científico se lo aplicó durante todo el proceso investigativo, permitió dentro del marco teórico asumir una postura teórica que explica la relación de las variables en estudio como son: programa de planificación familiar y calidad de atención.

### **Método Hipotético-Deductivo**

Utilizado en la formulación de la hipótesis, y en la operacionalización de las variables, la misma que permitió identificar las

escalas a asumirse en los instrumentos de investigación, la deducción se establece en las respectivas conclusiones del trabajo investigativo.

### **Método descriptivo.**

Utilizado en la recopilación sistemática de los datos planteados en el problema, objetivos, justificación y el marco teórico, que dan el carácter científico a la investigación.

### **Método estadístico.**

Aplicado en el análisis cuantitativo y porcentual de la información; es decir en los resultados de la investigación, a través de la prueba estadística y en el análisis e interpretación de datos para ello se valió del programa Microsoft Excel.

## **11.3. TÉCNICAS.**

En correspondencia con el diseño seleccionado, se utiliza como técnica:

**La observación:** aplicada en la consultas del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del área de Salud # 1, durante la atención a las embarazadas.

**La encuesta:** aplicada al personal de salud de Subcentro y a las gestantes que acuden a consulta.

Para mayor comprensión se acoge la definición de Hurtado (Ob. Cit. P. 427) como "técnicas basadas en la interacción personal y se utilizan cuando la información requerida por el investigador es conocida por otras

personas o cuando lo que se investiga forma parte de la experiencia de esas personas."<sup>17</sup>

Como instrumento de recolección de datos se utiliza la ficha de observación y el cuestionario aplicando en algunos ítems la escala tipo Likert. La que es definida por Hernández. (Ob. Cit. P 263), "como un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se les pide la reacción de los sujetos a los que se les administra"

#### **11.4. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN.**

##### **Población**

La población a investigarse lo conformaron los directivos y jefe departamentales, así como el personal de salud que labora en el subcentro de salud 25 del área de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil, el personal de salud a encuestarse es, 8 miembros del equipo de salud (enfermeras, médicos generales y obstetrices) y las pacientes gestantes en un total de 1422 anual, se considera a la población una referencia equitativa de atenciones similares al mes de octubre del 2012, es decir un total de 182 usuarias embarazadas).

##### **Muestra**

Para determinar el tamaño de la muestra de las mujeres que han recibido atención durante su embarazo, se ha utilizado la siguiente fórmula estadística:

---

<sup>17</sup> Hurtado Barrera, J. (2000). Metodología De La Investigación Holística. 3era. Ed. SYPAL. Instituto Universitario Caripito. Caracas- Venezuela.

$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

**Datos:**

**n** = Muestra

**S**= Desviación estándar de la población (conocida o estimada a partir de anteriores estudios)

**Z**= Margen de confiabilidad o número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que producirá el nivel deseado de confianza: para un una confianza del 95 % = 0,05, Z = 1,96

**E**= Error de estimación admitido 0,4

Cálculo para muestra

$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}} = \frac{(0,4)^2}{(1,96)^2 + \frac{(0,05)^2 + (0,4)^2}{182}} = \frac{0.16}{0.00065 + 0,00087}$$

$$= \frac{0.16}{0.00152} = 105 \text{ pacientes}$$

### POBLACIÓN

GRUPOS	POBLACIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
PERSONAL DE SALUD	8	8	100%
GESTANTES	182	105	58%

## 12. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN.

### 12.1. PRUEBA ESTADÍSTICA APLICADA.

Dentro de las investigaciones realizadas en este trabajo, a más de la observación que se llevó a cabo durante el proceso inicial, se realizó diferentes encuestas, tanto a las pacientes gestantes como a los profesionales de salud (médicos, obstetrices, enfermera)

En este tipo de trabajo se elaboraron una serie de cuestionarios que fueron analizados y considerados de manera individual, para al terminar la investigación comparar los resultados obtenidos.

Luego de aplicada la encuesta se procede a la tamización y graficación de cada ítems, para la elaboración del cuadro se aplica la prueba estadística de frecuencia y porcentaje cuya fórmula es número x la cantidad de porcentaje a obtener / (dividido) entre 100, y para el gráfico el diseño es circular, utilizando el sistema operativo de Excel.

Valiéndose del gráfico se analiza los resultados de mayor a menor porcentaje, luego establece su interpretación, de donde saldrán los elementos para plantear las conclusiones, teniendo cuidado de no caer en repeticiones de los resultados.

La prueba estadística se la realiza a través de la aplicación de la prueba del Chi cuadrado, con la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \sum \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}$$

Fo = Frecuencia observada.

Fe= frecuencia esperada

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Prueba de hipótesis:

Modelo Lógico.

$H_0$  = El programa de planificación familiar aplicado de manera eficaz y oportuna no está contribuyendo a la calidad de atención que reciben las pacientes embarazadas del sector de influencia del subcentro de salud 25 de enero del área de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil

$H_1$  = El programa de planificación familiar aplicado de manera eficaz y oportuna si está contribuyendo a la calidad de atención que reciben las pacientes embarazadas del sector de influencia del subcentro de salud 25 de enero del área de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil

Aplicación del Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

$\chi^2$  = Chi-cuadrado.

$\sum$  = Sumatoria.

$F_o$  = Frecuencia observada.

$F_e$  = Frecuencia esperada.

En donde:

$F_o$  = Frecuencia observada

$F_e$  = Frecuencia esperada

$F_o - F_e$  = Frecuencias observadas – Frecuencias esperadas

$(F_o - F_e)^2$  = Resultado de las frecuencias observadas y esperadas al cuadrado

$(F_o - F_e)^2/F_e =$  Resultado de las frecuencias observadas y esperadas al cuadrado dividido para las frecuencias esperadas.

FRECUENCIAS OBSERVADAS			
CATEGORIA	Pregunta N°2 Gestantes	Pregunta N°10 Gestantes	TOTAL
Excelente	0	0	0
Muy buena	43	22	65
Buena	48	54	102
Regular	14	29	43
TOTAL	105	105	210

FRECUENCIAS ESPERADAS			
CATEGORIA	PREGUNTA N° 2	PREGUNTA N° 10	Total
Excelente	0,0	0,0	0
Muy buena	32,5	32,5	65
Buena	51,0	51,0	102
Regular	21,5	21,5	43
TOTAL	105,0	105,0	210

CÁLCULO MANUAL		
FO	FE	$\chi^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$
0	0	0,0
0	0	0,0
43	32,5	3,392
22	32,5	3,392
48	51,0	0,176
54	51,0	0,176
14	21,5	2,616
29	21,5	2,616
TOTAL		12,370



Nivel de significación y regla de decisión

Grado de libertad.- Para aplicar el grado de libertad, utilizamos la siguiente fórmula.

$$GL = (f - 1) (c - 1)$$

$$GL = (4 - 1) (2 - 1)$$

$$GL = (3) (1)$$

$$GL = 3$$

Grado de significación

$\alpha = 0,05$  que corresponde al 95% de confiabilidad, valor de chi cuadrada teórica encontrado es de 7.815

La chi cuadrada calculada (12,370) valor significativamente mayor que el de la chi cuadrada teórica, por lo que se rechaza la hipótesis afirmativa y se acepta la hipótesis nula.

Se concluye entonces en base a la hipótesis planteada el programa de planificación familiar aplicado por el personal de salud no está contribuyendo a la calidad de atención que reciben las pacientes embarazadas del sector de influencia del subcentro de salud 25 de enero del área de salud N° 1 de la ciudad de Guayaquil, por lo que se sustenta la propuesta a plantearse para mejorar su nivel de eficacia.

A continuación se detallan los resultados obtenidos de las encuestas que sustenta el análisis estadístico de la hipótesis.

## 12.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

### RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LAS PACIENTES

1.- ¿Considera usted que el equipo del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N° 1, aplica normas informativas y servicios accesibles para el Programa de Planificación Familiar?

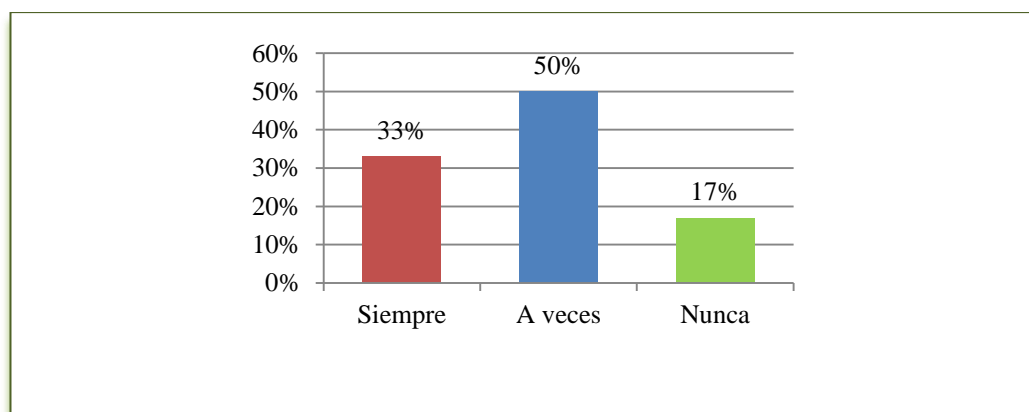
#### CUADRO N°1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	35	33%
A veces	52	50%
Nunca	18	17%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

#### GRÁFICO N°1



#### Discusión de datos.

El 50% de las gestantes encuestadas manifiesta que, a veces el personal de salud aplican las normas informativas y servicios accesibles del programa de planificación familiar, el 33% que siempre, mientras que el 17% que nunca, se concluye que se aprecia falencia del indicador educativo en el acceso del programa.

2.- ¿De qué manera los métodos de Planificación Familiar que le brinda el Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N° 1, le han servido para la Planificación Familiar de su hogar?

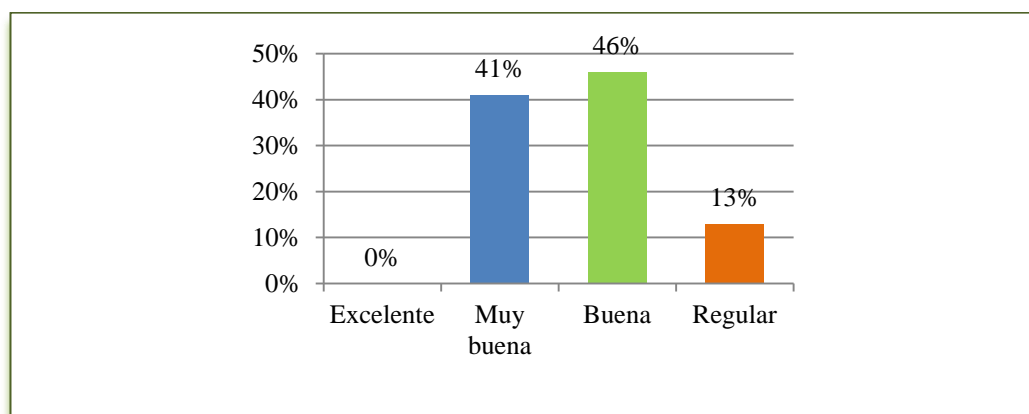
**CUADRO N°2**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	0	0%
Muy buena	43	41%
Buena	48	46%
Regular	14	13%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°2**



**Discusión de datos.**

El 46% de las gestantes encuestadas manifiestan que, los métodos de planificación ofrecidos por el Subcentro son buenos, el 41% muy bueno y el 13% que regular, se concluye que existe un pequeño grupo humano que no les ha dado la utilidad necesaria, ya que a veces no encuentran en stock de farmacia lo que le ha conllevado a discontinuar el tratamiento.

3.- ¿Antes de la consulta le realizan la medición del peso, talla y toma de signos vitales?

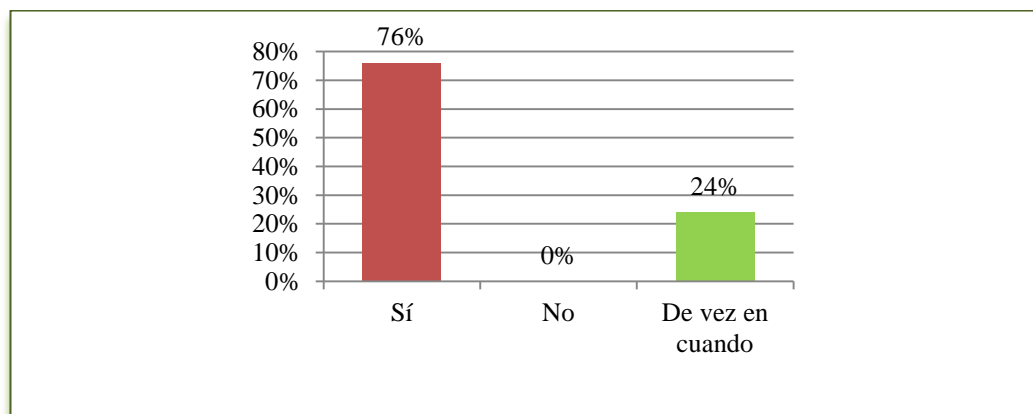
**CUADRO N°3**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	80	76%
No	0	0%
De vez en cuando	25	24%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°3**



**Discusión de datos.**

El 76% de las encuestadas manifiestan que antes de la consulta el personal encargado si le realiza la toma de peso, talla y signos vitales, el 24% que de vez en cuando, se concluye que son actividades en su mayoría aplicadas a la gestante, pero que a veces la demanda de pacientes y de tareas dificultad cumplirlas a cabalidad y a satisfacción.

4.- ¿Ha tenido algún contratiempo en las consultas a su control?

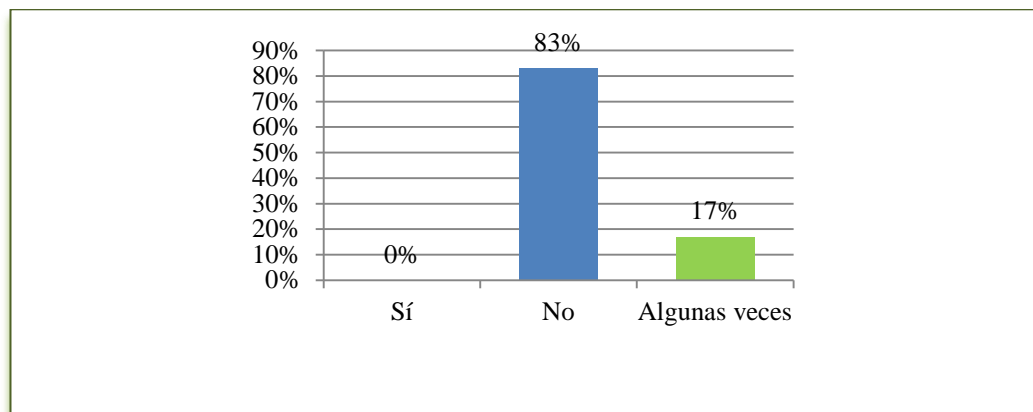
#### CUADRO N°4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	0	0%
No	87	83%
Algunas veces	18	17%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

#### GRÁFICO N°4



#### Discusión de datos.

El 83% de las gestantes encuestadas manifiestan que, durante la consulta a control no han tenido contratiempo, el 17% que en algunas ocasiones, se concluye que existe un pequeño número de pacientes inconforme con la atención.

5.- ¿En su control obstétrico le han diagnosticado algún problema de desarrollo fetal?

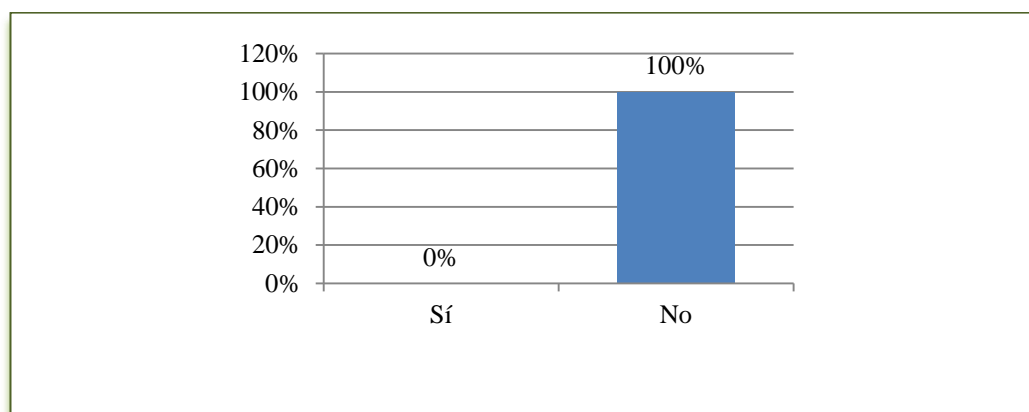
#### CUADRO N°5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	0	0%
No	105	100%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

#### GRÁFICO N°5



#### Discusión de datos.

El 100% de las gestantes manifiestan que, durante su control gestacional no han sido diagnosticados con problemas obstétricos, se concluye que las pacientes han cumplido con lo establecido en el programa de planificación familiar tales como vacunación, administración de hierro, exámenes complementarios de rutina, etc.

6.- ¿El personal de salud le ha enseñado identificar signos de alarma obstétricas?

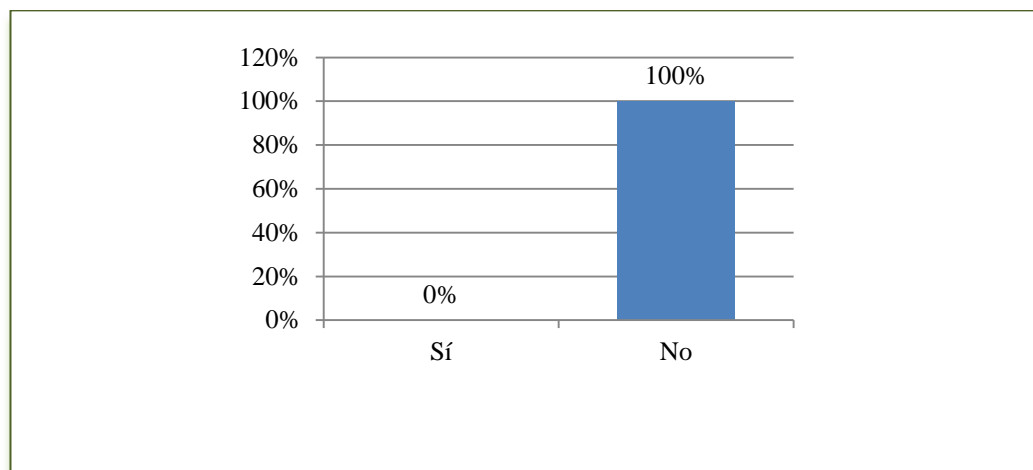
**CUADRO N°6**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	0	0%
No	105	100%
<b>TOTAL</b>	105	100%

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°6**



### **Discusión de datos.**

El 100% de las gestantes manifiestan que, durante su control gestacional el personal de salud no le ha enseñado a diagnosticar signos de alarma, se concluye que la parte informativa – educativa no está siendo fortalecida por la diversas de actividades administrativas que tiene que cumplir el personal.

## 7.- ¿Sintió confianza con el profesional que la atendió?

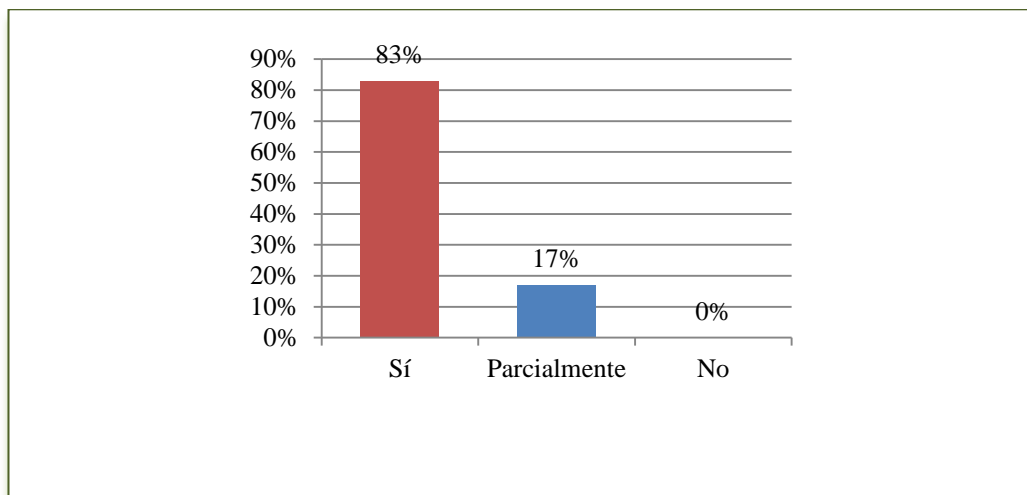
**CUADRO N°7**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	87	83%
Parcialmente	18	17%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°7**



### **Discusión de datos.**

El 83% de las gestantes manifiestan que, el profesional si le brinda confianza en la atención, el 17% que parcialmente, se concluye que hay una minoría de pacientes que hay que considerar en el mejoramiento de la calidad del servicio.



8.- ¿Se sintió satisfecha de la atención recibida?

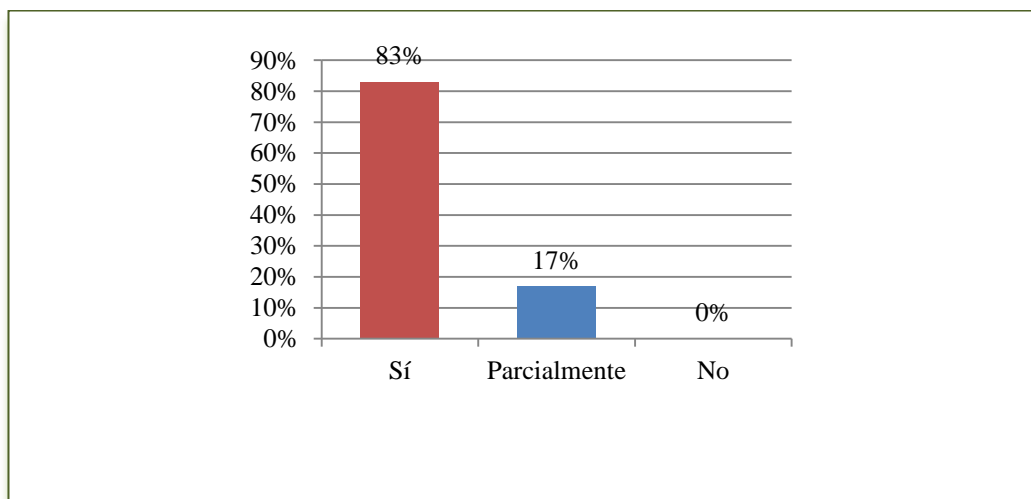
**CUADRO N°8**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	87	83%
Parcialmente	18	17%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	105	100%

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°8**



### **Discusión de datos.**

El 83% de las gestantes manifiestan que, si se sienten satisfecha de la atención recibida, el 17% que parcialmente, se concluye que la mayoría de las pacientes están muy satisfecha del servicio que oferta el Subcentro.

9.- ¿Le explicaron sobre la evolución y cuidado durante su embarazo?

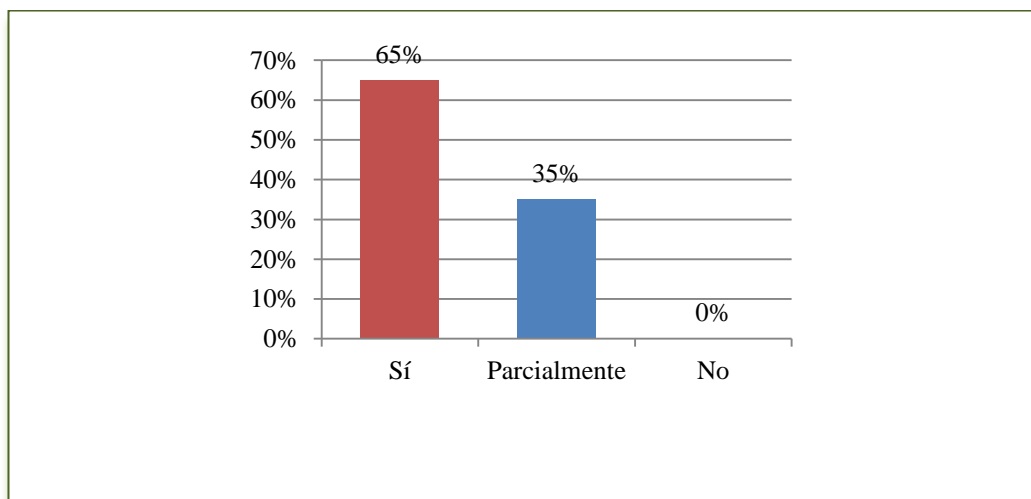
**CUADRO N°9**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	68	65%
Parcialmente	37	35%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	105	100%

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°9**



### **Discusión de datos.**

El 65% de las gestantes manifiestan que, si le explicaron sobre la evolución y cuidado durante su embarazo, mientras que el 35% que parcialmente, se concluye que en la consulta el binomio médico – paciente a veces se enfrenta a ciertas dificultades de comunicación.

10.- ¿Cómo califica usted la aplicación de normas de calidad (saludo, tiempo de espera, entrega del medicamento) en la atención y servicio que recibe usted en el Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N° 1?

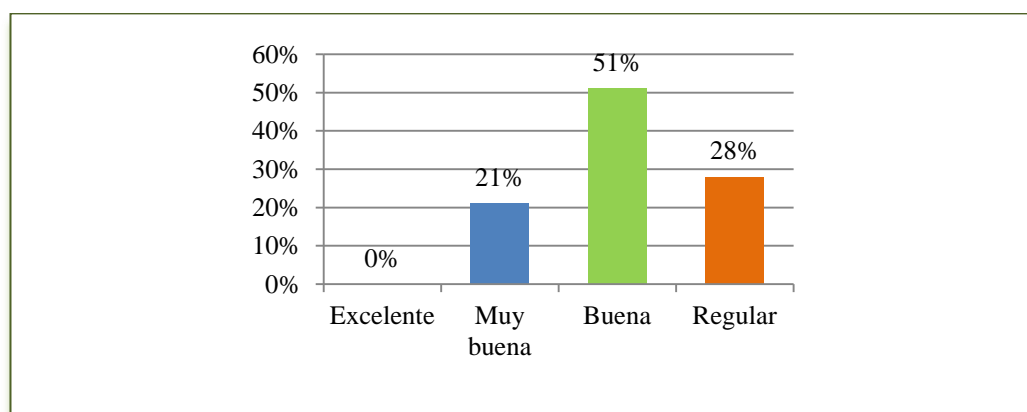
**CUADRO N°10**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	0	0%
Muy buena	22	21%
Buena	54	51%
Regular	29	28%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°10**



**Discusión de datos.**

El 51% de las gestantes encuestadas manifiestan que, el personal de salud aplican buenas normas de calidad en la atención, el 28% que regular por la demora en el tiempo de espera y la falta de medicamentos y el 21% que muy buena, se concluye que para la mayoría de las pacientes la calidad en la atención es satisfactoria.

11.- ¿Considera usted que el embarazo no deseado es un indicador socio económico de las adolescentes en la familia?

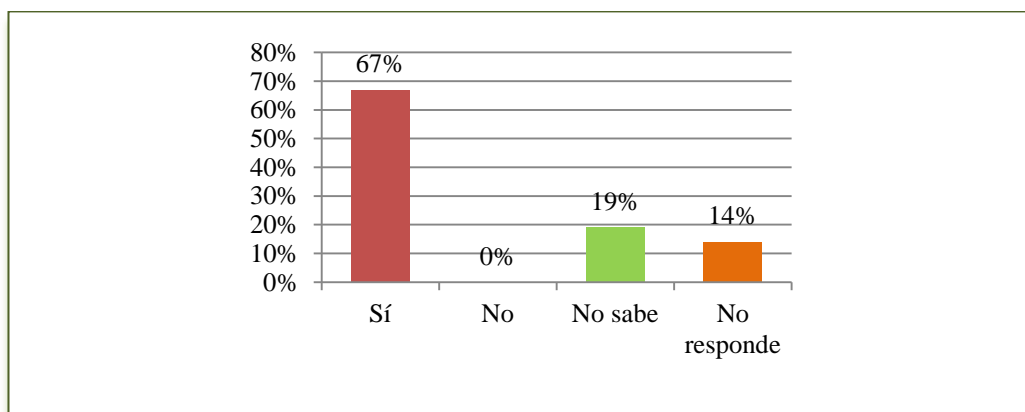
**CUADRO N°11**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	70	67%
No	0	0%
No sabe	20	19%
No responde	15	14%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°11**



### **Discusión de datos.**

El 67% de las gestantes encuestadas manifiestan que, el embarazo no deseado si es un indicador socio económico, el 19% no sabe la respuesta y el 14% no responde la pregunta, se concluye que para la mayoría de las pacientes un embarazo no planificado y en especial adolescente es un factor asociado al nivel socio económico de la familia.

12.- ¿Antes de salir embarazada que método anticonceptivo usaba?

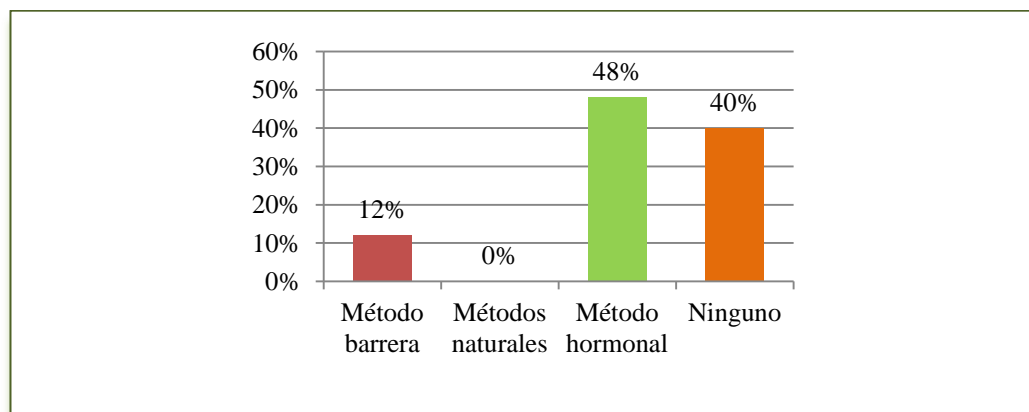
**CUADRO N°12**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Método de barrera (condón)	13	12%
Métodos naturales (ritmo)	0	0%
Método hormonal (píldoras, inyecciones)	50	48%
Ninguno	42	40%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°12**



### **Discusión de datos.**

El 48% de las gestantes encuestadas manifiestan que, el método que utilizan era el hormonal, el 40% ningún método y el 12% método barrera, se concluye que hay poca diferencia entre las pacientes que usaban los anticonceptivos tipo píldoras e inyecciones con las que no usaban.

13.- Considera que el tiempo de espera para recibir la consulta ha sido:

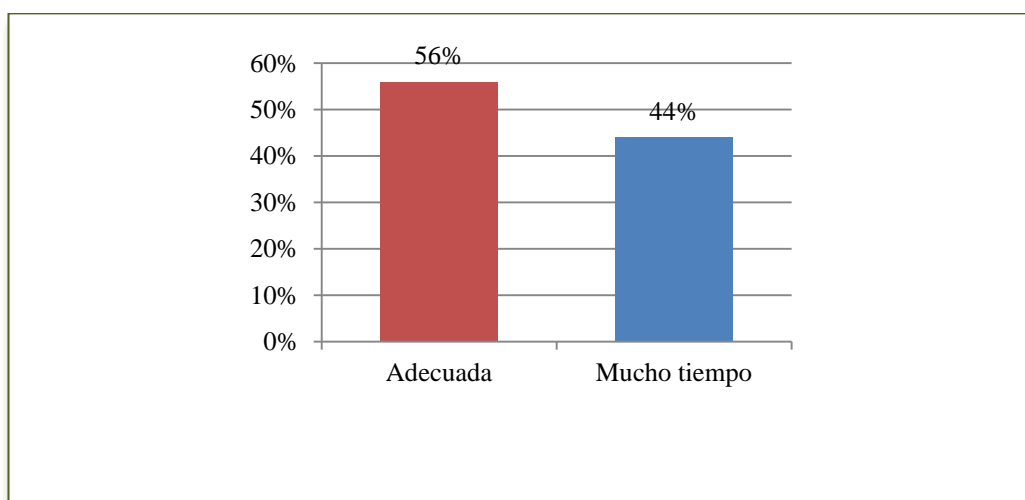
**CUADRO N°13**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adecuada	59	56%
Mucho tiempo	46	44%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°13**



### **Discusión de datos.**

El 56% de las gestantes manifiestan que, el tiempo de espera es el adecuado, mientras que el 44% que esperaron mucho tiempo, se concluye que existe un grupo de insatisfacción en la atención obstétrica.

14.- ¿Considera usted que la disponibilidad de los médicos y de las/os obstetrices en el establecimiento es la apropiada para la demanda de las embarazadas?

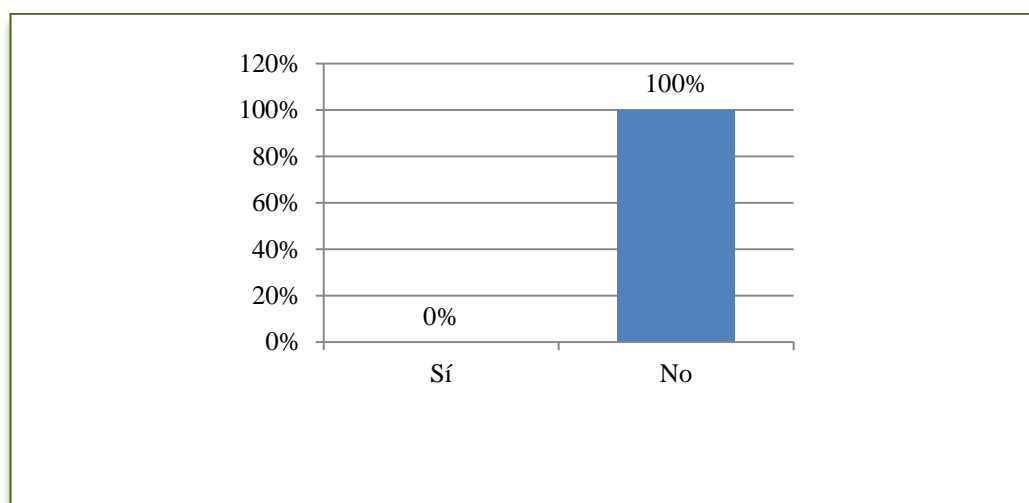
#### CUADRO N°14

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	0	0%
No	105	100%
<b>TOTAL</b>	105	100%

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

#### GRÁFICO N°14



#### Discusión de datos.

El 100% de las gestantes manifiestan que, falta personal médico y obstétrico en el Subcentro de Salud para la demanda de pacientes, que la dirección debe de preocuparse por la gestión del talento humano para que se cumpla con todos los estándares de calidad en los diferentes programas de acceso al usuario.

15.- ¿Considera usted que existe una disponibilidad de medicamentos apropiada para la demanda de las gestantes?

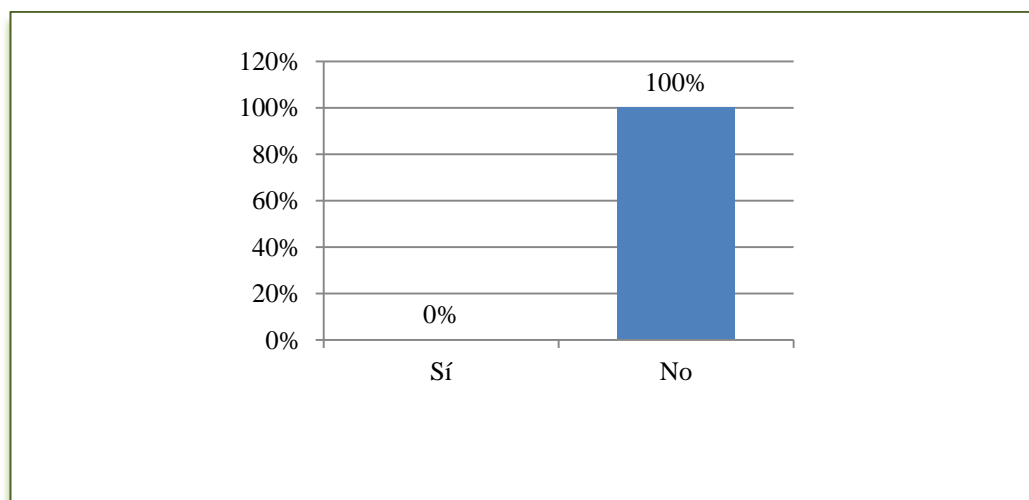
**CUADRO N°15**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	0	0%
No	105	100%
<b>TOTAL</b>	105	100%

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°15**



### **Discusión de datos.**

El 100% de las gestantes manifiestan que, faltan medicamentos para la demanda de pacientes, que muchas veces tienen que comprar por fuera.



16.- Ha asistido a un programa de educación Sexual organizado por el Subcentro.

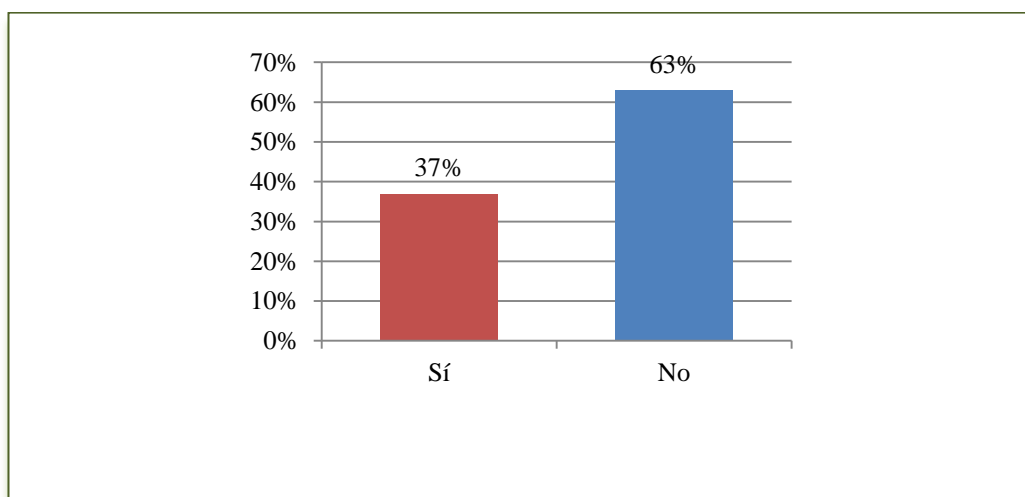
#### CUADRO N°16

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	39	37%
No	66	63%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes gestantes del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

#### GRÁFICO N°16



#### Discusión de datos.

El 63% de las gestantes manifiestan que, no han asistido a ningún evento educativo de educación sexual, mientras que solo el 37% si se han beneficiado del evento, se concluye que debe de organizar eventos educativos de manera periódica para que las pacientes tengan información del programa de planificación familiar.

## RESULTADO DE LA ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD DEL SUBCENTRO DE SALUD 25 DE ENERO DEL ÁREA N°1

1. ¿Considera usted que el equipo de salud del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N° 1, ejecutan el Programa de atención a las embarazadas con calidad y calidez?

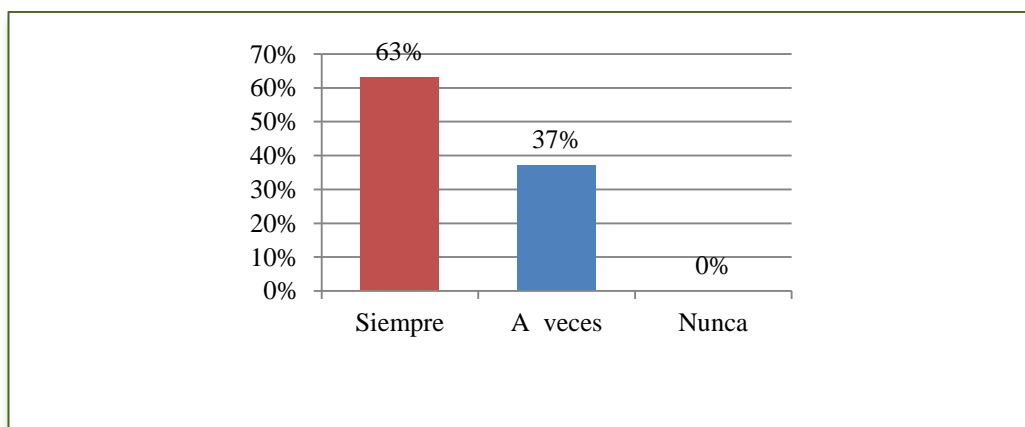
**CUADRO N°1**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	5	63%
A veces	3	37%
Nunca	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personal de Salud del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°1**



### Discusión de datos.

El 63% del personal encuestado manifiestan que siempre tratan de brindar una atención con calidad y calidez a las gestantes, mientras que el 37% que a veces, ya que la demanda de pacientes ofusca el trabajo e impide brindar una atención óptima dentro del programa de planificación familiar.

2. ¿Cree usted que el Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N° 1, tiene personal suficiente para dar atención a los programas de Control Prenatal y Planificación Familiar?

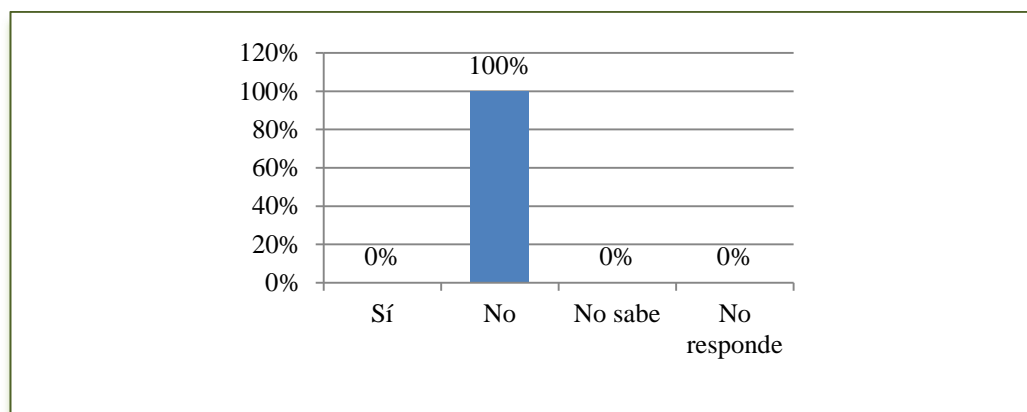
**CUADRO N°2**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	0	0%
No	8	100%
No sabe	0	0%
No responde	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personal de salud del área de Consulta del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°2**



**Discusión de datos.**

El 100% del recurso humano encuestado manifiesta que, el Subcentro de salud no cuenta con la cantidad suficiente de personal, y que la dirección debe de gestionar su incremento para satisfacción ante la demanda de usuarios.

3.- ¿En la consulta le enseña usted a la gestante a identificar signos de alarma obstétricas?

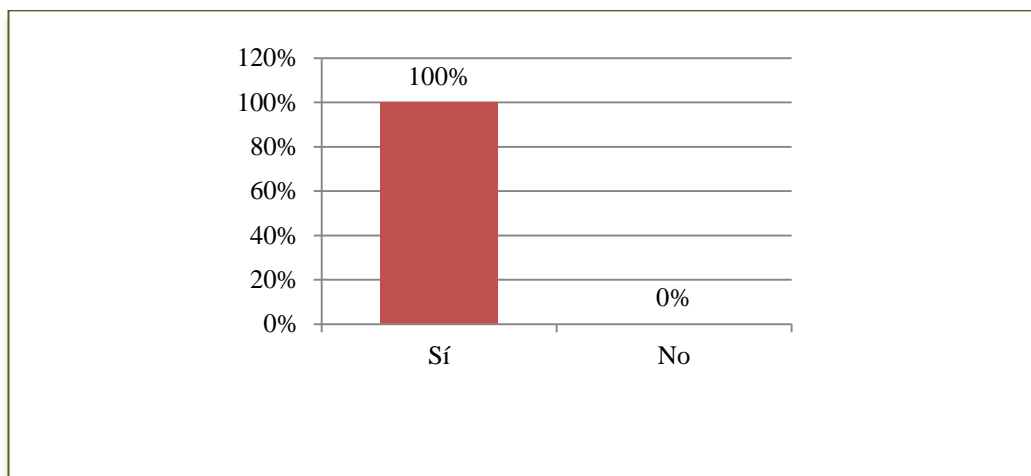
**CUADRO N°3**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	8	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personal de salud del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°3**



### **Discusión de datos.**

El 100% del recurso humano encuestado manifiestan que, si les enseñan a identificar los signos de alarma obstétricos, se concluye que durante la consulta el personal trata de cumplir los indicadores informativos dentro del programa de control prenatal.

4.- ¿Cómo califica usted la aplicación de normas de calidad (saludo, tiempo de espera, entrega del medicamento) en la atención y servicio que recibe usted en el Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N° 1?

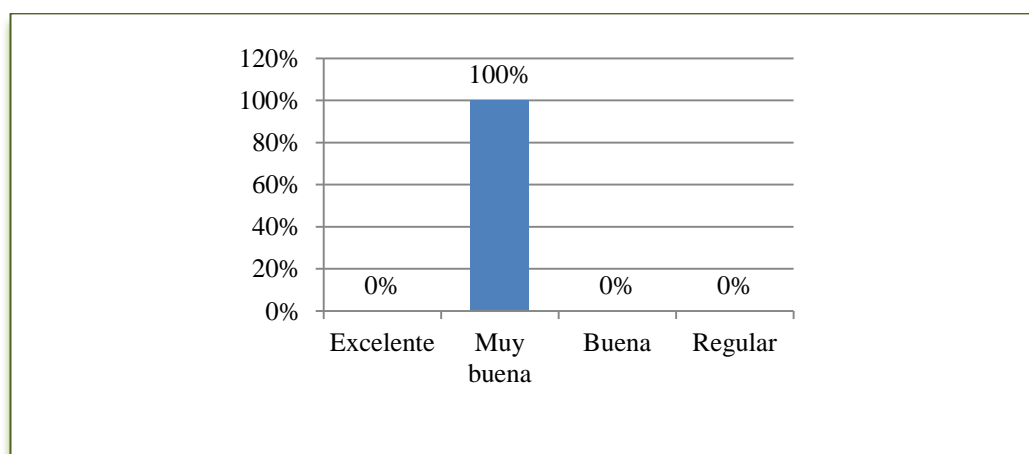
**CUADRO N°4**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	0	0%
Muy buena	8	100%
Buena	0	0%
Regular	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personal de salud del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°4**



**Discusión de datos.**

El 100% del recurso humano encuestado califican de muy buena la aplicación de las normas de calidad en la atención, que ciertas insatisfacciones de las usuarias no dependen del nivel de profesionalismo de ellos.

5.- ¿Considera usted que el embarazo no deseado es un indicador socio económico en las adolescentes?

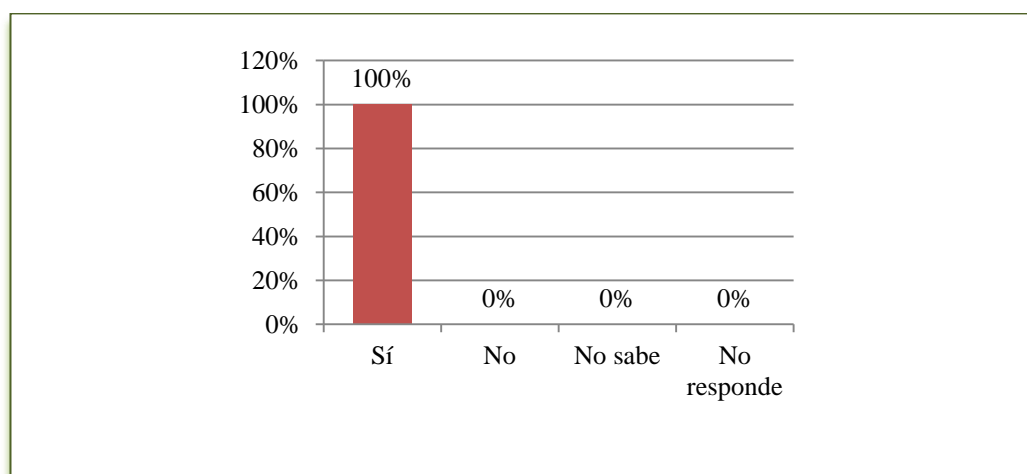
**CUADRO N°5**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	8	100%
No	0	0%
No sabe	0	0%
No responde	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personal de salud del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°5**



**Discusión de datos.**

El 100% del recurso humano encuestado manifiestan que, el embarazo no deseado si es un indicador socio económico, se concluye que es un factor que se debe de modificar con la educación e información oportuna a las adolescentes para efectividad del programa de planificación familiar.

6.- ¿Cuál es el método anticonceptivo de mayor demanda por las usuarias?

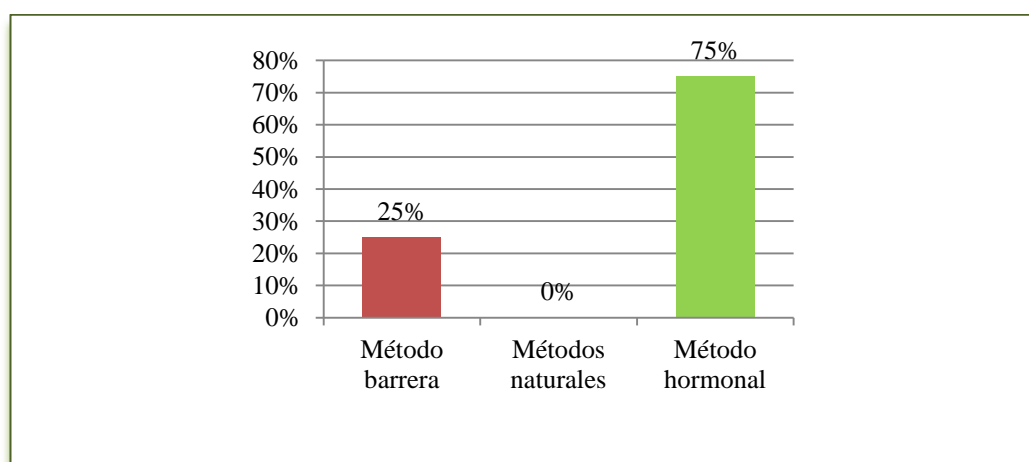
**CUADRO N°6**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Método de barrera (condón)	2	25%
Métodos naturales (ritmo)	0	0%
Método hormonal (píldoras, inyecciones)	6	75%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personal de salud del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°6**



### **Discusión de datos.**

El 75% del recurso humano encuestado manifiestan que, el método de mayor demanda es el hormonal, el 25% método barrera, se concluye que por facilidad de toma y de aceptación de pareja es el método más usual.

7.- ¿Considera usted que existe una disponibilidad de medicamentos apropiada para la demanda de las gestantes?

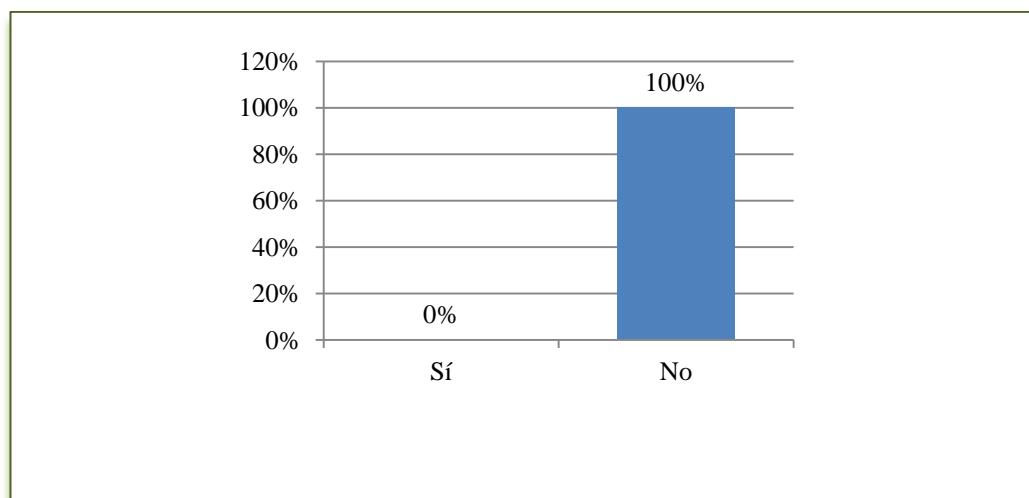
#### CUADRO N°7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	0	0%
No	8	100%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personal de salud del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

#### GRÁFICO N°7



#### Discusión de datos.

El 100% del recurso humano encuestado manifiestan que, faltan medicamentos para la demanda de pacientes, lo que provoca la insatisfacción de las usuarias, por lo que se recomienda a la parte directiva la gestión en el incremento presupuestario para el abastecimiento de medicina.



8.- ¿A participado usted de los programas de educación sexual organizado por el Subcentro de salud?

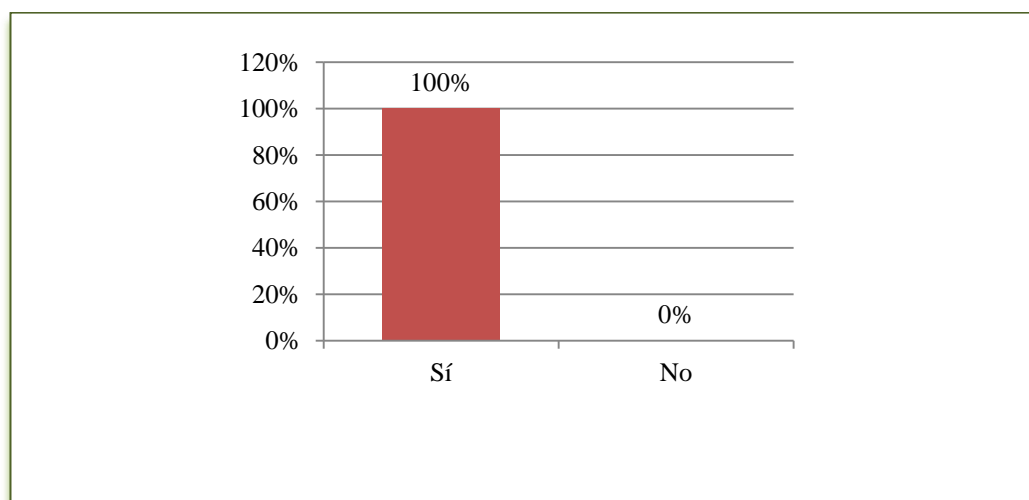
#### CUADRO N°8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	8	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personal de salud del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

#### GRÁFICO N°8



#### Discusión de datos.

El 100% del recurso humano encuestado manifiestan que, si han participado de los eventos organizados por la institucional, pero que se debe continuar con los programas educativos por la presencia de embarazo adolescente.

9.- ¿Considera usted que ha aumentado el porcentaje de pacientes que regresan por citas de seguimientos de Planificación Familiar y Control Prenatal?

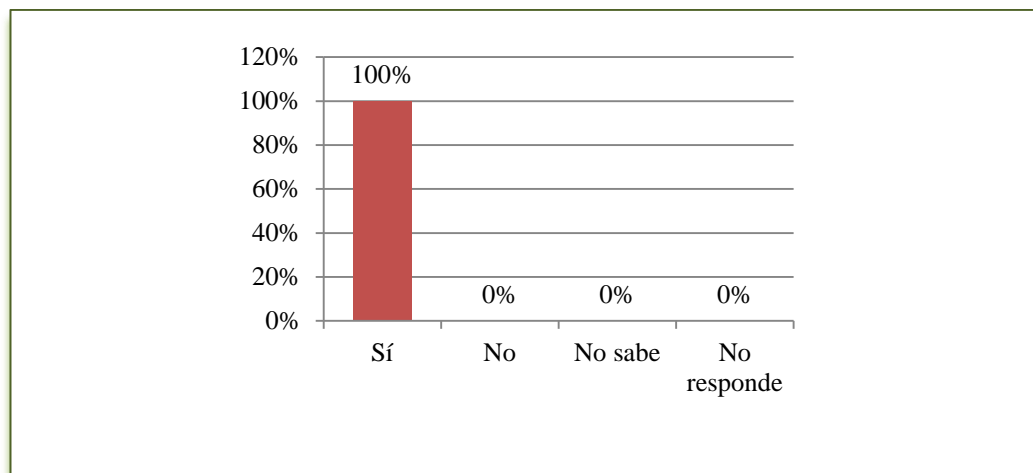
**CUADRO N°9**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	8	100%
No	0	0%
No sabe	0	0%
No responde	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personal de salud del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°9**



**Discusión de datos.**

El 100% del recurso humano encuestado manifiesta que, si ha incrementado el número de pacientes para seguimiento de controles prenatales, lo que es un indicador bueno dentro del programa de planificación familiar.

10.- ¿Ha actualizado sus conocimientos en su especialidad en los últimos años o sobre lo que es la Planificación Familiar?

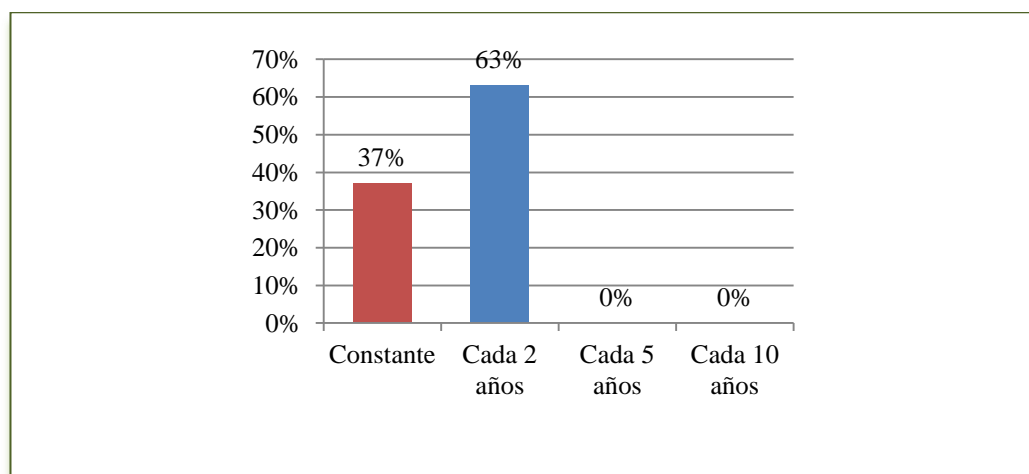
**CUADRO N°10**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Constante	3	37%
Cada 2 años	5	63%
Cada 5 años	0	0%
Cada 10 años	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personal de salud del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N°1, Guayaquil, año 2013

**Investigadoras:** Lcda. Miriam Córdova y Lic. María Cecilia Valle;

**GRÁFICO N°10**



**Discusión de datos.**

El 63% del recurso humano encuestado manifiesta que, cada 2 años se actualizan, y el 37% constantemente, se concluye que los profesionales tienen espacio de actualización en su mayoría cada 2 años.

**CUADRO DE OBSERVACION EN LA CONSULTAS DEL SUBCENTRO DE SALUD N° 25 DE ENERO DEL ÁREA DE SALUD # 1, DURANTE LA ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS.**

DESCRIPCION	CALIFICACION			DETALLE	
	RAPIDA	OPORTUNA	DEMORADA		
ATENCION EN LA VENTANILLA DE RECEPCION		✓	✓	Se procede de manera adecuada y eficiente, en el proceso de atención, necesita asignarle turno	
TIEMPO EN LA SALA DE RECEPCION	✓	NORMAL	✓	Las embarazadas reciben atención acorde a su estado con el cumplimiento de las normas de atención	
ATENCION DE OBSTETRICES	✓	NO		Las embarazadas reciben atención acorde a su estado con el cumplimiento de las normas de atención	
EL TIEMPO UTILIZADO POR LAS OBSTETRICES Y MÉDICOS	✓	NO		Cada paciente es atendido de manera individual de tal manera que es escuchado y recibe las indicaciones precisas sobre su estado de salud.	
TIPO DE PACIENTES QUE ATIENDE OBSTETRIZ	A TODOS	EMBARAZADAS	✓	Cada paciente es referido al médico general o consultorio correspondiente al cuadro clínico, o atención requeridas por él - la paciente	
INFORMACION OPORTUNA	✓	✓	NUNCA	En el Subcentro de salud N° 25 de Enero del área de salud #, existe información sobre el proceso que se debe seguir para ser atendido. Son las trabajadoras sociales quien cumple ese papel.	
FRECUENCIA DE CITA MEDICA	✓	✓	✓	TRIMESTRAL	La cita es dada en base a varios factores, servicio requerido, patología, cronicidad, edad.
GRADO DE SATISFACCION	EXCELENTE	MUY BUENA	✓	REGULAR	
CON QUIEN ACUDEN	ADOLESCENTES	AMIGOS	✓	✓	Acuden con sus familiares, cónyuges o acuden previa atención con el especialista a retirar sus anticonceptivos

## **Interpretación de la observación.**

Para realizar un análisis del tipo de atención que se da al paciente embarazada sea adulta o adolescente, se analizó durante la consulta la aplicación del programa de planificación familiar. Para ello se procedió a observar desde el inicio la gestión del servicio, se examina la atención que se da en la ventanilla. Se procedió a observar por varios meses, confirmando que la atención es la misma, al identificar al paciente, lo envían a otra cola, o permanece en sala de espera por varios minutos, ante un reclamo a los directivos los empleados reaccionan de manera negativa contra las pacientes o sus familiares, adoptando a su vez una conducta pasiva, permisiva.

En la sala de espera de consulta externa todas las pacientes son atendidos por el médico de admisión u obstetras, el tiempo que se demora con cada paciente es normal, existiendo gran demanda, lo que genera a veces inconformidad ante la usuaria.

### **12.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

#### **CONCLUSIONES.**

Luego de realizar el análisis de los datos y tomando en cuenta el cumplimiento de los objetivos específicos, se pueden expresar las siguientes conclusiones:

- Falta de medicamentos en el stock de la farmacia del Subcentro, lo que genera inconformidad en las usuarias.
- El personal de salud cumple con sus actividades contempladas dentro del programa de planificación familiar pero la demanda de pacientes y de tareas ocasiona desfase en la consejería y en la parte informativa y educativa.
- A pesar de haber ciertos indicadores positivos que demuestra la calidad del servicio, existe insatisfacción de la atención recibida por varios pacientes.
- El tiempo que utiliza el médico (a) con la paciente embarazada, adolescente y la familia es mínimo, y refieren que ni siquiera los examinan, solo se cumple con los procedimientos de manera somera o rápida.
- El personal de salud realiza lo pertinente en el control prenatal (preparación, vacunación, consulta), actividades que las comparte con las tareas administrativas, por lo que en ciertas circunstancias no se cumple con la parte informativa al usuario.
- En las consultas se observó presencia de adolescentes embarazadas, y una parte de las gestantes no han participado de los programas educativos de planificación familiar.

## **RECOMENDACIONES.**

- Gestionar el incremento presupuestario para abastecimiento de medicina en el stock de la farmacia.
- Gestionar el incremento del personal profesional de salud para cubrir la demanda actual de pacientes.
- Sistematizar la recopilación de información que brinda la usuaria en relación al servicio que se le brinda y en base a las sugerencias plantear estrategias de fortalecimiento y mejora de la atención.
- Evaluar los indicadores de calidad del programa de planificación familiar.
- Generar mayor compromiso laboral en la atención a la usuaria.
- Organizar eventos educativos de manera periódica para que las pacientes tengan información del programa de planificación familiar.
- Desarrollar un plan de mejoramiento del programa de capacitación en planificación familiar a gestantes.

## **13. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS.**

### **13.1. ALTERNATIVA OBTENIDA.**

#### **MEJORAMIENTO DEL PLAN DE CAPACITACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

### **13.2. ALCANCE DE LA ALTERNATIVA.**

La propuesta tiene la finalidad de reunir las condiciones necesarias para el “Mejoramiento del Programa de capacitación para embarazadas, adolescentes y la familia, sobre planificación familiar con fundamentos teóricos en fomento, promoción, prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ITS) del sector de influencia del Subcentro de Salud # 25 de enero del área de salud # 1 de la ciudad de Guayaquil”. Proporcionará un alivio a los conflictos que representan las aglomeraciones en consulta externa, con un Sistema Preventivo, se disminuirá los gastos de servicios, este programa será un instrumento productivo de atención a las pacientes.

Los beneficiarios de este proyecto serán la comunidad, los habitantes del sector, las madres embarazadas, adolescentes y la familia.

El enfoque del programa para la planificación familiar se basa en brindar a las parejas y a los individuos la información, necesaria para que puedan lograr sus aspiraciones reproductivas y ejercer su derecho a una sexualidad responsable.

Para el desarrollo del programa de capacitación de Planificación Familiar (PF), será necesario organizar un grupo de mujeres que continúen con la difusión de los conocimientos a otras pacientes.



Con la propuesta se pretende:

- Reforzar e incrementar los conocimientos sobre métodos disponibles de planificación familiar,
- Proveer información sobre la efectividad, ventajas y desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos.
- Explicar los mecanismos básicos sobre cómo ocurre el embarazo y cómo los métodos anticonceptivos actúan para evitar la concepción.

### **13.3. ASPECTOS OPERATIVOS DE LA ALTERNATIVA.**

#### **PLAN DE CAPACITACIÓN A GESTANTES Y MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA SUBCENTRO DE SALUD # 25 DE ENERO DEL ÁREA DE SALUD # 1 DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL”.**

Nº de participantes: Grupos de 40 personas

Duración de la sesión: 1 hora.

Tiempo de la capacitación: 1 semana

La planificación familiar de buena calidad aporta una amplia gama de beneficios a las mujeres, sus familias y la sociedad y tendrá los siguientes logros al realizarse la propuesta.

#### **Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres**

La capacidad de la mujer para decidir el intervalo entre los embarazos y limitar el número de estos tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

### **Reducción de la mortalidad de los menores de un año**

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

### **Prevención de la infección por el VIH y el sida**

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

### **Disminución de la necesidad de recurrir al aborto peligroso**

Al disminuir las tasas de embarazo no deseado, la planificación familiar aminora la necesidad de recurrir al aborto peligroso, que representa un 13% de la mortalidad materna mundial.

### **Poder de decisión**

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva.

### **Disminución del embarazo de adolescentes**

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

## **OBJETIVO.**

- Contribuir a elevar el nivel de conocimiento de las gestantes y mujeres en edad reproductiva sobre el programa planificación familiar para mejorar su calidad de vida.
- Orientar a las gestantes y mujeres en edad reproductiva para que sean reproductoras de información dentro de su familia.

## **ACTIVIDADES PARA LA APLICACIÓN DE LA PROPUESTA.**

- 1 Reunión con el personal de salud para captación de pacientes femeninas en edad reproductiva que participen dentro del programa de capacitación y sean reproductoras de la información.
- 2 Convocatoria a las mujeres gestantes y en edad reproductiva a participar de la charla sobre planificación familiar.
- 3 Organización de cronograma de charlas educativas de planificación familiar.
- 4 Ejecución del programa de capacitación.
- 5 Organización del equipo de mujeres en edad reproductiva para que participen en la psicoterapia integral, incluyendo actividades de tipo ocupacional.

## TEMAS A TRATARSE.

<b>PLANIFICACION FAMILIAR</b>	
<b>Objetivo:</b>	Promover el ejercicio de una paternidad y maternidad Responsable.
<b>Duración:</b>	1 hora.
<b>Contenido:</b>	Paternidad responsable. Como ser mejores padres y madres. Riesgo de periodo internatal corto Métodos anticonceptivos, uso, importancia Método de anticoncepción y lactancia

<b>LACTANCIA MATERNA</b>	
<b>Objetivo:</b>	Crear actitudes positivas para la práctica eficaz de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y evitar el inicio temprana de la alimentación complementaria
<b>Duración:</b>	1 hora.
<b>Contenido:</b>	Anatomía y Fisiología mamaria. Composición y beneficios del calostro y la leche materna. Contacto precoz, alojamiento conjunto. Técnicas para un buen amamantamiento. Enemigos de la lactancia materna. Nutrición de la madre lactante. Estrategias para el amamantamiento en mujeres que trabajan

<b>NUTRICION EN LA GESTANTE</b>	
<b>Objetivo:</b>	Brindar información sobre nutrición en el Embarazo, su importancia para el bienestar de la madre y feto.
<b>Duración:</b>	1 hora.
<b>Contenido:</b>	Definición de alimentos - clasificación. Necesidades nutricionales en el embarazo y la lactancia. Énfasis en el consumo de Fe., Ac. Fólico. Influencia de la nutrición materna sobre el feto. Incremento de peso durante el embarazo Esquemas nutricionales. Con adecuación cultural. Recomendaciones de buen hábito alimenticio. Alimentación del niño después de los seis meses

<b>CANCER DE CUELLO UTERINO Y MAMARIO</b>	
<b>Objetivo:</b>	Informar a la mujer sobre la importancia de la detección precoz del cáncer cérvico uterino y mamario.
<b>Duración:</b>	1 hora
<b>Contenido:</b>	Factores de Riesgo Prevención - Detección precoz del cáncer cervical y mamario. Sencillez de las técnicas y procedimientos para la detección y periodicidad acorde a Cartera de Servicios. Enseñanza del auto examen de mamas. Estilos de vida saludables y cáncer

## **ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.**

Formación de un grupo de pacientes con condiciones comunes para contacto y motivarlas a que participen en el programa del cual serán beneficiadas

Disponer de dos médicos para este proyecto, una doctora ubicada en el área de emergencia y otra en el área de admisión de consulta externa, ellas al cumplir con su trabajo diario, realizan su entrevista de manera protocolaria y cuando encuentren pacientes adolescentes y embarazadas con algún problema de planificación familiar o enfermedad de transmisión sexual, se realiza un análisis psicopatológico,

Capacitar diariamente a través de las charlas que se les impartiría en diferentes horarios por el personal inmerso en el programa.

El programa va a contar con la ayuda de una profesional en educación para la salud, quien mantendrá en constante monitoreo los fundamentos de fomento, promoción y capacitación a embarazadas, adolescentes y la familia sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.

## **EVALUACIÓN.**

Cumplimiento de las actividades y monitoreo de la capacitación a las gestantes y mujeres en edad reproductiva.

Registro de asistencia a la capacitación.

Aplicación de técnicas activas para verificación del nivel de captación y comprensión de conocimientos impartidos.

#### **13.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA.**

Personal médico, obstetras, enfermería y educadora para la salud comprometidos en el desarrollo de la propuesta.

Gestantes y mujeres en edad fértil capacitadas en el programa de planificación familiar.

Sensibilización a las gestantes y mujeres en edad fértil para que sean reproductoras de información dentro de su vínculo familiar.

**SUBCENTRO DE SALUD Nº 25 DE ENERO DEL ÁREA Nº 1  
REGISTRO DE PARTICIPANTES EN CHARLAS EDUCATIVAS**

**FECHA.....HORA.....**

**TEMA.....**

**EJE TEMATICO.....**

**RESPONSABLE.....**

**LUGAR.....**

<b>Nº</b>	<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>EDAD</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>FIRMA</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				



## BIBLIOGRAFÍA

- Acién Pedro, (2008), Planificación Familiar, Fisiología Reproductiva, Sexualidad, Anticoncepción y ETS, ediciones Molloy.
- Ascofame. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Y Fundación W. K. Kellogg. ; 1991. Salud Familiar para América Latina. Bogotá.
- Belhea Doris, 2007 “Enfermera Materno Infantil” Ed. Interamericana 1ra edición. México.
- Bookmiller Bowe, 2001 “Enfermería Obstetricia” ED. Ariel 4ta edición. España
- Constitución 2008, capítulo primero, artículo 11, literal 2. Capítulo segundo, “Derechos del buen vivir”, el artículo respecto de la salud. Capítulo sexto, sobre los Derechos de Libertad, artículo 66. Artículo 95 sobre la participación de la ciudadanía. Ecuador.
- Delgado M Llorca J. *Estudio de las pruebas diagnósticas*. Medicina Preventiva. 2010
- Diario El Telégrafo, 23 millones de dólares invertirá el gobierno del Ecuador en programas de planificación familiar, 24 de Febrero del 2012, Ecuador.
- Diario hoy. “Embarazo de niñas sube 74% y ubica al Ecuador primero en la región andina”, 27 de febrero del 2012. <http://www.hoy.com.ec>.
- El Ciudadano, Periódico digital del Gobierno de la Revolución ciudadana, “Gobierno anuncia intenso programa de planificación familiar”, 19/febrero/2011, Ecuador. <http://www.elciudadano.gob.ec>.
- Enciclopedia de la Psicología Océano. 2000. Diccionario, Ediciones océano-éxito, S.A. Tomo 6.
- Enciclopedia de la Psicología Océano. 2009 la edad adulta, Ediciones océano-éxito, S.A. Tomo 4

- Estrelia Nizama Ruiz, Alejandro Samaniego Salcedo (2007), Cómo mejorar la educación para la salud Diagnóstico situacional y propuestas. Care Perú Lima, Marzo de 2007.
- Filosofía de la física, 1987. Obra clásica que analiza algunos aspectos centrales, “*FILOSOFÍA de la ciencia.*” Alianza Editorial. Interesante y amplia introducción a los temas fundamentales de la filosofía de la ciencia.
- <http://www.unfpa.org.ec>, consultado el 19 de julio del 2013
- <http://www.ciudadaniainformada.com/en-un-74-incremento-el-embarazo-adolescente-en-los-ultimos-10-anos-en-ecuador.html>, consultado el 19 de julio del 2013
- Hurtado Barrera, J. (2000). Metodología De La Investigación Holística. 3era. Ed. SYPAL. Instituto Universitario Caripito. Caracas- Venezuela.
- I.J. Bleier, 1985 “Enfermería Materno Infantil”. ED. Interamericano. 4ta edición. Ecuador.
- Ministerio de Salud Caja del Seguro Social, 1996 “Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo”. México.
- Ministerio de Salud Pública, 2008 “Manual de Normas para la Atención Materno Infantil” 5ta edición. Quito-
- Ministerio de Salud Pública, Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA), Ecuador.
- Montilla, R. E. y Medina, F. (2005). Pastoral Counseling with Latinos and Latinas. Minneapolis, MN: Fortress Press.
- MSP, 2005 “No Cumplimiento a Citas en Atención Prenatal de las Embarazadas”. Panamá.
- MSP, 2006 “Atención Prenatal, normas de atención a las Embarazadas, primera consulta elaboración de historia clínica, examen clínico completo y complementarios”. Quito.
- MSP, 2006 “Programa de Atención Integral de la Mujer y del Niño”. Quito.

- MSP, 2006 “Resolución de Jefatura sobre la atención de embarazadas y familia”. Quito-
- MSP, 2007 “Resolución de Jefatura sobre la atención de embarazadas y familia”. Quito- Alvarado K, Templer D, Bresler C, Thomas-Dobson S. 1995 the relationship of religious variables to death depression and death anxiety. J ClinPsychol
- MSP, 2008 “Atención Prenatal, normas de atención a las Embarazadas, primera consulta elaboración de historia clínica, examen clínico completo y complementarios”. Quito.
- MSP, 2009 “Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva” Quito.
- MSP, 2009 “Programa de Atención Integral de la Mujer y del Niño”. Quito.
- Non, 1993 “Atención del Embarazo”. México
- OPS/OMS, 2005 “Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología” RD 2da. Quito.
- Organización Mundial de la salud. 2010. Informe sobre la Salud en el mundo.
- Padilla Vinuesa MC, (2002), Importancia de los servicios de calidad en planificación familiar, Hospital Universitario "San Cecilio". Dpto. De Obstetricia y Ginecología (Granada) Ponencia IV Congreso SEC.
- Reyes-Ortiz, C.2008 Importancia de la religión en el anciano. Rev Col Med.
- San Martín Hernán, 2009 “Salud Enfermedad”. ED Científica, 4ta edición. México.
- UNFPA: Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo 1994.
- Wipedia, 2008 Planificación Familiar. Editorial LAURUS.

# ANEXOS



## **FORMATO DE ENCUESTA DIRIGIDA A LAS PACIENTES**

### **Distinguido Señor (a)**

Concientes de la importancia de su opinion para mejorar nuestro servicio, no solo las condiciones de trabajo, sino tambien la mejora en el servicio de la comunidad, le solicitamos de la manera más comedida su colaboración a fin de suministrar la requerida información en el formulario siguiente, le damos las gracias de antemano.

1. ¿Considera usted que el equipo del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N° 1, aplica normas informativas y servicios accesibles para el Programa de Planificación Familiar?

Siempre ( )

A veces ( )

Nunca ( )

2. ¿De qué manera los métodos de Planificación Familiar que le brinda el Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N° 1, le han servido para la Planificación Familiar de su hogar?

Excelente ( )

Muy buena ( )

Buena ( )

Regular ( )

3. ¿Antes de la consulta le realizan la medición del peso, talla y toma de signos vitales?

Sí ( )

No ( )

De vez en cuando ( )

4. ¿Ha tenido algún contratiempo en las consultas a su control?
- Sí ( )
- No ( )
- Algunas veces. ( )
5. ¿En su control obstétrico le han diagnosticado algún problema de desarrollo fetal?
- Sí. ( )
- No ( )
6. ¿El personal de salud le ha enseñado a identificar signos de alarma obstétricas?
- Sí. ( )
- No ( )
7. ¿Sintió confianza con el profesional que la atendió?
- Sí ( )
- Parcialmente ( )
- No ( )
8. ¿Se sintió satisfecha de la atención recibida?
- Sí ( )
- Parcialmente ( )
- No ( )
9. ¿Le explicaron sobre la evolución y cuidado durante su embarazo?
- Sí ( )
- Parcialmente ( )
- No ( )

10. ¿Cómo califica usted la aplicación de normas de calidad (saludo, tiempo de espera, entrega del medicamento) en la atención y servicio que recibe usted en el Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N° 1?

Excelente ( )

Muy buena ( )

Buena ( )

Regular ( )

11. ¿Considera usted que el embarazo no deseado es un indicador socio económico de las adolescentes en la familia?

Sí ( )

No ( )

No sabe ( )

No responde ( )

12. ¿Antes de salir embarazada que método anticonceptivo usaba?

a. Método de barrera (condón) ( )

b. Métodos naturales (ritmo) ( )

c. Método hormonal (píldoras, inyecciones) ( )

d. Ninguno ( )

13. Considera que el tiempo de espera para recibir la consulta ha sido:

Adecuado ( )

Mucho tiempo ( )

14. ¿Considera usted que la disponibilidad de los médicos y de las/os Obstetrices en el establecimiento es la apropiada para la demanda de las embarazadas?

Sí ( )

No ( )

15. ¿Considera usted que existe una disponibilidad de medicamentos apropiada para la demanda de las gestantes?

Sí ( )

No ( )

16. ¿Ha asistido a un programa de educación Sexual organizado por el Subcentro?

Sí ( )

No ( )





**ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD DEL SUBCENTRO  
DE SALUD 25 DE ENERO DEL ÁREA N°1**

**Distinguido Señor (a)**

Concientes de la importancia de su opinion para mejorar nuestro servicio, no solo las condiciones de trabajo, sino tambien la mejora en el servicio de la comunidad, le solicitamos de la manera más comedida su colaboración a fin de suministrar la requerida información en el formulario siguiente, le damos las gracias de antemano.

1. ¿Considera usted que el equipo de salud del Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N° 1, ejecutan el Programa de atención a las embarazadas con calidad y calidez?

Siempre ( )

A veces ( )

Nunca ( )

2. ¿Cree usted que el Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N° 1, tiene personal suficiente para dar atención a los programas de Control Prenatal y Planificación Familiar?

Sí ( )

No ( )

No sabe ( )

No responde ( )

3. ¿En la consulta le enseña usted a la gestante a identificar signos de alarma obstétricas?
- Sí ( )
- No ( )
4. ¿Cómo califica usted la aplicación de normas de calidad (saludo, tiempo de espera, entrega del medicamento) en la atención y servicio que recibe usted en el Subcentro de Salud N° 25 de Enero del Área N° 1?
- Excelente ( )
- Muy buena ( )
- Buena ( )
- Regular ( )
5. ¿Considera usted que el embarazo no deseado es un indicador socio económico en las adolescentes?
- Sí ( )
- No ( )
- No sabe ( )
- No responde ( )
6. ¿Cuál es el método anticonceptivo de mayor demanda por las usuarias?
- a. Método de barrera (condón) ( )
- b. Métodos naturales (ritmo) ( )
- c. Método hormonal (píldoras, inyecciones) ( )
7. ¿Considera usted que existe una disponibilidad de medicamentos apropiada para la demanda de las gestantes?
- Sí ( )
- No ( )

8. ¿A participado usted de los programas de educación sexual organizado por el Subcentro de salud?

Sí ( )

No ( )

9. ¿Considera usted que ha aumentado el porcentaje de pacientes que regresan por citas de seguimientos de Planificación Familiar y Control Prenatal?

Sí ( )

No ( )

No sabe ( )

No responde ( )

10. ¿Ha actualizado sus conocimientos en su especialidad en los últimos años o sobre lo que es la Planificación Familiar?

Constante ( )

Cada 2 años ( )

Cada 5 años ( )

Cada 10 años ( )

**CUADRO DE OBSERVACIÓN EN LA CONSULTAS DEL SUBCENTRO DE SALUD N° 25 DE ENERO DEL ÁREA DE SALUD N° 1, DURANTE LA ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS.**

DESCRIPCION	CALIFICACION			DETALLE	
	ATENCION EN LA VENTANILLA DE RECEPCION	RAPIDA	OPORTUNA	DEMORADA	
TIEMPO EN LA SALA DE RECEPCION	PROLONGADA	NORMAL			
ATENCION DE OBSTETRICES	SATISFACTORIA	NO			
EL TIEMPO UTILIZADO POR LAS OBSTETRICES Y MÉDICOS	SUFICIENTE	NO			
TIPO DE PACIENTES QUE ATIENDE OBSTETRIZ	A TODOS	EMBARAZADAS			
INFORMACION OPORTUNA	SIEMPRE	A VECES	NUNCA		
FRECUENCIA DE CITA MEDICA	DIARIA	SEMANAL	MENSUAL	TRIMESTRAL	
GRADO DE SATISFACCION	EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	
CON QUIEN ACUDEN	ADOLESCENTES	AMIGOS	SOLOS	FAMILIA	

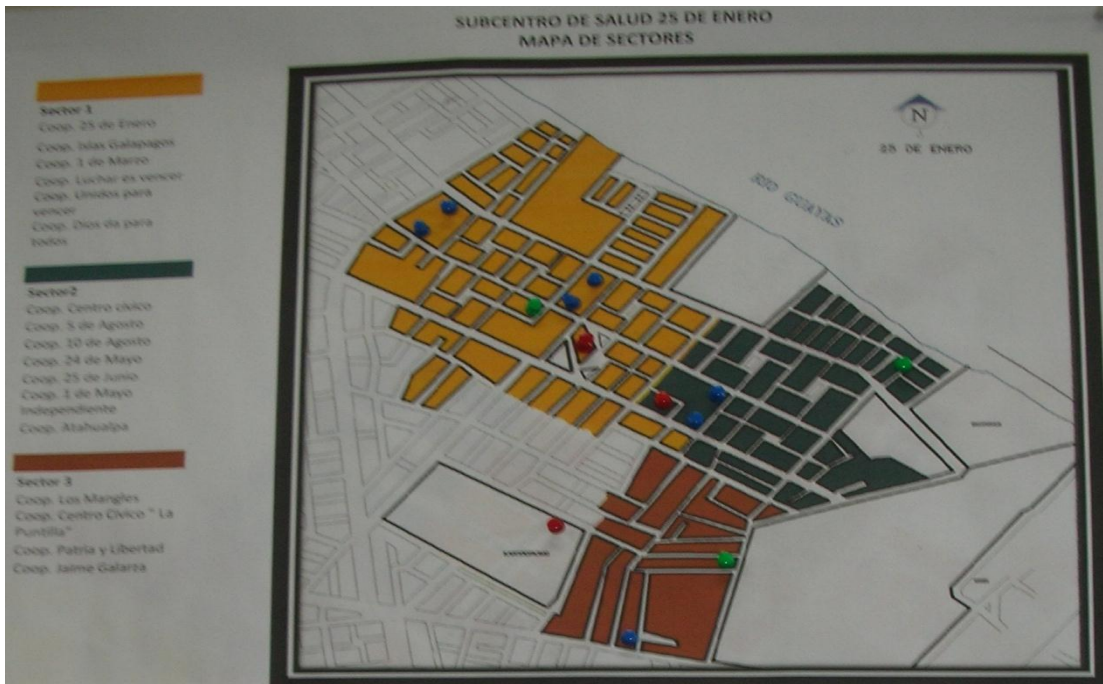


FOTO N°1 Ubicación del Subcentro de acuerdo a plano de la ciudad

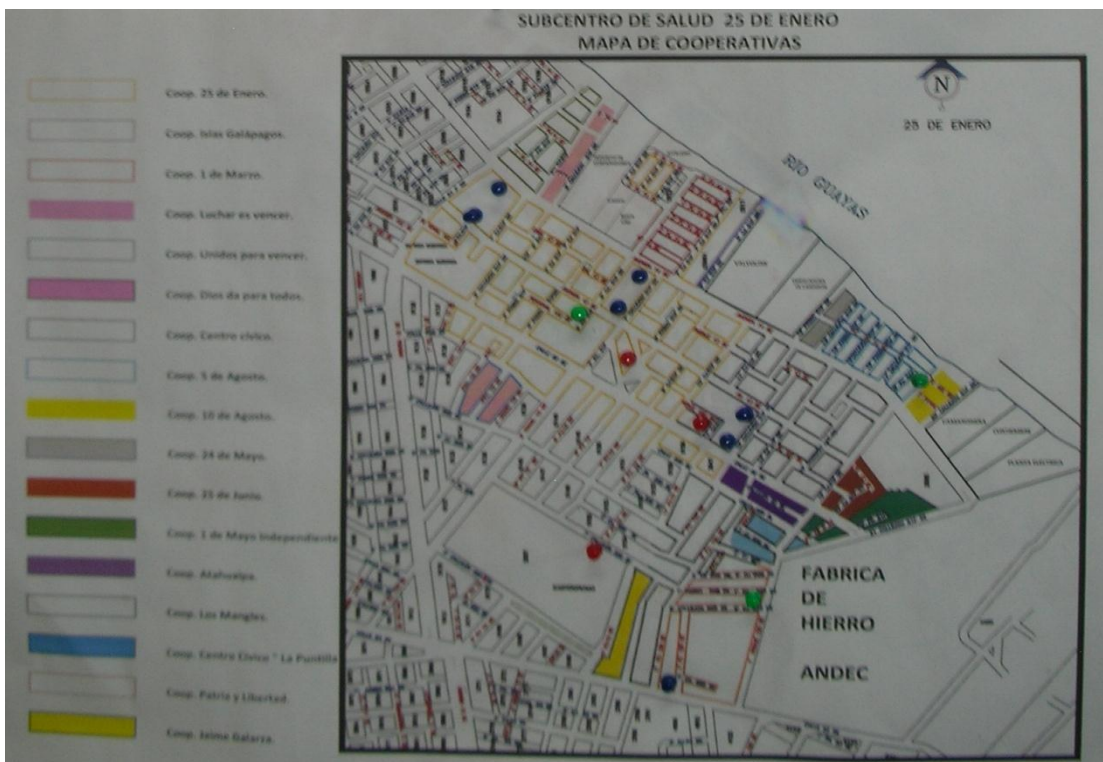


FOTO N° 2 Ubicación del Subcentro de acuerdo a plano de la ciudad

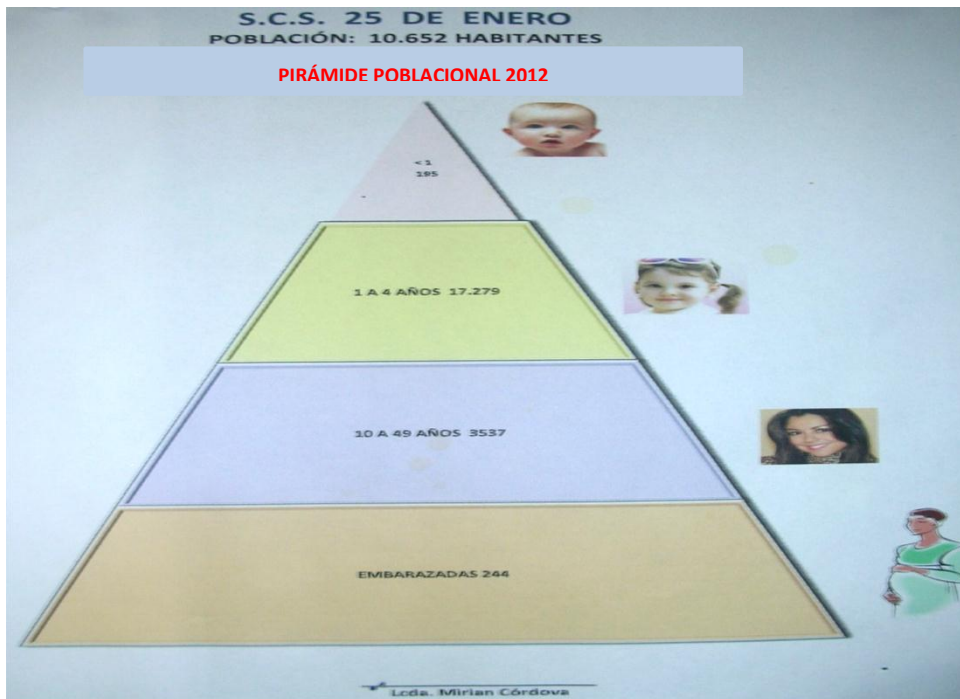


FOTO Nº 3 Gráfico poblacional

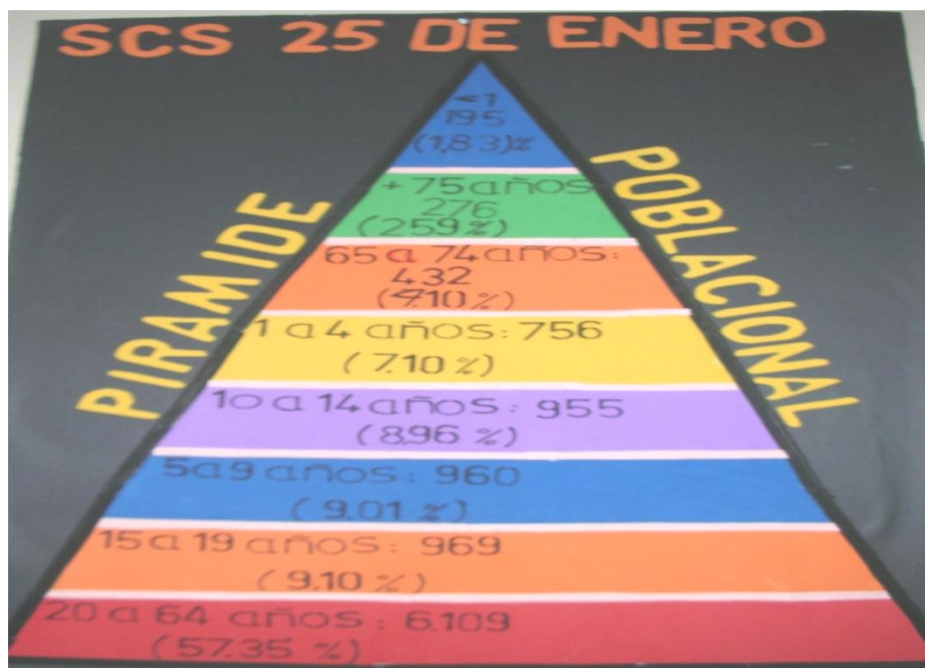


FOTO Nº 4 Gráfico poblacional



FOTO N° 5 Instalación del Subcentro de Salud



FOTO N° 6 Instalación del Subcentro de Salud



FOTO Nº 7 Ambiente del Subcentro de Salud



FOTO Nº 8 Ambiente del Subcentro de Salud – atención a usuaria.





FOTO N° 9 Pacientes en sala de espera recibiendo información para trabajo de campo



FOTO N° 10 Pacientes en sala de espera recibiendo información para trabajo de campo



**FOTO N° 11 REALIZANDO EL TRABAJO DE CAMPO**



**FOTO N° 12 Equipo de trabajo**