



saludmesoamerica2015.org

Los Equipos de Salud con las competencias e implementando la Estrategia Integral de Planificación Familiar con una gestión efectiva: Diseño del modelo de gestión efectiva para la estrategia integral y Análisis de Validación

Estrategia de Fortalecimiento para la Gestión Efectiva de los Servicios de Planificación Familiar

Chiapas, México

Marzo 2014

Contenidos

Siglas y abreviaturas	4
I. Introducción	5
II. Propósito y objetivos	6
III. Alcance de la estrategia	7
IV. Antecedentes	8
V. Marco político y legal	10
Aspectos normativos específicos en Planificación Familiar	11
VI. Marco conceptual.....	12
Enfoque de Salud Pública.....	13
Enfoque del continuo de la atención	13
Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria.....	14
Enfoque de Gestión Integral de la Calidad como Eje Transversal para la Atención de PF	15
VII. Enfoque sistémico para el abordaje de la estrategia	20
VIII. Componentes de la estrategia	25
IX. Componentes básicos de la EFGESPF.....	28
Componente de Atención	28
Planificación Familiar	28
Planificación Familiar de intervalo.....	32
Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO)	32
Comunicación interpersonal y la orientación-consejería para APEO	35
Adolescentes	36
Métodos tradicionales, naturales o de abstinencia periódica	36
Componente de Provisión de Servicios	38
Las Redes de Servicios Esenciales de Salud.....	38
CONE ambulatorio.....	38
CONE Básico y CONE Completo	43
Posadas de Nacimiento	50
Sistema de referencia y respuesta	54
Componente de Gestión de Servicios.....	56
Gestión de la Programación de Planificación Familiar	57

Gestión de la Organización de los Servicios para la atención de PF.....	63
Gestión del monitoreo, supervisión y evaluación de la atención de PF.....	68
Gestión estratégica de la información de la atención de PF.....	75
Gestión efectiva de la logística de insumos en PF:	79
Gestión efectiva del Equipamiento Básico.....	90
Gestión efectiva del Talento Humano.....	93

Siglas y abreviaturas

AC	Adaptada Culturalmente
AOE	Atención Obstétrica de Emergencia
APP	Años Protección Pareja
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
AT	Asistencia técnica
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CONE	Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales
DIU	Dispositivo Intra Uterino
EGESPF	Estrategia de Fortalecimiento para la Gestión Efectiva de los Servicios de Planificación Familiar, para el Estado de Chiapas
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
GPC	Guías de Práctica Clínica
IMI	Informe de Medicamentos e Insumos de salud
ISECH	Instituto de Salud del Estado de Chiapas
ITS/VIH/SIDA	Infecciones de Transmisión Sexual/Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
MAC	Métodos Anticonceptivos
MCC	Mejora Continua de la Calidad
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MSH	Management Sciences for Health
NIA	Necesidad / Demanda Insatisfecha de Anticonceptivos
OEA	Organización de los Estados Americanos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAT	Programa con base en datos de población
PF	Planificación Familiar
SIAL	Sistema de Almacenamiento
SM2015	Salud Mesoamérica 2015
SSR	Salud Sexual y Reproductiva

I. Introducción

Este documento contiene los lineamientos técnicos normativos de la Estrategia de Fortalecimiento para la Gestión Efectiva de los Servicios de Planificación Familiar, para el Estado de Chiapas, México. Con el soporte de los mandatos legales que provienen de la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, reglamentos de la Ley General en Salud en materia de prestación de servicios y las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) en la materia, que asientan el carácter prioritario y obligatorio, adscribiendo como sujeto de obligación al Estado y estableciendo a los y las ciudadanas como sujetos de derecho.

La preocupación del Instituto de Salud del Estado de Chiapas, México (ISECH) por reducir la morbi mortalidad materna y neonatal en las jurisdicciones indígenas y zonas rurales del Estado, que continúan siendo un reto importante, ha generado la decisión de implementar la Estrategia de Fortalecimiento para la Gestión Efectiva de los Servicios de Planificación Familiar, para el Estado de Chiapas, México. Representa un reto importante y para lograrlo se reconoce la necesidad de construir un modelo de atención y gestión efectiva, sustentado en redes de servicios de salud y constituye el propósito y objetivos del presente documento.

El abordaje de la estrategia es altamente importante, ya que la literatura internacional evidencia que de entre los cuatro pilares de la Maternidad Segura, el Pilar de Planificación Familiar contribuye entre un 25% a 40 % en la reducción de la mortalidad materna; es por eso que se diseñó esta estrategia de PF conjuntamente y siguiendo el enfoque propuesto en la Estrategia de CONE para el Estado de Chiapas. Ambas estrategias, la de CONE y la de PF, en dos diferentes documentos, contemplan un enfoque sistémico común; toman como Marco Conceptual los Cuatro Pilares de la Maternidad Segura, constituidos por; Planificación Familiar, Atención Prenatal, Atención del Parto Limpio y Seguro y los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales, con una sólida base de participación comunitaria, que se operativiza a través del continuo de la atención, desde la etapa preconcepcional, embarazo, parto, posparto, atención del recién nacido y del menor de dos años.

Los servicios de Planificación Familiar, se brindarán conforme a la NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, al Programa de Acción Específico 2007-2012 de Planificación Familiar y Anticoncepción, publicada por la Secretaría de Salud en el año 2008 y conforme las Guías de Práctica Clínica disponibles sobre este tema en la Secretaría de Salud y que cuentan con la evidencia científica más reciente.

La estrategia se desarrolla a partir de tres componentes básicos: 1- El Componente de Atención que define a quién vamos a atender, en qué ambiente brindaremos la atención, que servicios vamos a ofrecer y cómo y con qué los vamos a ofrecer. 2- El Componente de Provisión de servicios; que establece quiénes prestarán los servicios y la organización de la red de servicios. Y 3- El Componente de Gestión de los servicios que describe como se manejarán los recursos y los sistemas de apoyo. Los tres son abordados de manera integral y complementaria, a partir de lo que establece el Componente de Atención.

II. Propósito y objetivos

Propósito

- Dictar los lineamientos estratégicos de la gestión efectiva para la atención integral de Planificación Familiar en el Estado de Chiapas México.

Objetivos

- Fortalecer al ISECH para la gestión integral de la atención en Planificación Familiar en el Estado de Chiapas.
- Establecer las mejoras para cada uno de los elementos de la gestión estratégica y efectiva de los servicios de PF.
- Aglutinar, los instrumentos disponibles en la Secretaría de Salud requeridos para la implementación de la estrategia integral de gestión de Planificación Familiar.

III. Alcance de la estrategia

La presente estrategia incluye a los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y enumera los lineamientos para la organización, la prestación de servicios y el desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.

Esta estrategia es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores público, social y privado del Estado de Chiapas.

IV. Antecedentes

El estado de Chiapas es uno de los más pobres de México, con población bastante dispersa y una alta proporción de población indígena. Chiapas es una de las entidades estatales con mayor diversidad de riesgos para la salud, tanto de índole geográfico, demográfico y social. Su cercanía con Guatemala ha causado un acelerado movimiento migratorio en la zona fronteriza, que se caracteriza por tener programas sociales deficitarios, esto ha permitido clasificarlo como una de las principales prioridades de SM2015.

En los municipios focalizados por SM 2015, el 79% de la población hablan un idioma indígena y el 40% no hablan español. Casi 20% de la población mayor de 15 años es analfabeta. En las áreas focalizadas la población vive en forma dispersa convirtiendo en un mayor reto el acceso a los servicios de salud. Junto con Oaxaca y Guerrero, Chiapas tiene los más altos niveles de mortalidad materna, siendo de 60.6 por 100,000 NV en el 2010 (aunque se estima que es 20% más alto en los municipios focalizados), siendo la hemorragia obstétrica la causa de un tercio de las muertes maternas.

De acuerdo al CONAPO, Chiapas cuenta con una población de 4.8 millones de habitantes, donde las mujeres en edad fértil (MEF 15-49 años) representan el 52.6% de la población femenina total, con un ritmo de crecimiento poblacional en este grupo del 2.8%, cuentan con una exposición al embarazo de 72.1%, y solamente el 7.2% se protegió de embarazo en la primera relación sexual (nacional es 19.9%), donde el 35.2% de MEF sin escolaridad no conoce MAC, incrementándose al 49.4% de MEF hablantes de lengua indígena, y si nos referimos al uso de MAC en MEF unidas de habla Indígena es de solamente 30.1%. La OTB representa el 32% de la prevalencia anticonceptiva, más de la mitad de la prevalencia total, ya que esta es de 55%.¹

El Sector público represento el 76.5% como lugar de obtención de los MAC en 2009 de las usuarias sexualmente activas, siendo el momento de adopción en Posparto (54.1%), La ENADID 2009, expresa que el porcentaje de mujeres sexualmente activas que nunca han usado anticonceptivos es de 27.1%, sin embargo, el porcentaje de las adolescentes sexualmente activas que nunca ha utilizado anticonceptivos alcanza el 58.2%²

El sistema de prestación de servicios de salud es fragmentado, componiéndose en tres sub-sistemas: seguridad social, seguridad pública y seguridad privada. La población no cubierta por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) son denominados como “población abierta” o sea no son derecho-habientes. Hace 20 años inició el Programa Oportunidades (antes conocido como Progreso) que provee subsidios en efectivo a familias que cumplen ciertos requisitos educativos, sanitarios y nutricionales. Hace 13 años se creó el Sistema de Protección Social de la Salud (Seguro Popular) un seguro médico para las personas que no tenían seguridad social y que financia 275 intervenciones a nivel primario y secundario. “El Seguro Popular es visto como el motor de mejora de la calidad, equidad, protección financiera, convirtiéndose en un programa esencial para los próximos años.” El sistema de salud está estructurado por jurisdicciones, cada jurisdicción a su vez comprende varios municipios. Los servicios de salud están organizados en redes con varios niveles. En Chiapas la Secretaría de Salud presta los servicios a la población afiliada al Seguro Popular mediante el Modelo Integrador de la Atención en Salud a través de las redes.

Existe la NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, la cual tiene expresado su objeto como el medio para uniformar los principios, criterios de operación, políticas y

¹ Perfiles Salud Reproductiva Chiapas. Consejo Nacional de Población. Primera Edición: Noviembre 2011.

² ENADID 2009.

estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

El Programa de Acción Específico 2007-2012 Planificación Familiar y Anticoncepción de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud Federal, es el instrumento rector que se ha elaborado de manera consensuada, con estrategias sustentadas en las mejores prácticas y en la evidencia científica disponibles; para definir la dirección que todas las instituciones y niveles de gobierno deberán seguir para lograr avanzar de manera conjunta y armónica en los principales retos de Planificación Familiar que enfrenta el Sistema Nacional de Salud, entre los que se mencionan: Fortalecer la coordinación interinstitucional; contar con una población informada que conozca los beneficios de la planificación familiar y utilice los servicios; asegurar en todo el país, los insumos anticonceptivos suficientes, oportunos y de calidad para la prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción; capacitar y/o actualizar al personal técnico administrativo para la prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción; reducir los rezagos en salud reproductiva en población urbano marginada, rural e indígena.

Para avanzar en este sentido, es menester para el ISECH fortalecer los servicios de PF en su capacidad para desarrollar una gestión efectiva en elementos como: los suministros y métodos anticonceptivos, la gestión del talento humano; a partir de una efectiva gestión de la programación y presupuestación orientada al cierre de las brechas de la demanda aun insatisfecha. Así como, fortalecer los sistemas de monitoreo, control e información y de aseguramiento de la calidad en la atención, entre otros. Además, con ello, se estará contribuyendo de manera significativa, a la reducción de la morbi mortalidad materna y perinatal, conjuntamente con la efectiva aplicación de la estrategia de CONE para la atención de la mujer, del recién nacido y del menor de dos años. Es así que, para lograrlo, el ISECH ha dispuesto contar con la presente estrategia de fortalecimiento para la **gestión efectiva** de los servicios de Planificación Familiar en las redes de provisión de los servicios en sus jurisdicciones sanitarias.

Para su construcción, se ha partido de un análisis de la situación actual en la atención de los servicios de Planificación Familiar. Uno de los hallazgos más sobresalientes, es la basta normativa estatal y federal disponible para la prestación de servicios de salud, que incorpora la evidencia científica más actualizada, complementada con una red de servicios constituida por casas de salud, unidades médicas móviles, centros de salud microrregionales, unidades médicas regionales, hospitales básicos de la comunidad, centros de salud con servicios ampliados, hospitales de la mujer, hospitales generales y hospital regional de alta especialidad.

Sin embargo en la revisión de la gestión de los servicios de planificación familiar, se identificaron dificultades en la disponibilidad oportuna y permanentemente de algunos métodos, entre otros aspectos relevantes, lo que se debe mejorar a través de esta Estrategia de fortalecimiento para una gestión efectiva de los servicios de Planificación Familiar en las redes de proveedores de las jurisdicciones en todo el Estado de Chiapas.

V. Marco político y legal

La propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, reglamentos de la Ley General en Salud en materia de prestación de servicios y las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) en la materia, asientan el carácter prioritario y obligatorio, adscribiendo como sujeto de obligación al Estado y estableciendo a los y las ciudadanas como sujetos de derecho.

Los elementos de protección a la planificación familiar están establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Ley General de Salud; Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; Constitución Política del Estado de Chiapas y la Ley Estatal de Salud del Estado de Chiapas

La Secretaría de Salud en su papel rector como cabeza de sector tiene 31 programas prioritarios denominados Programas de Acción Específicos para temas de alta prioridad del Sector que deben ser aplicados por todas las instituciones del sistema de salud en todos los niveles de gobierno, considerando su repercusión en la salud de la población y dentro de los cuales se encuentra el Programa de Acción Específico en Planificación Familiar y Anticoncepción 2007-2012.

Cuadro 1: Resumen, Marco jurídico nacional en materia de salud materna, neonatal y planificación familiar con énfasis en las poblaciones indígenas.

Instrumento jurídico
Constitución Política ³
Ley General de Salud ⁴
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica ⁵

Cuadro 2: Resumen Marco jurídico del estado de Chiapas en materia de salud y planificación familiar con énfasis en las poblaciones indígenas.

Ley Estatal de Salud ⁶
Constitución Política del Estado de Chiapas ⁷

³<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>

⁴<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

⁵http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM.pdf

⁶<http://www.congresochiapas.gob.mx/index.php/Legislacion-Vigente/ley-de-salud-del-estado-de-chiapas.html>

⁷<http://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/CONSTITUCION%20ESTATAL.pdf>

Aspectos normativos específicos en Planificación Familiar

En abril de 1972, el gobierno mexicano modificó su postura tradicional en planificación familiar y estableció una serie de reformas jurídicas que sentaron las bases para el desarrollo de una nueva política. Al Artículo 4° Constitucional se le hizo la siguiente adición: "...todos los individuos tienen el derecho de decidir de una manera libre, responsable e informada, acerca del número y espaciamiento de sus hijos" (Palma, 1993).

Un año antes de su incorporación al Plan de Acción Mundial de Población (1974), el Gobierno Mexicano definió sus políticas de población a partir de la promulgación de la Ley General de Población y la creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO), organismo de carácter interinstitucional que representa la base de la política de planificación familiar. El CONAPO desde entonces ha tenido a su cargo la planeación demográfica del país, con el objetivo de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental y vincular los objetivos de éstos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos.

Por tanto, la instrumentación de un mandato constitucional de tal envergadura se realiza mediante dos instituciones: la Secretaría de Salud (SSA) y el CONAPO.

Por su parte, el CONAPO, según la Ley General de Salud debe: 1) establecer los contenidos y estrategias para el desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de planificación familiar y educación sexual (Art. 68, fracción I); 2) establecer políticas para la prestación de servicios de planificación familiar y educación sexual (Art. 68, fracción III y Art. 69); 3) formular el Programa Nacional de Planificación Familiar (Art. 70), y 4) asesorar al sistema educativo nacional en la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual (Art. 71).

El marco jurídico nacional e internacional, del cual es partícipe México, concede suficiente apoyo legal para la implementación de las acciones y medidas de salud que previenen el daño a la salud de las mujeres y los niños considerados dentro de la lucha contra la mortalidad materna e infantil, a través de las intervenciones contenidas en la Maternidad Segura y los procesos de la estrategia CONE y PF. Por ello es imprescindible la integración de las acciones contempladas en el marco jurídico, a cabalidad, dentro de la oferta de servicios culturalmente aceptables a la población del estado de Chiapas.

VI. Marco conceptual

La construcción de la estrategia de fortalecimiento para la gestión efectiva de la Planificación Familiar del Estado de Chiapas, el ISECH, toma como marco general El PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 Planificación Familiar y Anticoncepción; y considera a la Planificación Familiar dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, especialmente en su objetivo 6, el cual se enfoca en reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables, y en su estrategia 6.1 que señala emprender una estrategia integral, que identifique y privilegie a los grupos de mayor rezago y que se asegure la disponibilidad de insumos para la prestación de los servicios de salud de planificación familiar y anticoncepción⁸.

La estrategia de atención en Planificación Familiar para el Estado de Chiapas desarrolla cuatro líneas de acción, congruentes con las 8 estrategias y las respectivas líneas de acción propuestas en el Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción, detallándose a continuación con las principales actividades a ser implementadas:

1. Aumento de la demanda y el acceso a los servicios de Planificación Familiar, mediante el desarrollo de acciones comunitarias.
2. Mejora Continua de la Calidad, que incluye capacitación clínica en: consejería, entrega de métodos de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad, técnicas clínicas para métodos temporales de larga duración y definitivos.
3. Establecimiento y operación de un sistema activo de referencia y respuesta.
4. Humanización / adecuación cultural de los servicios a las necesidades y requerimientos de las usuarias y sus familiares.

Actualmente las acciones desarrolladas en PF, no son suficientes. Incluso cuando los servicios están funcionando mejor, las mujeres, adolescentes y hombres, enfrentan una variedad de barreras para poder utilizarlos. Algunas limitantes son de carácter económico (falta de dinero para pagar el transporte o los servicios), otras son geográficas (distancias largas y vías en mal estado) y otras son culturales o educativas, que incluyen la propia incapacidad de la población para reconocer la importancia del espaciamiento de los embarazos y demandar de inmediato a los servicios de salud los métodos anticonceptivos de su elección, todo esto, conduce a embarazos no deseados que en algunos casos contribuyen a la muerte materna. La situación se torna más difícil por debilidades en la gestión de dichos servicios por lo que es necesario contar con los lineamientos orientados a su fortalecimiento para lograr en el corto plazo una gestión más efectiva.

Los servicios de Planificación Familiar son fundamentales si se quiere reducir la mortalidad materna y neonatal, la construcción de la Estrategia de fortalecimiento para su gestión efectiva, conforme al enfoque sistémico, se visualiza debidamente articulada y complementaria a la estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE).

Los diferentes enfoques de abordaje a la salud desde sus inicios históricos, identifican los elementos y tendencias que dan fundamento a este abordaje. Como sigue:

⁸ Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México.

Enfoque de Salud Pública

El concepto “Historia Natural de la Enfermedad”, fue introducido por Sir MacFarlane Burnet en 1940, para enfermedades infecciosas. Posteriormente Leavell y Clark (1953) propusieron el uso de este modelo para cualquier tipo de enfermedad, estructurando un sistema mucho más amplio de prevención (niveles de prevención), refiriéndose a la Prevención Primaria, como la promoción de la salud y la protección específica de las enfermedades.⁹

Esta visión de la salud ha sido progresivamente extendida al transcurrir los años. Así, desde 1974 se ha identificado que los estilos de vida, ambiente social y físico, biología humana y servicios de salud, constituyen desigualdades socialmente determinadas que influyen en la salud del individuo y la población¹⁰. El abordaje por lo tanto es mucho más amplio, con un enfoque en la población, originando condiciones para que esta se saludable.¹¹

Los compromisos más importantes de la salud pública a nivel global y regional, a los que actualmente deben responder los diferentes Sistemas de Salud de la región, enfatizan enfoques mucho más amplios, dentro de los que se incluye principalmente: la renovación de la Atención Primaria en Salud (2,005), las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2007), la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (2007), y el planteamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (2008); todos ellos necesarios no solo para poder cumplir con los Objetivos Desarrollo del Milenio, sino también para enfrentar los nuevos desafíos en salud en la región.¹²

De lo anterior, la importancia histórica que ha venido evolucionando desde los inicios de la salud pública, a un enfoque con mayor énfasis en una óptica sistémica e integral, que preferencia la atención a la salud sobre la enfermedad, sin descuido de ésta. Que nos señala que la prioridad, no es exclusiva de la atención clínica y que requiere enfoques más integrales, que den la prioridad a la promoción de la salud y la prevención oportuna del daño así como a la participación del individuo, familia y comunidad, dentro de un marco de respecto a sus valores, prácticas, cultura y cosmovisión. Estos aspectos son muy importantes a considerar en el enfoque de abordaje, especialmente para la atención de planificación familiar.

No obstante, se reconoce que en los últimos cincuenta años los sistemas de salud se han desarrollado en gran medida en torno a la atención especializada de nivel hospitalario y alrededor de programas prioritarios e intervenciones selectivas,¹³ por lo que un enfoque integral y sistémico para la atención a la salud, constituye aún, un importante reto.

Enfoque del continuo de la atención¹⁴

El proceso llamado “continuo de atención” o “continuo de cuidados”, implica el uso racional y apropiado de las nuevas y mejores evidencias disponibles hasta el momento, puestas al servicio de los individuos y comunidades durante todas las etapas del ciclo vital o curso de vida.

⁹ Salud Pública y Medicina Preventiva, DR. Rafael Álvarez Alva, segunda edición, manual moderno, pp64.

¹⁰ Lalonde 1974.

¹¹ Krieger 2002.

¹² OPS. 2005. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS:6-7

¹³ (OMS 2008:14).

¹⁴ Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. CLAP/SMR- OPS – 2010.

La salud sexual y reproductiva constituyen un buen ejemplo de continuo de cuidados, con ella se puede apreciar como la introducción de actividades de promoción y protección de la salud dirigidas a los adolescentes contribuyen a decidir el momento más oportuno para el comienzo de las relaciones sexuales, hacerlo libre de coerción y a disminuir el riesgo de enfermar (ITS/VIH/SIDA). También se mejora el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos, con lo cual se contribuye a respetar el derecho de decidir el momento apropiado para embarazarse.

Siguiendo la lógica del continuo de atención se fomenta la consulta preconcepcional de las mujeres para conseguir un embarazo en las mejores condiciones y disminuir el riesgo de enfermar o morir. Una vez conseguido el embarazo se pretende dar con la estrategia CONE, el cuidado de mayor calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio. A partir de este momento continúa el compromiso con los cuidados de la mujer (contracepción, prevención del cáncer génito-mamario, climaterio, etc.) y comienzan los cuidados del recién nacido y el niño hasta llegar nuevamente a la mujer en edad fértil. Durante estas última etapas, la orientación, información y el conocimiento informado para la libre elección de métodos anticonceptivos es fundamental, y constituye un importante elemento a fortalecer en la atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria¹⁵

La participación comunitaria es fundamental en toda estrategia de servicios de Planificación Familiar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "el proceso mediante el cual los individuos y las familias asumen la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad",¹⁶ la participación comunitaria es considerada la piedra angular de la atención primaria a la salud, tal como la define la declaración de Alma-Ata, y como un elemento clave de las políticas y programas de población de acuerdo con la Conferencia de Población de 1984.

Por otro lado, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada¹⁷.

El "continuo de cuidados" no es del todo efectivo si se lo confina exclusivamente a la responsabilidad individual de las personas a cuidar su salud. Por eso, el enfoque de Salud Familiar y Comunitaria integra en la nueva estrategia de Atención Primaria en Salud los conceptos de ciclo vital y de continuo de cuidados, en base a un trabajo en tres dimensiones diferentes y complementarias. Una primera dimensión o componente parte del Hogar, en el cual el empoderamiento de la mujer es la herramienta clave para el mantenimiento de la salud o para restaurarla cuando esta se ha perdido. La segunda dimensión es la Comunitaria, donde el empoderamiento social y la solidaridad juegan un rol decisivo. La tercera dimensión involucra a todos los Servicios en General y a los de salud en particular, presididos por una lógica en la cual, los servicios del primer nivel de atención resolverán en forma eficiente más del 80% de las consultas con base a los recursos humanos y tecnológicos locales; debiendo

¹⁵ Guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. CLAP/SMR- OPS – 2010.

¹⁶ Departamento de Sociología de la Salud. Escuela de Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

¹⁷ Revista Cubana de Salud Pública, versión On-line ISSN 0864-3466, Rev Cubana Salud Pública v.30 n.3, Ciudad de La Habana jul.-sep. 2004.

referir para su solución a servicios de mayor complejidad, aquellas situaciones que por sus procedimientos, gravedad o dificultades diagnósticas y terapéuticas, así lo demanden.

Estas dimensiones de la participación comunitaria dentro de una estrategia de planificación familiar, se consideran y hacen operativos, primordialmente en los siguientes componentes:

1. Táctica comunitaria

- a. Lo fundamental dentro de la estrategia lo constituye que los trabajadores de salud deben dialogar, participar y planificar con la población. Debe conformarse un equipo sólido entre la población y el profesional, de manera que se facilite la construcción en conjunto, de las rutas de abordaje de los diferentes temas, entre ellos el espaciamiento de embarazos.
- b. Incluir dentro de los contenidos de promoción, los beneficios de espaciar los embarazos, abordar el tema cultural sobre la exigencia social por tener muchos hijos, y propiciar el control de la mujer sobre su propio cuerpo, discutiendo el valor asignado por la comunidad a los hijos.
- c. Líderes indígenas de municipio similares con una organización comunitaria funcional, comparten acciones y servicios de información, educación y capacitación de sus comunidades, relacionadas al abordaje de la planificación familiar.

2. Personal comunitario

- a. Mujeres de la comunidad. Las mujeres en las comunidades, desempeñan un papel activo con relación a ciertas tareas. Específicamente en la identificación de nuevos usuarios y la canalización al personal o clínica correspondiente para su atención. Además promocionan la planificación familiar en la comunidad, educan a usuarias residentes en la comunidad, pueden almacenar y administrar métodos anticonceptivos de acuerdo a la normativa y un punto clave lo constituyen las visitas de seguimiento para lograr la adhesión del método, y sobre todo la planeación de nuevas actividades comunitarias.
- b. Líderes comunitarios. Estos personajes son clave para la organización comunitaria, ya que gozan de reconocimiento y liderazgo dentro de su comunidad, se identifican con causas que van en apoyo a los habitantes de su lugar de residencia. Su principal actividad consiste organizar actividades que faciliten la promoción de la planificación familiar en la comunidad, educación a usuarias residentes en la comunidad, pueden también ser el centro de almacenamiento de anticonceptivos.
- c. Supervisores. Pertenecen al personal institucional, son los responsables de dos actividades: la determinación de las metas y objetivos del programa de planificación familiar, y el manejo financiero del mismo.

Estas dimensiones y elementos, implican contar con un sistema de salud organizado por niveles, información para la orientación de la demanda, sistemas de comunicación y transporte considerando otras facilidades de acceso. Además de garantizar el acceso y cobertura a los servicios de salud, los cuidados deberán basarse en la calidad de la prestación. La interacción entre los servicios de salud con otros servicios da al enfoque de Salud Familiar y Comunitaria su eficacia para alcanzar y mantener en el tiempo los logros alcanzados.

Enfoque de Gestión Integral de la Calidad como Eje Transversal para la Atención de PF

Para comprender y lograr de una manera efectiva la implementación y desarrollo de una gestión integral y efectiva de la calidad en todo servicio de PF y establecimiento o equipo de salud a cargo de proveer dichos servicios, es muy importante tener claridad sobre que entendemos por CALIDAD. Según el proyecto Garantía de

Calidad¹⁸, “La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local”.

Esto implica que una gestión efectiva e integral de la calidad inicia y se fundamenta en un conjunto de “Normas”, que sin ellas es impensable hablar ni mejorar la calidad de cualquier servicio, donde los relativos a la Planificación Familiar, no son la excepción. Por otra parte debe tomar en cuenta que estas normas no solamente obedecen a criterios de eficiencia y seguridad técnica del proveedor sino deben considerar e idealmente sobrepasar las expectativas de la población usuaria y su entorno.

Considerando lo anterior, M. I. Roemer y C. Montoya Aguilar, de OMS en 1988, definieron la calidad como “El desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”.

¿Por qué es necesaria la calidad para una gestión efectiva de los servicios de PF?

Entendiendo este concepto, podemos apreciar y valorar porque **la calidad** es un elemento indispensable e importante para una gestión efectiva e integral en la prestación de servicios de PF en el ISECH. Su valor agregado se enfoca en permitirnos asegurar una atención que brinde el mayor de los beneficios de las ciencias médicas y de la salud en materia de Planificación Familiar, aprovechando y poniendo en las manos de proveedores y de la población usuaria, los mejores y más seguras prácticas, herramientas y recursos y someterles al menor riesgo. Además, lograr brindar una atención con calidez, con respeto a las necesidades, expectativas, prácticas, valores y cosmovisión de la población usuaria.

Componentes o elementos básicos para el desarrollo del enfoque de calidad

Entendido que el desempeño apropiado, es proceder conforme y cumplir con lo que establecen las NORMAS de atención en Planificación Familiar, incluyendo protocolos y guías de aquellas prácticas que han demostrado ser efectivas y someter al menor riesgo a la población a atender, por tanto la calidad no es discrecional, subjetiva, sino más bien objetiva, definida a través y de acuerdo el cumplimiento de dichas NORMAS. Por ello, hoy día hablamos de aseguramiento de la Calidad, en otras palabras, contar con un conjunto de normas, cumplirlas, verificar su cumplimiento, pero lo más importante: ¡ASEGURAR SU CUMPLIMIENTO...siempre!

Para implementar, desarrollar y fortalecer un enfoque de aseguramiento de la calidad que contribuya a una gestión efectiva de los servicios de Planificación Familiar se recomienda el desarrollo de los TRES COMPONENTES del enfoque universalmente utilizado, probado y que ha demostrado ser efectivo para una Gestión de la Calidad fundamentado en el TRIANGULO de la CALIDAD planteado por uno de los padres de la calidad: Joseph Juran. Estos componentes a desarrollar en su orden corresponden a los siguientes:

- **El primer componente: Diseño de la Calidad**

Comprende e inicia con la planificación de la calidad, definiendo que PROCESOS y PROCEDIMIENTOS de PF se abordarán con un enfoque de gestión de calidad. Seguido para cada uno de éstos, identificar o establecer en caso no lo tengan, las NORMAS de calidad.

Los enfoques de gestión INTEGRAL, incluyen y consideran tanto las normas de entrada como de proceso que incluyen protocolos, guías de práctica, etc., como de resultado. Las NORMAS DE CALIDAD, se sustentan y por tanto para su diseño se aplican las dimensiones de la calidad, que permiten aplicar un enfoque integral, que

¹⁸ Proyecto de Garantía de Calidad, QAP-Contract I997.

considera todas las aristas y perspectivas de la atención de PF, que aseguran a los equipos un gestión integral de calidad y no exclusivamente de seguridad clínica. Las dimensiones de la calidad a considerar, para contar con Normas de Calidad que nos permitan implementar un enfoque INTEGRAL para la gestión efectiva de los servicios de PF, incluye:

- **Competencia técnica:** Relacionado al nivel de conocimientos, habilidades, capacidad, experiencia y desempeño actual en PF, del personal clínico, de apoyo técnico y administrativo.
- **Acceso y Rapidez de los Servicios:** Grado en el cual el otorgamiento de los servicios de PF son brindado en forma oportuna, al momento de ser requeridos y estos no son restringidos por barreras geográficas, económicas, sociales, culturales, organizacionales o lingüísticas.
- **Eficacia:** Grado de relación entre un procedimiento aplicado de PF y los resultados esperados.
- **Relaciones Interpersonales:** La calidad de la interacción y el trato, interés y actitud entre proveedores y clientes, gerentes y proveedores de servicios de PF, y el equipo de servicios de PF y la comunidad.
- **Eficiencia:** Consiste en suministrar el mayor beneficio, la mayor cantidad de productos; bienes o servicios de PF con los recursos que se cuenta. Esto incluye las mayores coberturas y metas de producción al menor costo o un costo apropiado.
- **Continuidad:** Grado en el cual los clientes reciben la serie completa de servicios de PF que necesitan sin sufrir interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.
- **Seguridad:** Implica la reducción de riesgos, de infecciones, complicaciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de servicios de PF.
- **Comodidades:** Las características de los servicios de salud donde se brindan los de PF, que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que agregan valor y acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver en el futuro. Incluye la privacidad y comodidad para los diversos procedimientos de PF como los de consejería, entre otros.

Para cada procedimiento de PF, se identifican y seleccionan aquellas dimensiones que constituyen en factores críticos a medir y asegurar su cumplimiento de forma continua y sistemática, que no pueden faltar para asegurar un desempeño con calidad de dicho procedimiento. Por ejemplo, para el caso de consejería, las más importantes dimensiones a considerar sean la competencia técnica, la eficacia, las relaciones interpersonales, la seguridad y las comodidades.

Identificadas las dimensiones críticas y esenciales para asegurar un desempeño de calidad en cada procedimiento de PF, es fundamental establecer la situación de calidad deseada.

Siguiendo el ejemplo de la dimensión de competencia técnica para el procedimiento de consejería, quizás la situación de la calidad deseada corresponda a que “Toda consejería debe ser brindada por personal entrenado y certificado por el ISECH”. Esta corresponde a la NORMA DE CALIDAD en dicha competencia. En caso que esta norma ya exista dentro de los diferentes programas del ISECH, únicamente habrá que identificarla, seleccionarla e integrarla al conjunto de Normas de Calidad del procedimiento de Consejería.

Así mismo, habrá que proceder a describir la situación de la calidad deseada de cada una de las otras dimensiones seleccionadas para el procedimiento de consejería. En caso también habrá que revisar e identificar, si exis-

ten, aquellas normas de calidad, dentro del inventario de normas con que el ISECH cuenta en sus diferentes programas e iniciativas. Al final se cuenta con un conjunto de **NORMAS DE CALIDAD**, cuyo cumplimiento de forma sistemática y continua nos permite asegurar un desempeño de calidad de los procedimientos de PF de manera integral, y de esta manera la calidad contribuye a una gestión efectiva de los servicios de Planificación Familiar del ISECH.

El conjunto de Normas de Calidad de los procedimientos de PF, corresponden a la “situación deseada o esperada” y todo el personal de la unidad de salud debe ser comunicado y orientado sobre éstas para su efectivo cumplimiento. Para medir su cumplimiento es preciso identificar o construir el o los indicadores a utilizar. En muchas ocasiones las normas de calidad disponibles en los diferentes programas de calidad del ISECH, además de las normas, cuentan ya con los indicadores para medir su desempeño / cumplimiento. En caso no existan, habrá que construirlos. Si norma de relaciones interpersonales es que Toda usuaria de los servicios de consejería debe salir satisfecha por el trato, la comodidad, privacidad y servicio brindado. La mejor forma de medirlo será: porcentaje de usuarias que al salir de recibir los servicios de consejería, están satisfechas por el trato, la comodidad, privacidad y servicio recibidos.

Es muy probable que no se logre satisfacer al 100% de mujeres atendidas, todo el tiempo, por lo que habrá que definir un “**UMBRAL**” o rango de normalidad a aceptar. Quizás lo esperado será un umbral de 90 a 100%. Este umbral de lo que se considerará el rango de normalidad a aceptar hay que definirlo para cada indicador. Algunos indicadores, sobre todo los relacionados a la dimensión de seguridad técnica o clínica, como el caso de las buenas prácticas de consejería, no permitan un umbral, en cuyo caso este corresponderá al 100% de los casos atendidos, pues cual margen abajo, implicará atender a alguna usuaria con riesgos de producir complicaciones o lesiones que no deben de suceder bajo un enfoque de calidad de la atención.

- **El segundo componente: El control.** Aquí se monitorea o verifica el cumplimiento de las normas de calidad que incluye la aplicación de las prácticas que han sido universalmente probadas y son seguras y necesarias para brindar servicios de PF de calidad a través del uso de indicadores para medir de forma objetiva y cuantitativa su desempeño, registrándose la información de su cumplimiento en los formatos e instrumentos de registros vigentes por el ISECH o en aquellos que sea necesario diseñar. Esta información brinda la evidencia acerca del desempeño o situación “real” que se analiza comparativamente contra la situación deseada o esperada previamente diseñada en el primer momento, en otras palabras establecida en las **NORMAS** de Calidad de PF. Esto permite identificar si existe o no una brecha o variación en su cumplimiento, también conocida como problema u oportunidad de mejora. De existir alguna se procede a un tercer momento.
- **En el tercer componente** se analiza la brecha, variación o problema y se identifican sus causas más relevantes y se elabora un plan para reducirlas o eliminarlas o bien de mejora o innovación. Seguido se implementa dicho plan y se continúa su monitoreo y registra su evolución sistemáticamente. De existir mejoras de forma continua y permanente, se comienza otro nuevo ciclo y así sucesivamente.

Pasos para fortalecer la calidad para una gestión efectiva de los servicios de PF:

El ISECH cuenta con una larga y muy rica trayectoria de experiencias en el campo de la calidad de la atención, con diversidad de programas e intervenciones que se han venido desarrollando, especialmente durante la última década. Todas ellas es necesario retomarlas, integrarlas, para que contribuyan al desarrollo de la calidad dentro del presente componente de gestión efectiva de los servicios de PF. Para promover y fortalecer la aplicación del enfoque de calidad de manera integral y efectiva, es necesario:

1. Elaborar y/o actualizar periódicamente un programa de desarrollo / actualización de competencias a equipos multidisciplinarios a cargo de la prestación de servicios de PF.
2. Seleccionar y organizar los equipos participantes de los programas periódicos de desarrollo / actualización de competencias en el enfoque de gestión integral de la calidad de los servicios de PF.
3. Desarrollar / actualizar los materiales a emplear.
4. Llevar a cabo procesos periódicos y sistemáticos de desarrollo / actualización y certificación de competencias a equipos seleccionados. Preferentemente de forma anual, para involucrar y desarrollar las competencias requeridas de aquellos nuevos miembros que se incorporan a la prestación de servicios de PF en el ISECH y/o actualizar a aquellos miembros que lo requieran.
5. Desarrollo / validación / ajustes a nuevas técnicas y herramientas para la mejora continua de la calidad que se requiera implementar.
6. Promoción y fortalecimiento de equipos permanentes de análisis y mejora continua de la calidad de la atención en PF en las unidades y jurisdicciones del ISECH, cumpliendo así con la normativa institucional vigente.
7. Orientar los programas de incentivos a la calidad, a equipos cuya contribución a una gestión efectiva e integral de la calidad en los servicios de PF sea relevante y significativa.
8. Mantener un programa permanente de difusión, comunicación y orientación sobre los avances, logros y retos de la calidad a nivel de las jurisdicciones, sus establecimientos y equipos de atención en PF.

Instrumentos: Enlace a instrumentos de Calidad

El programa de calidad cuenta con múltiples instrumentos y por no ser emergencia en la atención, se adjuntan únicamente los sitios web y no los documentos físicos, para que puedan consultarse con el detenimiento que requieren.

PROGRAMA DE CALIDAD EFECTIVA EN SERVICIOS DE SALUD (PROCESS):
<http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/process.html>

OBSERVATORIO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (OCA-SEP):
<http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/>

ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD: <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/cedulas.html>

SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES EN SALUD (INDICAS):
<http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/indicas.html>

LÍNEAS DE ACCIÓN: http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/lineas_accion.php

AVAL CIUDADANO: http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/ac_herramientas.html

INSTRUCCIONES - SICALIDAD: <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/instrucciones.html>

CONSULTA DE INSTRUCCIONES: <http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/instrucciones.php>

VII. Enfoque sistémico para el abordaje de la estrategia

Considerando los diversos enfoques de atención a la salud que han surgido a través de la historia, el enfoque sistémico constituye el marco metodológico para el diseño de la estrategia de fortalecimiento para la gestión efectiva de PF, a ser implementada en el Estado de Chiapas, México. Este enfoque, se fundamenta en el continuo de la atención, a partir de los cuatro pilares de la maternidad segura, para implementar una estrategia adaptada a las condiciones y disposiciones locales, en donde la base es la participación comunitaria, con una estrategia de comunicación y acción, que sostiene a la planificación familiar como eje preventivo preconcepcional y de post parto.



Los cuatro pilares de la maternidad segura, han demostrado la efectividad de cada una de las intervenciones incluidas. Las intervenciones más efectivas son: La reducción de embarazos no deseados a través de la utilización de servicios de PF y métodos anticonceptivos (reduce mortalidad materna de 25-40%) y el aborto en condiciones seguras (reduce mortalidad materna en un 13%). La otra intervención fundamental es el aseguramiento de servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia (CONEm), conocidos en algunos países como Atención Obstétrica de Emergencia (AOE)¹⁹.

¹⁹ Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Oona M R Campbell, Wendy J Graham, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Published Online September 28, 2006. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69381-1.

Maternidad Segura - Intervenciones que Funcionan			
<p>Prevención del Embarazo no Deseado y Aborto Seguro</p> <p>PF: Sin embarazos no hay MM ni perinatal. Forma efectiva de prevención primaria.</p> <p>MAC son más seguros que el embarazo.</p> <p>Necesidad insatisfecha de MAC 6%-23% (22.6% en Chiapas, ENADID 2009).</p> <p>41% embarazos no deseados, 22% resultan en aborto inducido.</p> <p>25% a 40% de MM podría evitarse impidiendo embarazos no planeados y no deseados.</p> <p>Aborto inseguro 13% de las MM.</p>	<p>Atención Prenatal</p> <p>APN y reducción de MM: cuestionada</p> <p>Beneficio reconocido al bebé en término de crecimiento, riesgo de infección y supervivencia.</p> <p>Énfasis en promoción de la salud, búsqueda de atención y preparación para el parto.</p>	<p>Atención de Parto Limpio y Seguro</p> <p>La epidemiología de la MM, requiere la priorización del período intraparto.</p> <p>El parto institucional puede reducir la Razón de MM por debajo de 200/100,000 NVR.</p> <p>La aplicación rutinaria del Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP), puede reducir hasta 2/3 partes (60%) de las HPP.</p>	<p>Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE)</p> <p>Paquetes de atención obstétrica de emergencia son los métodos más eficaces y eficientes.</p> <p>El riesgo de muerte disminuye 2 días después del parto. Especialmente las de alto riesgo requieren atención en las 24 horas posparto.</p> <p>Cuidados de rutina primeras 6 semanas no están claros.</p> <p>Éxito de los CONE sólo: que mujeres con complicaciones fatales rápidas intraparto, puedan acceder idealmente dentro de 2 horas.</p>
Incorporando el enfoque de Adecuación Cultural de la Red de Servicios			
Participación Comunitaria			
Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en Salud (ECACS)			
<small>Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Cona M R Campbell, Wendy J Graham, on behalf of the Lancet Maternal Survival Series steering group. Published Online September 25, 2008. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)98281-1</small>			

Estos cuatro pilares se sustentan en la participación comunitaria por esto es fundamental que todo el proceso de participación comunitaria deba ser apoyado con ayudas audiovisuales y herramientas que faciliten a las/los usuarios elegir y usar el método de planificación familiar que mejor se ajuste a sus necesidades; posterior a una información clara, completa y ajustada a las necesidades locales. Esto incluye el diseño de materiales de IEC (Información, Educación y Comunicación) y guías de consejería con enfoque de pertinencia cultural.

El enfoque sistémico visualiza en un sistema integral de atención, a la Planificación Familiar, la atención Materna Neonatal y del Niño menor de dos años, como componentes íntimamente interrelacionados que parten de los cuatro pilares de la maternidad segura, sustentados en la participación comunitaria y se convierten siguiendo el continuo de la atención, en procesos de atención, los cuales se inician antes del embarazo, con la atención preconcepcional y finalizan con la atención del neonato y del niño hasta los dos años de vida.

Esto se traduce en la necesidad de integrar programas y acciones en salud, además de la integración de la red de servicios de salud, del aprovechamiento de la atención primaria y la participación activa y empoderada de las mujeres, la familia y la comunidad²⁰.

La Planificación Familiar, desde el enfoque sistémico, está conformada por un conjunto de procedimientos de:

1. Educación Sexual
2. Consejería
3. Evaluación previa al uso de métodos

²⁰ http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf

4. Entrega del método elegido
5. Información clave de cuando volver y
6. Seguimiento

Para cada procedimiento descrito, se desarrollará una serie de actividades bien definidas, apoyadas por lineamientos técnicos y guías de práctica clínica con la más reciente evidencia científica existente de su efectividad y seguridad.



*AC = Adaptada Culturalmente

Los procedimientos inician con la educación sexual, que deberá empezar antes de la etapa de la pubertad, de manera que cuando la niña tenga su primera menstruación, ya conozca su cuerpo y la fisiología de la concepción, cuando piense en iniciar su vida sexual y el deseo de evitar un embarazo; el proceso de consejería permite poner a disposición de cada mujer y cada hombre los conocimientos necesarios para que opten libremente cuál método van utilizar, si es que deciden hacerlo. Antes de indicar cualquier anticonceptivo se debe proceder a una correcta valoración de la mujer apoyada con los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS.

Una vez decidido el método a utilizar, con el debido consentimiento informado y descartada alguna contra indicación para su uso, se procederá a su entrega, aplicando los procedimientos recomendados en las Guías de Práctica Clínica (GPC) que constituyen “normas de seguridad”, o pasos esenciales e indispensables para brindar el mayor de los beneficios, al mínimo de riesgos en la atención, estas corresponden a las prácticas más efectivas y seguras de acuerdo a la evidencia. En estas GPC, también se indica la información básica clave para que la(el) usuaria(o) en caso sea necesario, tenga el conocimiento claro y completo en qué momento regresar. Finalmente, deberá mantenerse seguimiento de la usuaria para garantizar la satisfacción en el uso del método, ofrecido en su ambiente de desarrollo, es decir; en su ambiente familiar, comunitario, ambiente escolar, ambiente de trabajo y en los establecimientos de salud ambulatorios, básicos y completos.

Dentro del marco de la oferta de servicios, deberá considerarse para el desarrollo efectivo y con calidad de los procedimientos y guías de atención, aspectos esenciales para una **gestión efectiva**, tales como: la capacidad técnica del recurso humano para su correcta aplicación y desempeño, la existencia oportuna de los insumos y medicamentos requeridos, sistemas de información y de control que permitirán conocer la situación y toma de medidas correctivas y/o de mejora oportunas y efectivas para asegurar los suministros, métodos anticonceptivos disponibles. Las coberturas, metas de producción, etc., bajo un enfoque de mejora continua de la calidad, de aplicación local en servicio.

La aplicación del enfoque sistémico, permitirá interrelacionar los procedimientos de atención que se corresponden con la perspectiva de la oferta y visión de los proveedores de servicios, con la demanda y cosmovisión de la población demandante de servicios.

La demanda viene orientada a través de elementos como: la cosmovisión de la salud en el caso de poblaciones indígenas, conocimientos que tengan de los servicios, actitudes relacionadas con la salud sexual y reproductiva y las prácticas tradicionales de salud de las comunidades. Lo anterior tiene una aplicación desde la perspectiva del individuo, la familia y la comunidad, por lo que los servicios y prácticas de atención deberán estar sustentados y orientados con un enfoque de pertinencia cultural que permita:

1. Fortalecer el reconocimiento por parte de la comunidad, de los beneficios del espaciamiento o limitación de embarazos para la salud materna.
2. Brindar información por personal comunitario en idioma local con apoyo de materiales culturalmente adaptados.
3. Apoyar el deseo creciente de métodos de planificación familiar por las nuevas generaciones, mediante la creación de espacios amigables en los establecimientos de salud para que la juventud, tenga acceso a información de primera línea.
4. Consejería y entrega segura de métodos temporales por personal voluntario comunitario.

El eje integrador entre la oferta y la demanda es la comunicación, la cual deberá llevar implícito un cambio de comportamiento, tanto para la comunidad y sus habitantes usuarios de los servicios de salud, como de los proveedores o servidores de salud, que deben cambiar algunas prácticas que despersonalizan la atención, alejan a los usuarios y desprestigian la práctica médica. Para el objetivo de la EFGESPF, es vital la incorporación a las prácticas de atención clínica, aquellas de la comunidad usuaria, que le agreguen el valor de pertinencia cultural, sin aumentar los riesgos y la seguridad en su manejo. Complementado con los mensajes, materiales y estrategias particulares de comunicación para uso con la propia comunidad usuaria y de los proveedores de servicios de salud en los ambientes comunitarios y establecimientos de salud ambulatoria, básica y completa.

La adaptación cultural de las buenas prácticas de atención clínica de acuerdo a la percepción, valores y cosmovisión de la población usuaria, facilitará además reducir las barreras e implementar con mayores posibilidades de éxito, intervenciones tendientes a estimular la demanda de los servicios de forma temprana, oportuna y sistemática.

Como se mencionó, la estrategia propuesta se concentrara en un enfoque continuo de la atención del adolescente, mujer en edad fértil y hombre. Ello se traduce en la necesidad de integrar programas y acciones en salud, integración de la red de servicios de salud, la atención primaria y de la participación activa y empoderada de las

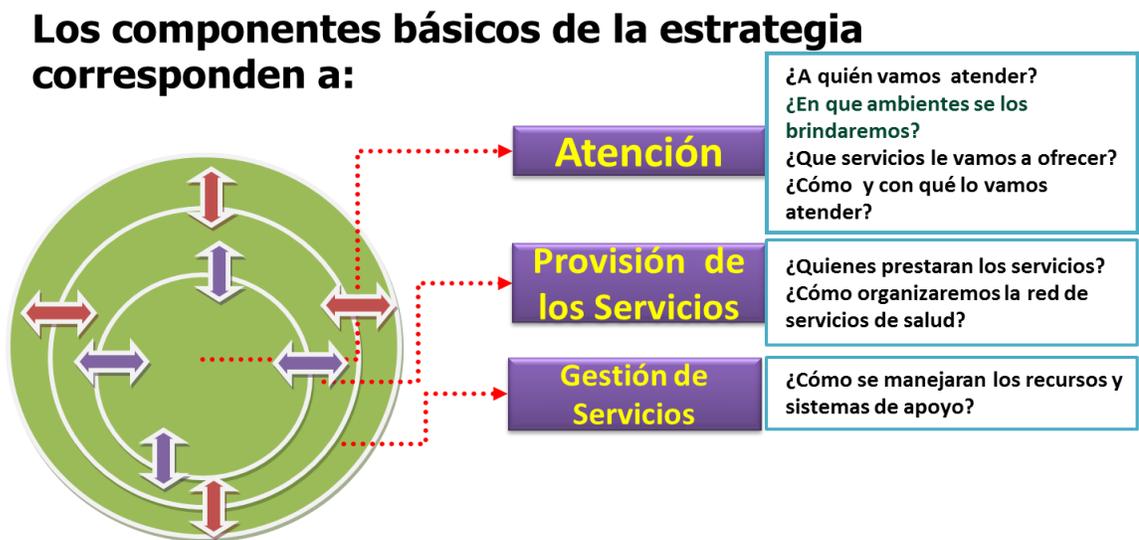
mujeres y la comunidad. La efectividad se basara en prácticas óptimas, lecciones aprendidas, acciones de costo beneficio, programas sustentables, accesibles y de calidad esencial.²¹

²¹ http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf

VIII. Componentes de la estrategia

El ISECH con el propósito de contribuir a la reducción de la morbi mortalidad materna y perinatal, ha enfocado los esfuerzos en fortalecer los servicios de Planificación Familiar a través de una gestión efectiva, con énfasis en las jurisdicciones de salud beneficiarias de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, (Palenque, Pichucalco, San Cristóbal las Casas y Ocosingo), donde la problemática de la mortalidad materna y del neonato constituye aún, un reto importante. Es por ello que el ISECH ha dispuesto el cumplimiento de esta **estrategia para la gestión efectiva** de los servicios de PF, debidamente organizada y articulada a la estrategia de CONE.

Consistente con ello, la EFGESPF se ha definido en tres componentes básicos y esenciales a considerar y seguir paso a paso para su construcción, todos íntima y estrechamente relacionados de manera permanente:



- **Componente de Atención** que deberá dar respuesta a las siguientes interrogantes:
 - *¿A qué población o segmento de población vamos a atender?* De acuerdo a los ciclos de vida:
 - Adolescentes
 - Mujer en edad fértil
 - Mujer embarazada
 - Mujer en atención de parto,
 - Mujer puérpera
 - Mujer que demanda atención de su recién nacido
 - Mujer que demanda atención de su niño menor de dos años
 - Hombres
 - *¿Qué servicios le vamos a ofrecer?* A partir de los cuatro pilares de la maternidad segura y el continuo de la atención materno neonatal, se brindarán los:
 - Servicios de promoción a la salud sexual y reproductiva
 - Servicios de prevención del embarazo

- Servicios de identificación, referencia y manejo oportuno y seguro de efectos secundarios.

Todos ellos incluidos en un conjunto o cartera de servicios definidos en Planificación Familiar, debidamente organizados en los siguientes procesos, conforme al continuo de la atención y al enfoque sistémico:

- Conjunto de servicios de educación sexual
 - Conjunto de servicios de consejería
 - Conjunto de servicios evaluación previa y entrega de métodos
 - Conjunto de servicios para orientación de cuándo volver por efectos secundarios
 - Conjunto de servicios para el seguimiento de la usuaria.
- *¿En qué ambientes se los brindaremos?* De acuerdo a los tres ambientes que plantea la estrategia CONE:
 - En ambiente comunitario que incluye el ambiente educativo y el ambiente laboral
 - En el establecimiento de salud del primer nivel
 - En el establecimiento de salud del segundo nivel.
 - *¿Cómo los vamos a atender?* Siguiendo los flujos o procesos de atención, diseñando o adaptando aquellos que se requiera para cada uno de los servicios a brindar. Para ello entenderemos:
 - Flujo / Procedimiento, al conjunto de pasos sucesivos que guían las decisiones y acciones por parte del equipo de salud.
 - *¿Con qué los vamos a atender?* Utilizando y aplicando la normativa nacional existente, así como las Guías de Práctica Clínica para cada procedimiento de atención en PF, ya que proporciona los lineamientos a seguir, sustentados en la evidencia científica disponible, para brindar una atención segura, efectiva y al menor riesgo a los grupos de población a atender. Para ello se atenderán de acuerdo a:
 - Norma o Estándar que entenderemos como “estado de la calidad esperada”. Alguna cosa considerada como una autoridad o por consenso general como una base de comparación; un modelo probado que es usado para emitir un juicio. La norma o estándar será medida en su cumplimiento a través del uso de:
 - Indicadores, entendidos como las unidades de medida que permiten el traslado del lenguaje cualitativo de la norma al lenguaje cuantitativo, observable y medible. Para verificar el cumplimiento de la norma de atención clínica, los equipos a cargo de la provisión de los servicios deberán aplicar un conjunto de:
 - Criterios Explícitos que corresponden al conjunto de prácticas, que sustentadas en la evidencia han demostrado ser las más seguras y efectivas para la atención, sometiendo al mínimo de riesgos a la población usuaria. Siguiendo paso a paso las:
 - Guías de Prácticas Clínicas Oficiales, que corresponden a conjuntos de recomendaciones que tienen como principal objetivo, ayudar tanto al equipo de salud como a los pacientes y sus cuidadores a tomar decisiones sobre su asistencia sanitaria en base a la mejor evidencia disponible. Para aquellos equipos interesados en ahondar sobre el marco normativo de referencia se presentaran lo enlaces para acceder a la:
 - Referencia de la Normativa, que no es otra cosa que el documento oficial que da el respaldo a la normativa estatal.

- **Componente de Provisión** responderá a:
 - *¿Quiénes prestarán los servicios de salud y cómo organizaremos la red de servicios de salud?* La provisión estará a cargo de un conjunto de proveedores de servicios del ISECH, organizados y articulados en Redes Integradas de Servicios de Salud Ambulatorios y Hospitalarios por niveles de atención, que a través de procesos de referencia y respuesta, deberán garantizar el acceso, la oportunidad, la continuidad, la complementariedad y la integralidad de la atención, así como el cumplimiento de las metas e impacto en la salud, con criterios de costo efectividad y sostenibilidad.
- **El componente de Gestión**, responderá a las preguntas:
 - *¿Cómo se manejarán los recursos y sistemas de apoyo?* Es decir cómo se gestionarán los servicios de PF así como de sus insumos para la efectiva provisión de bienes y servicios de PF con calidad por parte de la red de proveedores del ISECH. Esto recursos incluyen con especial énfasis, recursos humanos, infraestructura y equipos, métodos anticonceptivos e insumos médicos y no médicos. Comprende:
 - Gestión de la planificación y programación de los servicios de PF a brindar, para la ampliación de la cobertura e incrementar la productividad de los servicios por parte de la red de proveedores del ISECH orientadas a cerrar la brecha de la demanda insatisfecha de servicios y métodos de PF.
 - Gestión de la organización de los procesos o flujos de atención de salud para un abordaje integral, reducir las oportunidades perdidas y asegurar los pasos que realmente agregan valor. Reforzar y optimizar los recursos disponibles para la entrega de servicios de PF a través de redes de servicios integrales e integrados.
 - Gestión del monitoreo, supervisión y evaluación para asegurar que las metas programáticas, presupuestarias y normas, algoritmos, protocolos y guías de buenas prácticas se están cumpliendo a cabalidad en los tiempos y condiciones establecidas por el ISECH.
 - Gestión de la información que permita su sistematización, mejorar su aprovechamiento y uso para tomar decisiones oportunas que contribuyan a mejorar el control de la producción y la calidad de la atención de PF.
 - Gestión de la logística de insumos y medicamentos, para tener la disponibilidad en todo momento de los métodos, medicamentos y suministros para la atención integral en PF.
 - Gestión del equipamiento básico para tener la disponibilidad en todo momento, de los equipos necesarios para la atención integral y segura en PF.
 - Gestión del talento humano que permita contar con el personal motivado, capacitado y comprometido para una atención integral, segura, de calidad y con calidez humana en la atención en PF.

IX. Componentes básicos de la EFGESPF

Componente de Atención

Gobernado por la normativa nacional existente, El Programa de Acción Específico 2007-2012, así como las Guías de Práctica Clínica para cada proceso de atención, proporcionan la información para proveedores y pacientes, coincidentes en el principio de ofrecer recomendaciones considerando la evidencia científica disponible, con la mejor utilidad demostrada posible, e involucrando a diversos actores y grupos de interés.

Planificación Familiar

Definición Planificación Familiar: “Una manera de pensar y de vivir adoptada voluntariamente por individuos y parejas que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones, tomadas con sentido de responsabilidad, para promover la salud y el bienestar de la familia y, secundariamente, de la comunidad”^{22, 23}. “Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas”²⁴. “La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad”²⁵.

Definición de Anticoncepción: “Es el uso de técnicas que separan la actividad sexual de la concepción con el fin de controlar su fertilidad en un momento determinado y como una opción personal. Es la manera de evitar que la actividad sexual tenga como consecuencia necesaria la reproducción. El impacto de las técnicas de contracepción sobre la fecundidad y la sexualidad se encuentra directamente relacionado con el grado de información que cada grupo social posee sobre los métodos disponibles y sus características”^{26, 27}.

Consejería: “La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos”²⁸.

Consentimiento informado: “Decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente *sin presiones*”²⁹.

²² <http://mural.uv.es/majoan/GRUPO3PLANIFICACIONFAMILIAR.pdf>

²³ Evaluación de las Actividades de Planificación de la Familia en los Servicios de Salud. Informe de un comité de expertos, 1975. OMS.

²⁴ Norma oficial mexicana nom-005-ssa2-1993, de los servicios de planificación familiar.

²⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

²⁶ Evaluación de las Actividades de Planificación de la Familia en los Servicios de Salud. Informe de un comité de expertos, 1975. OMS.

²⁷ Family planning versus contraception: what's in a name? The Lancet Global Health, Early Online Publication, 14 February 2014. Doi: 10.1016/S2214-109X (13)70177-3.

²⁸ Norma oficial mexicana nom-005-ssa2-1993, de los servicios de planificación familiar.

²⁹ Norma oficial mexicana nom-005-ssa2-1993, de los servicios de planificación familiar.

El Programa de planificación familiar en México, está sustentado en bases legales, tanto en lo que concierne a la población como a la salud, lo que garantiza el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de los individuos, en lo que a materia de reproducción se refiere.

La Ley General de Salud en su CAPITULO VI, Servicios de Planificación Familiar, Artículo 67 y 68- manifiesta que la planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se prestaran son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. Las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate. Los servicios de planificación familiar comprenden: La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población.

En su artículo 113 señala que “La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población. Tratándose de las comunidades indígenas, los programas a los que se refiere el párrafo anterior, deberán difundirse en español y la lengua o lenguas indígenas que correspondan”.

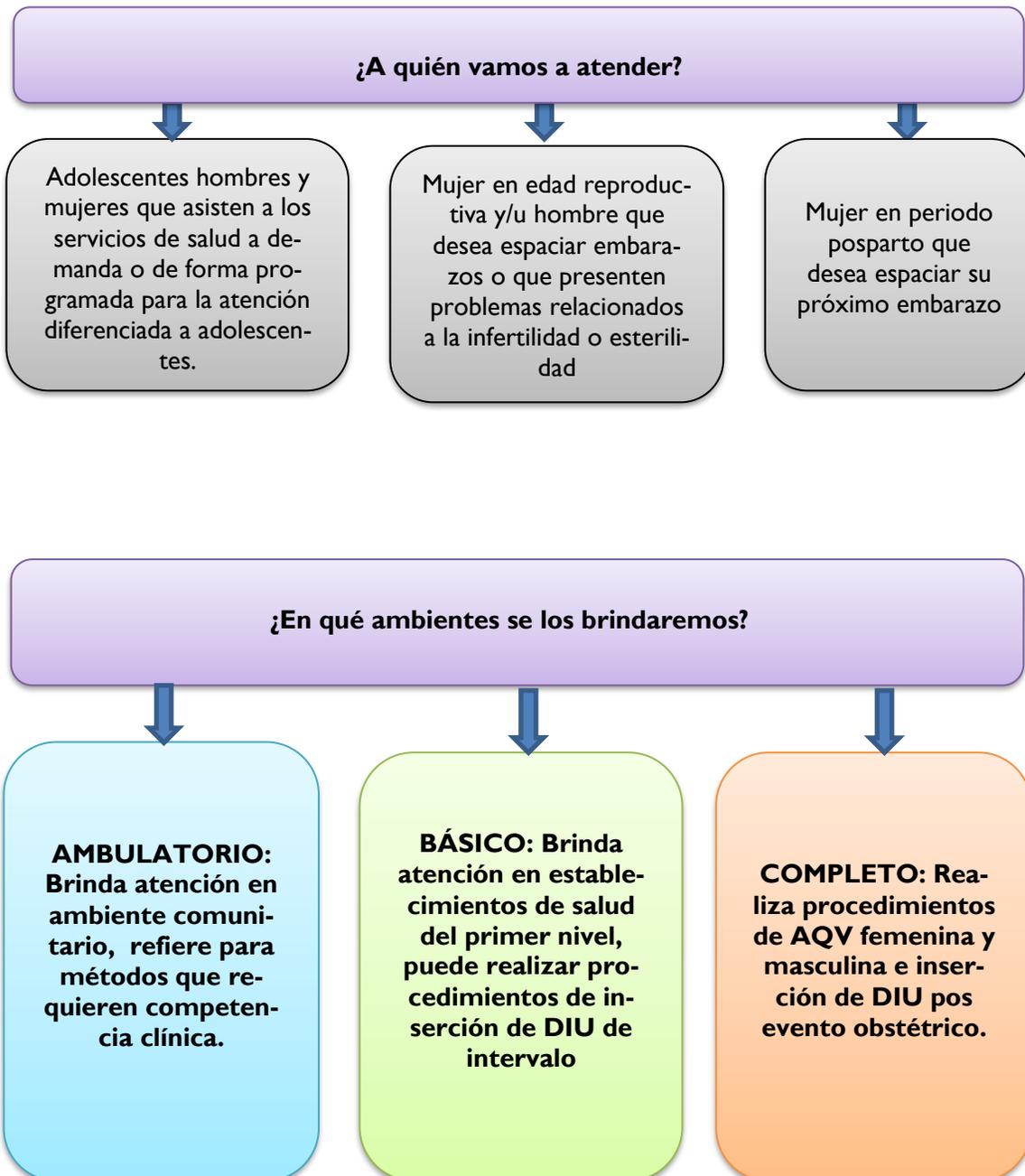
La atención brindada tomando en cuenta los derechos humanos y reproductivos del paciente es fundamental en la calidad de la atención. El desarrollo de normas internacionales sobre criterios médicos de elegibilidad y recomendaciones prácticas para el uso de anticonceptivos, es solamente un aspecto enfocado a mejorar la calidad de la atención en la salud reproductiva.

La consejería juega un papel primordial en la satisfacción de la usuaria/o, a través de la cual se logra una decisión informada. El ISECH desarrolla una Guía de Consejería con pertinencia cultural, para población indígena, que incluirá el intercambio de información con la usuaria para la toma de decisiones informadas, de forma que se respeten: su entorno cultural, sus valores, cosmovisión y necesidades reproductivas. Asimismo, se estipulará la información de manera genérica para responder a los múltiples entornos de costumbres y lenguaje de Chiapas. Iguales condiciones serán tomadas en cuenta en la Guía de Consejería para Población No Indígena. Igualmente, se utilizarán elementos seleccionados de la “Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar de la OMS” los que serán incorporados en ambas guías.

Los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” han sido seleccionados como los elementos de orientación acerca de si las personas que padecen afecciones médicas establecidas pueden usar determinados métodos anticonceptivos de forma segura y eficaz.

El seguimiento de usuarias(os) es categórico para garantizar el uso correcto del método, establecer la situación de salud y posibles molestias, procedimientos que correspondan de acuerdo al método seleccionado y la entrega de más suministros en el caso de los métodos que lo requieran.

El siguiente proceso integra los conjuntos de servicios como consejería, evaluación previa a la entrega de método, orientación de cuando volver por efectos secundarios y el seguimiento de la usuaria.



¿Qué servicios le vamos a ofrecer?

AMBULATORIO:

CONE AMBULATORIO

- Comunitario
- Fortalecimiento de la Participación Comunitaria.
- Promoción de los servicios para el espaciamiento de embarazos.
- Apoyo a la Educación Sexual en los establecimientos educativos de la comunidad asignada.
- **Institucional**
- [Oferta sistemática](#) que evite la oportunidad perdida de ofrecer servicios de PF.
- [Consejería en PF con enfoque intercultural.](#)
- Entrega de métodos anticonceptivos temporales.
- Seguimiento comunitario de usuarias de PF.
- Detección de Adolescentes en riesgo de embarazo no deseado y referencia a grupos organizados para apoyo que corresponda
- Detección de mujeres en edad reproductiva en riesgo de embarazo no deseado y brindar consejería con enfoque de interculturalidad.

- Casas de Salud
- Unidades Médicas Móviles
- Centros de salud Microregionales
- Unidad médica regional

BASICO

**CONE BÁSICO
Lo de ambulatorio
MÁS**

- Entrega de toda la gama de métodos anticonceptivos.
- Inserción de DIU de intervalo.
- Anticoncepción Pos Evento Obstétrico.
- Seguimiento de usuarias de PF.
- Atención diferenciada al adolescente.
- Atención de PF con enfoque intercultural a la MEF en riesgo reproductivo.
- Captación y referencia para AQV masculina y femenina.

- Hospital Básico de la comunidad
- CESSA (centro de salud con servicios ampliados)

COMPLETO:

**CONE COMPLETO
Lo de CONE Básico
MÁS**

- Realización de AQV masculina y femenina.
- Atención a casos de Esterilidad e Infertilidad.
- Atención de complicaciones casos referidos de otros niveles de atención.

- Hospital de la Mujer
- Hospital General
- Hospital Regional de alta especialidad

¿Cómo y con qué lo vamos atender?

[Planificación Familiar de Intervalo](#)

[Anticoncepción Pos Evento Obstétrico](#)

Planificación Familiar de intervalo

Por favor referirse al enlace del recuadro anterior.

Sobre planificación familiar de intervalo, existe cuantiosa información en la Secretaría de Salud y el ISECH, por lo que no se aborda en la estrategia.

Se incluyen secciones puntualizadas para la anticoncepción Post Evento Obstétrico y Adolescentes, por considerarlas prioritarias para Chiapas. Ya que son las intervenciones que necesitan ser priorizadas, por defecto en su promoción en los servicios de atención del parto y en el período preconcepcional para el adolescente. Adicionalmente, se incluye información de acuerdo a la normativa vigente, sobre Métodos Naturales, los que evidencian poca atención a su difusión por parte de los proveedores.

Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO)

La Anticoncepción Pos Evento Obstétrico (APEO), es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente. La decisión de usar un método anticonceptivo se puede tomar en los siguientes momentos: Consulta prenatal, Posparto, Transcesárea, Poscesárea, Posaborto. **El momento propicio, en la toma de decisión para adoptar un método anticonceptivo en el posparto, debe ser durante el Control Prenatal**, de ahí la importancia que la estrategia CONE la plantea para su aprovechamiento.

La finalidad de esta estrategia es que todas las mujeres tengan la posibilidad y factibilidad de elegir por alguna opción anticonceptiva antes de abandonar la unidad médica, esto propiciado por el alto porcentaje de mujeres que acuden a las unidades a recibir atención obstétrica sin haber tenido un contacto previo con los servicios de salud, la falta de orientación consejería, el difícil acceso a los servicios por su lugar de residencia o a factores culturales relacionados con la percepción de la planificación familiar.

El documento oficial de la República Mexicana concerniente a APEO es el de “Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva, 2002”. (**Enlace a Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva, 2002**)

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7204.pdf> Por su parte, el Marco Normativo para unificar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de salud reproductiva corresponde a las Normas Oficiales Mexicanas, las cuales son de observancia obligatoria para la prestación de los servicios de salud de los sectores públicos, social y privado del país. (Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. NOM-005-SSA2-1994).

La integración de la planificación familiar a otros servicios de atención a la mujer, y el lograr la participación del hombre en la toma de las decisiones reproductivas, es fomentar una cultura preventiva en los procesos vinculados a la salud reproductiva. Para enfrentar los desafíos en la constante búsqueda de establecer una relación armónica y equitativa que tenga como fin una mejor calidad de vida para las mujeres y los hombres, se debe tener un pleno respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, se debe garantizar el acceso a los servicios y métodos de planificación familiar y se debe propiciar el retraso al primer nacimiento y el espaciamiento entre los embarazos.

Para conseguir el apoyo comunitario e institucional con el fin de ofrecer mejores servicios, se debe determinar las necesidades y aprovechar todas y cada una de las oportunidades. Muchas mujeres solicitan servicios de atención a la salud cuando están embarazadas, lo cual es una oportunidad ideal para proporcionar una serie de servicios con calidad, entre ellos, la orientación consejería en planificación familiar.

APEO es un aspecto sustantivo que contribuye a disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo, promover un espaciamiento intergenésico de al menos dos años, favorecer una paridad planeada, contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil y fortalece el Programa de Arranque Parejo en la Vida; promoviendo y ofertando mediante la orientación-consejería el uso de la anticoncepción posparto especialmente durante el control prenatal.

La prestación de servicios con calidad en planificación familiar para APEO, es una condición fundamental, donde el personal de salud debe practicar mejores formas de cubrir las necesidades de las usuarias y utilizar los recursos de una manera más eficaz, con el fin de contribuir de forma significativa a reducir la mortalidad y morbilidad materno-infantil y a prevenir abortos futuros.

En México, APEO se proporciona en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, desde la década de los setenta; en las unidades de primer y segundo nivel que proporcionan atención obstétrica. Su práctica tiene el objetivo de promover una maternidad sin riesgo y por consiguiente mejora las expectativas de vida de las(los) niñas(os).

La Estrategia de APEO en México, integra las recomendaciones para ampliar las acciones de planificación familiar después del embarazo, incluida la necesidad de integrar a los servicios de salud reproductiva los siguientes aspectos:

- Evaluación de los métodos anticonceptivos a usar en el período de posparto y posaborto.
- Atención a las expectativas y necesidades de las usuarias.
- Extensión de los servicios de anticoncepción posparto a los entornos extra hospitalarios y rurales.

- Aumento de las opciones de métodos anticonceptivos disponibles.
- Evaluación de la eficacia de los servicios de orientación-consejería y planificación familiar en el posparto y posaborto, así como las actitudes y necesidades de capacitación de los prestadores de servicio.
- Identificar las barreras que se oponen a la planificación familiar en el posparto y posaborto.

Se ha fomentado el enfoque selectivo en la promoción de la planificación familiar para contribuir a disminuir la incidencia de los embarazos de alto riesgo asociados a la reproducción en edades extremas, a la multiparidad, a un espaciamiento demasiado corto entre los embarazos y a la presencia de factores de riesgo derivado de patologías crónico-degenerativas en la mujer gestante; esto es actualmente conocido como riesgo reproductivo.

Beneficios de la Anticoncepción Pos Evento Obstétrico (APEO)

- Se protege la vida de las mujeres: si se evitaran los embarazos involuntarios, podría prevenirse aproximadamente una cuarta parte de todas las defunciones maternas.
- La anticoncepción: especialmente, ayuda a evitar los abortos practicados en condiciones de riesgo.
- También permite que: aumente la edad en el período protogenésico, limitando los nacimientos a los años de mejor salud del período reproductivo y espaciar el período intergenésico entre uno y otro embarazo.
- Se protege la vida de los niños: el espaciamiento de los embarazos de dos años como mínimo, ayuda a las mujeres a tener hijos más sanos y contribuye a aumentar la probabilidad de sobrevivencia infantil y a mantenerse sanos.
- Se ofrecen mayores opciones a la mujer: el control de la fecundidad mediante prácticas anticonceptivas modernas y eficaces pueden favorecer el acceso a las oportunidades de educación, empleo y participación comunitaria.
- Se fomenta las prácticas sexuales de menor riesgo: todas las personas sexualmente activas necesitan protegerse contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA, utilizando la información sobre las prácticas de sexo seguro.

Los momentos para prescribir los métodos en APEO y tipos de métodos, se describen en la tabla siguiente:

MOMENTO PARA PRESCRIBIR LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO	
Madres lactantes	Madres en el posaborto
Antes del egreso hospitalario	Antes del egreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> • Inserción del DIU, transcesárea, poscesárea y posparto • Oclusión Tubaria Bilateral 	Todos los métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Inserción del DIU • Condones (masculino o femenino) • Espermicidas • Métodos sólo de progestina (PSP, DMPA) • Anticonceptivos hormonales combinados (orales o inyectables) • Oclusión Tubaria Bilateral
Después del egreso hospitalario	
<ul style="list-style-type: none"> • MELA (protección hasta seis meses) • Espermicidas • Condón femenino • Anticonceptivos hormonales combinados: orales o inyectables (iniciar después del sexto mes en caso de lactancia exclusiva; si no está lactando se pueden usar después de la tercera semana posparto). 	
Hombres	
En cualquier momento que el decida adoptar el uso de estos métodos anticonceptivos	
<ul style="list-style-type: none"> • Condón masculino • Vasectomía sin bisturí 	

Comunicación interpersonal y la orientación-consejería para APEO

A nivel hospitalario los servicios se orientan a atender a un mayor número de usuarias como urgencias obstétricas bajo múltiples factores de riesgo reproductivo, desinformadas sobre planificación familiar y de cómo adoptar un método anticonceptivo antes de egresar de la unidad; la no aceptación para el uso de un método anticonceptivo propiciará un mayor deterioro en la salud de estas mujeres.

Durante la orientación-consejería, el prestador de servicio debe apoyar a la usuaria a comprender sus motivaciones personales y conocer las opciones disponibles en cuanto a la planificación familiar. Su tarea consiste en escuchar, hacer preguntas, dar información relevante, para ello se deberán considerar diversos aspectos básicos:

- Valorar el riesgo reproductivo: Edad, Estado civil, Número de embarazos, Número de nacimientos, Número de niñas(os) vivas(os).
- Conocer si hubo control prenatal y si recibió orientación-consejería en planificación familiar.
- Conocer las expectativas reproductivas de la usuaria y de su pareja.
- Explicar las características del método: reversibilidad, efectos secundarios a corto y largo plazo, accesibilidad y beneficios.
- Confirmar la comprensión de la usuaria, sobre el uso de los métodos anticonceptivos disponibles.
- Apoyar la elección efectuada del método anticonceptivo por la usuaria o su pareja.

- Reconsiderar si es adecuada su elección y proporcionar apoyo emocional si fuera necesario.
- Referirla a primer o segundo nivel de atención, según sea el caso, para la atención oportuna y con calidad.

La orientación-consejería es un elemento fundamental para el respeto a la libre decisión en los servicios de planificación familiar, permite a las personas hacer una elección libre e informada a partir de las opciones anti-conceptivas, incrementar la continuidad y usar el método en forma segura y eficaz, propiciando la satisfacción de la usuaria o el usuario.

El proceso de orientación-consejería con calidad se enfoca a satisfacer las necesidades y clarificar las expectativas sobre la salud sexual y reproductiva de las personas; especialmente en el caso de los métodos permanentes, ya que existe la posibilidad que la usuaria o usuario cambie de opinión después del procedimiento.

En el proceso de orientación-consejería se debe tener presente en todo momento los derechos sexuales y reproductivos, considerados como derechos humanos y reconocidos en las leyes nacionales e internacionales. **La meta del consejero es que la usuaria tome una decisión voluntaria, informada y responsable.**

Adolescentes

A semejanza de los adultos, el adolescente³⁰ está capacitado físicamente para practicar las relaciones sexuales y tener hijos. A diferencia de las personas maduras, carecen de experiencia, equilibrio emocional y amplios conocimientos y, a menudo, tienen un comportamiento distinto, lo cual está definido por sus valores sexuales. El adolescente tiene muy poca experiencia en la toma de decisiones. De hecho, es posible que la decisión de ser sexualmente activo o no, sea la primera decisión importante que tome por sí mismo. Es posible que algunos adolescentes no deseen practicar las relaciones sexuales, pero temen negarse ante la presión de sus compañeros. El consejero podrá informarles que muchos adolescentes comparten su manera de pensar y que no importa negarse a tener relaciones sexuales, haciendo énfasis en los riesgos que esta decisión implica en su futuro. Considerar la abstinencia sexual como una opción es parte de la consejería para adolescentes. Para aquéllos que han decidido iniciar su vida sexual, volver a la abstinencia sexual, el uso de métodos apropiados y el uso del condón para evitar los riesgos de transmisión de algunas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH son opciones a discutir en la consejería.

El adolescente puede desconocer la relación entre sexo y embarazo, qué son los anticonceptivos o cómo se usan. En general, los conocimientos que posee los ha obtenido de los medios de información o de sus amigos, y suelen ser incompletos, equivocados o incorrectos.

Por regla general, el adolescente aprende mejor cuando se siente capaz y logra sentirse así cuando la comunidad da mayor importancia a sus logros que a sus fracasos. El apoyo del consejero es de suma importancia porque es posible que el adolescente encuentre barreras de comunicación con sus padres, familiares o amigos. El y la adolescente requiere de información y educación sexual integral, diferenciada y apropiada.

Métodos tradicionales, naturales o de abstinencia periódica³¹

Cuando se habla de Planificación Familiar y los métodos para llevarla a la práctica, en ocasiones se resta importancia a los métodos “Que requieren el conocimiento de la fecundidad”, porque se asocian a aspectos relacio-

³⁰ Guías Nacionales de Planificación Familiar, MSPAS Guatemala. 2009.

³¹ Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

nados con su limitada efectividad, prolongados períodos de abstinencia, manipulación de los genitales y otras razones; entre estas, un componente religioso. Sin embargo, estos y otros métodos usados con relativa baja frecuencia, también tienen su espacio dentro del espectro de métodos de regulación de la fertilidad. Es por ello que, al igual que la Anticoncepción Post Evento Obstétrico, se dedica un apartado especial dentro de los lineamientos estratégicos del ISECH; con el espíritu de ofrecer todas las opciones disponibles a la población de Chiapas.

La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.³² La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento, tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. Los métodos naturales de planificación familiar son una forma para conocer cuando el coito puede o no resultar en embarazo, identificando cuando se produce la ovulación y cuáles son los días fértiles de la mujer.

Los métodos tradicionales o naturales son³³:

- Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.
- Método de la temperatura.
- Método del moco cervical o de Billings.
- Método sintotérmico.

La orientación para el uso de estos métodos será provista por personal debidamente capacitado y de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, El uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos que ocurren durante el ciclo menstrual normal y la efectividad anticonceptiva depende de la capacidad de la mujer para identificar los signos y síntomas asociados con el periodo fértil. La capacitación a los usuarios para estos métodos dura de tres a seis ciclos (meses) y requiere de la abstinencia sexual durante los días del ciclo menstrual donde la probabilidad de embarazo es mayor. Típicamente se proscriben el coito entre un 35 al 50% de los días de un ciclo menstrual. Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80%. Existen condiciones de salud que al afectar la función ovárica, o la regularidad del ciclo menstrual, pueden alterar los signos y síntomas característicos del periodo fértil y por tanto dificultar el adecuado seguimiento del método o disminuir su efectividad por falla en la interpretación. Cabe anotar que no son una buena opción para las mujeres en el post parto.

Para incrementar su efectividad es necesario el cumplimiento de los siguientes procedimientos:

- Mantener una estrecha relación entre el prestador de servicios y la pareja usuaria.
- Proporcionar una adecuada información, para la cabal comprensión del método.
- La pareja usuaria aceptará el compromiso absoluto de abstinencia sexual durante los periodos de fertilidad en el ciclo menstrual, determinados de acuerdo con los procedimientos descritos para cada método.

³² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

³³ Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

Componente de Provisión de Servicios

Las Redes de Servicios Esenciales de Salud

CONE ambulatorio

El CONE Ambulatorio tiene la expresión Comunitaria y la Institucional

CONE Ambulatorio en su expresión Comunitaria se basa en apoyar la reducción de la primera y segunda demoras en la búsqueda de atención materna neonatal, al momento de una complicación o emergencia obstétrica/neonatal, por lo tanto, es importante asegurar que las mujeres y sus familias, la comunidad en su conjunto, así como las autoridades locales estén preparadas para tomar decisiones oportunas y referir a una mujer en el momento de padecer una emergencia obstétrica.³⁴

Según la OMS/ICM/FIGO, 2003.70 “Promoción de la Salud debe ser realizada por y con la gente, sin que se le imponga. Ampliando la capacidad de las personas para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud”. De esta manera, el mayor conocimiento por parte de la comunidad se traduce en más acciones para promover la salud y una participación más amplia en la solución de problemas, destinada a satisfacer las necesidades de salud materna y neonatal.

La salud, sea deficiente o buena, es un fenómeno acumulativo que refleja las experiencias en el desarrollo de un individuo con el transcurso del tiempo (enfoque del ciclo de salud de la familia)³⁵. Para esto se requiere la creación de entornos propicios, que vinculen a las personas y su entorno y generen condiciones de vida que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y agradables. Debido a la índole personal, familiar y social del embarazo y el parto, la estrategia considera esencial desarrollar capacidades en ellos para asegurar un entorno familiar y comunitario de apoyo y compromiso.

La implementación efectiva del CONE AMBULATORIO en su expresión comunitaria, precisa el desarrollo de diversas estrategias e intervenciones específicas, tales como:

- **Comunicación para los cambios del comportamiento**, entendiéndola como comunicación educativa en salud; un proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación, sustentada en técnicas de mercadotecnia social, que permite la producción y difusión de mensajes de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables entre la población.

La estrategia específica de comunicación para cambio de comportamiento a nivel comunitario, debe considerar los diferentes ciclos de vida de la mujer, especialmente:

- En la etapa preconcepcional para que las mujeres sepan que deben preparar su cuerpo para tener un embarazo saludable.
- En la etapa de embarazo para que elaboren su Plan de Seguridad (Plan de Parto), asistan a los controles, donde además, reciban consejería sobre espaciamiento o limitación de los embarazos, inmunizaciones y lactancia materna exclusiva, y para que reconozcan las señales de peligro y acudan de inmediato a los servicios de salud reduciendo al mínimo la primera demora.

³⁴ Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2009.

³⁵ Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. OMS. 2009.

- En la etapa del parto para que sigan las disposiciones del Plan de Seguridad (Plan de Parto), busquen el apoyo de los comités comunitarios y acudan de inmediato a ser atendidas en los servicios de salud.
- En la etapa del puerperio para que acudan al primer control de ellas y el bebé, para el tamizaje y demás análisis y reciba además recomendaciones sobre espaciamiento de su próximo embarazo o limitación. Incluye el reconocimiento de las señales de peligro en ellas y sus bebés, encaminándolas de inmediato al servicio de salud según la gravedad de dichas señales.

A nivel comunitario, las acciones de comunicación deben estar enfocadas a reforzar los conocimientos de los comités de salud comunitarios sobre la preparación del Plan de Seguridad (Plan de Parto) comunitario, el reconocimiento de las señales de peligro en las embarazadas y las medidas a tomar para reducir al mínimo el tiempo en que accedan a un servicio de salud para recibir la atención correspondiente.

Las acciones de comunicación se deben implementar aprovechando los diferentes medios de más efectiva penetración comprobada para los diferentes grupos de audiencias de interés (radio, perifoneo, entre otros), con el apoyo de piezas creativas, materiales gráficos, láminas y folletos, que deben ser ampliamente distribuidos en las zonas de influencia y en los servicios de salud.

- **Organización y fortalecimiento local;** corresponde al proceso de incorporación del trabajo de los grupos comunitarios organizados para impulsar las acciones de salud que contribuyan a garantizar un embarazo saludable, un parto y puerperio seguros e igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo para niñas y niños desde antes de su nacimiento y hasta los dos primeros años de vida.

El propósito de trabajar con los individuos, las familias y las comunidades es contribuir al empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades para mejorar la salud materna y neonatal y ejercer un mayor control sobre ella, así como ampliar el acceso a servicios de salud de calidad, y su utilización, en particular a aquellos proporcionados por personal calificado para atender partos³⁶.

El empoderamiento se define como un proceso mediante el cual las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades asumen el control de la salud materna y neonatal, y de los problemas potenciales relacionados. El empoderamiento les permite actuar tanto individual como colectivamente para fomentar la salud materna y neonatal.

Con respecto al acceso y la utilización de los servicios de salud y la atención por parte de personal calificado, el trabajo con los individuos, las familias y las comunidades permitirá establecer procesos y acciones, según sea necesario, para asegurar a las mujeres y sus hijos recién nacidos el acceso a la atención de calidad cuando la necesiten.

Las intervenciones para el trabajo con los individuos, las familias y las comunidades se deberán agrupar en cuatro áreas prioritarias:

- Desarrollo de **CAPACIDADES** para mantenerse sanos, tomar decisiones saludables, identificar signos de peligro y responder a las emergencias obstétricas y neonatales;
- Mayor **CONCIENCIA** de los derechos, las necesidades y los problemas potenciales relacionados con la salud materna y neonatal;
- Fortalecimiento de los **VÍNCULOS** para lograr el apoyo social entre las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades, y el sistema de prestación de asistencia de salud;

³⁶ Programa de Acción Específico: Arranque Parejo en la Vida, Secretaría de Salud, México 2001-2006.

- Mejoramiento de la CALIDAD de la atención, los servicios de salud y las interacciones con mujeres, hombres, familias y comunidades.
- Las intervenciones en el ámbito de las comunidades deben comenzar con una identificación clara e inequívoca, basada en criterios económicos y sociales, de las personas que constituyen la comunidad.

Corresponde a los equipos del primer nivel de atención, promover la organización, desarrollo de capacidades y el fortalecimiento de los grupos comunitarios organizados (Comités de Salud), a través de dotación de herramientas, apoyo técnico y seguimiento para el desempeño apropiado de sus responsabilidades y logro de los resultados esperados.

- **Aplicación del Plan de Seguridad**³⁷, permite que las mujeres, sus parejas y sus familiares, cuenten con un procedimiento previamente planificado, que les permita responder de manera inmediata y eficaz ante una complicación o emergencia. Contribuye a fortalecer las decisiones personales y familiares para el momento del parto o de una complicación, requiere muchas veces de alianzas “una relación de colaboración entre entidades con el propósito de trabajar para alcanzar objetivos comunes mediante una división consensuada del trabajo”. El establecimiento de alianzas es un elemento esencial del proceso de implementación del componente comunitario y aplicación del Plan de Seguridad. Deben establecerse alianzas intra y extra sectoriales. Las más importantes, son aquellas con entidades, empresas u organizaciones comunitarias, entre actores públicos y privados para cooperar con la detección, referencia y transporte de emergencias obstétricas y neonatales.
- Esta acción debe ser promovida por el personal institucional. Entre los elementos fundamentales que debe contener se incluyen entre otros:
 - Con quién comunicarse al momento de necesitar ayuda
 - Cuál es la fecha probable del parto
 - Quién va atender el parto
 - Posición en la que deseo tener mi parto
 - En dónde se atenderá mi parto
 - Quién me acompañará
 - Cómo me transportaré
 - Quién proveerá el transporte y cómo se costeará
 - Quién cuidará los niños en casa, entre otros
- **Fortalecimiento de las Posadas AME** (Asistencia a la Mujer Embarazada), que son espacios en donde la embarazada con alguna complicación recibe asistencia, alimentación, hospedaje y vigilancia médica, en tanto se controla y se atiende el parto [3]. Este espacio comunitario también debe ser aprovechado para facilitar el acceso al parto institucional limpio y seguro. Complementariamente se debe fortalecer las Casitas AME que son espacios comunitarios en donde se brindan cuidados y alimentación a los hijos de las mujeres mientras éstas reciben atención de su embarazo y parto en las clínicas y hospitales que ofrecen atención de parto.

La finalidad de estos establecimientos es proporcionar un entorno cercano a la atención calificada, donde las mujeres puedan permanecer en las semanas finales del embarazo. Entre sus tareas, están actividades de educa-

³⁷ Plan de Seguridad: Guía para el personal de Salud. Gobierno Federal.

ción y consejería para mejorar el autocuidado, orientadas especialmente a las mujeres y los recién nacidos. Es cardinal para su sostenibilidad la firma de convenios con la organización comunitaria local y las autoridades municipales. Cada instalación debe contar con su respectivo reglamento de funcionamiento. Estos se manejarán de acuerdo a la normativa estatal en proceso de preparación.

La red de servicios inicia desde la propia comunidad, siendo sus operadores los auxiliares de salud y los técnicos de atención primaria en salud, así como la partera tradicional. Todos estos actores claves desempeñan sus actividades completamente de forma voluntaria y no forman parte de la estructura **institucional** de la red de servicios del Estado. Su participación es fundamental y constituye el punto oficial de contacto con la población.

Dentro de las actividades de los auxiliares de salud y técnicos de atención primaria en salud, se encuentran las siguientes:

- Realizar y dar seguimiento al censo de embarazadas en sus comunidades de influencia
- Captación y referencia a control prenatal y del recién nacido
- Promoción de la Planificación familiar
- Referencia a jornadas de vacunación y planificación familiar
- Promover la conformación y desarrollo de los comités de salud comunitarios
- Participar en los procesos de capacitación comunitarios
- Promover la elaboración y seguimiento de los planes de seguridad (Plan de Parto)
- Realizar convocatoria de la población a atender en las Caravanas de Salud

Dentro de las actividades de la partera tradicional, se encuentran las siguientes:

- Captación y referencia a control prenatal y del recién nacido
- Identificación de señales de alarma y referencia oportuna de la embarazada, parto, pos parto y recién nacido
- Acompañamiento para la atención del parto institucional
- Promoción de planificación familiar
- Referencia a jornadas de vacunación
- Promover la conformación y desarrollo de los comités de salud comunitarios
- Participar en los procesos de capacitación comunitarios
- Promover la elaboración y seguimiento de los planes de seguridad (Plan de Parto)
- Realizar convocatoria de la población a atender en las Caravanas de Salud

Se considera como parte del CONE ambulatorio institucional a la instalación mínima de Consultorio de medicina general o familiar:³⁸ Que deberá contar al menos con dos áreas: una para el interrogatorio con el paciente y su acompañante y otra para la exploración física, delimitada con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente. Las áreas de interrogatorio y de exploración de un consultorio de medicina general o familiar pueden estar contiguas o separadas; cualquiera que sea el caso, la superficie total de estas dos áreas deberá contener el mobiliario y equipamiento que se menciona en el Apéndice Normativo "A"³⁹ y contar con los espacios necesarios para las actividades del personal, de los pacientes y acompañantes.

³⁸ NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010.

³⁹ NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010

El CONE AMBULATORIO en su expresión Institucional, inicia desde la **Casa de Salud**⁴⁰, ya que es un punto vital de la red de servicios de salud con diversas y variadas características de ubicación, régimen de propiedad y tipo de inmuebles, proporcionado generalmente por los habitantes de la comunidad rural dispersa; como resultado de una solución de ellos para coadyuvar al acceso a los servicios básicos de salud. Es el primer nodo en la red de servicios de salud para estas localidades y sirve de enlace con los Centros de Salud Micro regionales más cercanos.

La Casa de Salud, es sede de la brigada a pie que visita la comunidad periódicamente. Está a cargo de un COCS (Coordinador Comunitario de Salud), cuyo perfil profesional es de técnico o promotor en atención primaria a la salud o bien de enfermera, responsable de una microrregión que atiende a varias localidades dispersas con una población de 500 a 1000 habitantes cuyas funciones son de censo, vigilancia y apoyo para la prevención y promoción de los Programas Nacionales de Salud. El radio de acción para las casas de salud, debe corresponder a una distancia no mayor de seis kilómetros y el tiempo máximo de recorrido de 60 minutos.

La cartera de servicios en las **Casas de Salud**, en articulación con la comunidad, consiste en: Vigilancia Epidemiológica, censo de embarazadas y en general de la población, embarazo, puerperio, recién nacido, desarrollo y crecimiento del niño, capacitación y educación en salud por medio de talleres comunitarios, participación en los programas de detección de cáncer, vacunación y planificación familiar, aplicación de inyecciones y suministro de antibióticos, apoyo a programas de distribución de componentes nutricionales, primeros auxilios, orientación nutricional, resguardo del equipo e instrumental para las brigadas móviles, llevar el levantamiento y control de cartillas y del censo, facilitar o apoyar talleres comunitarios para capacitación y orientación nutricional y realizar curaciones sencillas.

A este nivel corresponden también,

Centros de Salud Micro Regionales: Establecimiento de atención médica ubicado en localidades rurales y urbanas para ofrecer atención clínica básica y servicios básicos de salud a la comunidad: promoción de la salud, saneamiento ambiental, detección y control de riesgos, diagnóstico temprano de enfermedades.

En ésta unidad se ofrecen servicios de consulta externa por edad y género de acuerdo a la línea de vida: recién nacido, menores de 5 años, de 5 a 9 años, de 10 a 19 años, mujeres de 20 a 59 años, hombres de 20 a 59 años, 60 años o más.

Estos centros se ubican en localidades con mayor población y demanda. El área de influencia se encuentra en un radio de 15 kilómetros y tiempo de recorrido de hasta 30 minutos del hogar del usuario o de la casa de salud. Su capacidad puede ser de 1 a 15 núcleos básicos. En el medio urbano se considera tiempo máximo de 30 minutos y con distancia máxima de recorrido de 5 kilómetros. Su capacidad es de 1 a 15 núcleos básicos. Eventualmente, varias microrregiones son atendidas por una unidad de salud que corresponde al primer nivel de atención, para la prestación de servicios de planificación familiar y anticoncepción horizontalizados se deberá contar con un consultorio de medicina familiar y/o general por cada 500 familias o 3000 personas⁴¹.

Las Caravanas de Salud^{42,43} Programa de acción federal apoyado en las 32 entidades federativas que busca acercar la Red de servicios de salud a la población que habita en los municipios de menor índice de desarrollo

⁴⁰ Red de Servicios Esenciales de Salud. ISECH 2012.

⁴¹ PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción. Primera edición 2008.

⁴² <http://mexicolegal.com.mx/vp-ind.php?id=358&categoria=derecho>

humano, y localidades de alta y muy alta marginación y/o limitado o nulo acceso a servicios de salud. Este Programa consiste en la organización y operación de equipos de salud itinerantes y de unidades móviles de diferente capacidad resolutoria, que complementa a la red de unidades médicas fijas. El Programa cuenta con recursos humanos capacitados, otros medios de transporte de personal en salud, casas de salud, recursos materiales (medicamentos, insumos y dispositivos médicos), que inciden en un espacio geográfico determinado, a través del establecimiento de rutas de atención, brindando servicios de salud a la población como: prevención y control de enfermedades, promoción de la salud y 79 intervenciones de atención médica ambulatoria del Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES). El Programa garantiza la continuidad de la atención a través del envío de pacientes a unidades médicas de mayor capacidad resolutoria de la red. Parte fundamental del desarrollo del Programa lo constituye el fomento de la participación comunitaria así como la vigilancia epidemiológica y las acciones en materia de salud pública. Las caravanas de salud entregan, a excepción del DIU, los métodos temporales.⁴⁴

CONE Básico y CONE Completo

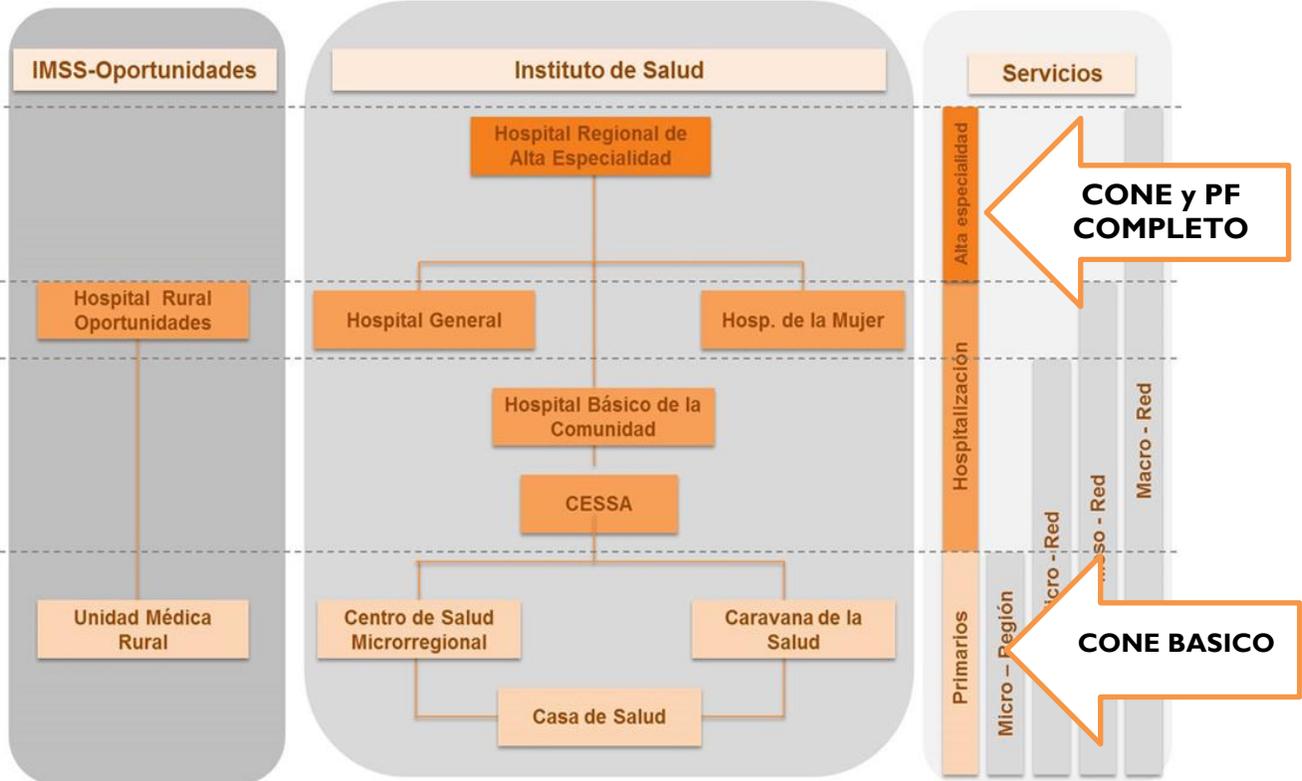
En este nivel de atención el CONE Básico y el Completo, buscan resolver la demanda espontánea y las referencias de las complicaciones y disminuir el número de muertes maternas y neonatales y/o la tasa de letalidad dentro de los servicios que cuentan con atención de partos a través de la oferta de cuidados obstétricos y neonatales de calidad, correspondiendo al CONE Completo, la resolución de complicaciones que requieren cirugía obstétrica, con disponibilidad de sangre segura.

De forma coherente con el Programa de Acción Específico 2007-2012 de Arranque Parejo en la Vida, el Instituto de Salud del Estado de Chiapas ha definido en su Red de Servicios Esenciales de Salud lo que corresponde institucionalmente a Unidades CONE Ambulatorio, CONE Básico y CONE Completo, según se describe en el siguiente gráfico ⁴⁵:

⁴³ Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud SECRETARÍA DE SALUD. DIARIO OFICIAL, 30 de diciembre de 2007.

⁴⁴ NOM-005-SSA2-1993.

⁴⁵ Red de Servicios Esenciales de Salud. ISECH, 2012.



Infraestructura en Salud del Estado de Chiapas por Región

TIPO DE UNIDAD													
Región	ISECH											IMSS-Oports	
	C. S	C.S. M	Caravana	CES-SA	H.B. C	UNE-ME	Clínica Mujer	Hosp. De la Mujer	Hosp. Gral.	Hosp. Univ.	Hosp. Reg. Alta Esp.	U.M. R	H.R. O
I	12	16	4	0	1	5	2	0	1	0	1	9	0
II	20	16	5	0	1	0	1	0	0	0	0	25	1
III	23	9	5	5	0	0	0	0	0	0	0	17	0
IV	8	9	3	2	1	0	0	0	0	0	0	17	1
V	29	82	19	8	5	2	1	1	1	0	0	65	1
VI	39	20	1	1	2	0	1	0	1	0	0	31	0
VII	26	16	9	5	1	0	0	0	0	0	0	33	1
VIII	16	26	12	2	2	0	1	0	1	1	0	20	0
IX	27	31	8	0	1	1	2	0	2	0	0	25	1
X	55	37	8	1	0	4	1	0	2	0	1	89	0
XI	41	27	6	3	2	1	1	0	0	0	0	63	1
XII	32	20	8	3	2	0	1	0	0	0	0	26	2
XIII	11	22	10	2	0	2	1	0	1	0	0	20	1
XIV	27	67	31	5	2	0	0	0	1	0	0	51	0
XV	48	31	14	4	1	1	1	1	1	0	0	64	1
TO-TAL	414	429	143	41	21	16	13	2	11	1	2	555	10

Regiones:

- I.- Metropolitana
- II.- Valles Zoque
- III.- Mezcalapa
- IV.- De los Llanos
- V.- Altos Tsoltsil-Tseltal
- VI.- Frailesca
- VII.- De los Bosques

- VIII.- Norte
- IX.- Istmo-Costa
- X.- Soconusco
- XI.- Sierra Mariscal
- XII.- Selva Lacandona
- XIII.- Maya
- XIV.- Tuliá Tselal-Chol
- XV.- Meseta Comiteca Tojolabal

De acuerdo al documento Información Relevante enero-diciembre 2013 (preliminar del 5 de febrero de 2014) la Red de Servicios de Salud del ISECH es la que se muestra en la siguiente tabla, disponible en el enlace de internet:

<http://www.calameo.com/read/00237518375ad93daca5f>

Directorio de Unidades Médicas Cierre Diciembre 2013

JUR	AT N MENTAL	C. S.	C.E.S.S.A.	CARAVANA	CLINICA DE LA MUJER	H. G.	H. B. C.	H. R. A. E.	U. M.	U.N.E.M.E	TOTAL	CASA DE SALUD	TOTAL GENERAL
01	1	60	7	4	2	1	2	1	14	6	90	60	150
02		83	10	21	1	2	4		10	2	133	32	165
03		36	7	5	2	2	2		11	2	66	62	120
04		20	3		1	1	2		1		28	39	67
06		40	7	10	1	1	2		8		69	46	115
06		54	6	20	1	2	2		5	2	92	46	138
07		38	1	2	1	2		1	5	4	54	63	117
08		28	2		2	2	1		5	1	41	23	64
09		52	3	37			1		3		96	41	137
10		22	3				1		4		30	29	59
TOTAL	1	432	49	99	11	13	17	2	66	17	707	441	1131

FUENTE: CLUES

Nota: Unidades en Operación

* No incluye 2 clínicas (1 administrada por el Municipio de Tuxtla Gutiérrez y 1 en trámite de CLUES)

C.S. Centro de Salud

C.E.S.S.A. Centro de Salud con Servicios Ampliados

H.G. Hospital General

H.B.C. Hospital Básico Comunitarios

H.R.A.E. Hospital Regional de Alta Especialidad

U.M. Unidades Móviles

UNEME: Unidad de Especialidades Médicas

Para fortalecer la red de establecimientos para una gestión efectiva de los servicios de CONE, la Organización Mundial de la Salud plantea aplicar un conjunto de criterios relacionados a la estructura y recursos debidamente adecuados a las condiciones y características demográficas y territoriales del Estado⁴⁶, estos criterios corresponden ha:

- Un Hospital resolutorio por cada 500,000 habitantes.
- Por cada 1,000 nacimientos se requieren 4 camas obstétricas por día.

⁴⁶ PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO, 2007-2012, Arranque Parejo en la Vida. Pág. 46.

- Por cada 1,000 embarazadas se requieren 2 camas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) obstétricos.
- Por cada dos camas de obstetricia se requiere una sala de labor.
- Por cada 1,000 nacimientos, se requieren por lo menos 4 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
- Por cada 1,000 nacimientos, se requieren por lo menos 4 Unidades de Cuidados Intermedios o cuneros patológicos.

En el siguiente cuadro, se ilustra cómo se podrían distribuir las intervenciones de acuerdo a la capacidad resolutive de las unidades médicas que se encuentran establecidas en los servicios estatales de salud.

Acciones	Centro Salud	Centro Salud	Hospital Integral o	Hospital
		Rural	Urbano	comunitario
Atención prenatal	X		X	X
Tx Anemia severa				X
ITS-Sífilis		X	X	
ITS-Otras		X	X	
Atención parto normal	X*		X*	X
Atención hemorragia				X
Atención eclampsia			X*	X
Parto obstruido			X	X
Sepsis				X
Complicaciones neonato				X
Atención posparto			X	X
Estabilización y traslado seguro en emergencias obstétricas			X	X
X	X			
Complicaciones aborto				X
APEO-Condón		X	X	
APEO-DepoProvera		X	X	
APEO-DIU			X	X
APEO-Norplant			X	
APEO-Hormonales oral	X		X	
APEO-OTB				

* *Atención propuesta de acuerdo con las necesidades y recursos disponibles. Evaluación y autorización por las autoridades estatales y jurisdiccionales*

En los servicios de salud comunitarios, del primero y segundo nivel de atención de las áreas Indígenas del Estado de Chiapas, se debe fomentar y apoyar que cada unidad cuente con recurso humano indígena, que facilite la transmisión de la información a los usuarios. Estos deben estar debidamente capacitados en señales de peligro sobre el embarazo, parto, puerperio y recién nacido.

Se debe contar con la infraestructura necesaria para un ambiente de espera agradable, con servicios sanitarios y suficiente espacio, buscando la privacidad en todo momento, desde el abordaje inicial.

La entrega de servicios debe ser culturalmente adaptada de acuerdo a los usos y costumbres de la población que demanda el servicio, favoreciendo la humanización de la atención del parto, interactuando preferiblemente en la lengua de la usuaria y teniendo presente entre otros, lo siguiente: consentimiento informado, no obligar a vestir ropas inapropiadas de acuerdo a sus costumbres y cosmovisión, no utilización de enemas rutinarios, no utilización de episiotomía de rutina, permitir la deambulaci3n durante el trabajo de parto a menos que haya contraindicaci3n, permitir acompa1ante de acuerdo al deseo de la usuaria, no obligar al ayuno innecesario, parto en posici3n vertical cuando sea solicitado por la usuaria, etc.

De acuerdo a la cartera de servicios de cada una de las unidades de salud, se debe disponer siempre de los insumos, equipo, materiales y personal competente para la provisi3n de los servicios de acuerdo a la clasificaci3n CONE de la unidad de salud en particular.

- Vehículos institucionales o comunitarios para garantizar el traslado ante una urgencia obstétrica.
- Acompañamiento por personal de salud de las mujeres que son referidas a los hospitales con una emergencia.
- Funcionamiento permanente del sistema de radiocomunicaci3n
- Insumos que permitan estabilizar complicaciones obstétricas.
- Disponer de personal de salud las 24 horas del día los 7 días de la semana para unidades CONE básico y completo.

Recientemente, el ISECH desarrolló un ejercicio de reclasificaci3n funcional de la red de establecimientos de salud que ofertan servicios de CONE, exclusivamente en las cuatro jurisdicciones beneficiarias de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Para ello se utilizaron las cédulas de cotejo de Funciones de CONE y otros Servicios Esenciales, M3dulo No. 5 correspondiente a la Evaluaci3n de Necesidades de CONE elaboradas por AMDD para UNFPA, UNICEF, OMS en su versi3n actualizada del a1o 2009. Este m3dulo evalúa la capacidad resolutive de las unidades de salud para brindar 24 horas al día, los 7 días de la semana con personal competente, medicamentos y equipos, las 7 funciones esenciales de CONE Básico y las 9 funciones de CONE Completo. Como resultado de esta reclasificaci3n se ha definido la organizaci3n de las redes para estas cuatro jurisdicciones de la siguiente manera:

Jurisdicci3n Sanitaria	Municipio	Unidad	Clasificaci3n Funcional CONE
San Crist3bal de las Casas	San Crist3bal de las Casas	Hospital de la Mujer	Completo
	Larrainzar	HBC Larrainzar	Básico
	Chamula	HBC Chamula	Básico
	Teopisca	HBC Teopisca	Básico
Pichucalco	Pichucalco	HG Pichucalco	Completo
Palenque	Yajal3n	HG Yajal3n	Completo
	Tila	HBC Tila	Básico
Ocosingo	Ocosingo	HBC Ocosingo	Completo

Dentro de la categorización que se lleve a cabo para los establecimientos de la red de servicios de salud del Estado que puedan ser considerados como CONE Básico, es muy probable que existan algunos que no cuenten a este momento con todos los requerimientos para ser considerados como tales. Para cerrar estas brechas, debe desarrollarse un plan de fortalecimiento de la capacidad resolutive para dichos establecimientos y mientras existan dichas brechas, estos establecimientos deben cumplir con 6 requisitos mínimos:

1. Contar con personal de salud, debidamente capacitado y certificado para la atención de parto limpio y seguro, con vigilancia del trabajo de parto (uso de Partograma), Manejo activo de la tercera etapa del parto y vigilancia del puerperio inmediato. Estabilizar y referir complicaciones.
2. Contar con transporte para traslado de pacientes complicadas.
3. Contar con los insumos, medicamentos, equipo, necesarios para la atención de parto limpio y seguro, y además con cajas rosas para tratamiento inicial de la hemorragia obstétrica y con cajas guinda para el tratamiento inicial de la preeclampsia / eclampsia.
4. Estos establecimientos deben ofrecer atención de parto las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
5. Deberán contar con un medio de comunicación efectivo y disponible todo el tiempo, para comunicar al hospital con capacidad resolutive, la referencia de las complicaciones obstétricas que envían, para garantizar su pronta atención.
6. De ser un establecimiento que atiende a población muy distante, es conveniente contar con una Posada AME (Asistencia a la Mujer Embarazada).

En el mediano plazo se debe de reestructurar la red de establecimientos de salud del Estado, aprovechando tecnología disponible como la georreferenciación, que cumpla un conjunto de criterios adicionales a los tradicionalmente utilizados de población. Los criterios a considerar deben incluirse como mínimo los siguientes:

Desde el punto de vista de la Demanda:

1. Población de las áreas de influencia
2. Los grupos atareos
3. Demanda potencial a atender (Embarazos esperados, partos esperados, abortos esperados, complicaciones obstétricas y neonatales esperadas, etc.)
4. Áreas de concentración o confluencia
5. Altas tasas de morbilidad y mortalidad
6. Tiempo de traslados a centros con capacidad resolutive no mayor de 1 hora
7. Distancia a centros con capacidad resolutive no mayor de 15 Km.
8. Medios de comunicación y transporte

Desde el punto de vista de la Oferta:

1. Fortalecimiento de la capacidad resolutive disponible, de acuerdo a los criterios de la demanda, la capacidad resolutive de las unidades de salud para brindar 24 horas al día, los 7 días de la semana con personal competente, medicamentos y equipos, las 7 funciones esenciales de CONE Básico y las 9 funciones de CONE Completo.
2. Aprovechamiento de la capacidad resolutive de otro sector de salud (IMSS, PEMEX, gobiernos locales, alianzas estratégicas, etc.).
3. El sistema de referencia y respuesta funcional y efectivo entre los diferentes niveles de la red
4. Disponibilidad y fortalecimiento de las Posadas AME.

5. Telemedicina.

Posadas de Nacimiento ⁴⁷

Es común que no exista un espacio en los hospitales destinado a las mujeres que inician trabajo de parto, razón por la cual son regresadas a sus casas o deambulan por la calle en condiciones inadecuadas. Otro elemento importante es la existencia de barreras culturales en los servicios de salud, lo que provoca rechazo y desconfianza de las usuarias en algunas regiones del país, dificultando una atención oportuna en casos de riesgo y complicaciones. Adicionalmente, las mujeres que viven en localidades que se encuentran a más de dos horas de distancia del hospital no acuden por falta de recursos para trasladarse y para pagar albergue y alimentación cercano a la unidad, o bien, no cuentan con apoyo para el cuidado de sus hijas/os.

Considerando estos elementos, la Secretaría de Salud desarrolla una estrategia complementaria en la provisión de los servicios de salud del Estado, destinada a contribuir a acelerar el proceso de reducción de la Mortalidad Materna: las Posadas de Nacimiento, que parten del análisis sociodemográfico, epidemiológico, estimaciones y proyecciones, análisis de necesidades por red de servicios y análisis de la infraestructura existente y que consisten en “Un espacio donde se puede ofrecer hospedaje preparto, la atención del parto y vigilancia del puerperio a las mujeres que lo requieran, así como albergue a sus hijos y/o acompañantes, en áreas contiguas a servicios de salud con capacidad resolutive”, esto corresponde a las unidades de salud consideradas como CONE Básico y CONE Completo.

El “Modelo de recursos para la planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud Unidad de Posada de Nacimiento” de la Secretaría de Salud, México, 2013, (**Enlace a documento de Posadas de Nacimiento, SS 2013**) corresponde al documento oficial que proporciona la metodología utilizada para obtener la plantilla valorizada de la Unidad; la forma en que se designa su equipamiento; la lógica con la que fueron asignados sus espacios físicos del modelo arquitectónico; y los prototipos de integración del modelo de plantilla, infraestructura y equipamiento de la Unidad en cuestión.

Antecedentes. La Unidad Médica de Posada de Nacimiento surge como resultado de otorgar a la mujer durante su trabajo de parto una atención que tome en cuenta al enfoque basado en evidencias científicas y que responda a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual considera el embarazo y parto normal, como eventos fisiológicos y no como enfermedades. Sigue las recomendaciones de la OMS para la atención del parto con modelos desmedicalizados y seguros fuera de los hospitales, así como con personal de salud no necesariamente médico. Con ello se pretende lograr una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención y de la manera más segura. Esta meta implica que en el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural.

La Unidad de Posada de Nacimiento se define como una ampliación de un hospital destinado a ofrecer hospedaje a embarazadas y puérperas (con camas no censables); la atención del parto normal bajo el modelo con enfoque humanizado, intercultural y seguro; la vigilancia del puerperio a las mujeres que lo requieran, así como albergue a sus hijos y/o acompañantes. Se encuentra inspirado en las posadas AME (Albergue de la Mujer Embarazada) y las casas de la mujer, que han incorporado la atención de partos, así como por los resultados de los módulos de medicina y partería tradicional de los Hospitales Integrales del Estado de Puebla. Por su impacto en la erradicación de la muerte materna, el Hospital Integral de Cuetzálán, Puebla, se hizo merecedor al Premio Nacional de Calidad en Salud, 2007.

⁴⁷ Posadas de Nacimiento. Documento Oficial SS 2013. Modelo de recursos para la planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Unidad de Posada de Nacimiento.

La Unidad Médica de Posada de Nacimiento se considera un anexo funcional del hospital, que debe operar bajo los siguientes criterios:

- El ingreso de las mujeres a la Unidad, se realiza a través del servicio de admisión de toco cirugía del hospital, de manera clasificada, enfoque de riesgo e historia clínica.
- Atención digna y humanizada del parto bajo las recomendaciones de la OMS, en las que la mujer es protagonista de su parto.
- Respetar y aplicar las indicaciones contenidas en la NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.
- Tomar en cuenta la cultura de la región, brindando servicios culturalmente amigables.
- “Acercar la casa al hospital”, de manera que el espacio sea confortable como el hogar y seguro como el hospital, en el cual puedan acompañar familiares, si la mujer está de acuerdo.
- Contar con la posibilidad de la atención inmediata en el hospital en caso de complicaciones, o a través de un servicio de traslado inmediato y referencia operativa-funcional.
- Brindar hospedaje y alimentación a mujeres que no requieren hospitalización, pero si vigilancia especializada ambulatoria.
- Respeto a los derechos de las mujeres usuarias tomando en cuenta el artículo primero constitucional que reconoce los derechos humanos definidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el estado mexicano sea parte, los cuales obligan a la no discriminación de las mujeres, a no ejercer ningún tipo de violencia sobre las mismas y a reconocer a la medicina tradicional realizada por los pueblos indígenas.

Objetivos de las Posadas de Nacimiento. La Posada de Nacimiento tiene como objetivo brindar a las mujeres en trabajo de parto o que requieran atención ambulatoria especializada durante el embarazo o el puerperio, una alternativa de atención que conjugue el hospedaje con antelación, con la oportunidad de atender su parto y/o vigilar el puerperio, en condiciones de seguridad, amigabilidad cultural y confort.

La finalidad de la Posada de Nacimiento es la de crear un entorno amigable (como si estuviera en casa) y seguro, e incrementar la capacidad resolutive de la atención del parto normal (eutócico), descargando al hospital de la atención de estos partos, para concentrar la capacidad hospitalaria en la atención de partos complicados y de emergencias obstétricas.

El criterio principal es mantener a la paciente cerca de un hospital con capacidad resolutive para resolver posibles complicaciones. Como elemento central se pretende humanizar e interculturalizar la atención del parto, lo que incluye el acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto, la atención en posiciones verticales, el poder recibir masajes, el apego y lactancia inmediatos al nacimiento, el acompañamiento de un familiar, el respetar su cultura, el permitir la participación de personal técnico y auxiliar, así como de parteras tradicionales reconocidas y certificadas. Se considera también la inclusión de intervenciones que han demostrado ser efectivas y la limitación de aquellas que no poseen evidencias científicas de sus aportes, sobre todo si no cuentan con indicaciones médicas precisas.

Por todas estas razones en las posadas de nacimiento, se pretende la atención a las mujeres en el parto con enfoque, humanizado, intercultural y seguro:

Humanizado, porque parte de comprender que las mujeres deben de ser el sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quién parir, bajo la cobertura de los derechos humanos, persiguiendo el objetivo de que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana. Para ello incorpora protocolos de

acción y condiciones (como la ropa humanizada para el parto y las mesas y bancos obstétricos para posición vertical).

Intercultural, porque pretende identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud, reconociendo la diversidad cultural existente entre las mujeres de nuestro país, con sus demandas y expectativas, así como por la propuesta de enriquecimiento de la atención del parto con elementos de la partería tradicional indígena, que fortalecen tanto los elementos técnicos, como los mismos procesos de humanización del parto.

Seguro, porque parte de reconocer a las mujeres como sujeto del derecho de recibir una atención médica basada en fundamentos científicos, que han proporcionado elementos sustantivos para prevenir complicaciones y muerte materna (y todas las secuelas de las cesáreas), así como daños y secuelas en el recién nacido, y porque además de procurar condiciones de comodidad durante el parto, promueve también que estas se lleven a cabo en espacios confortables, con lo mejor de la atención desmedicalizada, pero en condiciones de seguridad en coordinación y contigüidad con espacios resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora. El enfoque seguro también incluye las competencias obstétricas que debe de tener el personal del hospital resolutivo para poder identificar y resolver de manera oportuna las complicaciones y emergencias obstétricas.

Los objetivos específicos de la Unidad Médica de Posada de Nacimiento se refieren a:

1. Contribuir a la disminución de la mortalidad materno – infantil.
2. Contribuir a disminuir la saturación de los hospitales debida a la atención de partos normales (eutócicos).
3. Disminuir los costos de la atención de los servicios obstétricos, con un modelo no medicalizado.
4. Favorecer el acceso de las mujeres que viven en localidades dispersas a servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio, así como el acceso a métodos anticonceptivos post-evento obstétrico.

Funciones de la Posada de Nacimiento. La Unidad de Posada de Nacimiento debe incluirse como una ampliación o anexo funcional, que opera bajo la licencia sanitaria del hospital, y enfocado a reducir la carga de partos normales en los servicios hospitalarios de obstetricia, con el fin de ampliar la capacidad para atender oportunamente las emergencias obstétricas. Se definen las siguientes funciones para la Unidad Médica de Posada de Nacimiento:

I. Hospedaje. Consiste en el hospedaje de mujeres embarazadas con identificación de riesgo obstétrico, para que se trasladen con antelación a los servicios de salud, y de puérperas que requieran observación, y se alberguen en condiciones seguras y óptimas. Incluye:

- Referencia y comunicación con antelación oportuna de los Centros de Salud y otros servicios al Hospital con la Unidad Médica de Posada de Nacimiento para asegurar su atención.
- Valoración obstétrica de la mujer previa al ingreso, a través del servicio de admisión de toco cirugía del hospital.
- Estancia temporal para las mujeres que requieren atención en el Hospital, mientras esperan su ingreso, sea para atención de parto o para consulta especializada.
- Recepción en la Unidad y revisión médica de parte de los servicios de salud, así como de las personas encargadas del centro (personal técnico y parteras).
- Servicios de alimentación adecuada donde las mujeres embarazadas participan en la definición del menú, elaboración, y las familias con suministro de víveres.

- Espacios para el lavado de ropa.
- Información sobre el modelo de atención del parto de la Unidad de Posada de Nacimiento, así como de práctica de ejercicios diversos.
- Actividades diversas recreativas para las mujeres.

2. Atención del parto normal. La atención del parto eutócico bajo las recomendaciones de la OMS y en condiciones de competencia cultural incluye:

- El acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto.
- El acompañamiento de un familiar o de parteras tradicionales si la usuaria lo demanda.
- Uso de masajes para relajar y disminuir el dolor en la cadera, durante el trabajo de parto.
- Posiciones verticales (sentada, hincada, en cuclillas).
- Apego inmediato durante el parto (contacto piel a piel y amamantamiento del recién nacido durante la primera media hora).
- Climatización y ambientación confortable de la sala de parto.
- Desmedicalización en la medida de lo posible.
- Evitar el abuso en la utilización de la tecnología.
- Y sobre todo, el respeto a las mujeres con respecto a la toma de sus decisiones.

3. Hospedaje postparto. Consiste en el hospedaje de mujeres puérperas en condiciones de amigabilidad cultural. Incluye:

- Hospedaje que considere los tiempos culturales acostumbrados.
- Hospedaje a mujeres puérperas que egresaron del hospital y requieren vigilancia especializada ambulatoria.
- Revisión médica y por personal técnico y parteras, de la puérpera y recién nacido.
- El egreso de la mujer de la Unidad de Posada de Nacimiento, será realizado previa valoración de alta médica.
- Alimentación de acuerdo a las pautas culturales (no alimentos considerados fríos).
- Uso de temascal, en caso de que sea una práctica cultural de la región.

Existen dos tipos de Unidades Médicas de Posadas de Nacimiento:

- Tipo 1. Hospital Básico Comunitario con Unidad Médica de Posada de Nacimiento. Para Hospitales con un promedio de 500 a 1,000 partos al año. Consta de una Posada de Nacimiento con 4 camas no censables para estancia de pacientes, con un cuarto de atención de parto. En regiones indígenas se privilegiará la participación de parteras tradicionales.
- Tipo 2. Hospital General con Unidad Médica de Posada de Nacimiento. Para Hospitales de más de 1,000 partos al año. Consta de una Posada de Nacimiento con 10 camas no censables para estancia de pacientes, con 2 salas de atención de parto. En regiones no indígenas se privilegiará la participación de parteras profesionales y de enfermeras obstétricas.

Beneficios de las Posadas de Nacimiento:

- Albergue para la mujer y su familia antes del parto para facilitar su estancia en caso de no tener unidad cercana a su domicilio.
- Reducir la carga operativa de unidades obstétricas.
- Humanizar la atención del parto.
- Propiciar el parto en condiciones fisiológicas.

- Reducir las intervenciones nocivas durante el parto.
- Incrementar la calidad de la atención de parto normal con competencia cultural.
- Reducir el costo de atención.
- Detectar tempranamente complicaciones en el partograma.
- Facilitar la referencia inmediata de pacientes complicadas.
- Reducir eventualmente el número de cesáreas.

Sistema de referencia y respuesta

Con la finalidad de asegurar la integralidad y continuidad de la atención, el ISECH organiza los servicios de atención a la salud y enfermedad de acuerdo a niveles de complejidad y capacidad resolutive. Cuenta con una estructura de proveedores de servicios de salud, que se agrupan formal y funcionalmente en redes de atención, donde un gran número de proveedores de primer nivel y menor cantidad de proveedores de segundo y tercer nivel de atención. Es así que para los distintos tipos de demanda se organiza en establecimientos de salud con diferentes grados de resolución con el objetivo que los establecimientos de provisión de servicios de todos los niveles se articulen a través de modalidades que permitan la continuidad e integralidad de la atención procurando con ello que la población reciba servicios eficientes, efectivos y de calidad de acuerdo a sus particulares necesidades.

Para poder hacer funcional y buen uso de esta red de servicios, maximizando tanto su eficiencia como la equidad en el acceso a la salud materna neonatal, resulta crucial asegurar una buena coordinación entre los diferentes niveles de atención. Para ello se requiere contar con criterios y procedimientos homogéneos que permitan canalizar la demanda hacia y entre los servicios de salud materna neonatal, procurando el uso eficiente de la red de servicios de atención del ISECH. Este lo constituye el Sistema de Referencia y Respuesta (SRR).

De manera general y universalmente se entiende como **referencia**: la transferencia formal mediante procedimientos uniformes y oficializados para la atención del usuario con una necesidad de salud que supera la capacidad de resolución del proveedor a otro proveedor de un nivel de mayor complejidad. Los sinónimos y términos más frecuentemente utilizados en diferentes países para este proceso corresponden a: remisión, interconsulta o derivación. Como **respuesta** se entiende la transferencia formal del proveedor de un mayor nivel de complejidad a un proveedor de menor complejidad para el seguimiento del caso, cuando ya no se requiere atención en el nivel de mayor complejidad. Los sinónimos más comúnmente utilizados para este término incluyen: retorno y contra remisión o contra referencia.⁴⁸

Conforme a la estrategia CONE cuando se identifiquen factores de riesgo o complicaciones, éstas deben ser derivadas a las unidades con capacidad resolutive de acuerdo a la complicación o emergencia, pero este sistema puede aplicarse para resolver diversas necesidades de atención integral como:

- Solicitud de procedimiento diagnóstico (Ej. Amniocentesis diagnóstica);
- Solicitud de procedimiento terapéutico (Ej. Cesárea);
- Solicitud de exámenes auxiliares y de diagnóstico por imágenes (Ej. Ultrasonido)
- Solicitud de hospitalización o internamiento (Ej. Embarazada complicada); y
- Solicitud de cirugía ambulatoria o con internamiento (Ej. AQV).

Adicional, se incluye la activación del plan de parto comunitario y la referencia a la Posada de Nacimiento.

⁴⁸ Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en los Servicios de Salud; PHR plus, agosto 2004.

La aplicación efectiva de un sistema de referencia y respuesta requiere contar con una normativa, criterios, procedimientos e instrumentos debidamente aprobados para el efecto. De esta manera, la referencia y respuesta de usuarias de atención prenatal, parto, puerperio, recién nacido, complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, así como de las complicaciones neonatales, se deben realizar con base a las directrices establecidas en las Guías de Práctica Clínica (GPC) de la Secretaría de Salud de la República Mexicana.

Para hacer más efectivo y funcional el sistema de referencia y respuesta, se debe considerar la telemedicina a través del uso de dispositivos móviles, tales como celulares, tabletas, laptops y otros, que faciliten la comunicación, consulta y resolución rápida y la referencia oportuna y adecuada para la seguridad del paciente. Esto permite reducir la referencia innecesaria, el gasto de bolsillo de la población usuaria y la sobresaturación de los centros de mayor complejidad; además, incrementa la satisfacción de usuarias.

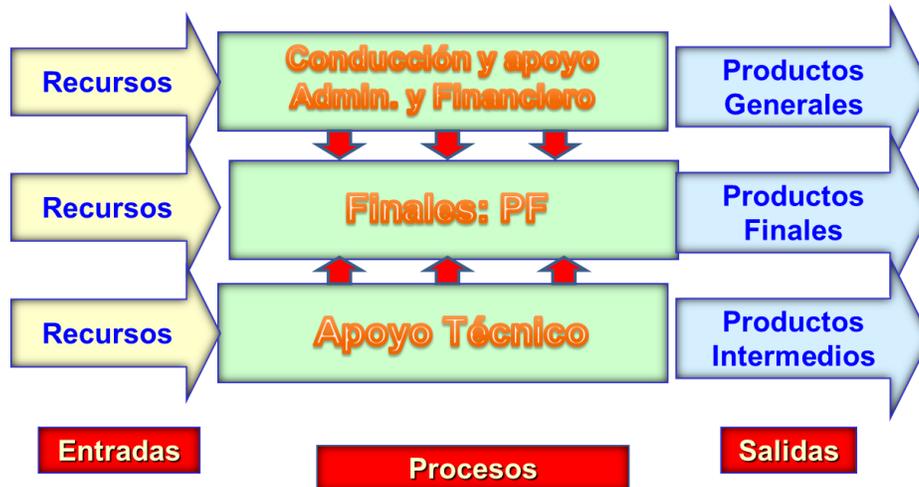
Adicionalmente, se debe considerar la creación de centros de llamadas (call center) atendidas por especialistas las 24 horas del día los 7 días de la semana en los centros de mayor capacidad resolutive, así como de centros de atención a usuarios que aseguren las citas para la referencia, orienten a los pacientes y hacer la efectiva atención en el idioma local y comuniquen la respuesta para el seguimiento en los niveles correspondientes.

En aquellas áreas en que la población usuaria viva en áreas rurales dispersas con difícil acceso a los establecimientos de la red de servicios se debe aprovechar el uso de las Posadas AME y del Plan de Seguridad (Plan de Parto), que faciliten una referencia y servicios oportunos, permitiendo la continuidad de la atención, minimizando los riesgos y complicaciones de la madre, feto o recién nacido.

Componente de Gestión de Servicios

Este Componente responde a ¿Cómo se manejan los recursos y sistemas de apoyo? Tomando en consideración las necesidades y metas federales y estatales.

Conforme al enfoque sistémico, el **producto final** es un servicio de Planificación Familiar de calidad, lo que se entiende que la persona es informada a través de una serie de procedimientos básicos o finales, que constituyen la razón de ser del programa, como los procedimientos para una consejería con pertinencia cultural, que permite tomar una decisión informada, libre de presiones, con la garantía a la población usuaria, que no se le ocasionará ningún daño físico con el uso del método que seleccionó, y que durante todo el tiempo de su uso, tiene un seguimiento personalizado para garantizar su satisfacción y adhesión al método.



Para lograr este producto final se requiere de productos intermedios, a cargo de sistemas, procesos y procedimientos de **apoyo técnico**, cuyos productos, permiten contar con los medios para evaluar los criterios médicos de elegibilidad, el consentimiento informado, insumos para la realización de procedimientos quirúrgicos, etc. Sin ellos no se alcanza el producto final.

Para una gestión efectiva de los servicios de PF, los dos tipos de procedimientos tanto finales como de apoyo no son suficientes, se requiere de un tercer tipo de procesos y procedimientos de **apoyo administrativo y financieros**, cuyos productos constituyen los productos generales, sin los cuales definitivamente no existiría una planeación que permita la estimación de métodos a comprar por el Estado, por jurisdicción y por unidad de salud, sin un presupuesto que apoye la compra y garantice tener el producto cuando se necesite, en el lugar que se necesite, en la cantidad que se necesite, que a su vez, parte del sistema de información para la toma de decisiones acertadas, entre otros.

Para desarrollar la Estrategia de fortalecimiento para la gestión efectiva de los servicios de Planificación Familiar del ISECH, se necesita de 7 elementos básicos que constituyen los sistemas, procesos y procedimientos de la gestión a desarrollarse de forma efectiva, oportuna y con calidad, ya que si alguno de ellos manifiesta limitaciones o debilidades, estas tendrán un impacto directo en la productividad y calidad de la atención en PF a la población usuaria. Estos siete sistemas son el objeto central de la estrategia, que se abordarán a continuación:



Gestión de la Programación de Planificación Familiar



La Norma Oficial Mexicana (NOM 005) de los Servicios de Planificación Familiar, modificada en 2004, describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar. Su aplicación tiene como objeto unificar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para los servicios de PF en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos, basada en la aplicación del enfoque de Salud Reproductiva. El campo de aplicación de esta norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado.

La programación es el ejercicio mediante el cual se planifican actividades e insumos requeridos para la prestación de servicios de Planificación Familiar, debe estar basada en la demanda insatisfecha de mujeres y/o sus parejas; y datos reales de consumo de los servicios de salud a los que asisten por diversas causas, debe ser trabajada en equipo con todos los involucrados en el proceso y con la presencia de las autoridades de los diferentes niveles administrativos de la Región, garantizando la ejecución y cumplimiento de objetivos.

¿Por qué es necesaria la programación?

Para una gestión efectiva de los servicios de PF, debe considerarse que el propósito primordial de las actividades de Programación, es tener información de las mujeres y hombres que se espera cubrir con métodos de PF en el año, de manera que se pueda estimar las necesidades de métodos, materiales, insumos y equipo que se requerirá para satisfacer la necesidad de la población.

El proceso de Programación de las actividades de Planificación Familiar es un proceso gerencial que se realiza una vez al año en el mes de junio, y que incluye a los distintos niveles del ISECH con participación en el tema: Casas de Salud, Caravanas de Salud, etc.

Componentes o elementos básicos para el desarrollo del enfoque de la Programación de los Servicios:

A la gestión efectiva se le agrega valor cuando toma en cuenta, para acoplarse a la realidad y ser útil, cuatro factores: **la necesidad, la demanda o necesidad insatisfecha, el consumo y los suministros.**

- **La Necesidad**

Está determinada por la población que actualmente usa anticonceptivos y necesita continuar siendo abastecida de métodos. La programación de manera clásica solo toma en cuenta esta población, dejando de lado la demanda, el volumen de nuevos usuarios y la evolución de las necesidades de métodos de la población, según transcurre su ciclo reproductivo. Como ejemplo, la necesidad de protección de un adolescente es diferente a la de una mujer multípara.

- **La Necesidad Insatisfecha de Anticoncepción (NIA)**

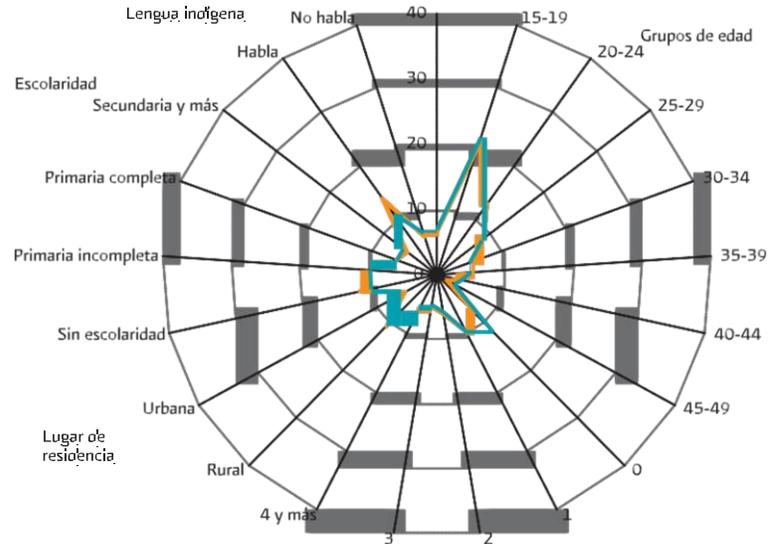
La necesidad o demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, afecta principalmente a los grupos de adolescentes y jóvenes (36.0% y 24.8%, respectivamente), a la población indígena (22.8%) y a la rural (20.9%)⁴⁹.

- **Mujeres en edad fértil unidas con NIA**

La NIA está determinada por mujeres unidas, embarazadas o amenorreícas que no planearon o no deseaban embarazarse y mujeres no embarazadas ni amenorreícas que son fértiles y desean postergar el nacimiento del primero o siguiente hijo, o que no desean tener uno o más. De esta forma, la demanda para espaciar se refiere a las mujeres unidas no usuarias actuales de anticonceptivos que, siendo fértiles, quieren más hijos pero desean posponer el siguiente nacimiento por más de dos años. En tanto que la demanda para limitar se refiere a las mujeres unidas no usuarias de la anticoncepción, que son fértiles pero ya no desean tener más hijos.

⁴⁹ ENADID 2009.

Necesidad insatisfecha de anticoncepción de mujeres en edad fértil unidas y sexualmente activas, México 2006



Período:

— Necesidad insatisfecha — Sexualmente

Por características sociodemográficas, es claro que los grupos con menor demanda satisfecha se refieren a los que exhiben niveles mayores de NIA, es decir, las adolescentes, las mujeres con paridad cero, las de nula escolaridad y las rurales. Aproximadamente la mitad de las mujeres unidas de estos grupos y tres quintas partes de las sexualmente activas pertenecen a la demanda satisfecha⁵⁰.

Cálculo de la Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos⁵¹

$$NIA_t = \left[\frac{Nesp_t + Nlim_t}{MEFU_t} \right] 100$$

NIA_t Proporción de mujeres en edad fértil unidas que en el año *t* desean espaciar o limitar el nacimiento de próximos hijos, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno en el año *t*

⁵⁰ <http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/anticoncepcion/completo.pdf>

⁵¹ Secretaría de Salud (SS). Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, 2006 y 2009.

Nesp t Número de mujeres en edad fértil unidas que en el año t desean espaciar el siguiente embarazo, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno en ese momento

Nlim t Número de mujeres en edad fértil unidas que en el año t no desean tener más hijos, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno en ese momento

MEFU t Mujeres en edad fértil unidas en el año t

La necesidad insatisfecha de anticonceptivos se calcula con datos de las encuestas nacionales sobre anticoncepción, utilizando los segmentos de intención de espaciar y la demanda para limitar.

El grupo a cargo de la programación debe tener en cuenta que el solo cálculo de la NIA no dice nada. Es imprescindible, tomar la decisión de cuantos puntos porcentuales de la misma se intenta disminuir y en cuanto tiempo. Así como, a que sector afecta la intención de disminuir la NIA, esto es, cuántos puntos porcentuales de cada uno de los dos segmentos intentaremos disminuir. Dirigiendo las acciones a programar y por consecuencia la mezcla de métodos, el grupo etéreo, nivel de instrucción y estrato social a alcanzar.

- **El Consumo**

Por otro lado, hay que determinar la población a la que se ha servido durante el año, con la finalidad de proyectar las necesidades de métodos anticonceptivos para el período próximo, tomando en cuenta planes programáticos de incremento en la demanda, como por ejemplo, campañas de información, educación y comunicación, campañas de promoción de un método en particular (por ejemplo, distribución de condones durante festividades especiales, día mundial del SIDA, otros). Esencialmente los pasos para programar/proyectar se pueden resumir en ocho:

1. Recolección de datos de fuentes primarias (formatos que contienen el dato de consumo) y secundarias (formatos que contienen número de usuarias nuevas y activas) que puedan apoyar el desarrollo de la proyección, tomando en cuenta las limitaciones de los datos (por ejemplo, períodos largos de desabastecimiento de métodos anticonceptivos, que pueden afectar el dato completo de consumo).
2. Preparación de la estimación de necesidades/programación preliminar con base en el marco contextual de factores que potencialmente la afecten.
3. Reunión de elaboración de la estimación de necesidades/programación con los funcionarios involucrados. Esto incluye personal del nivel Jurisdiccional y unidades de salud que estén familiarizados con el programa de PF y con el manejo de los datos de consumo y estadísticas de servicio.
4. Revisión de la proyección, contrastándola con los elementos de la provisión de servicios (usuarias nuevas, usuarias activas) y consensuándola con los funcionarios idóneos (jurisdicciones, unidades de salud, ISECH).
5. Determinación de las necesidades totales de anticonceptivos, según la conclusión obtenida de la revisión entre la programación con datos de consumo y la programación con datos de estadísticas de servicio (usuarias)
6. Estimación de las cantidades que podrá adquirir el ISECH según los fondos asignados bajo los diferentes ramos de financiamiento (Anexo IV, Ramo 12, Ramo 33), para determinar brechas en cantidades que no serán adquiridas, así como en financiamiento faltante.
7. Presentación de la estimación de necesidades/programación de anticonceptivos al nivel Federal, para su análisis y aprobación, estableciendo un calendario proponiendo pasos y tiempos que debe

tomar cada uno hasta obtener respuesta oficial sobre aprobación final de cantidades de anticonceptivos.

8. Finalmente, desarrollar un plan de monitoreo de todo el proceso para: 1) garantizar que el ciclo se cierra, entre la iniciación del ejercicio de programación hasta la aprobación de las cantidades de la misma; 2) para analizar brechas en cantidades y financiamiento, reportando dichas brechas a las autoridades del ISECH, con suficiente anticipación, para buscar acciones que den solución a/o anticipen situaciones de potenciales desabastecimientos.

- **Los Suministros**

A diferencia de otros programas de salud, la PF va íntimamente unida a la disponibilidad de métodos (hormonales, dispositivos, de barrera, etc.). Se ha llegado a decir “sin insumos, no hay programa”. Para cada período, durante el proceso de la estimación de necesidades/programación de anticonceptivos se debe evaluar y ponderar las fuentes financieras y las de adquisición de métodos anticonceptivos. Primero, saber si el ISECH cuenta con los fondos necesarios para la compra de los suministros; de quedar cortos en fondos, poder estimar la brecha en el financiamiento y gestionar un refuerzo presupuestario con la suficiente anticipación para contar con los recursos requeridos para cubrir la demanda actual y la proyectada. Segundo, mejorar la disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos para al menos mantener la oferta básica, de manera suficiente, y no transgredir el derecho a la libre elección.

Una vez acordada la cantidad programada/proyectada de cuántos anticonceptivos va a necesitar el ISECH para cubrir el consumo de al menos un año, la aplicación Pipeline facilita el cálculo de cuánto y cuándo debe solicitar el ISECH los suministros/anticonceptivos/insumos que le permitan mantener niveles adecuados de abastecimiento a nivel estatal y jurisdiccional, tomando en cuenta los tiempos de reabastecimiento y los tiempos que toman los proveedores (tercerizados, otros) para cumplir con los contratos de provisión de medicamentos, anticonceptivos y otros insumos.⁵²

El tomar en cuenta los factores descritos facilitará una gestión de la programación, efectiva, eficiente y oportuna. En cuanto al cumplimiento de metas, el uso de los recursos correctamente y la disponibilidad de métodos anticonceptivos.

Los siguientes instrumentos son la base actual de la programación que utiliza el ISECH. Sin embargo, dentro del documento titulado “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de Anticonceptivos e Insumos Afines” se describirá en detalle los procesos de la gestión logística – desde la selección hasta la entrega de anticonceptivos a usuarias/os -, incluyendo los instrumentos a utilizar correctamente para realizar una Programación que responda a las necesidades del Programa de Planificación Familiar en el ISECH.

[Enlace pendiente hasta desarrollar la Guía](#)

Instrumentos: Enlace a instrumentos de Programación

[Manual de apoyo para la Programación Anual de trabajo y Presupuesto](#)

[Mascarilla de Captura PAT 2014](#)

[Seguimiento de Metas capacitación supervisión](#)

[Seguimiento de Metas Usuaris](#)

[Metas y presupuesto de Planificación Familiar 2014](#)

⁵² The RESPOND Project. 2012. Reality √: A planning and advocacy tool for strengthening family planning programs: User’s guide. New York: EngenderHealth

[Población 2014 de Chiapas](#)

[Bibliografía adicional](#)

[PipeLine5Addendum_ES](#)

Gestión de la Organización de los Servicios para la atención de PF



Los servicios del ISECH en cuanto a la oferta de PF deben contemplar, planificar y programar actividades de información, de consejería y provisión de métodos anticonceptivos cumpliendo lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

“Ley General de Salud, Artículo 35.- Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios⁵³.”

“Servicios de Planificación Familiar⁵⁴

Artículo 67.- La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.”

¿Por qué es necesaria la Organización de los Servicios para una gestión efectiva de los servicios de PF? Para que sea posible brindar las atenciones en Planificación Familiar con calidad es necesario que cada uno de los servicios se organice para tal fin, en ese sentido, este componente tiene como objetivo identificar equipos y materiales que se necesitan en cada unidad para promover, ofertar y proveer las atenciones de PF en base a las Normas de Atención en PF. Para ello se debe describir el flujo que las personas deben seguir para obtener las atenciones, señalar adecuadamente las unidades de provisión de servicios, desarrollar acciones de promoción de los servicios de PF y consejería así como mantener las condiciones básicas que deben tener los servicios para ofertar la atención en PF.

Componentes o elementos básicos para el desarrollo del enfoque de la Organización de los Servicios:

- **Descripción del flujo y señalización.**

Se debe describir el flujo que las personas deben seguir adentro del establecimiento para obtener las atenciones. Es importante señalar adecuadamente las unidades de provisión de servicios para lograr la orientación de las usuarias(os).

⁵³ Ley General de Salud, *Últimas Reformas DOF 07-06-2012*

⁵⁴ Ibid

La captación o identificación para acceder a la atención de sus demandas o necesidades de Planificación Familiar puede hacerse desde varias formas:

- Demanda espontánea
- Referencia de otro nivel de atención
- Producto de la promoción comunitaria, radial u otro medio.
- Consulta por cualquier motivo de la mujer o de un hijo y se aprovecha la oportunidad de ofrecer servicios de PF (Oferta Sistemática)

Ejemplo de flujo procedimiento de atención general en Casa de Salud o Unidad Móvil en la Jurisdicción de salud, dividido en etapas: Previa a la atención Médica, Durante la atención y después de la misma.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ATENCION

casa de salud

ETAPA I: PREVIA A LA ATENCIÓN MÉDICA

proceso clave a documentar en el sistema de información

No.	Actividades	
1	Espera a que abran el servicio	
2	Pide número	
3	Hace cola en el pasillo	
4	Esta inscrito en Seguro Popular? Si. Continúa con el proceso NO. Se inscribe y continúa con el proceso	
5	Pasa a secretaria. Se le hace ficha de la embarazada y el carnet	Se elabora SIS SS E1
6	Pasa a sala de espera a esperar turno de preconsulta	
7	Recibe charla informativa sobre temas de lactancia materna exclusiva y otros temas (de acuerdo con el programa oportunidades)	
8	Pasa a pre-consulta .medición y registro de Signos vitales que incluye medición de peso	Se registran signos vitales, medidas antropometricas

ETAPA II: ATENCIÓN MÉDICA

No.	Actividades	
1	Consulta. Se revisa esquema de vacunación, signos vitales, ganancia de peso, altura uterina, presentación fetal si edad de embarazo lo permite, solicita pruebas de laboratorio de acuerdo a la norma y ultrasonido	
2	Se realiza evaluación clínica de la paciente por médico	se registra en la tarjeta de embarazada
3	Se da consejería sobre la importancia de trabajar su plan de parto, signos y señales de peligro durante el embarazo, consejería en planificación familiar post evento obstétrico y próxima cita	se registra en la tarjeta de embarazada
4	Evaluación de Antecedentes Personales y Obstétricos	se registra en la tarjeta de embarazada
5	Medición de Talla, Examen de Mamas, Semanas de Amenorrea, Medición del Peso	se registra en la tarjeta de embarazada
6	Determinación y evaluación de Presión Arterial, Medición y evaluación de la Altura Uterina Auscultación de FCF a partir de las 20 SG. Movimientos Fetales a partir de 20 SG Aplicación de vacuna Td	se registra en la tarjeta de embarazada
7	Evaluación del Estado Nutricional en base al Índice de Masa Corporal en captación precoz (12 semanas). Evaluación del Estado Nutricional en base al Incremento de Peso Materno (Curva del CLAP)	se registra en la tarjeta de embarazada
8	Exámenes de Laboratorio (Grupo y Rh, VDRL/RPR, Cinta Reactiva de Uroanálisis / EGO, Hemoglobina,	se registra en la tarjeta de embarazada Se registran en SIS SS LABORATORIO Se registra en el SIS SS 38h
9	Consejería y prueba voluntaria de VIH, glicemia (al inicio y a las 24 - 28 semanas de gestación)	se registra en la tarjeta de embarazada
10	Si es consulta subsiguiente de la embarazada se revisa, analiza e interpretan resultados de laboratorio:	se registra en la tarjeta de embarazada
	Grupo y Rh	se registra en la tarjeta de embarazada
	VDRL/RPR	se registra en la tarjeta de embarazada
	Cinta Reactiva de Uroanálisis / EGO Hemoglobina	se registra en la tarjeta de embarazada

ETAPA III: DESPUES DE LA ATENCIÓN MEDICA

No.	Actividades	
	Post consulta	
1	plan educacional a la madre sobre alimento e higiene, se revisa esquema de vacunación y suplementación de micronutrientes	
2	Proporciona consejería en planificación post evento obstétrico,	
3	Asegura que tenga anotados en el carnet datos de la ficha clínica	
4	Entrega información sobre dosis, frecuencia y duración de los tratamientos prescritos por el médico	Se registra en tarjeta de embarazada Se registra en formulario de demanda real
5	Consolidación de la atención diaria	Se registra en el censo diario
6	Consolidación de la información en el concentrado del proveedor	Se registra en el concentrado del proveedor
7	Consolidado de la información en el concentrado del modulo	Se registra en el concentrado del modulo
8	Consolidado de la información que se presenta a la jurisdicción de todos los proveedores	Se registra en el concentrado de todos los proveedores

▪ **Promoción de los servicios de PF.**

La promoción abarca todas aquellas actividades dirigidas a alentar a hombres, mujeres y parejas a practicar la Planificación Familiar. Puede ser interpersonal, o por otras vías de comunicación que incluyen mensajes a través de charlas, murales expositivos, conferencias, videos, hojas volantes, afiches, promoción en la entrega de paquetes básicos, ferias de la salud, teatro popular, etc. Las unidades de salud deben garantizar contar con personal que dedique una parte de su tiempo exclusivamente para realizar la promoción interna de los servicios de PF y entregar la información que todo hombre, mujer y adolescente necesita para practicar una vida sexual y reproductiva saludable y prevenir comportamientos de riesgos, y esto va desde el portero o vigilante hasta el personal que brinda la atención directa a los y las usuarias.

▪ **Consejería con la Guía de Consejería con Pertinencia Cultural.**

El ISECH desarrolla, la **Guía de Consejería con Pertinencia Cultural**, apegada a la norma nacional de consejería de Planificación Familiar de la Federación, dedicada a población indígena, que incluirá la información para la toma de decisiones informadas, de forma que se respeten: su entorno cultural, sus valores, cosmovisión y necesidades reproductivas. Asimismo, se estipulará la información de manera genérica para responder a los múltiples entornos de costumbres y lenguaje de Chiapas. Iguales condiciones serán tomadas en cuenta en la Guía de Consejería para Población No Indígena. Igualmente, se utilizarán elementos seleccionados de la “Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar de la OMS” los que serán incorporados en ambas guías.

En el caso que la persona seleccione la anticoncepción quirúrgica voluntaria (femenina o masculina), es indispensable y obligatorio el llenado del consentimiento informado, para garantizar el derecho de los usuarios de contar con la información necesaria sobre las implicaciones del procedimiento que se le va a realizar.

▪ **Condiciones básicas que deben tener los servicios para ofertar la atención en PF.**

Para la organización y desarrollo de servicios de planificación familiar en las Unidades de Salud del ISECH, las Direcciones Jurisdiccionales deben garantizar que la unidad cuente con las condiciones básicas en cuanto a recursos humanos capacitados, infraestructura, equipos y materiales, ajustados a la cartera de métodos anticonceptivos ofrecidos a la población usuaria.

Pasos para fortalecer la Organización de los Servicios para una gestión efectiva de los servicios de PF:

- En los servicios de salud comunitarios, del primero y segundo nivel de atención de las áreas Indígenas del Estado de Chiapas, se fomentará y apoyará para que cada unidad cuente con recurso humano indígena, lo que facilita la transmisión de la información a los usuarios. Estos deberán estar debidamente capacitados en consejería, entrega de métodos anticonceptivos según la normativa de entrega de métodos para el nivel comunitario, uso de los criterios médicos de elegibilidad, Planificación Familiar de intervalo, anticoncepción post evento obstétrico, maternidad segura.
- Se debe contar con la infraestructura necesaria para un ambiente de espera agradable, con servicios sanitarios y suficiente espacio, buscando la privacidad en todo momento, desde el abordaje, consulta, hasta el momento de la consejería, lo cual contribuye a mejorar la decisión informada de los usuarios(as).
- De acuerdo a la cartera de servicios de cada una de las unidades de salud, se debe **disponer siempre** de los insumos, equipo, materiales y métodos anticonceptivos requeridos para la entrega del método seleccionado por la usuaria(o), para atender la demanda en el momento que se genere.

En la cartera de servicios del ISECH, las Caravanas de la Salud constituyen un modelo de atención comunitaria importante para el acceso de servicios a las comunidades de menor índice de desarrollo, por lo cual es necesario que sean abastecidas de métodos anticonceptivos a través de las jurisdicciones, en una forma oportuna y considerando la demanda potencial según programación del número de comunidades que recorren mensualmente. Este servicio comunitario debe formar parte siempre de los flujos de información y distribución de anticonceptivos en el contexto de cambios que se efectúen a dichos procesos y se debe considerar como un nivel de atención similar al de las unidades médicas para la gestión logística de los anticonceptivos.

Instrumentos: Enlace a instrumentos para la Organización de los Servicios
CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD (CAUSES) 89.

Métodos Temporales, Página 131 a 134.: [Enlace](#)

Oferta sistemática: [Enlace](#)

Guía de consejería con enfoque intercultural: [Enlace pendiente hasta estar el instrumento.](#)

Gestión del monitoreo, supervisión y evaluación de la atención de PF



El derecho a la salud, la cobertura y el acceso a la atención de la salud, y específicamente de la salud reproductiva, son del máximo interés social. Por esa misma razón, deben ser monitoreados y evaluados para garantizar su efectivo cumplimiento, así como para detectar no cumplimiento en cuanto a la norma con conlleven a la oportunidad de plantear oportunidades de mejora.

El monitoreo y la evaluación de la salud son retos complejos, por las múltiples causas que tienen los procesos de salud-enfermedad en un país. Sin embargo, para el caso de Chiapas, existen compromisos y metas específicas cuyo cumplimiento sin duda contribuye a mejorar la situación de salud de la población, especialmente de la más pobre y postergada. De acuerdo con los resultados de línea base del proyecto Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, realizada en mayo 2013 en una muestra de comunidades, unidades médicas de 4 jurisdicciones de San Cristobal de las Casas, Pichucalco, Ocosingo, y Palenque, muestran que , en términos de indicadores PF 41.6% de mujeres en edad fértil, utilizan al momento de la encuesta de línea de base un método anticonceptivo,...la demanda insatisfecha al momento del estudio en las comunidades encuestadas fue de 76%...., lo cual conlleva a realizar acciones específicas desde el nivel estratégico hasta el nivel operativo orientadas a reducir esta brecha entre las mujeres que desean utilizar un método anticonceptivo y no tienen acceso al mismo, en las unidades médicas del ISECH las cuales enmarcadas dentro de esta estrategia buscan mejorar el estatus actual de estos indicadores.

El monitoreo es el proceso continuo del día a día y sistemático, basado en evidencia, que precisa del análisis de información para la toma de decisiones. Es condición indispensable para identificar las brechas e incumplimientos en el alcance de las metas de acceso y cobertura de la PF, así también permite a los equipos, analizar sus causas y tomar las medidas correctivas o profundizar en algunos casos, mejorar y/o innovar en otros, para asegurar los resultados deseados, permitiendo además, la retroalimentación entre los objetivos teóricos y las lecciones aprendidas en la práctica. Asimismo, este importante componente aporta la evidencia necesaria para documentar y sistematizar resultados y procesos y, por lo tanto, es un insumo básico para la Evaluación.

La estrategia de monitoreo de las acciones de PF para el Estado de Chiapas se centrará en lo siguiente: Entre las estrategias basadas en la evidencia que contribuyen a reducir la mortalidad materna a través de la disminución de la exposición a un embarazo, está la planificación familiar⁵⁵, Sin embargo se ha identificado que para garantizar el éxito de estas y otras intervenciones implementadas (planificación familiar y de cuidados obstétricos y neonatales esenciales realizados) a reducir la mortalidad materna deben ser monitoreadas y evaluadas a través del tiempo.

- Qué se va a monitorear.
- La mejora del acceso y la oferta servicios de planificación familiar: a través de la medición del crecimiento de usuarias nuevas del programa, en relación con el mismo período en el periodo anterior, o en relación con la meta programática anual, conocer el crecimiento de usuarias subsecuentes (nuevas y activas del programa) tanto a nivel institucional como a nivel comunitario (fuera de

⁵⁵ Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Gobierno Federal. México

unidad), abastecimiento permanente de la oferta básica de métodos anticonceptivos, número de servicios que ofertan atención post evento obstétrico, crecimiento del programa en relación con el mismo período en el año anterior.

- La oferta de servicios de consejería y entrega de métodos de planificación familiar para hombres y mujeres.
- La disponibilidad permanente de servicios de planificación familiar a nivel de las unidades médicas y jurisdicciones priorizadas.
- ¿Cómo se va a monitorear?
- A través del cumplimiento de metas programáticas e indicadores en forma periódica, definidos conjuntamente con el Programa de Planificación Familiar, y la Iniciativa Mesoamérica 2015, que permitan medir si se ha mejorado el acceso (a nivel comunitario e institucional), la oferta, la participación del hombre, y nivel de abastecimiento, éste último según los parámetros establecidos en la guía “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de Anticonceptivos e Insumos Afines”.
- ¿Qué instrumentos tiene el ISECH que apoyarán/se utilizarán en este monitoreo?.
- Para programación de metas se utiliza la mascarilla de captura PAT 2014 (o del año que corresponda para planificación familiar, que establece el número de usuarias nuevas, subsecuentes, por programa, por método anticonceptivo, que puede desagregarse por jurisdicción y por unidad médica).
- Para monitoreo se utiliza la tarjeta electrónica de salud de planificación familiar que permite monitorear el número de usuarias nuevas y subsecuentes del programa.
- El IMI, (**Informe de Movimientos y Solicitud de Insumos Anticonceptivos**) que permite registrar mensualmente el consumo de métodos anticonceptivos.
- El SIS que permite registrar el número de usuarias nuevas, subsecuentes, indígenas, no indígenas, institucionales o atendidas fuera de unidad (comunitarias), si la entrega de métodos anticonceptivos fue en intervalo o bien post evento obstétrico, así como el tipo de métodos anticonceptivos entregados.
- Qué indicadores serán incorporados en el monitoreo.
- Que indicadores de programación se utilizaran: *(se utiliza la máscara de programación 2014 de planificación como fuente de información)*
 - % población de responsabilidad de la Secretaria de Salud del Estado de Chiapas
 - Porcentaje de mujeres en edad fértil
 - Número de mujeres en edad fértil para el periodo
 - Porcentaje de cobertura esperado
 - Número de usuarias y usuarios esperado
 - Tasa de retención de usuarias en el año anterior
 - Meta de retención de usuarias para el próximo año
 - Cierre de usuarios activos en el año anterior al actual
 - Meta de usuarios activos para el próximo año.
 - Meta de usuarios activos el año anterior
 - Usuarios activos por tipo de método anticonceptivo el año anterior
 - DIU Tcu380A
 - DIU medicado

- Condón masculino
- Condón femenino
- Píldora
- Inyectable mensual
- Inyectable bimestral
- Implante subdérmico
- Parche
- Vasectomía
- OTB voluntaria
- Qué indicadores de procesos (entrega de métodos, consejería, consentimiento, abastecimiento, etc.) (fuente SIS, IMI, Tarjeta electrónica de planificación familiar)
 - Número de métodos anticonceptivos entregados a unidades médicas durante el periodo:
 - DIU Tcu380A
 - DIU medicado Condón masculino
 - Condón femenino
 - Píldora
 - Inyectable mensual
 - Inyectable bimestral
 - Implante subdérmico
 - Parche.
 - Número de consentimientos informados por unidad médica y por jurisdicción.
- ¿Cuáles serán los indicadores de logística a ser utilizados?
 - Serán incluidos en la guía “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de Anticonceptivos e Insumos Afines”.
- ¿Qué indicadores de resultado se monitorearán?
 - Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos
 - Número de parejas protegidas en el año (APP)
 - Número de embarazos evitados en el año.
- ¿Cuáles de estos indicadores se les dará vida en el tablero y en el uso de salas situacionales?
 - Número de métodos anticonceptivos entregados a usuarias/os por grupos de edad
 - Usuarios activos por tipo de método anticonceptivo
 - Usuarias nuevas
 - Número de parejas protegidas en el año (APP)
 - Su uso en salas situacionales se realiza con el enfoque sistémico:
 - Para lograr estas metas o resultados, debemos lograr realizar estos productos, para lograr estos productos necesitamos realizar ciertos procesos y para lograr estos procesos necesitamos contar con insumos y métodos anticonceptivos.

- Cuales indicadores serán claves para la toma de decisiones por niveles (estratégico, táctico, operativo?)- como apoyaría el tablero en el análisis de estos indicadores por cada uno de los niveles y tipo de usuario?

Niveles jerárquicos de responsabilidad.	Operativo	Táctico	Estratégico
Indicadores	Usuaris nuevas Usuaris continuas Usuaris referidas para AQV % de unidades médicas con al menos 4 métodos anticonceptivos (I hormonal oral, un hormonal inyectable, un DIU, uno de barrera) del abastecidos por encima del 80% en los últimos tres meses.	% de unidades de salud abastecidas con métodos anticonceptivos, según guía de procedimientos logísticos % de unidades de salud que realizan procedimientos de anticoncepción quirúrgica voluntaria (femenina y masculina) % de personal capacitado en consejería % de metas programadas con 90% de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • APPs • % de demanda insatisfecha • Costo del programa de PF a nivel Estatal • Usuaris Nuevas • Tasa de Fecundidad global • Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

La Supervisión, corresponde a los mandos medios de la institución, su alcance es mucho mayor que el monitoreo y menor que la evaluación. También se sustenta en evidencia y permite contar con una perspectiva de uno o varios meses que complementa el análisis de los resultados y logros, obtenidos en el proceso del día a día del monitoreo. A nivel del Estado de Chiapas, las actividades de salud que realizan los auxiliares de salud comunitaria (fuera de unidad) son supervisadas por el “técnico de atención primaria” (COCs) responsables de atención en las casas de salud de la comunidad, corresponden más que nada a actividades de promoción e información sobre los métodos anticonceptivos, promoción de la oferta y provisión en las casas de salud, unidades médicas, caravanas, entrega de consejería de planificación familiar.

Las actividades del COCs, unidades médicas de la microred, son supervisadas por los supervisores zonales de la jurisdicción, en coordinación con el responsable del programa de salud de la mujer de la jurisdicción y el o la responsable del programa de planificación familiar.

Las actividades a supervisar para apoyar el cumplimiento de la estrategia de planificación familiar, van desde el cumplimiento de metas programadas a alcanzar, abastecimiento permanente de métodos anticonceptivos, el uso de criterios médicos de elegibilidad para la oferta y provisión del método como parte del aseguramiento de la calidad de atención, en forma bimestral.

Los instrumentos a utilizar son listas de verificación para procesos de atención en planificación familiar, reportes de cumplimiento de metas generados por el tablero de control a nivel de la jurisdicción, por unidad. Las brechas identificadas entre lo esperado y observado en procesos de atención, serán comunicados por los su-

perisores zonales al coordinador del programa de salud de la mujer a nivel de la jurisdicción y responsable del programa de planificación familiar, quien en coordinación con el responsable de enseñanza a nivel de la jurisdicción programarán las capacitaciones en temas que sean necesario fortalecer, de acuerdo a su prioridad durante el trimestre o bien el proceso de capacitación anual de la jurisdicción.

La evaluación es el proceso integral y continuo de investigación y análisis de los cambios que tienen lugar en el mediano y largo plazo y es de mucho mayor alcance, como consecuencia directa o indirecta de intervenciones específicas. Es una herramienta para la transformación que genera información objetiva sobre las opciones para mejorar intervenciones actuales y futuras en forma permanente.⁵⁶

A lo interno del ISECH se ha conformado una comisión de seguimiento a programas especiales, dentro de los cuales se incluye la Iniciativa Mesoamérica 2015, que evalúa el cumplimiento de metas de indicadores de desempeño, cada 15 días se monitorea el avance de logros, y cada tres meses el departamento de evaluación de la Dirección de Planeación y Desarrollo del ISECH evalúan el cumplimiento de metas físicas y financieras, acuerdan planes de mejora, metas e indicadores para verificar su cumplimiento. Los instrumentos utilizados son máscara de planificación familiar correspondiente al año fiscal, que articula metas físicas con financieras. El análisis y evaluación de su cumplimiento de metas se fortalece con la puesta en funcionamiento del tablero de control, que incluye ya metas e indicadores para el análisis integral de programas de salud materna, planificación familiar, vacunación, en una etapa inicial, otros indicadores para otros programas prioritarios podrán ser desarrollados por el centro de inteligencia en salud del ISECH dentro del centro de investigación epidemiológica cuando sea requerido porque se han trasladado las competencias al equipo de técnicos del ISECH, como parte de las actividades de la Iniciativa Mesoamérica 2015.

Las acciones de logística de métodos anticonceptivos serán desarrolladas por John Snow, Inc. (JSI), y se presentarán en el documento a desarrollar llamado “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de Anticonceptivos e Insumos Afines”

¿Por qué es necesario monitoreo, supervisión y evaluación para una gestión efectiva de los servicios de PF?

Dentro de la propuesta de mejora de la gestión estratégica de servicios de planificación familiar se hace necesario implementar a lo interno del ISECH, un sistema efectivo de monitoreo, supervisión y evaluación que permita tanto al nivel de la coordinación de la subdirección de la mujer, como a los responsables a nivel de jurisdicciones del programa de planificación familiar, monitorear el cumplimiento de metas programadas a lograr por parte de cada unidad de salud de la micro, meso y red de servicios de cada jurisdicción y del Estado de Chiapas.

El ejercicio de programación de metas anuales de planificación familiar (usuarias nuevas a lograr, usuarias activas (nuevas y subsecuentes), de métodos anticonceptivos a distribuir se realiza, sin embargo el acompañamiento del cumplimiento de estas metas no es sistemático. Hoy día, con la incorporación de herramientas de gestión del control como los “Tableros de Mando o de Control”, facilita enormemente a los equipos, el control, permitiendo una perspectiva holística, integral, en tiempo real de los logros, avances, que facilita además, la identificación de brechas en su cumplimiento, así como la dimensión o profundidad de tales brechas, para orientar el análisis a la identificación y priorización de sus causas, en procura de tomar las decisiones correctivas más apropiadas, de manera participativa, oportuna y efectiva.

⁵⁶ <http://www.osarguatemala.org/node/10>

La incorporación de los Tableros de Control, a nivel de oficinas administrativas del ISECH, y a nivel de jurisdicciones priorizadas representa una gran oportunidad de mejorar la verificación del cumplimiento de metas programadas en cada unidad de salud, jurisdicción y del Estado de Chiapas.

El abordaje sistémico de la gestión del control estratégico de los servicios de planificación, contempla la supervisión priorizada y focalizada, a las unidades de salud que no logren el cumplimiento de metas programadas. La implementación de un monitoreo permanente a cargo de los propios equipos responsables de los resultados, lleva implícito un proceso de mejora de los procesos de atención y provisión de consejería y entrega de métodos anticonceptivos, un proceso de reaseguramiento de la calidad. Este proceso es complementado con el de supervisión sistemática y oportuna, que le brinda otra perspectiva y contribuye al uso y análisis de la información para tomar las medidas correctivas y asegurar de esta manera los resultados y metas en los tiempos y condiciones previstas.

Respecto a la evaluación de procesos, al tener documentado los procesos de monitoreo de metas, de supervisión del desempeño para asegurar el logro de metas (reaseguramiento), permitirá analizar ¿que se deseaba lograr?, ¿que se logró?, ¿cómo se logró?, e implementar planes de mejora que aseguren un proceso de mejora continua en la entrega de servicios de planificación familiar.

Componentes o elementos básicos para el desarrollo del enfoque de monitoreo, supervisión y evaluación:

Respecto a los componentes básicos del enfoque de monitoreo, supervisión y evaluación,

La gestión estratégica de servicios de planificación familiar dentro del enfoque sistémico requiere tener definidos:

- las metas y resultados a alcanzar, fondos estimados para el logro de los mismos.
- una organización funcional, que permite la conformación de equipos de trabajo a lo interno de las unidades de salud, jurisdicciones,, según sea el caso, que permiten de acuerdo a sus necesidades, metas a alcanzar, y recursos disponibles organizarse internamente para el logro de las mismas.
- Directores de unidades de salud, de jurisdicciones, de programas de atención, programas de planificación familiar, Sub direcciones de salud de la mujer, y Dirección de Salud Pública, cuentan con una visión estratégica de donde llegar, saben qué y cómo hacerlo para logro de sus metas.
- Coordinación con actores claves que permitan apoyar la implementación de sistemas de control (monitoreo, supervisión, y evaluación), que aseguren el cumplimiento de metas, de normas de atención con un enfoque de calidad.

Pasos para fortalecer monitoreo, supervisión y evaluación para una gestión efectiva de los servicios de PF:

- Realización de talleres con los equipos de programa de salud materna, planificación familiar, perinatal, IRAS, EDAS, nutrición, vacunación, para fortalecer el pensamiento estratégico de los equipos locales que define los objetivos, metas y resultados a alcanzar.
- Establecer los indicadores para medición de avances a través del tiempo, de forma objetiva y sustentada en evidencia.
- Establecer tiempos (cronogramas).

- Articular el sistema de información a fin de asegurar la disponibilidad de la información consistente, completa, concreta, válida y oportuna para establecer de forma objetiva, el desempeño en el cumplimiento de las metas y resultados.
- Verificar los registros y recopilación de la información de forma diaria y sistemática.
- Organizar dicha información en los Tableros de Control para hacer fácil su análisis y aprovechamiento de forma participativa, por los equipos responsables y de supervisión, de forma oportuna, integral y holística.
- Definir los responsables de supervisión (aseguramiento), fechas de visitas de acompañamiento.
- Identificar las brechas de incumplimiento y sus causas a través del uso de los Tableros de Control. Estas se analizan y priorizan de forma participativa entre responsables de la atención y monitoreo diario con el apoyo del equipo de supervisión.
- Establecer los cursos de acciones correctivas a tomar en el corto plazo y se definen los tiempo y responsables de su ejecución de forma sistemática, periódica y conjunta, responsables y supervisores.
- Actualizar y definir la metodología, resultados con sus indicadores y herramientas a utilizar para evaluar el desempeño en la prestación de servicios.
- Definir fechas para evaluación de programas semestral y anual.

Enlace a instrumentos de monitoreo y evaluación:

Registro en formularios para planificación familiar

Calendario de control por usuaria [SIS-SS-F1](#)

Registro permanente [SIS-SS-F2](#)

Informe de módulo por comunidad [SIS-SS-F3](#)

Informe de jurisdicción [SIS-SS-F4](#)

Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H.

Gestión estratégica de la información de la atención de PF



El propósito del sistema de información es documentar eventos, procesos de prestación de servicios que realiza el ISECH para la toma de decisiones oportuna.

Requiere realizar una serie de actividades como son: el registro de datos, envío a nivel superior, su consolidación y análisis a nivel jurisdiccional, generación de reportes a nivel jurisdiccional, a nivel de oficinas administrativas del ISECH y a nivel Federal.

El ISECH requiere del sistema de información para poder analizar, monitorear, supervisar y evaluar, como sus intervenciones de salud permiten documentar la entrega de servicios, su calidad en temas de planificación familiar y, atención post evento obstétrico a nivel de las unidades de salud y fuera de unidad de las redes de servicio del Estado de Chiapas. Estos datos deben ser registrados en los respectivos formularios del Sistema de Información en Salud (SIS), y la tarjeta electrónica de planificación familiar, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud y Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

En la actualidad el funcionamiento del sistema de información de estadísticas de servicio para el programa de planificación familiar en el ISECH, se encuentra en proceso de transición de: i) un modelo tradicional de llenado de formularios por escrito, a nivel de las unidades de salud y fuera de unidad (comunitario) y ii) un modelo automatizado a través de la tarjeta electrónica de planificación familiar.

Para el modelo tradicional se trabaja en el llenado de formularios ya establecidos por el SIS. Se registra la documentación de datos generales del paciente en la tarjeta de planificación familiar, (además del cuadernillo de salud de la mujer), estos datos requieren de su consolidación diaria, su consolidación por cada proveedor en la unidad y fuera de unidad en forma mensual, su consolidación por unidad médica, y su envío consolidado a la jurisdicción, para su validación y luego de aprobado su contenido, su ingreso en la base de datos del SIS; lo anterior ocurre en unidades donde no cuentan con computadora y conexión a internet. En unidades médicas donde si se cuenta con acceso a esta tecnología, se ingresa la información de la tarjeta de planificación familiar en la tarjeta electrónica de salud (base de datos en Excel) y se envían por correo electrónico tanto a la jurisdicción como al programa de planificación familiar, esto permite contar con un registro del total de usuarias activas y subsecuentes actualizado. Luego de su validación a nivel de la jurisdicción por el responsable del programa de planificación familiar, la información se envía a la unidad de estadística para su ingreso a la base de datos del SIS (ya sea en formato electrónico o impreso). Luego de su ingreso en el SIS, se pueden generar reportes a través de los cubos (ver SIS SS CE H, Planificación Familiar: sección I apartados 025 al 027; sección II, salud reproductiva, planificación familiar, apartado 048, 049), o bien a través de las publicaciones mensuales del SIS por jurisdicción, para su análisis oportuno y toma de decisiones. Al mismo tiempo esta información se ingresa a la base de datos del tablero de control para la generación automática de indicadores. (Ver anexo de Tablero de Control en pdf).

Las acciones de registro de datos, consolidación, generación de reportes, análisis y toma de decisiones del sistema de información, se fundamentan en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud y Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Esta última norma regula el uso del expediente clínico, a nivel de unidades de salud. Para el programa de planificación familiar que incluye atención post evento obstétrico. La ruta de información de planificación familiar, se inicia al momento de la captura de datos generales del usuario/a, en la tarjeta de salud materna (SIS SS 12P –SIS SS 13P

para uso a nivel del servicio de salud) y en la cartilla nacional de salud de la mujer (que se entrega a cada usuaria del servicio), esta actividad es responsabilidad del proveedor de servicio (médico, enfermera, o a nivel de casa de salud por el COCs). Este a su vez consolida los datos de cada atención proporcionada diariamente en el formulario conocido como censo diario. Cada mes, el proveedor consolida el total de atenciones de salud materna (de cada programa) entregados, en un formulario conocido como concentrado del proveedor (SIS SS P2), a su vez esta información de cada proveedor es consolidada en el SIS de la unidad por parte de la enfermera (SIS, SS P3), quien los traslada al estadístico de la unidad quien consolida los concentrados de todos los programas y los integra en el SIS SS H CE. Se presenta para su revisión y aprobación por el director o responsable de la unidad, y se envía o lleva personalmente a la jurisdicción para su validación, y luego si es aprobado, se procede a su ingreso en el sistema información del SIS. A partir de su registro en el SIS, se pueden generar reportes para análisis a través de los cubos de información, (se encuentran en la base de datos del DGIS.salud.mx). Tanto por unidad de tiempo, día, mes, trimestre, semestre año, por unidad de salud, por comunidad, municipio, jurisdicción y por Estado.

- Para planificación familiar, consultar SIS SS CE H, sección I, hoja 6, apartado 025 consultas y atenciones, primera vez clave de PFC01 al 028,
- atención subsecuente clave PFC019 menor de 20 años y PFC020 mayor de 20 años.
- Para planificación familiar, consultar SIS SS CE H, sección I, hoja 6, apartado 026 indígenas, primera vez clave de PFN 01 al PFN8 Y PFN10,
- Para planificación familiar, indígenas, subsecuente, consultar SIS SS CE H, sección I, hoja 6, apartado 026 indígenas, clave de PFN 09
- Para aceptantes pos evento obstétrico, consultar SIS SS CE H, sección III, hoja 20, apartado 091 (aceptantes post evento obstétrico en unidades consulta externa) menor de 20 años de parto, menor de 20 años pos aborto, mayor de 20 años parto, mayor de 20 años pos aborto clave de PFP 01 al PFP03.
- Para métodos quirúrgicos, consultar SIS SS CE H, sección III, hoja 20, apartado 092 vasectomías, PFQ06 menor de 20 años, PFQ07 mayor de 20 años. PFQ05 vasectomía sin bisturí, datos de alta con azoospermia.
- Para métodos quirúrgicos, consultar SIS SS CE H, sección III, hoja 20, apartado 093 OTB, PFQ01 menor de 20 años, PFQ02 mayor de 20 años.

La información ingresada al SIS de la jurisdicción permite generar reportes en la actualidad en dos niveles: la jurisdicción y las oficinas administrativas del ISECH. A nivel de la Jurisdicción, esta información es utilizada por los responsables del programa de salud de la mujer y supervisores zonales; a nivel de las oficinas administrativas del ISECH es a su vez analizada por la coordinación del programa de salud materna, departamento de evaluación de la dirección de planeación y desarrollo.

La implementación del tablero de control a partir del año 2014 a nivel del centro de investigación epidemiológica y del centro de inteligencia en salud, permite la generación de indicadores de planificación familiar (porcentaje de unidades médicas con abasto según documento “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de Anticonceptivos e Insumos Afines” de píldora, condón, DIU, inyectable), usuarias nuevas, prevalencia de uso de métodos de planificación familiar, además de construir salas situacionales o tableros por nivel y por usuario que permitan realizar análisis desde otra óptica diferente de la tradicional.

El centro de investigación epidemiológica en salud dentro de las actividades prioritarias propone que el centro de inteligencia en salud, inicie con el análisis de información incorporando aspectos no solamente de prestación

de servicios, sino además incluya, situación de abasto de insumos). También se incorporarán información pertinente al recurso humano, mobiliario y equipo. Con este enfoque se rompen paradigmas del análisis de la situación de salud tradicional, el cual se basa más en aspectos epidemiológicos (condicionantes y determinantes de la salud) que en aspectos de la gestión de servicios de salud. Estos análisis, serán fuertemente apoyados a través del uso del Tablero electrónico de control ETab, manejado desde el CIES. Este tablero tiene la capacidad de generar diversos tipos de reportes en base a las variables recolectadas e indicadores construidos. Existen presentaciones de salas previamente diseñadas para ser utilizadas desde el nivel político/ estratégico del Secretario de Salud, Sub-secretarios y Directores, hasta planteamientos de salas situacionales del nivel táctico y operativo, para ser analizadas a nivel de Jurisdicciones, Hospitales y hasta Municipios. El tablero también brinda la opción de la creación de salas diseñadas de acuerdo a una necesidad específica por algún tipo de usuario, y cuenta con las alertas programadas en base a metas, para notificar cualquier desviación o no conformidad en los datos.

El uso de este tablero en línea, se acompaña de un programa de fortalecimiento de habilidades y conocimientos del personal de los distintos niveles de atención, ya sean usuarios finales o programadores, y conlleva el desarrollo de capacidades en el análisis de indicadores, análisis de cumplimiento de metas, y toma de decisiones con base en resultados para cada uno de los niveles de aplicación

¿Por qué es necesaria la gestión estratégica de la información para los servicios de PF?

El diseño del sistema de información en el ISECH da cumplimiento a la ley de salud del Estado de Chiapas⁵⁷. Su puesta en funcionamiento permite documentar procesos claves de la situación de salud para desarrollo de procesos de evaluación, que el ISECH realiza de la gestión sanitaria. Sin embargo, el sistema de información actual cuenta con más de 20 bases de datos, sistemas paralelos de información que funciona a través de hojas electrónicas. Todos orientados a recolectar información para medir producción de servicios (de cada programa prioritario de salud), infraestructura de salud, equipamiento, recurso humano, atención hospitalaria, ejecución presupuestaria.

Para planificación familiar se cuenta con la tarjeta de planificación familiar, la cartilla de salud de la mujer, el SIS, SAEH, la tarjeta electrónica de planificación familiar, y para el registro y control del consumo y abasto a través del IMI (**Informe** de Movimientos y Solicitud de Insumos Anticonceptivos); otros como la carátula de programación de planificación familiar que dan seguimiento a metas programadas, contra ejecución presupuestaria. Sin embargo el análisis de información se realiza de manera fragmentada y no integral, lo cual se evidencia en los hallazgos diversos del nivel local, los cuales no siempre son analizados oportunamente por las Jurisdicciones, quienes tienen la responsabilidad de la toma de decisiones. La gestión estratégica de la información ordena y estructura el programa, permitiendo la recolección de datos que alimentan la construcción de indicadores, y estos a su vez alimentan un sistema de control que mide el avance del programa con base en metas. De esta

⁵⁷ Ley de Salud del Estado de Chiapas, título sexto de la información para la salud. Capítulo único: ARTICULO 76.- la secretaria de salud, de conformidad con la ley de información, estadística y geografía y con los criterios de carácter general que emita el ejecutivo federal, creará y operará el sistema estatal de información para la salud, cuya finalidad será proveer de manera suficiente los procesos de evaluación del Estado y evolución de la salud pública, para lo que captará, sistematizará, procesará y producirá la información necesaria para la planeación, programación y presupuestación de los sistemas nacional y estatal de salud. La información se referirá fundamentalmente a los siguientes aspectos: i.- estadística de natalidad, mortalidad, morbilidad, discapacidad y la determinación de los años de vida saludables de la población; ii.- factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud; y iii.- recursos físicos y humanos, públicos o privados y su registro, así como los recursos financieros disponibles para la protección de la salud de la población, y su utilización.

manera se logra analizar si el abasto de insumos o, medicamentos por ejemplo, se mantiene por arriba del nivel establecido, o niveles de seguridad de inventarios, si se cuenta con la infraestructura, equipamiento y recurso humano requerido para proporcionar la atención de calidad que se espera. Este análisis integral de la información, a través de tableros de control o salas situacionales para planificación familiar, y otro tipo de atención, facilita la toma de decisiones y la implementación de medidas correctivas oportunas cuando correspondan.

Componentes o elementos básicos para la gestión estratégica de la información:

La gestión estratégica de servicios de planificación familiar dentro del enfoque sistémico requiere tener definidos:

- Las líneas base o tendencias de períodos anteriores en contextos similares
- Los resultados esperados alcanzar durante un periodo determinado de tiempo, metas programadas
- Los procesos que detallen el flujo del sistema de información, (ruta de información, responsables de registro, consolidación, envío al nivel superior, consolidación en base de datos, generación de reportes, análisis de información y toma de decisiones definidos, por unidad médica, por nivel de atención).
- Las herramientas que faciliten el análisis, sean estos Tableros de control por niveles de atención y por tipo de usuario, para la generación de reportes de cumplimiento de indicadores y metas en forma oportuna.

Pasos para fortalecer la gestión estratégica de la información de los servicios de PF:

1. Definición de los principales procesos para el flujo de información: La información debe fluir de acuerdo al nivel de atención y del proceso de gestión específico que se realiza, estructurando la ruta del sistema de información, iniciando con los procesos de planeación y definición de objetivos (¿qué quiere lograr?), ¿qué información se necesita para lograrlo?, ¿qué datos o conjunto de datos e indicadores son necesarios definir?, ¿cuál es la fuente de los datos?, ¿la frecuencia de su recolección?, ¿qué formularios utilizo? ¿Cómo lo mido, que indicadores utilizo?, ¿qué herramientas puedo utilizar para facilitar su análisis?
2. La construcción de flujos de atención del o la usuaria de los servicios de planificación familiar a lo interno de las unidades médicas, y por nivel de atención y capacidad resolutive. Una vez construidos estos flujos, se puede establecer los momentos claves que deben documentarse en los respectivas tarjetas (SIS-SS-PI).
3. La actualización de la norma de atención para incorporar el uso del tablero de control, la tarjeta electrónica de usuario de planificación familiar, y normar su uso, de manera de asegurar su llenado periódicamente, su almacenamiento, la generación de reportes, análisis de información y toma de decisiones oportuna.
4. La capacitación al recurso humano tanto en herramientas tecnológicas donde están disponibles y formularios de llenado a nivel de unidades médicas donde aún este proceso es manual.

La sistematización del monitoreo de la calidad del dato mismo, verificando la confiabilidad de los datos registrados en los formularios del sistema de información, así como el desarrollo de las capacidades del personal responsable en cada una de las fases del proceso con el fin de asegurar la calidad en cada uno de los pasos del sistema.

Gestión efectiva de la logística de insumos en PF:



**Logística de
insumos**

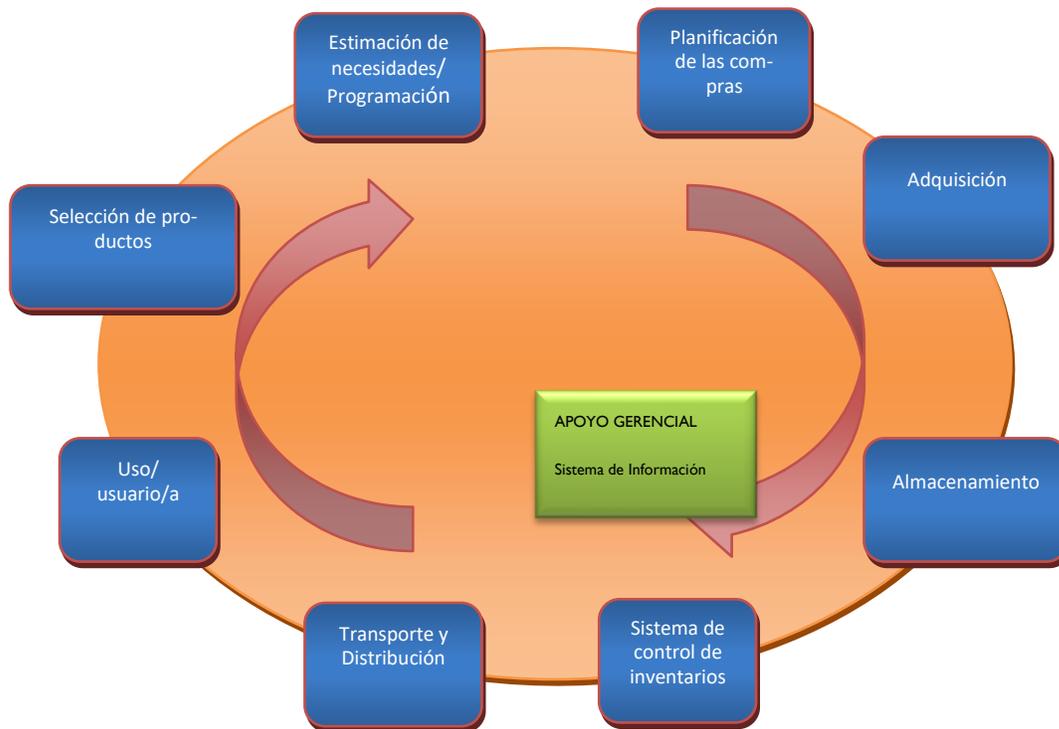
La aplicación de los principios de gestión logística de la cadena de suministros con los fondos suficientes, y en tiempo para la adquisición de los métodos anticonceptivos debe permitir que los servicios de salud cuenten con todos los insumos relacionados al programa de PF que demande la población a través de los servicios prestados por el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), con la calidad que se espera y en cantidad requerida, evitando desabastecimiento o sobre-abastecimiento.

Según el manual de logística del Proyecto DELIVER⁵⁸: La gestión de la logística de insumos anticonceptivos corresponde al componente operativo de la gerencia de la cadena de suministro; este componente incluye la selección, estimación de necesidades/programación, planificación de las compras, la adquisición, el almacenamiento, la administración/control de los inventarios, el transporte y la distribución, hasta llevar el producto al usuario/a final. Como ejes fundamentales de la gestión logística, los sistemas de información y los recursos humanos con las capacidades gerenciales y operativas constituyen la “columna vertebral” de todo el ciclo, en los diferentes niveles de la gestión. Aunque la gestión de la logística tienda a enfocarse más en tareas específicas dentro de un programa de salud, la cadena de suministros incluye también a los fabricantes / proveedores a nivel mundial/local y muchas veces depende de las dinámicas de la oferta y la demanda que pueden afectar la disponibilidad de anticonceptivos, o al menos de algunos de los sub-productos (por ejemplo, materia prima), de manera oportuna.

La gestión de suministros que se retoma en esta estrategia es guiada por el marco conceptual del ciclo de la gestión logística de la cadena de suministros, mostrado en la Figura siguiente:

⁵⁸ http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/LogiHand_ES.pdf

Ciclo de gestión logística de la cadena de suministros



¿Porque es necesario la gestión logística de la cadena de suministros para una gestión efectiva de los servicios de PF?

La gestión logística de los insumos anticonceptivos es esencial para garantizar la disponibilidad permanente en cantidad suficiente, calidad y oportunidad de toda la gama de insumos anticonceptivos con que deben contar los servicios de salud. Por ello es importante entender y gestionar correctamente los componentes del ciclo logístico, tal como se ilustran en el diagrama anterior. El ciclo de gestión logística es una cadena de eslabones inter-dependientes que, en su conjunto y gerenciados de manera armonizada y eficiente, garantizarán que los usuarios/as obtengan los anticonceptivos e insumos afines de manera oportuna, suficiente, de calidad, cuándo y dónde los necesitan/requieren, para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, de manera informada y voluntaria.

El ISECH es en la actualidad el responsable de comprar una parte de los insumos anticonceptivos necesarios para cubrir la demanda del Estado, utilizando principalmente tres fuentes de financiamiento: Ramo 12 (fondos del estado), Ramo 33 (fondos nacionales) y el Anexo IV (del seguro popular). También, la Secretaría de Salud a nivel federal realiza procesos de adquisición de aquellos anticonceptivos de tecnología de punta (por ejemplo implantes, DIU medicado, parches) como una manera de presentar al ISECH nuevas alternativas para la oferta de métodos anticonceptivos innovadores en el estado de Chiapas. Sin embargo, los fondos federales no contemplan la provisión/compra de dichos métodos y su financiamiento y compra - una vez que el ISECH considere importante incorporarlos en su oferta - dependen enteramente de los fondos estatales. A este respecto, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva se encuentra gestionando un mecanismo de ne-

gociación conjunta para anticonceptivos, a nivel federal, que permita que los fondos para compra de anticonceptivos que actualmente se encuentran dentro del Anexo IV sean gestionados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para negociar con proveedores pre-calificados precios nacionales, logrando economías de escala que a los estados de la República Mexicana, incluyendo Chiapas, contar con más anticonceptivos con presupuestos similares. De ser aprobado este mecanismo, que llevará los anticonceptivos directamente desde los proveedores hasta los almacenes de cada Estado, se incorporará este proceso dentro del documento “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de Anticonceptivos e Insumos Afines”.

Actualmente, la mayor parte de los métodos anticonceptivos son adquiridos y distribuidos a través del convenio de entrega directa, con 3 proveedores privados (convenio de tercerización).

Para mejorar la gestión logística, se ha definido varias opciones (solo para mencionar algunas) a nivel del ISECH y de las 4 jurisdicciones:

- Fortalecer la metodología de estimación de necesidades/programación a nivel del ISECH, las jurisdicciones y los hospitales para mejorar la programación de necesidades de anticonceptivos.
- Mejorar las condiciones de almacenamiento y distribución para aplicar la norma nacional de Buenas Prácticas de almacenamiento y distribución (SSAI-2008).
- Reforzar el sistema de registro de datos logísticos: por ejemplo, revisar el formato mensual de reporte, especialmente en el IMI que se genera a nivel de jurisdicción, incorporando el dato de saldos de existencias que fluyen del nivel local; es importante además generar instrumentos que permitan aplicar una cultura de análisis de la información a todo nivel - local, jurisdiccional y del ISECH - con el fin de tomar decisiones informadas para mejorar la gestión logística.
- Fortalecer la Comisión de Seguimiento del abasto del ISECH, la cual no tiene una posición oficial dentro el organigrama de la estructura el ISECH.

Componentes o elementos básicos para el desarrollo de una Gestión Efectiva de la cadena de suministros

Selección de Productos

La selección de productos que se utilizan en las redes de servicios del ISECH, está normada y definida desde el nivel federal, pero los Estados, en este caso el ISECH, es el que define la oferta final de métodos anticonceptivos que adquirirá y ofertará en los servicios de salud. Sin embargo, el proceso de selección de los productos a abastecer a los servicios debe partir de un análisis particular de su contexto de salud y de la disponibilidad del producto en el mercado local, especialmente cuando las leyes de adquisición no permiten la compra internacional de estos productos.

Los productos seleccionados y las cantidades deben ser consistentes con el perfil epidemiológico y la aceptación cultural de la planificación familiar de la población a la que sirve el ISECH, la capacidad y existencia de proveedores para ofertar en cantidad y tiempo el producto anticonceptivo, así como las tendencias de consumo y un análisis y ponderación de las diferentes fuentes financieras para adquirir los productos que se necesitan en tiempo y cantidad.

Estimación de necesidades/programación

Es la etapa en la cual se establecen las cantidades de insumos anticonceptivos que se requieren para cubrir la demanda de un período determinado, generalmente correspondiente a un año, tomando en consideración los siguientes aspectos:

- Consumo histórico (1 o 2 años anteriores)
Planes de expansión del Programa (reducir gradualmente necesidad insatisfecha)
- Usuarías atendidas (nuevas y subsecuentes)

Planificación de las compras

Planificar las compras implica hacer un análisis de lo que necesita para cubrir la demanda de un período determinado y tomar en cuenta los fondos disponibles para adquirir los productos anticonceptivos que cubrirán esa demanda, con el fin de dar respuesta a las necesidades y preferencias de los/as usuarios/as, con la calidad requerida de acuerdo con estándares internacionales y al menor costo posible. Este componente está relacionado con el manejo de fuentes presupuestarias disponibles en el ISECH y la búsqueda de mecanismos para hacer uso racional de estos recursos y de optimizarlos. El análisis de brechas en el financiamiento, comparando la necesidad total de productos anticonceptivos versus los fondos disponibles forma parte del proceso de planificación de las compras y dicho proceso será descrito en detalle en el documento “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de Anticonceptivos e Insumos Afines”.

Adquisición

Se considera como el proceso que posibilita obtener los insumos seleccionados y programados a través de gestiones de compra en modalidades específicas. Dentro de este proceso deben incorporarse:

- Estimación de necesidades para un período de tiempo específico y la planificación de compras de los productos aprobados por el ISECH, tomando en cuenta las existencias o inventarios que se encuentran los diferentes niveles de almacenamiento del sistema (almacenes estatal, jurisdiccional, unidades médicas y otros).
- Nivel de seguridad en los inventarios, considerando el tiempo que tarda el ingreso de los productos a cada almacén, para minimizar episodios de desabastecimiento.
- Licitación de los productos y contrato de acuerdo al marco de ley.
- Vigilancia del cumplimiento de acuerdos de los contratos.
- Aseguramiento de la calidad de los productos comprados.
- Monitoreo del desempeño de los proveedores.
- Monitoreo y análisis de los precios pagados por los productos.

Almacenamiento

El almacenamiento demanda condiciones que se apeguen a los requerimientos de conservación de los productos según parámetros establecidos por los fabricantes, con el fin de mantener la calidad e integridad física de los productos, por lo que es necesario considerar:

- Disponibilidad de espacios físicos adecuados
- Temperatura según el producto

- Cumplimiento de normativas basadas en estándares de buenas prácticas de almacenamiento

Asimismo, una de las dificultades que enfrentan muchos almacenes, depósitos o bodegas es el hecho que dichos ambientes son utilizados para guardar equipos obsoletos, muebles viejos/dañados, medicamentos vencidos y otros materiales que deberían darse de baja para liberar espacio vital dentro de los almacenes. En el ISECH esta situación podría presentarse en la actualidad y como primer paso, el Estado deberá evaluar la situación de los almacenes en cuanto al tipo de material, equipo o medicamentos que representa la situación descrita y proceder a establecer un sistema permanente de liberación de espacio, mediante la gestión oportuna y efectiva de dada de baja de equipo, medicamentos y material inservibles.

Sistema de Control de inventarios

Además de la realización de conteos físicos de los productos existentes en un almacén o depósito, un sistema de control de inventarios se establecer para mantener existencias de dichos productos en cantidades suficientes que cubran períodos y lapsos de reabastecimiento entre los diferentes niveles. Generalmente, un sistema de control de inventarios se rige por niveles máximos y mínimos, en donde un almacén, depósito u otro lugar de almacenamiento de productos debe garantizar que durante un período determinado, contará con suficientes anticonceptivos, insumos u otros productos entre un período de reabastecimiento y otro, con el fin de evitar quedar desabastecido. Por ejemplo, si una Jurisdicción es abastecida cada 3 meses, un sistema de control de inventarios por niveles máximos y mínimos deberá establecerse de tal manera que las cantidades que recibe cada 3 meses cubran el consumo esperado de ese período más el consumo que se presentará entre el momento que haga un nuevo pedido y el momento en que lo reciba. Este proceso y el establecimiento de un sistema de control de inventarios se explicará en detalle en el documento “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de Anticonceptivos e Insumos Afines”.

Transporte y Distribución. El transporte es crucial en la gestión logística e implica la planeación óptima del transporte y las rutas de distribución para llegar a los puntos de entrega de servicios, reduciendo los costos al mínimo y asegurando la integridad física de los insumos, todo con fines de colocar las cantidades correctas, de los insumos correctos, en el lugar correcto, en el tiempo correcto, en las condiciones correctas y con el costo correcto, para lo cual se consideran:

- Instalaciones (almacenes, depósitos o bodegas en los diferentes niveles).
- Medios de transporte.
- Cumplimiento de fechas programadas para el traslado de productos en Rutas óptimas de distribución según ubicación geográfica y capacidad de medios de transporte.
- Financiamiento.

El proceso de distribución incluye los siguientes procedimientos:

- Manejo y mantenimiento adecuado de los niveles de inventario en los almacenes, depósitos y bodegas de los establecimientos y de los servicios de salud, asegurándose que lo que entra a estos establecimientos sea realmente distribuido a los niveles inferiores, y que se lleve un control adecuado de las existencias/inventarios.
- Planificación de la distribución, asegurando las cantidades necesarias de cada producto a ser entregadas a cada servicio en forma oportuna.

- Procedimiento de distribución según rutas definidas para los diferentes niveles del sistema, de acuerdo con los volúmenes de productos y la ubicación geográfica de los establecimientos de salud (unidades médicas, nivel comunitario, jurisdicción, otros).

Uso

Comprende los procedimientos de prescripción, dispensación y uso de métodos anticonceptivos por parte de la población y constituye el eslabón final y a la vez principal – la razón de ser – de la gestión logística de la cadena de suministros. Los datos sobre el uso/consumo de los productos en los establecimientos de salud alimentan el sistema de registros – constituidos por formularios - que recolectan la información requerida para la estimación de necesidades/programación de anticonceptivos, tanto para los productos comprados a nivel federal como para los comprados a nivel estatal.

El sistema de información constituye “el corazón” del ciclo de gestión logística de la cadena de suministros y sin un sistema de información confiable sería casi imposible re-iniciar los procesos del ciclo logístico a partir del uso/consumo del Programa de Planificación Familiar. Es la información disponible, completa, oportuna y confiable la que dispara la ejecución de los procesos de la gestión logística, partiendo los procesos nuevamente a través del uso, para continuar con la selección, estimación de necesidades/programación y así sucesivamente para cerrar nuevamente el ciclo de gestión logística, volviéndose sus eslabones en un círculo en movimiento permanente, donde el monitoreo y evaluación continua de los procesos debe llevarse a cabo de manera permanente, para garantizar que cada uno no haya interrupciones en la gestión logística de la cadena de suministros.

Como todos los eslabones del ciclo logístico están interrelacionados, si uno de ellos falla, toda la cadena fallará. Por eso es importante que el recurso humano que gerencia la cadena de suministros y hace que el ciclo logístico sea gestionado correctamente en todos sus eslabones, cuente con las capacidades y habilidades gerenciales correspondientes a las funciones que exigen cada uno de los eslabones de dicho ciclo.

Apoyo gerencial para el sistema

Algunos de los procedimientos relacionados con el ciclo de gestión logística de suministros son:

- Organizar, analizar y administrar datos relacionados a planificación, monitoreo, evaluación y coordinación con otros socios, proveedores y organizaciones.
- Analizar fuentes de financiamiento, análisis y control de gastos, coordinación con proveedores, planificación del financiamiento si este ocurre.
- Manejar información en relación a los suministros, cómo se monitorea y cuáles decisiones se toman en base a ésta.
- Contar con recurso humano calificado para llevar a cabo las funciones de la gestión logística de la cadena de suministros a todos los niveles, determinar qué tipo de competencias necesitan mejorarse y si es necesario, reclutar personal con las capacidades requeridas.
- Identificar el marco de políticas, leyes y reglamentos. Debido a que los procesos del ciclo de gestión logística no operan en un vacío, es importante identificar el marco legal en que se fundamentan, en caso de proponer alternativas de reestructuración para estas funciones.
- Es necesario la elaboración o actualización de manuales que sean claros, estableciendo normativas y procedimientos escritos que definan procesos y responsabilidades específicas, promoviendo además una cultura organizacional con personal capacitado y empoderado de su rol.

Sistema de Información

Todos los componentes del ciclo de gestión logística deben estar sustentados con información completa, oportuna y veraz, superando los problemas que puedan presentar al enviarse de manera tardía e incompleta. Esto implica la necesidad de definir cuáles son los datos esenciales que se necesita recolectar para que de manera informada y basándose en evidencia, se puedan tomar decisiones oportunas y acertadas sobre la gestión logística de la cadena de suministros.

Recursos Humanos

La ejecución de actividades en cada componente del ciclo logístico requiere de personal calificado, debidamente entrenado, motivado y empoderado de su rol, funcionando bajo un sistema de trabajo en equipo y con funciones y roles definido. Esto constituye un reto importante en el desarrollo de la estrategia de PF, considerando la rotación de personal y las pocas oportunidades de capacitación pre-servicio y en servicio que existen dentro del ISECH. Dentro del apoyo técnico que brindará el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el ISECH debe aprovechar la incorporación de la capacitación virtual en gestión logística de la cadena de suministros a través de módulos de capacitación continua que diseñarán agencias reconocidas en este campo. Dichos módulos de capacitación continua quedarán insertados como material de referencia en la guía para la gestión logística de los anticonceptivos e insumos afines del ISECH, en el capítulo referente al desarrollo del talento humano en gestión logística.

Monitoreo y evaluación continua

El monitoreo y evaluación continua es una acción que debe realizarse sistemática en todo el proceso de la gestión logística, con fines de verificar y garantizar que los procesos se cumplan según lo establecido por guías o manuales operativos. La evaluación constituye un momento metodológico que debe aplicarse en forma periódica para determinar si es necesario revisar los procesos para identificar debilidades en su implementación y buscar correctivos de manera oportuna, con el propósito de mejorarlos para obtener los resultados esperados.

Pasos para fortalecer el sistema de información para una gestión efectiva de los servicios de PF

- I. Para una gestión efectiva de los suministros de PF, debe fortalecerse el sistema con ciertas modificaciones y ajustes, que se describirán e incorporarán en detalle en un documento que seguramente llamaremos “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de Anticonceptivos e Insumos Afines”, estructurada con lineamientos claros de los procesos, acciones y decisiones que deben realizarse a nivel estatal, jurisdiccional, y local, incluyendo el nivel comunitario. Sin embargo, a continuación se hace un resumen de los elementos e instrumentos que serán descritos en detalle en dicha guía: **Utilización del IMI y el tarjetero electrónico en todos los niveles**

Algunas de las operaciones de logística a ser registradas en el “Informe de Movimientos y Solicitud de Insumos Anticonceptivos” formulario mensual de reporte se describen a continuación. Sin embargo, el detalle de cuáles operaciones serán registradas quedarán descritas en la guía de procedimientos mencionada a lo largo de esta estrategia:

- Registrar las cantidades de productos con que inicia el mes.
- Registrar el consumo mensual real para estimar la demanda real.
- Definir el stock de seguridad número de meses.
- Revisar los niveles de existencia para preparar las solicitudes de reposición en tiempo y conforme a la necesidad real del mes siguiente.

- Introducir el sistema de semaforización de los productos para gestionar los productos con fecha de vida útil entre 3 y 6 meses.

II. Utilización del concepto de “ajustes positivos y negativos” y registro de cantidades correspondientes a estos rubros, dentro del IMI.

En el formulario IMI “Informe de Movimientos y Solicitud de Insumos Anticonceptivos”, se registra un negativo que corresponde a la cantidad de insumos que salieron del sistema por causas diferentes al consumo o distribución (perdida, devolución, faltante etc.). El registro positivo corresponde a la cantidad de insumos que se incorporaron al sistema, por causas diferentes a la distribución (redistribución, préstamo, sobrantes del conteo físico y diferencias con lo registrado en kárdex) Estos rubros se revisarán y describirán con claridad en la guía de procedimientos, ya que en la actualidad se registran – bajo estos rubros - las cantidades de productos que ingresan por parte del programa Oportunidades y por parte de la modalidad de abasto por tercerización, lo cual no es congruente con el concepto descrito en los manuales actualmente en uso por el Programa de Planificación Familiar.

III. Capacitación del personal en el llenado (manual y/o electrónico) y validación del IMI y el tarjetero electrónico, así como el seguimiento a la implementación estandarizada de este formato.

El uso del IMI puede ser complicado para personal no capacitado, o personal nuevo. Por esta razón, el ISECH debe desarrollar procesos de capacitación acerca de “cómo llenar el IMI así como el tarjetero electrónico” a nivel de las jurisdicciones y de las unidades de salud. Debe acompañarse de un plan de monitoreo para asegurar que el personal encargado tiene la capacidad técnica de llenar correcta y sistemáticamente, estos formularios. Se hace necesario además el establecimiento de indicadores como factores clave para evaluar periódicamente la gestión logística de los insumos anticonceptivos. Para ello, se utilizarán los módulos de capacitación virtual mencionados anteriormente, para garantizar que el personal pueda contar con material de capacitación que le ayude a resolver dudas sobre la implementación de ciertos procedimientos logísticos, incluyendo el llenado correcto de formularios.

IV. Desarrollo de cuadro de análisis sistemático entre datos del PAT (programación con base en datos de población) y datos de consumo (incluyendo demanda potencial) para identificar de manera anticipada brechas en el financiamiento, adquisición y distribución.

En conjunto con el ISECH, la comisión de seguimiento del abasto y el programa de salud pública de planificación familiar, desarrollan una metodología de estimación de necesidades/programación a nivel de las jurisdicciones sanitarias y de los hospitales. La metodología, basada en un archivo Excel, debería permitir a las jurisdicciones definir sus requerimientos anuales de cantidad por cada método, conforme al histórico de consumo:

- Identificar los datos existentes, las brechas y las fuentes de información disponibles, con las jurisdicciones.
- Realizar reuniones con las jurisdicciones y algunas unidades de salud seleccionadas para realizar la estimación anual de necesidades/programación basada en datos de consumo, comparándola con datos de estadísticas de servicios (usuarias nuevas y subsecuentes) Consensuar la programación mediante el análisis de las brechas de financiamiento y anticipar potenciales brechas en la provisión de métodos anticonceptivos a la población sujeta de cobertura y plantear posibles soluciones, que pueden incluir la gestión de refuerzo presupuestario para la adquisición de métodos anticonceptivos.

vos hasta la negociación de donaciones u otras fuentes de financiamiento para cubrir la brecha (fondos municipales o de alcaldías locales).

La Comisión de seguimiento de abasto debe tener a su cargo producir un análisis mensual de la situación logística, utilizando un formato desarrollado para tal fin. El análisis debe permitir la toma de decisión apropiada y a tiempo.

V. Identificación de espacio y condiciones de almacenamiento a nivel jurisdiccional y de unidades de salud para salvaguardar los insumos anticonceptivos según estándares de buenas prácticas de almacenamiento.

Con el objetivo de fortalecer la gestión de la cadena de suministros, específicamente asegurar la calidad de los insumos de PF, y mejorar las condiciones de almacenamiento, se propone desarrollar las actividades siguientes:

- Remodelación, movilización o ampliación de los almacenes de acuerdo a necesidades.
- Reorganización de los almacenes para aplicar la clasificación de los productos, diseñando los espacios de entrega y de preparación de las solicitudes.
- Determinación de los equipos requeridos para el manejo de carga, así como equipos electrónicos y recurso humano necesario.
- Definición de los medios de transporte requeridos y de las rutas de distribución.
- Mantener actualizado el SIAL (sistema de información de almacenes).
- Utilización del manual de procedimientos estandarizados para aplicar las buenas prácticas de almacenamiento y distribución.
- Capacitar en buenas prácticas de almacenamiento al personal encargado de la gestión de los suministros.

VI. Uso del IMI para el movimiento de anticonceptivos

Incluye primordialmente el registro de los movimientos de métodos en el IMI, consolidando a nivel de las jurisdicciones el consumo de las unidades de salud y el nivel comunitario (caravanas, promotores, etc.) **Conciliación, manejo y aplicación correcta del mecanismo de tercerización para la adquisición de insumos anticonceptivos que permita gestionar de manera oportuna los insumos requeridos en cantidad y oportunidad suficientes, para garantizar disponibilidad de anticonceptivos.**

Debe mantenerse el fortalecimiento de la cadena de suministros en su globalidad, para lograr el efecto de mejorar el seguimiento de los movimientos de los insumos. Se debe centralizar la información acerca de los niveles de existencia en los almacenes de las jurisdicciones y en el almacén central del ISECH. Para ello debe centralizarse el SIAL, para que el almacén central se informe en tiempo real y la comisión de seguimiento tome decisiones rápidas de redistribución de los insumos.

VII. Establecimiento de criterios y mecanismos para la solicitud de insumos anticonceptivos por niveles

Deben establecerse los mecanismos de solicitud, entrega y distribución de anticonceptivos que aseguren el abasto periódico y oportuno hacia los diferentes niveles almacenamiento y de prestación de servicios del ISECH. Estos criterios y mecanismos tienen como propósito asegurar la disponibilidad permanente y oportuna de los insumos anticonceptivos, evitando el sobre y el desabastecimiento, así como las pérdidas por vencimien-

to. Para ello, la comunicación permanente, fluida y eficaz entre las diferentes instancias del sistema es fundamental.

VIII. Criterios para el adecuado control de las Existencias en las Unidades de Salud y las Jurisdicciones

Para poder garantizar que se cuente con los insumos necesarios para prestar los servicios de planificación familiar, se deben revisar los niveles máximos y mínimos de insumos anticonceptivos con lo que cuentan las unidades de salud, hospitales y almacenes y principalmente buscar que estos niveles estén acordes con los fondos disponibles y con la capacidad de los proveedores de entregar los productos oportunamente, ya que en la actualidad especialmente a nivel de almacén estatal no es posible aplicar un nivel máximo de 9 meses porque no hay fondos suficientes para mantener un nivel de reserva de esta magnitud. Con el fin de garantizar un nivel de seguridad adecuado, habrá que analizar con la Comisión de seguimiento del abasto los procesos de adquisición de los proveedores tercerizados, a fin de conocer los tiempos de entrega de los productos y tomarlos en cuenta en la definición de los niveles de seguridad y niveles máximos y mínimos. Por lo tanto se debe trabajar con el sistema de niveles máximos y mínimos para cada uno de los insumos anticonceptivos posterior al análisis de la capacidad de gestión de los proveedores, la periodicidad de las adquisiciones, así como las cantidades a adquirir por cada establecimiento y espacios disponibles de almacenamiento.

IX. Periodicidad de la solicitud de insumos o Período de Reabastecimiento

Las solicitudes de reposición son mensuales basadas en la demanda real y nivel de existencia.

La estrategia de reforzamiento de las condiciones de almacenamiento y prácticas de distribución debe permitir reorganizar la calendarización de la distribución desde el almacén de la jurisdicción hasta las unidades de salud: clasificación de los productos, organización de las zonas de preparación, definición de las tareas de cada personal, disponibilidad de los equipos de manejo de carga y reforzamiento del SIAL a nivel de almacenes. Estas son actividades que definitivamente tienen un impacto importante en la distribución en tiempo, de los insumos.

X. Mecanismo de aprobación de Solicitudes

Debe existir un responsable de insumos en cada jurisdicción, que puede ajustar las cantidades solicitadas por cada unidad de salud y validar la entrega de los métodos anticonceptivos. Esta persona debe tener la capacidad para manejar los procesos logísticos descritos anteriormente y aplicarlos correctamente, contando con la información completa y oportuna por parte de los diferentes niveles (almacenes y unidades de salud).

A nivel del ISECH, la Comisión de seguimiento del abasto está encargada de verificar la disponibilidad de los insumos para el 1ro y 2do nivel de atención, tanto a través la entrega directa para la distribución de los insumos como para cualquier otra fuente de financiamiento. La Comisión de seguimiento del abasto está bajo la supervisión directa del Director de Atención Médica.

XI. Mecanismo de Recepción de Anticonceptivos a nivel jurisdiccional y de unidades de salud

Deberán contemplarse las siguientes acciones:

- Reorganización de los almacenes a nivel de cada jurisdicción para aplicar los principios de buenas prácticas: clasificación, actualización del SIAL, organización de los espacios dedicados a la preparación de las solicitudes.

- Preparación de los planes de transporte con la redefinición adecuada de las rutas de distribución (plan de acción de las jurisdicciones).
- Definición de los procedimientos estandarizados para la distribución (manual de procedimientos estandarizados).
- Capacitación del personal de almacén y la adecuación del personal: contratados y auxiliares en número suficiente.
- Disponibilidad en tiempo y en cantidad requerida, de los gastos de traslado y combustible para los transportes.
- Entrega en tiempo y completa, de los insumos por el proveedor.
- Evaluar periódicamente el Mecanismo de Recepción de Anticonceptivos a nivel jurisdiccional y de unidades de salud.

XII. Realización de Inventarios Físicos

Realizar inventario físico por conteo manual del número total de insumos por cada anticonceptivo disponible en cada establecimiento (almacén, núcleo, unidad de salud, etc.) en los momentos establecidos por la normativa de control de inventarios, para conocer las existencias reales y utilizables de los insumos, corroborar los datos de existencias registradas en las tarjetas Kardex y verificar la calidad/integridad física de los insumos.

Gestión efectiva del Equipamiento Básico



Los proveedores de servicios de Planificación Familiar, requieren del uso de equipo básico para brindar servicios conforme a las normas, protocolos y guías de prácticas seguras y efectivas. Por ello este elemento de Gestión del Equipamiento Básico es esencial. Consiste en las diversas intervenciones tendientes a garantizar la disponibilidad, en todo momento, de los equipos necesarios y en condiciones adecuadas de funcionamiento, para la atención integral y segura en PF a la población usuaria.

¿Porque es necesario el Equipamiento Básico para una gestión efectiva de los servicios de PF?

Para la prestación de servicios de PF, es necesario el uso del equipo básico, en condiciones apropiadas, que permita el cumplimiento de la normativa y de las prácticas seguras que así lo demandan. Este equipo, debe estar disponible todo el tiempo, el momento que se requiera y en condiciones de funcionamiento seguras, que garanticen brindar el máximo de beneficios de la ciencia médica a la población usuaria, sin someterla a riesgos innecesarios. Su falta o mal funcionamiento, tiene por tanto, un impacto directo en la calidad y seguridad de la atención en PF. Para evitar cualquier debilidad o limitación de éste, se deben llevar a cabo una serie de intervenciones debidamente planificadas, oportunas y efectivas de forma periódica y sistemática.

La Gestión de Equipamiento básico para del diagnóstico de la existencia o no, vida media y condiciones de funcionamiento seguro de los equipos necesarios para brindar los servicios de planificación familiar a fin de asegurar la calidad de atención, especialmente con los métodos que requieren equipo e instrumental médico como los de inserción de DIU y la realización de AQV femenina y masculina.

Equipo básico requerido para la prestación de servicios de PF⁵⁹:

- **Inyectable trimestral de progestina sola, anticonceptivos orales combinados, condón y métodos naturales.** Para la entrega de estos métodos a usuarias y usuarios únicamente se necesita el equipo habitual de una clínica de atención ambulatoria (escritorio, silla secretarial, camilla, etc.).
- **Inserción del Implanón.** Para este método básicamente cada estuche del implante es descartable. Para la inserción se requiere jeringa con lidocaína al 2% (se utilizan 2 ml), el blíster de Implanón y curitas. Para la extracción, se requiere 2 pinzas mosquito o Kocher, bisturí No. 10, mango de bisturí, jeringa con lidocaína al 2% (se utilizan 2 ml), curitas. Si se va a hacer un reemplazo de Implanón, entonces se requiere otro blíster.
- **Inserción de DIU de intervalo.** Este procedimiento debe ser llevado a cabo en una clínica que reúna las condiciones necesarias de privacidad y comodidad para la usuaria, la clínica debe de estar equipada mínimamente con:
 - Espéculo.
 - Copa o riñonera.
 - Tenáculo.
 - Histerómetro.
 - Pinza Forester (de anillo).

⁵⁹ Estrategia Metodológica de los Servicios de Planificación Familiar para Hospitales, Secretaria de Salud, Honduras, 2008. Capítulo 8: Equipamiento Básico para Implementar Estrategia de Planificación Familiar en Hospitales, Págs. 93-98.

- Tijera larga.
- Mesa ginecológica.
- Lámpara cuello de cuello flexible (de ganso).
- Banquillo giratorio.
- Grada de doble peldaño.
- Balde de acero inoxidable.
- Autoclave eléctrico
- Estufa de gas y esterilizador de presión (donde no hay electricidad).
- Mesa de Mayo.
- **Inserción de DIU post evento obstétrico:** Es un procedimiento que se efectúa en las pacientes post parto, transcesárea o post aborto; por lo tanto, se realiza en las salas de labor y parto y evidentemente, además del equipo que rutinariamente se utilizan en esas salas, lo único que se necesita es:
 - Pinza Forester (de anillo).
 - Pinza Kelly de placenta.
 - Guantes obstétricos esteriles
- **Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina:** Para realizar este procedimiento es necesario que el quirófano cuente con el equipo mínimo de sala de operaciones. Este equipo es el siguiente:
 - Oxímetro de Pulso
 - Mesa Quirúrgica
 - Mesa de Mayo
 - Lámpara Cielítica
 - Lámpara de Pie de Emergencia
 - Aspirador
 - Cauterio
 - Baldes para descontaminación
- **Mini laparotomía.** El instrumental quirúrgico para realizarla corresponde a:
 - Valva de peso Auvard
 - Espéculo mediano Graves
 - Espéculo grande Graves
 - Pinza de Allis
 - Pinza hemostática curva Kelly clásica
 - Mango de bisturí corto No. 4
 - Tijera de Mayo curva clásica
 - Tijera para hilo recta
 - Pinza de anillo porta esponja recta
 - Separador de Richardson doble
 - Separador de Farabeuf
 - Tenáculo uterino recto Schoroeder
 - Tijera de Metzenbaum curva
 - Pinza de disección con diente
 - Pinza de disección sin diente
 - Pinza de Babcock Standard line

- Porta aguja Mayo-Hegar
- Elevador uterino
- Localizador de trompas
- Cubeta para solución.

Vasectomía sin bisturí. Este es un procedimiento sencillo que puede ser realizado tanto en una sala de operaciones, como en un espacio limpio y libre de contaminación, destinado para eso dentro del hospital. El equipo requerido para realizar el mismo es el siguiente:

- Pinza de anillo.
- Pinza de disección especial (Pinza del Dr. Li).
- Tijeras rectas.
- Pomadera de acero inoxidable.

Componentes o elementos básicos para el desarrollo de una Gestión Efectiva del Equipamiento Básico:

Comprende dos componentes esenciales.

- **El primer componente: Adquisición / reposición periódica del equipo básico requerido conforme a normas.** Periódicamente debe preverse la adquisición / reposición periódica del equipo básico, a partir del inventario actualizado de aquel necesario para brindar los servicios, con calidad, conforme a normas y buenas prácticas de los servicios de PF.
- **Segundo componente: Uso y mantenimiento apropiado y efectivo.** Adicional se debe planificar, desarrollar y monitorear el cumplimiento de planes de uso apropiado así como para el mantenimiento tanto preventivo, como correctivo y para casos de urgencia.

Pasos para fortalecer el equipamiento básico para una gestión efectiva de los servicios de PF:

Debe incluir entre otros, los siguientes pasos:

- Actualización anual del inventario del equipo disponible, con su vida útil de acuerdo a las especificaciones del fabricante y sus condiciones de funcionamiento así como del equipo básico faltante, de cada unidad y equipo prestador de servicios de PF de acuerdo a los requerimientos establecidos en las normas, protocolos y guías de atención prácticas clínicas según su nivel de atención y capacidad resolutoria dentro de la red de servicios.
- Elaboración y desarrollo de un plan anual de adquisiciones y reposición de equipo requerido (que ha concluido su vida útil) así como su distribución, que garantice su disponibilidad permanente y funcionamiento efectivo y seguro.
- Diseño, ejecución y monitoreo en su cumplimiento, de un plan anual de capacitación para el uso correcto y mantenimiento básico dirigido a sus usuarios y personal a cargo de brindar el mantenimiento correspondiente.
- Control de acuerdo a normas de los períodos de mantenimiento preventivo de los equipos disponibles para la atención de PF por unidad de servicio.
- Diseño, ejecución y monitoreo en su cumplimiento, de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo, así como de las acciones a tomar en caso de requerirse mantenimiento de urgencia.

Gestión efectiva del Talento Humano



Talento humano

En el presente siglo estamos en la era de la información, la creatividad, innovación, inherentes al talento humano, donde las instituciones están compuestas primordialmente por “ESPECIALISTAS” que dirigen y disciplinan su propio rendimiento, a través de información organizada de sus colegas, clientes y su propia organización.

En la época en que el mayor ventaja competitiva y valor agregado de las organizaciones será cada más, la innovación y la creatividad y estas son atributos indiscutibles y únicos de los seres humanos, que pasan de ser considerados como simples recursos, a ser valorados como el talento más importante de la organización, pues es el único capaz de diseñar, agregar valor, mejorar e innovar increíblemente los procesos y procedimientos de atención y en nuestro caso de los servicios y productos de Planificación Familiar.

Por ello la Gestión del Talento Humano, comprende contar con el recurso en la cantidad, disponibilidad, con el entrenamiento, experiencia y motivación requeridos para brindar una atención de calidad y con calidez humana, dentro de un ambiente laboral seguro y sin riesgos.

¿Porque es necesario el Talento Humano para una gestión efectiva de los servicios de PF?

La operativización de la estrategia de planificación familiar, requiere de personal con los conocimientos y las competencias para brindar los servicios aplicando prácticas de atención en PF seguras y efectivas, a la población usuaria. Sin ello, una efectiva gestión y atención en PF es simplemente, impensable. Por tanto el ISECH tiene que hacer un esfuerzo continuo y sistemático para mantener la cantidad, disponibilidad en el tiempo y momento que se necesita, donde se necesita, de ese talento humano, debidamente entrenado, con experiencia y las competencias que aseguren una entrega de servicios de calidad, en un ambiente seguro y sin mayores riesgos tanto para la población usuaria, como para los propios proveedores de servicios. Un talento que se motive por lo que hace y especialmente porque lo hace, donde la calidez humana sea una característica, un valor agregado único, reconocido por todos, especialmente por la población beneficiaria. Recordemos que no hay cliente externo satisfecho, sin cliente interno, satisfecho.

Finalmente es necesaria para dar cumplimiento a lo establecido en el Objetivo 4 del Capítulo 3 Organización del Programa de Acción Específico 2007-2012 de Planificación Familiar y Anticoncepción de la Secretaria de Salud, que en su primera edición del 2008, mandata a todas los Estados a “Fortalecer la capacidad técnico-administrativa del personal de salud para la prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción” e implementar la Estrategia 5 relacionada a “Fortalecer la competencia técnico administrativa y en derechos reproductivos de los prestadores de servicios en la atención de la planificación familiar y anticoncepción”.

Componentes o elementos básicos para el desarrollo de una Gestión Efectiva del Talento Humano:

Comprende cuatro componentes esenciales.

El primer componente: Contar con la cantidad, disponibilidad y calidad del talento humano requerido para la prestación de servicios de PF. Donde las unidades y equipos de salud, cuenten con la cantidad de personal requerida, disponible en el momento, cuando y donde se le requiere, debidamente orien-

tado y con la garantía que cuenta con el conocimiento y experiencia requerida por el perfil del cargo que ocupa para brindar los servicios de PF con calidad.

El segundo componente: Desarrollo Permanente del Talento Humano. Donde existan procesos de desarrollo y actualización continua de los conocimientos y habilidades necesarias para implementar y aplicar efectivamente las normas, procedimientos, herramientas, recursos y prácticas efectivas y seguras de PF.

El tercer componente: Ambientes de trabajo seguros y sin riesgos. Donde se aplican y cumplen las normas de bioseguridad y de control de infecciones interinstitucionales, que garantizan un ambiente laboral seguro y sin riesgos para el personal a cargo de la prestación de servicios de PF.

El cuarto componente. Personal motivado y estimulado. Donde se aplican efectivas estrategias de incentivos a la productividad con calidad del desempeño en equipos de trabajo, que generan repitencia y replicación de las conductas positivas en los equipos de atención a cargo de los servicios de PF en la Institución.

Pasos para fortalecer una gestión efectiva del Talento Humano:

Debe incluir entre otros, los siguientes pasos:

- Actualización periódica del inventario de personal disponible por unidad de todas las jurisdicciones del Estado para brindar servicios de PF, conforme al perfil y descriptores oficiales de los cargos o puestos de trabajo para asegurar que la totalidad de dichos puestos de trabajo, están ocupados por el personal debidamente calificado conforme al perfil y descriptor oficial del cargo que corresponda.
- Desarrollar procesos ágiles y efectivos de dotación del personal calificado de acuerdo al perfil del cargo en aquellas unidades que se identifique algún faltante de personal.
- La adquisición de los conocimientos y las habilidades necesarios para aplicar tanto esta estrategia como las normas, procesos, herramientas, recursos y prácticas oficiales de la atención de PF, se debe desarrollar a través de capacitaciones a realizar de forma periódica y permanente, basadas en diagnósticos objetivos de necesidades, debidamente planificadas y sistemáticamente implementadas, y deben estar orientadas a desarrollar en los recursos humanos:
 - La capacidad de gestión de los ocho componente de la presente estrategia como la gestión de la programación y monitoria de las actividades, la gestión de los suministros de anticonceptivos, la gestión de la adquisición / reposición, uso adecuado y mantenimiento de equipo, entre otros.
 - Los conocimientos y habilidades que permitan brindar una atención oportuna y de calidad a las usuarias y usuarios potenciales. Especialmente para:
 - Captar oportunamente y la adecuada información de usuarias y usuarios potenciales de PF a través de las habilidades en programación, monitoria y consejería.
 - Informar adecuadamente a las usuarias potenciales, de las ventajas y desventajas de la metodología anticonceptiva conforme a sus necesidades y a los criterios médicos de elegibilidad.
 - Brindar una atención de calidad, aplicando correctamente las normas, procedimientos, herramientas y prácticas de PF. Entre otras, normas de atención en PF, climaterio y menopausia e infertilidad y esterilidad, Consejería en Planificación Familiar. Inserción de DIU de intervalo, Inserción de DIU post evento obstétrico, AQV con técnica de anestesia local, Prevención de infecciones, entre otras.
 - Prevenir infecciones en las usuarias, en el mismo personal de salud y en la comunidad a través de la aplicación correcta de las normas de prevención de infecciones.

- Realizar correctamente la entrega y aplicación de los métodos anticonceptivos, especialmente los que requieren habilidades especiales (DIU y AQV).
- Capacitación del personal de apoyo para mejorar el acceso a las usuarias y dar promoción oferta y consejería de PF dentro de las unidades de salud.
- Desarrollo de procesos de incentivos a la productividad y calidad de la atención a los equipos a cargo de los servicios de PF a nivel de cada jurisdicción y el Estado. Idealmente complementado con procesos periódicos y permanentes de medición y mejora continua del clima laboral del personal institucional.

Metodología para desarrollar las capacitaciones:⁶⁰ Bajo estos procesos se realizará la capacitación según norma:

- a. Capacitación por concentración
- b. Capacitación en servicio.

Capacitación por concentración. Generalmente es utilizada cuando se requiere capacitar cantidades importantes de recursos humanos, o sea, cuando se introducen nuevas normas o metodologías a las jurisdicciones o microrregiones incluyendo los hospitales. En esta modalidad deben aplicarse principios metodológicos de educación de adultos, orientados a obtener aprendizajes a través del ejercicio práctico, mediante la ejecución de talleres.

Esta forma de capacitación se debe utilizar para los diferentes componentes de la estrategia de planificación familiar, básicamente al ser introducida a una unidad de servicios o cuando se acumula personal de nuevo ingreso sin capacitar; por lo tanto el personal de nuevo ingreso idealmente debe ser capacitado inmediatamente después de la toma de posesión en sus cargos.

Capacitación en servicio. Se debe utilizar para capacitar a personal en centros que reúnen las condiciones adecuadas para tal fin o en su propio centro de trabajo. Este tipo de capacitación se debe utilizar para el desarrollo de habilidades especiales (quirúrgicas por ejemplo) son generalmente realizadas en servicio. Los reforzamientos en aspectos específicos de cualquiera de los componentes de la estrategia, deben ser identificados y programados durante las reuniones de monitoria. Se incluye acá:

- Capacitaciones donde se requiere la adquisición de destrezas o habilidades especiales (Inserción de DIU post evento obstétrico, AQV con o sin anestesia local).
- Reforzar conocimientos o adquirir habilidades cuando la capacitación por concentración aún no se ha realizado.

Reforzar conocimientos y habilidades después de la capacitación por concentración.

Instrumentos de Capacitación:

[Cédula de Necesidades de Capacitación](#)

⁶⁰ Estrategia Metodológica de los Servicios de Planificación Familiar para Hospitales, Secretaria de Salud, Honduras, 2008. Capítulo 9: Capacitaciones para el Desarrollo de la Estrategia de Planificación Familiar en Hospitales, Págs. 100-104.