



saludmesoamerica2015.org

Modelos de gestión efectiva: Estrategia para la gestión efectiva de los Servicios de Planificación Familiar y Anticoncepción

Chiapas, México

Agosto 2014

Documento preparado por Management Sciences for Health bajo el contrato no. SCL/SPH.13.12.00-C.

Directorio

Nombres de autoridades del Instituto de Salud de Chiapas

Contrapartes en la revisión de la Estrategia de Planificación Familiar

Dr. Carlos Eugenio Ruiz Hernández	Secretario de Salud/Director General del Instituto de Salud
Dr. Porfirio Cruz Sanchez	Secretaria Técnica
Dr. Cecilio Culebro Castellanos	Dirección de Salud Pública
Dr. José Trinidad Aceves	Dirección de Atención Médica
Dr. Miguel Angel Navarro Quintero	Dirección de Planeación y Desarrollo

Personal que participó en la elaboración de la Estrategia

Dra. Leticia Raquel Ramírez Alfaro	Subdirección de salud de la mujer
Dra. Christian Dawleth Córdova	Programa de Planificación Familiar
Licda. María de Lourdes Quiroz García	Enlace de la Subdirección de salud de la Mujer y Género
Dr. Jorge Iván Villatoro Martínez	Coordinador de proyectos estratégicos de la Dirección de Atención Médica (DAM), Enlace SM2015-ISECH
Dr. Miguel Ángel Avalos	Dirección Atención Médica- Enlace SM2015-ISECH
Dr. Rigoberto Tipacamu Escobar	Subdirección de Planeación
Dr. Ariosto Coutiño Niño	Apoyo técnico Dirección de Planeación y Desarrollo
Equipos Jurisdiccionales	
Enlaces Jurisdiccionales SM2015	

Agradecimiento Especial a:

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)	
Dra. Prudencia Cerón Mireles	Dirección General del Centro Nacional de CNEGSR
Licda. Yolanda Varela Chávez	Dirección de Planificación Familiar CNEGSR
Dra. Hilda Reyes Zapata	Dirección de Desarrollo Comunitario CNEGSR

Contenidos

Siglas y abreviaturas	4
Glosario	5
I. Introducción	7
II. Propósito y objetivos	8
2.1 Propósito	8
2.2 Objetivos	8
III. Alcance de la estrategia	9
IV. Antecedentes	10
V. Marco jurídico nacional y estatal	12
VI. Marco conceptual	14
4.1 Principios en los cuales se fundamentan la EGESPFA	15
4.2 Ejes transversales de la Estrategia	16
4.2.1 Enfoque continuo de la atención	16
4.2.2 Gestión Integral de la Calidad	17
4.2.3 Enfoque sistémico	17
VII. Líneas de acción para la Operativización de la Estrategia PF	19
VIII. Componentes de gestión efectiva de los servicios de planificación familiar y anticoncepción	23
8.1 Componente de Atención	24
8.2 Componente provisión de servicios	26
8.3 Componente Gestión de Servicios	29
IX. Resultados y beneficios esperado de la estrategia de planificación familiar del estado de Chiapas	48
X. Anexos	52
Anexo 1: Flujogramas de atención	52
Anexo 2: Indicadores	57

Siglas y abreviaturas

AC	Adaptada Culturalmente
AOE	Atención Obstétrica de Emergencia
APP	Años Protección Pareja
AT	Asistencia técnica
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONE	Cuidados Obstétricos Neo-natales Esenciales
DIU	Dispositivo Intra Uterino
EGESPFA	Estrategia para la Gestión Efectiva de los Servicios de Planificación Familiar y Anticoncepción 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 Anual de Trabajo
PF	Programa de Planificación Familiar
SIAL	Sistema de información de administración logística
SM2015	Iniciativa Salud Mesoamérica 2015
SSR	Salud Sexual y Reproductiva

Glosario

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”¹².

Atención. Es la acción de atender, mirar por alguien o cuidar de él o ella. Se refiere al acompañamiento del agente, profesional o equipo de salud del proceso salud-enfermedad, desde que la persona nace hasta que muere, independientemente de que presente una patología. Por tanto, trasciende la asistencia a la enfermedad concreta en un determinado momento de la vida.

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”³.

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”⁴.

Demandas de salud: Son la expresión sentida o no de las necesidades de salud por la persona, la familia y la comunidad, la que puede ser espontánea, cuando surge de necesidades percibidas, o inducida, cuando resulta de necesidades no necesariamente percibidas por la población

Flujo / Procedimiento: Es el conjunto de pasos sucesivos que guían las decisiones y acciones por parte del equipo de salud.

Indicadores: Son las unidades de medida que permiten el traslado del lenguaje cualitativo de la norma al lenguaje cuantitativo, observable y medible.

Necesidades de salud: Es el conjunto de requerimientos de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tiene la persona, la familia y la comunidad para proteger, recuperar, mejorar y mantener su salud, y alcanzar una condición saludable deseable.

Norma o Estándar: Es el “estado de la calidad esperada”; un modelo probado que es usado para emitir un juicio.

Planificación Familiar: “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 ser-

¹ Family planning versus contraception: what's in a name? The Lancet Global Health, Early Online Publication, February 2014. Doi: 10.1016/S2214-109X (13)70177-3.

² Ibidem

³ NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

⁴ Ibidem

vicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas”.⁵

Provisión de servicios de salud: Es la acción y efecto de proveer, preparar, reunir, facilitar o suministrar lo necesario o conveniente para brindar o prestar bienes y servicios de salud con el propósito de promover, proteger, mejorar y mantener el estado de salud de una población.

⁵ Norma oficial mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

I. Introducción

Es un hecho internacionalmente aceptado que la planificación familiar (PF) incide en la reducción de la mortalidad materna entre un 25% a 40% ⁶, por lo que el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) formula la presente Estrategia para la Gestión Efectiva de los Servicios de Planificación Familiar y Anticoncepción (EGESPFA). La estrategia integra los lineamientos a ser aplicados en todos los servicios de salud del Estado desde la perspectiva de atención, provisión y gestión, para asegurar a las mujeres y hombres la satisfacción de sus necesidades de PF y anticoncepción (AC).

La EGESPFA se sustenta en los mandatos legales que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos sobre el derecho a la salud, y las diferentes leyes y reglamentos que regulan la provisión de servicios, así como los compromisos internacionales sobre este tema suscritos por el Estado Mexicano.

En el marco de estos acuerdos internacionales, el Congreso del Estado de Chiapas aprobó el 23 de julio de 2009, la declaratoria que eleva los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a rango constitucional. La reforma de los artículos 30, 42 y 62 de su Constitución Política establecen la obligatoriedad de cumplir con dichos objetivos, entre los que están la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal.

Esta estrategia tiene como marco conceptual los cuatro pilares de la Maternidad Segura (planificación familiar, atención prenatal de calidad, atención del parto limpio y seguro y manejo de las complicaciones obstétricas), basada en una sólida plataforma comunitaria, y se operativiza a través del continuo de la atención en las etapas preconcepcional, embarazo, parto y puerperio.

La EGESPFA se desarrolla a partir de tres componentes básicos que son abordados de manera integrada y complementaria:

- Componente de Atención, que define a quién se va a atender, en qué ambiente se brindará la atención, que servicios se ofrecerán y cómo y con qué se ofrecerán éstos.
- Componente de Provisión de Servicios, que establece quiénes prestarán los servicios y como se organizará la red de servicios.
- Componente de Gestión de los Servicios, que describe cómo se manejarán los recursos y los sistemas de apoyo.

Para la construcción de esta estrategia, se ha considerado: a) el análisis de la situación actual en la atención de los servicios de PF; b) la normativa estatal y federal disponible para la prestación de servicios de PF.; c) la evidencia científica más actualizada; d) la conformación de la red de servicios actual en el Estado y la cartera de servicios asignada a cada uno de ellos; y e) los mecanismos de funcionamiento de los principales sistemas organizacionales de conducción y apoyo del ISECH.

El presente documento contiene los lineamientos para operativizar la EGESPFA, con los instrumentos y las herramientas correspondientes.

⁶ Oona MR Cambel, Wendy J. Graham, Strategies for reducing maternal mortality; getting on with what on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group.

II. Propósito y objetivos

2.1 Propósito

Asegurar la atención integral en planificación familiar y anticoncepción a mujeres y hombres en edad fértil, para satisfacer sus necesidades y expectativas respecto al número y espaciamiento de sus hijos.

2.2 Objetivos

- Asegurar una gestión efectiva de los servicios de planificación familiar y anticoncepción, integrando las acciones institucionales y comunitarias en un enfoque sinérgico.
- Establecer la cartera de servicios, ambientes y normativa para el funcionamiento eficiente de los servicios de planificación familiar de acuerdo a los niveles de atención.
- Definir los lineamientos y mecanismos para la operación integrada y efectiva de los servicios de planificación familiar en el ISECH.

III. Alcance de la estrategia

Esta estrategia es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud y en todas las instancias de gestión del ISECH.

La estrategia plantea los lineamientos para que los servicios de salud del ISECH se organicen en redes y aseguren el desarrollo de todas las actividades relacionadas con los servicios de anticoncepción y planificación familiar de manera que los individuos y parejas decidan libremente sobre su fecundidad, el número de embarazos y su espaciamiento.

Los servicios de anticoncepción y planificación familiar contemplados en la estrategia tienen como objetivo satisfacer las necesidades de hombres y mujeres en edad fértil sobre la regulación de su fecundidad, en las diferentes etapas de su vida como aspecto fundamental de la salud sexual y reproductiva.

IV. Antecedentes

En el año 2010 la razón de mortalidad materna para México fue de 44.1 defunciones por cada 100,000 nacimientos estimados, mientras que para el Estado de Chiapas fue de 60,2 en el mismo año. En tanto, la tasa de mortalidad infantil en México es de 14.1 defunciones en menores de un año por cada 1000 nacimientos, 15.9 en Chiapas. Las principales causas de muerte materna son: hemorragia, hipertensión y sepsis; y las neonatales, asfixia, prematuridad y trauma en el nacimiento⁷.

La reducción de la mortalidad materna es una de las prioridades en salud de la República Mexicana especialmente en los estados con población en condición de vulnerabilidad social y en donde existen los mayores índices de mortalidad.

México se convirtió en el segundo del mundo y el primero en América Latina en instituir en su Constitución el derecho de las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos (Artículo 4º) desde 1973 a partir del reconocimiento de la efectividad de la planificación familiar (PF) en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. En 1974 se sentaron las bases para el establecimiento de políticas públicas en materia de PF, con la modificación de la Ley General de Población y el establecimiento del consejo nacional de Población. En 1977 se estableció el primer Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud, en el cual se definieron metas de cobertura por institución y además se estableció la meta demográfica de reducir la tasa de crecimiento de población a 2.5% en 1982.

Como producto de las acciones descritas anteriormente, la cobertura anticonceptiva de las mujeres de 15 a 49 años de edad, casadas o unidas en México aumentó de 30.2% en 1976 a 72.3% en 2009. De tal manera que la tasa global de fecundidad (TGF) ha disminuido de 7.26 hijos por mujer en 1962, a 3.43 en 1990 y a 2.1 en 2012⁸.

Pese a los avances descritos, existen al interior del país importantes rezagos para el acceso y el uso de anticonceptivos, particularmente en la población adolescente y joven, así como en zonas rurales e indígenas. En contraste, se observa un mayor uso de anticonceptivos en la población de mayor escolaridad.⁹

El estado de Chiapas, con 4.8 millones de habitantes es uno de los más pobres de México y presenta los indicadores de salud entre los más bajos de la nación. Su población es dispersa y una alta proporción de la misma es indígena. La tasa global de fecundidad para el periodo 2006-2008 fue de 2.6 hijos por mujer en edad reproductiva, la tercera más alta entre las entidades federativas¹⁰

La prevalencia anticonceptiva total en esta entidad federativa es de únicamente 55% del total de mujeres unidas en edad fértil y baja a 30.1% entre mujeres de habla indígena, siendo la OTB (Oclusión Tubaria Bilateral) el método más utilizado (60.1% del total de las usuarias en el estado regulan su fecundidad con este método). Un aspecto, relevante es que del total de mujeres en edad fértil (MEF) el 12.6% desconoce los métodos anticonceptivos y este porcentaje es mayor (49.4%) entre mujeres hablantes de lengua indígena¹¹

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, esto es el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que no utiliza un método anticonceptivo, a pesar de que no desean tener más hijos, o desean posponer su próximo

⁷ DGIS-INEGI 2010.

⁸ <http://www.datosmacro.com/demografia/natalidad/mexico>

⁹ Ibidem.

¹⁰ Salud Reproductiva. Información Básica de las Entidades Federativas. Enero de 2012. Chiapas.

¹¹ CONAPO, Perfiles de Salud Reproductiva en Chiapas, 2011.

embarazo, asciende a 22.6 según los resultados de la última encuesta sociodemográfica realizada en 2009 y alcanza valores de 30.8 en áreas rurales y de 42.8% entre mujeres que hablan alguna lengua indígena¹². Las principales razones reportadas por los usuarios para el no uso de métodos es que afectan la salud, le preocupan los efectos secundarios, e interfiere con los procesos normales del cuerpo¹³.

Adicionalmente, hay limitaciones en el acceso a servicios de salud y de planificación familiar, poco acceso a consejería y orientación, e información, así como limitada disponibilidad permanente de servicios de PF y métodos anticonceptivos en las unidades de salud¹⁴.

La NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar es el medio para uniformizar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México. Esta norma pretende asegurar que los individuos puedan decidir, en absoluta libertad y después de haber recibido la consejería correspondiente, un método anticonceptivo, y que puedan identificarse y manejarse casos de infertilidad y esterilidad.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud Federal ha elaborado el Programa de Acción Específico 2013-2018 de Planificación Familiar y Anticoncepción como el instrumento rector para que las instituciones y niveles de gobierno avancen de manera conjunta en los principales retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud en el tema de planificación familiar.

Entre estos retos pueden mencionarse:

- a) Asegurar la oferta de anticonceptivos y la calidad de los servicios en todo el país.
- b) Atender el rezago en áreas y grupos específicos de la población.
- c) Incentivar la participación del hombre en la planificación familiar y en la paternidad responsable
- d) Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial

El ISECH, como ente rector de la salud a nivel del Estado y siguiendo los lineamientos anteriormente descritos, fórmula la EGESPFA para aplicación en las redes de provisión de los servicios en sus jurisdicciones sanitarias.

¹² Línea de Base SM2015.

¹³ Línea de Base SM2015.

¹⁴ Línea de Base SM2015.

V. Marco jurídico nacional y estatal

En México, las actividades en materia de salud sexual y reproductiva (SSR) están respaldadas por un marco jurídico internacional y nacional que han permitido cambios para la población en general en esta área. Los sustentos jurídicos que respaldan estas acciones van desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hasta un conjunto de tratados, convenciones y acuerdos internacionales. Incluyen además, la legislación federal como la Ley General de Población, la Ley General de Salud y sus reglamentos respectivos, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y las Normas Oficiales Mexicanas que en la materia se han elaborado para estos fines.

A continuación, una descripción general de las principales leyes, políticas, normativas y compromisos internacionales sobre los que se sustentan la EGESPFA.

El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de toda persona a la protección de la salud y a que *“toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*.

En 1974 se decretó la Nueva Ley General de Población que sustituyó la Ley General de Población de 1947; ese mismo año se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO), organismo de carácter interinstitucional que representa la base de la política de planificación familiar. El CONAPO tiene por objeto el diseño y la evaluación de las políticas públicas destinadas a regular el crecimiento de la población y los movimientos demográficos, así como la distribución de los habitantes de México en términos de: i) 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); ii) establecer políticas para la prestación de servicios de planificación familiar y educación sexual (Art. 68, fracción III y Art. 69); iii) formular el Programa Nacional de Planificación Familiar (Art. 70), y iv) asesorar al sistema educativo nacional en la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual (Art. 71).

En 1977 en la IX Sesión del Consejo Nacional de Población se presentó el Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud, cambiando su nombre en 1989 por Servicios de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.

El Capítulo VI del Título Tercero de la Ley General de Salud, establece el carácter prioritario de la planificación familiar, dando énfasis a que *“en sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes”*. La Secretaría de Salud de México implementa estas directrices por medio del Programa de Acción Específico en Planificación Familiar y Anticoncepción, uno de los 31 Programas de Acción Específicos prioritarios del sector y de aplicación prioridad del sector y de aplicación en todas las instituciones y niveles de gobierno del sistema de salud.

A nivel estatal, el Capítulo II, Artículo 5, Numeral II, de la Constitución Política del Estado de Chiapas se establece que *“En el Estado de Chiapas se garantiza que: las mujeres decidan de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*. En el Capítulo VII de la Ley Estatal de Salud del Estado de Chiapas, en su artículo 53, establece el carácter prioritario de los servicios de planificación familiar en el Estado y el artículo 54 describe lo que comprenden dichos servicios, como la promoción, la atención y asesoría y la investigación. El Artículo 56 asigna a los Comités de Salud de las comunidades a que promuevan los servicios de planificación familiar.

Además de este marco normativo legal federal y estatal, México ha suscrito compromisos internacionales, como los que se detallan a continuación.

La Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, ratificada por México en 1981. En su Artículo 10 establece para la mujer el derecho a “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”. En su Artículo 12 expone que: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.”

México suscribió la Declaración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (México, 1984) donde se amplió el Plan de Acción Mundial sobre Población (PAMP)¹⁵

La Convención de Derechos del Niño, ratificada por México en 1990, obliga a los Estados firmante a “desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia”.¹⁶

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo o Conferencia de El Cairo, en 1994, México se comprometió a, entre otras cosas, “Permitir antes de 2015 el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, la salud sexual”¹⁷

El Comité Cedaw, de las Naciones Unidas, en su Recomendación General 19m, recomienda a los países miembros a que “Los Estados procuren que se apliquen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, y para asegurar que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, tales como los abortos ilegales por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad”. El Comité CEDAW de las Naciones Unidas, en su Recomendación General No. 29, recomienda; “...garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva.”¹⁸

Finalmente, México es signatario de los Objetivos del Milenio, que en su Objetivo 4 establece que los países firmantes reducirán, entre 1990 y 2015, en 2/3 partes la mortalidad infantil, y en el Objetivo 5, reducir la mortalidad materna en 2/3 partes.¹⁹ El Estado de Chiapas adoptó estos Objetivos del Milenio y el 21 de julio del 2009 reformó los artículos 30, 42 y 62 de su Constitución Política para darles rango constitucional.

¹⁵ <http://www.un.org/es/development/>

¹⁶ http://www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_file_file/convencion_sobre_derechos_nino.pdf

¹⁷ https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf

¹⁸ <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>

¹⁹ www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx

VI. Marco conceptual

El marco conceptual de la EGESPFA, igual que en la Estrategia CONE, es la Maternidad Segura, entendida como la promoción y protección del derecho y disfrute del más alto nivel posible de salud de las mujeres, madres y los recién nacidos. Además, organiza, bajo el enfoque del continuo de la atención, el cuidado de la salud de la mujer durante su vida reproductiva y del neonato desde su nacimiento.

La maternidad segura está cimentada en cuatro pilares:

1. Planificación familiar
2. Atención prenatal
3. Atención de parto limpio y seguro
4. Cuidados obstétricos y neonatales de emergencia.

Estos pilares se sustentan en: a) la atención primaria en salud, entendida como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias y de la comunidad; b) interculturalidad, como elemento clave dado el mayor peso relativo de la población indígena de Chiapas (30%) en comparación con otros estados; c) el ejercicio de derechos ; y d) el enfoque de género, según el cual mujeres y hombres tienen oportunidades iguales para comprender sus derechos plenos y su potencial para gozar de buena salud, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.

Figura I- Maternidad Segura



Fuente: www.SafeMotherHood.Org

1. **La planificación familiar** incluye el derecho de mujeres y hombres 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.
2. **La atención prenatal de calidad** comprende la atención, detección oportuna y el tratamiento adecuado de posibles complicaciones del embarazo.
3. **La atención del parto y del recién nacido en condiciones limpias y seguras**, en base a la evidencia de mejores prácticas, en el mejor ambiente, y en manos de profesionales de la salud con las competencias necesarias. Esto implica que los establecimientos de salud ofrezcan la atención del parto en condiciones culturalmente aceptadas por las mujeres, incluyendo el respeto por la costumbre de ingerir bebidas o comidas tradicionales, estar acompañadas durante el parto, y la posibilidad de adoptar la posición que la mujer considere más cómoda en el momento del parto.
4. **La atención oportuna y apropiada de las emergencias obstétricas y del recién nacido**, acción fundamental para reducir las muertes maternas.

Los servicios de consejería y de métodos de anticoncepción deben ser brindados durante la atención prenatal, el parto, el puerperio o durante cualquier evento obstétrico. Se debe asegurar que tanto la mujer como el hombre tengan la oportunidad de decidir sus opciones de planificación familiar y el momento de su aplicación, permitiendo el espaciamiento o prevención de embarazo.

4.1 Principios en los cuales se fundamentan la EGESPFA

La EGESPFA se basa en los siguientes Principios:

- a) **Atención Primaria en Salud.** La atención primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan cubrir en todas y cada una de la etapas del desarrollo²⁰
- b) **Género:** El género alude a la construcción sociocultural e histórica de la feminidad y masculinidad. Se refiere a los significados, valores sociales y culturales, otorgados a las diferencias biológicas observables entre los sexos. Cuando se habla de las relaciones de género, se hace referencia a las maneras como las sociedades y culturas estructuran la interacción entre las categorías sociales de “hombre” y “mujer”, en un marco de distribución de poder, prestigio, responsabilidades, tareas y beneficios. Las relaciones de género tienen un impacto profundo sobre las posibilidades de la mujer y el hombre para tomar decisiones respecto al número de hijos y el espaciamiento entre ellos, la utilización de los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, e incluso en relación a las emergencias obstétricas, ya que en todos estos momentos se deben dar acciones de consejería y oferta de métodos de anticoncepción.

²⁰ Declaración de Alma Ata, Atención Primaria en Salud, OMS, Alma Ata 1978, modificada en 2010.

- c) **Ejercicio de derechos:** Un enfoque desde los derechos integra las normas, estándares y principios de igualdad, equidad, rendición de cuentas, empoderamiento y participación del sistema internacional de derechos humanos. Esto incluye la no-discriminación (por acción u omisión), y la atención de los grupos considerados vulnerables. En el marco de la Estrategia de PF, el enfoque de derechos incluye principalmente derechos sexuales y reproductivos, y derechos culturales.
- d) **Interculturalidad:** Se entiende por interculturalidad el proceso social de interacción, basado en el reconocimiento, la validez intrínseca, el respeto de las diferencias culturales y la posibilidad de intercambio entre sujetos de contextos socioculturales diversos. La interculturalidad supone el reconocimiento de la diversidad, pero la trasciende al concebir la construcción conjunta por un cambio que beneficia a una colectividad en común. La interculturalidad se hace realidad en forma de diálogos interculturales entre los equipos de salud y las comunidades, incluyendo en este diálogo a las autoridades locales, en base al respeto de las preferencias y costumbres de las mujeres, los hombres y sus familiares.

4.2 Ejes transversales de la Estrategia

Para la definición de los componentes y líneas de acción de la EGESPFA -igual que para la estrategia CONE- se han considerado los siguientes ejes transversales: el continuo de la atención, la gestión integral de la calidad y el enfoque sistémico.

4.2.1 Enfoque continuo de la atención

Este eje implica el uso de las mejores evidencias disponibles puestas al servicio de los individuos y comunidades durante todas las etapas del ciclo vital o curso de vida. En el contexto de la atención en PF y AC, el continuo de la atención constituye un abordaje por etapa de vida y las irrupciones en cualquiera de las etapas tendrán implicaciones en la salud, nivel de bienestar y vida de los hombres y, mujeres.

Los servicios de salud deben brindar a la mujer y el hombre información y educación en salud para que puedan tomar la decisión, libre e informada sobre su salud reproductiva. Para ello, los establecimientos de salud deben tener la capacidad de ofrecer los métodos anticonceptivos en todo momento del continuo de atención de los hombres y a las mujeres aun durante el embarazo, parto y puerperio.

La Figura No.2 muestra el proceso del continuo de atención para fines de la Estrategia de PF, que será usado en el componente de atención para definir las carteras de servicios y los ambientes en que se brindarán (entendiendo preconcepcional todas acciones en PF y AC para las mujeres y hombres, así como las normas que deberán respetarse para asegurar la calidad de la atención.

Figura 2. Continuo de la Atención



Fuente: Guías para el Continuo de la Atención de la Mujer y RN focalizada en APS. CLAP. 2010.

4.2.2 Gestión Integral de la Calidad

La calidad se define 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 desnutrición²¹. La calidad de la atención tiene entonces que definirse desde las normas técnicas del proveedor y las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local. Esto implica que una gestión efectiva e integral de la calidad comienza y se fundamenta en un conjunto de “normas”, las que no sólo obedecen a criterios de eficiencia y seguridad técnica del proveedor sino que deben considerar e idealmente superar las expectativas de la población usuaria.

La gestión de la calidad en el ISECH es responsabilidad del Programa de Calidad para los Servicios de Salud, que basa sus acciones en el modelo de los tres componentes de gestión de la calidad (diseño, control y mejora continua)²².

La gestión efectiva de la calidad se implementa a través de equipos de aseguramiento de la calidad en las unidades médicas, responsables de ejecutar y medir las mejoras en base a la aplicación de las ocho dimensiones de la calidad: (a) competencia técnica; (b) acceso y rapidez de los servicios; (c) eficacia; (d) relaciones interpersonales; (e) eficiencia; (f) continuidad; (g) seguridad, y (h) comodidades. En las unidades de salud, se organizarán equipos de mejora de la calidad, que serán apoyados técnicamente por las unidades de calidad del nivel estatal y jurisdiccional. El seguimiento de las acciones a nivel de los servicios se hará a través de los equipos de aseguramiento de la calidad (antiguos equipos de supervisión zonal), y por los comités de calidad a nivel jurisdiccional y de hospitales.

El ISECH, cuenta con las normas y con los indicadores para medir el desempeño de sus servicios de salud, Allí donde aún no existan normas definidas, el ISECH las elaborará, impulsando a través de sus programas y bajo los lineamientos establecidos para tal objetivo, la gestión de la calidad a nivel institucional.

4.2.3 Enfoque sistémico

El enfoque sistémico visualiza la atención planificación familiar y anticoncepción, que contiene modelos, principios y ejes transversales íntimamente interrelacionados. Éstos parten de los cuatro pilares de la maternidad segura, transformados en procesos de atención. Su aplicación se inicia con la atención preconcepcional, atendiendo las necesidades de anticoncepción de mujeres en edad fértil y hombres, y finaliza con la atención durante el puerperio.

La aplicación del enfoque sistémico permitirá interrelacionar los procedimientos de atención desde la perspectiva de la oferta y la visión de los proveedores de servicios, con la demanda y la cosmovisión de la población demandante de los mismos. La Figura No. 3 muestra la interrelación de los modelos, elementos y ejes transversales de la estrategia en el sistema de salud.

²¹ Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud / M. I. Roemer and C. Montoya- WHO. 1988.

²² Joseph Jurán. Manual de Control de Calidad. IV Edición, McGraw Hill, 1998.

Figura No. 3. Interrelación de la maternidad segura, principios y ejes transversales de la estrategia en el sistema de salud



VII. Líneas de acción para la Operativización de la Estrategia PF

Las líneas de acción son intervenciones (en algunos casos denominadas también estrategias) que definen acciones específicas que se deben desarrollar para fortalecer la oferta y estimular la demanda. Son elementos sustanciales que vigorizan la estrategia y dinamizan el funcionamiento de las redes integrales, mediante el cambio de comportamiento para PF y CONE.

Para fines de esta estrategia las líneas de acción son:

1. Promoción de los servicios de planificación familiar en primer nivel de atención
2. Semana Nacional de Salud de la Adolescencia
3. Mes de la Salud Reproductiva
4. Consejería en PF con pertinencia cultural
5. Distribución comunitaria de métodos anticonceptivos
6. Oferta y dotación de métodos a nivel institucional, incluyendo anticoncepción postevento obstétrico (APEO).

La Estrategia CONE cuenta con líneas de acción cuya operativización fortalece las acciones comunitarias e institucionales de EGESPFA. Estas líneas de acción son: comunicación para el cambio de comportamiento para CONE, red social, casas maternas, trabajo con parteras, vigilancia de la mortalidad materna. La finalidad, mecanismos de operación y de monitoreo de estas líneas de acción están descritos en la Estrategia CONE.

I. Línea de Acción- Promoción de los Servicios de Planificación Familiar

La comunicación para el cambio de comportamiento busca incrementar el uso de los métodos de PF y AC, aumentar la demanda de los servicios de salud reproductiva, y mejorar la prestación de dichos servicios por parte del personal de salud.

La NOM 005-SSA2-1993 establece que la promoción de la planificación familiar se hará por medio de: promoción y difusión; información y educación; consejería; elección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos e identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

Las acciones de **promoción y difusión e información y educación** se definen y promueven a través de la Comunicación para Cambio de Comportamiento. Para este fin los servicios de salud del ISECH cuentan con el documento “Estrategia de Comunicación para la Transferencia de Comportamientos Mejorados de Salud en CONE y PF, para el Estado de Chiapas”.

En lo que se refiere a PF y AC, dicha estrategia, partiendo de los derechos de mujeres y hombres sobre la salud sexual y reproductiva, abarca acciones de **información**, para transmitir a la población los conocimientos para reconocer la importancia de la planificación familiar y la disponibilidad de métodos para aplicarla; **motivación**, para que las mujeres en edad fértil y los hombres decidan cuándo y cuantos hijos tener, y **capacitación**, para que una vez decidido lo anterior hagan un uso efectivo de los métodos disponibles. Estas tres áreas de acción se desarrollan a través de diferentes formas y medios de comunicación, entre los que es fundamental la **consejería** cara a cara como la metodología más efectiva para conseguir la adopción de las prácticas de PF que se promueven. Paralelamente, se desarrollará la **organización comunal** para que, a través de las redes sociales en las comunidades, refuerce y haga sostenibles las decisiones individuales sobre PF, y se transferirán al personal de los servicios de salud **las competencias** necesarias para una comunicación efectiva con los/as

usuarios/as de PF en el marco del respeto a los derechos, confidencialidad y absoluto respeto a sus percepciones y creencias, y el diálogo intercultural. Estas competencias del personal de los servicios de salud incluirán las habilidades para comunicar claramente las ventajas de la planificación familiar y sus métodos, orientar hacia aquellos que más convengan a cada usuario/a en particular, y responder a cualquier inquietud que los/as usuarios pudieran manifestar sobre los mismos.

2. Línea de Acción: Semana Nacional de Salud de la Adolescencia²³

Se realiza una vez al año en la tercera semana de septiembre. El objetivo es promover estilos de vida saludables entre la población adolescente (10 a 19 años de edad) a través de la oferta de servicios, información y orientación. Entre estos: Consulta a adolescentes embarazadas. Consejería en Planificación Familiar. Dotación de Ácido Fólico. Dotación de vitaminas y minerales. Dotación de Albendazol. Atención de Línea de Vida. Entrega de Cartilla Nacional de Salud para Adolescentes de 10 a 19 años. Intervenciones de la cartilla. Información sobre VIH/SIDA.

3. Línea de Acción: Mes de la Salud Reproductiva²⁴

Anualmente desde 1995, noviembre se ha designado, como el mes de la salud reproductiva. Esta acción fortalece las acciones que el ISECH realiza sobre los programas enfocados al cuidado de la salud materna, la promoción de métodos anticonceptivos y la prevención de la violencia intrafamiliar, participan todas las instituciones del Sector Salud. Durante el mes se lleva a cabo en todos los Centros de Salud y Hospitales, las siguientes acciones: capacitación a madres sobre salud materna y perinatal, fomento de la lactancia materna, información sobre sexo seguro y sexualidad, ofertar métodos de planificación familiar a hombres y mujeres, principalmente a aquellas mayores de 35 años donde el embarazo representa un riesgo, prevención y detección oportuna del Cáncer de Mama y Cérvico Uterino.

4. Línea de acción: Consejería en PF con pertinencia cultural

La NOM 005-SSA2-1993, define la consejería en planificación familiar como *“el proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brindan a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva”*.²⁵

La misma norma, establece que *“la prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo”*.²⁶ Esto significa que todo el personal de los servicios de salud que tiene contacto con los/as usuarios/as debe estar preparado para ofrecer orientación en PF, de acuerdo a su nivel, es decir, deben tener las competencias necesarias para

²³ http://censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/adolescencia/SNSA_SEP2011.pdf

²⁴ <http://www.spps.salud.gob.mx/noticias/1219-octubre-mes-de-la-salud-reproductiva.html>

²⁵ NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

²⁶ NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

desarrollar acciones de: promoción y difusión; información y educación; **consejería**; elección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos e identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

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.

Los servicios de salud del ISECH cuentan con un Manual de Consejería con Pertinencia Cultural, construido sobre la base de una investigación de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población indígena y los prestadores de salud alrededor de la PF y la AC. Este manual contará con las herramientas educativas que refuercen las labores de orientación de los prestadores de servicios en todos los niveles de atención del ISECH.

5. Línea de Acción: Distribución comunitaria de métodos anticonceptivos

La norma NOM-005-SSA2-1993 establece que todos los métodos anticonceptivos pueden distribuirse a través de programas institucionales de distribución comunitaria, con excepción de: implante, DIU, vasectomía y OTB y los anticonceptivos inyectables que solo tienen progestina. El condón puede además ser distribuido a través de los programas de mercadeo social.

Para fines de la estrategia, la distribución comunitaria de métodos anticonceptivos se desarrolla por medio de:

- Auxiliares de salud
- Vocales de oportunidades
- Parteras
- Brigadistas
- Caravanas de la salud

Para la implementación de esta línea de acción se contará con un documento que contiene los lineamientos para hacerla operativa, entre otros temas el documento regulará lo siguiente: objetivos de la distribución comunitaria de anticonceptivos, que métodos se distribuirán, el personal comunitario que efectuará la distribución, los criterios de selección de los distribuidores, los temas y metodología en la que serán capacitados, los mecanismos de monitoreo, supervisión y evaluación. Así como los mecanismos de implementación y seguimiento. Con el sistema de información y los procesos de control correspondientes.

6. Línea de Acción: Oferta de métodos a nivel institucional, incluyendo APEO.

La norma NOM-005-SSA2-1993, define la siguiente oferta de métodos para toda la población de la República Mexicana.

- Métodos hormonales orales
- Métodos hormonales inyectables
- Métodos hormonales post-coito
- Métodos hormonales subdérmicos
- Dispositivos intrauterinos
- Oclusión tubaria bilateral
- Vasectomía
- Métodos de barrera y espermicidas

- Métodos naturales o de abstinencia periódica (del calendario; del ritmo o de Ogino-Knaus; de la temperatura; del moco cervical o de Billings; sintotérmico).
- Método de lactancia y amenorrea

En la misma norma NOM-005-SSA2-1993, se establecen para todos los métodos anticonceptivos, los procedimientos técnicos y clínicos para la entrega, aplicación y seguimiento de las/os usuarios/as, además define el personal que desarrolla las acciones de PF por tipo de servicio de salud. Los procedimientos y personal responsable para desarrollar las acciones de Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) están definidos en la “Guía Anticoncepción Posparto, Transcesárea, Poscesárea y Posaborto”.

La definición de qué tipo de personal y en qué unidades de salud se oferta cada uno de estos métodos, se encuentra en la sección de Gestión del Talento Humano.

VIII. Componentes de gestión efectiva de los servicios de planificación familiar y anticoncepción

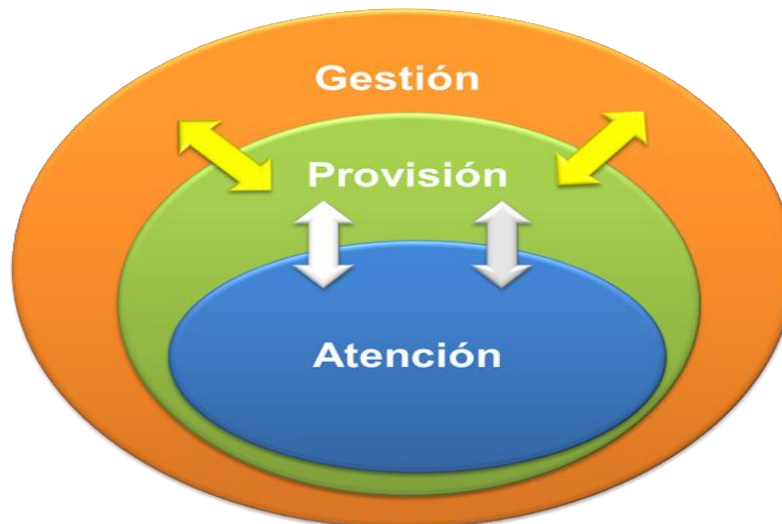
La EGESPFA se define como el conjunto de líneas de acción y servicios que ofrece el ISECH, para que los hombres y mujeres en edad fértil puedan tomar una decisión informada, libre y voluntariamente sobre tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Esto se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la infertilidad.²⁷

El ISECH, con la finalidad de disminuir las inequidades en salud Sexual y Reproductiva de la población más vulnerable en cuanto al acceso a servicios de PF y AC, plantea la presente estrategia mediante la cual promueve que la mujer y su pareja pueda tomar decisiones informadas sobre el hecho de tener hijos y cuándo hacerlo, por ende reduce la mortalidad materna y neonatal. Conlleva además una disminución del número de embarazos no planeados y abortos en condiciones de riesgo, aumenta las oportunidades de la mujer, y da lugar a familias y comunidades más saludables.

La operativización de la estrategia de PF, se organiza en tres componentes, que deben ser abordados de manera integral y complementaria: atención, provisión y gestión. Estos componentes permiten enfocar las acciones en la demanda y organizar sistemáticamente la oferta, con el fin de asegurar la atención oportuna y de calidad a la población objetivo. El esquema de este modelo se detalla a continuación en la Figura No. 4.

Para que estos componentes funcionen, requieren de la integración y la adicionalidad de las acciones, (representadas por las flechas que atraviesan los distintos componentes). Partiendo de la demanda, se va definiendo el cómo se le da respuesta con la mejor calidad y seguridad posible, y dentro de procedimientos de gestión que permitan la sostenibilidad y costo-efectividad para el logro de los objetivos planteados.

Figura No. 4- Modelo que esquematiza la Atención, Provisión y Gestión



²⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

8.1 Componente de Atención

Se considera como el eje central del modelo. Parte del conocimiento real de las necesidades y demandas de salud de las personas, las familias y la comunidad e incluye:

- Población a atender
- Servicios a ofrecer
- Ambientes para la atención
- Flujos o procesos de atención a seguir

El componente de atención para la EGESPFA, responde a las siguientes interrogantes:

- *¿A qué población o segmento de población se va a atender?*
 - De acuerdo a los ciclos de vida, aquí se incorporan los grupos de adolescentes, mujeres en edad fértil, embarazadas, mujeres atendidas por algún evento obstétrico, puérperas, que demandan atención de su recién nacido, mujeres que demandan atención de su niño menor de dos años y hombres.
- *¿Qué servicios se van a ofrecer?*
 - En base al continuo de la atención, se brindarán los servicios siguientes: promoción de la salud sexual y reproductiva; prevención del embarazo e identificación, referencia y manejo oportuno y seguro de efectos secundarios de los métodos anticonceptivos. Todos ellos incluidos en un conjunto o cartera de servicios definida en planificación familiar y debidamente organizada en procesos.
- *¿En qué ambientes se brindarán los servicios?*
 - La cartera de servicios de PF y AC, se brindarán en dos ambientes de acuerdo a lo que plantea la EGESPFA, estos son: el ambiente comunitario (incluye el ambiente educativo y laboral) y los establecimientos de salud del primer y segundo nivel
- *¿Cómo se brindará la atención a los usuarios/as?*
 - Siguiendo los flujos o procesos de atención, diseñando o adaptando aquellos que se requiera para cada uno de los servicios a brindar.
- *¿Con qué se atenderá a los usuarios/as?*
 - Con la normativa nacional existente, las Guías de Práctica Clínica para cada procedimiento de atención en PF, las que se encuentran sustentadas en la evidencia científica disponible, para brindar una atención segura, efectiva y con el menor riesgo a los grupos de población a atender.

En la siguiente tabla se resume el componente de atención identificando los grupos de población objetivos, el conjunto de servicios que se ofrecerán resumidos en: consejería, evaluación previa a la entrega de método, orientación para consulta por efectos secundarios y el seguimiento de la usuaria, en qué ambientes de ofrecerán los servicios y con qué normas.

Tabla I- Componente de Atención
COMPONENTE DE ATENCIÓN

¿A quienes atender?- Grupos de Población			
Adolescentes, Hombres y MEF que asisten a los Servicios de Salud a demanda ó de forma programada para la atención diferenciada	MEF, hombres o parejas que desean espaciar embarazo o anticoncepción	Mujer embarazada, Mujer en atención de parto	Mujer en período de puerperio, Mujer en busca de atención para su recién nacido o menor de 2 años
¿En qué ambiente se brindará la atención?			
AMBULATORIO- COMUNIDAD	AMBULATORIO- INSTITUCIONAL	BASICO	COMPLETO
Brinda atención en ambiente comunitario, refiere para métodos que requieren competencia clínica		Brinda atención en establecimientos de salud del primer nivel, puede realizar procedimientos de inserción de DIU del intervalo	Realiza procedimientos de DTB femenina, vasectomía e inserción de DIU post evento obstétrico
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Casas de Salud Unidades Médicas Móviles Centros de Salud Microregionales Unidad Médica Regional 	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Básico de la Comunidad CESSA (centro de salud con servicios ampliados) 	<ul style="list-style-type: none"> Hospital de la Mujer Hospital General Hospital Regional de alta especialidad
¿Qué servicios a ofrecer?			
<p>Fortalecimiento de la Participación Comunitaria</p> <p>Promoción de los servicios para el espaciamiento de embarazos</p> <p>Apoyo a la educación sexual en los establecimientos educativos de la comunidad asignada</p>	<p>Oferta sistemática que evite la oportunidad perdida de ofrecer servicios de PF</p> <p>Consejería en PF con enfoque intercultural</p> <p>Entrega de métodos anticonceptivos temporales</p> <p>Seguimiento comunitario de usuarias de PF</p> <p>Detección de Adolescentes en riesgo de embarazo no deseado y referencial a grupos organizados para apoyo que corresponda</p> <p>Detección de mujeres en edad reproductiva en riesgo de embarazo no deseado y brindar consejería con enfoque interculturalidad.</p>	<p>Lo del ambulatorio MÁS</p> <p>Entrega de toda la gama de métodos anticonceptivos</p> <p>Inserción de DIU del intervalo</p> <p>Anticoncepción Post Evento Obstétrico</p> <p>Seguimiento de usuarias de PF</p> <p>Atención diferenciada al adolescente</p> <p>Atención de PF con enfoque intercultural de MEF en riesgo reproductivo</p> <p>Captación y referencial para AQV masculina y femenina</p>	<p>Lo del CONE Básico MÁS</p> <p>Realización de AQV masculina y femenina</p> <p>Atención de casos de Esterilidad e Infertilidad</p> <p>Atención de complicaciones de casos referidos de otros niveles de atención</p>
¿Como y con qué se va a atender?			
Flujos y Procesos de Atención			
Guías de Práctica Clínica			
Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO)			
Planificación Familiar del Intervalo			

8.2 Componente provisión de servicios

La provisión se refiere al conjunto de proveedores de servicios del ISECH, organizados y articulados en Redes Integradas de Servicios de Salud Ambulatorios y Hospitalarios por niveles de atención. Éstos, por medio de un sistema de referencia y respuesta, deben 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. En este componente se definen:

- Quiénes brindarán los servicios de salud
- Cómo se organizará la red de servicios de salud.

Define los servicios de salud a proveer, la identificación de quienes proveerán los servicios, cómo se organizarán y relacionarán entre sí, las estrategias e intervenciones a aplicar y en qué ambientes de desarrollo humano se ejecutarán.

El componente de provisión da respuesta a lo siguiente:

- *¿Quiénes prestarán los servicios de salud y cómo se organiza la red de servicios de salud?*

La provisión estará a cargo de un conjunto de proveedores de servicios, organizados y articulados en redes integradas de Servicios de Salud por niveles de atención ambulatorios y hospitalarios los cuales, por medio de procesos de referencia y contrareferencia, garantizarán 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, sostenibilidad y calidad.

- *¿Cómo se organizarán las Redes de Servicios Esenciales de Salud?*

Las redes integradas de servicios de salud²⁸ se definen como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. Los servicios, organizados de esta manera, mejoran la accesibilidad al sistema y su eficiencia global, evitan la duplicación de infraestructura y servicios, disminuyen los costos de producción, y responden mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

La estructura organizativa de las redes integradas para los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) son las que se utilizarán para la operativización de la EGESPFA ya que, además de organizar institucionalmente los servicios, incorpora las redes sociales y las organizaciones comunitarias, sin duda, parte integrante de las redes, que constituyen el brazo operativo del sistema.

La integración de establecimientos de salud en redes es primordial en la estrategia de PF y AC, por tratarse del mecanismo mediante el cual se articulan los diferentes niveles de servicios, favoreciendo la ubicación de los recursos humanos y de equipo en puntos estratégicamente seleccionados para ofrecer a las mujeres en edad fértil y hombres los servicios de PF y AC. Esto último es especialmente importante en el contexto del Estado de Chiapas, donde los recursos humanos y materiales son escasos y hay que optimizar su utilización.

²⁸ OMS/OPS, Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, Opciones de política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, Washington D.C., 2010.

- ¿Qué Niveles de Atención tendrán las Redes Integradas de PF y AC?

Como se mencionó en la sección anterior, la EGESPFA se operativiza a través de las redes integradas CONE, las cuales reconocen tres niveles de atención: CONE ambulatorio, CONE básico y CONE completo. Todos los detalles de cómo estos niveles se organizan en redes integradas se encuentran en la estrategia CONE. A continuación, una definición de cada uno de estos tres niveles acotada a la EGESPFA.

8.2.1 Niveles de atención de CONE

A continuación se definen los conceptos y funciones de cada uno de estos niveles de atención.

8.2.1.1 CONE AMBULATORIO (Comunitario e institucional)

El **CONE ambulatorio en su expresión comunitaria** Incluye todas las líneas de acción mediante las cuales se realizan en la comunidad, las acciones de promoción, prevención y atención del proceso reproductivo (atención de mujeres en edad fértil y hombres en PF y AC, control prenatal, parto, puerperio), con amplia participación comunitaria (voluntarios, parteras, médicos tradicionales, organizaciones, actores y líderes clave).

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. En relación a PF, es en este nivel que se llevan a cabo las líneas de acción de consejería y comunicación para cambio de comportamiento, así como la promoción de métodos naturales y/o artificiales, factibles de ser distribuidos en este nivel.

El **CONE AMBULATORIO en su expresión Institucional** tiene la finalidad de brindar atención de promoción, prevención y atención de la salud en los servicios del primer nivel del ISECH. Para **finés de esta estrategia**, son los siguientes:

- Casas de la salud
- Caravanas de salud
- Centros de salud Microrregionales .

Cada uno de estos servicios con sus comunidades asignadas conforma un CONE ambulatorio y deberá ser analizado de acuerdo a su capacidad resolutoria en función de los criterios que se definan para la posterior conformación de redes.

Las principales funciones del CONE ambulatorio son:

1. Organizar y fortalecer los comités para el apoyo a las líneas de acción en salud materna y neonatal a nivel comunitario.
2. Desarrollar estrategias y líneas de acción comunitarias específicas para el mejoramiento de la salud materna y neonatal. Por ejemplo, un plan de seguridad (parto), un sistema de comunicación para el cambio y adopción de prácticas saludables, Casas Maternas, etc.
3. Consejería para uso de métodos de PF.
4. Oferta de métodos de PF.

5. La atención prenatal normal.
6. La atención de recién nacido normal.
7. La atención del puerperio durante los siete días posteriores al parto.
8. La detección y referencia oportuna de los riesgos obstétricos y neonatales.
9. La detección temprana, manejo inicial de estabilización y referencia oportuna de complicaciones obstétricas y del neonato.

8.2.1.2 CONE BÁSICO

El **CONE BÁSICO** tiene la finalidad de atender APEO, consejería en PF, partos normales, el reconocimiento del riesgo e identificación, diagnóstico, estabilización (manejo inicial) y referencia de las complicaciones obstétricas y neonatales surgidas durante el proceso de atención del parto institucional y comunitario. Para **fines de esta estrategia**, lo componen:

- Los centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA).
- Los hospitales Básicos de la Comunidad

8.2.1.3 CONE COMPLETO

El **CONE COMPLETO** Tiene la finalidad de atender APEO, consejería en PF, los partos eutócicos (cuando así lo defina la cartera de servicios) y resolver las complicaciones obstétricas y neonatales. Los CONE completos pueden incluir cuidados intensivos. Para **fines de esta estrategia**, lo componen:

- Los hospitales de la mujer
- Los hospitales generales
- El hospital regional de alta especialidad.

8.2.2 Funcionamiento de la estrategia en las redes integradas CONE

La provisión del servicio de PF se realizará de acuerdo a los niveles de atención de CONE, por lo tanto, la cartera de servicios que se ofrece y la implementación de las líneas de acción descritas anteriormente, se operativizarán en las redes integradas de CONE.

En Chiapas, estas redes se han organizado de la siguiente manera:

- **Microrredes**, constituidas por un centro de salud (como el servicio de salud céntrico) con la característica fundamental de contar con un médico y servir de referencia a las casas y caravanas de salud.
- **Mesored básica**, constituida por los servicios de salud que atienden partos, como los Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) y los Hospitales Básicos de la Comunidad con las respectivas microrredes que acceden a ellos de acuerdo a los flujos de población.
- **Macrored integrada CONE**, constituida por Hospitales de la Mujer, Hospitales Generales y Hospital Regional de Alta Especialidad, con las respectivas mesoredes básicas que acceden a ellos de acuerdo a los flujos de población.

Los criterios y el procedimiento utilizado para la conformación de estas redes, así como los mecanismos de articulación a través del sistema de referencia y contrareferencia, están descritos en el documento Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, Estado de Chiapas, México.

8.3 Componente Gestión de Servicios

Define los lineamientos para planificar, organizar, administrar, conducir y controlar la provisión de los servicios de PF, bajo una gestión efectiva, que logre hacer las acciones en salud sostenibles en el tiempo.

El Componente de Gestión constituirá el marco de referencia que brindará los lineamientos para planificar, organizar, administrar, conducir y controlar la provisión de servicios de salud y para la adquisición, uso y control apropiado, eficiente y transparente de los recursos, que permitan el logro de los objetivos en PF. Este componente da respuesta a la pregunta:

- *¿Cómo se manejarán los recursos y sistemas de apoyo?*

Los servicios de PF y los insumos se gestionan para una efectiva provisión de bienes y servicios con calidad. Estos insumos incluyen los recursos humanos, infraestructura y equipos, métodos anticonceptivos e insumos médicos y no médicos. Para llevar a la práctica este componente, se realizarán las siguientes acciones: (1) Gestión de la planificación y programación de los servicios; (2) Gestión de la organización de los procesos o flujos de atención de salud; (3) Gestión del monitoreo, supervisión y evaluación; (4) Gestión de la información, que permita su sistematización, mejorar su aprovechamiento y uso para tomar decisiones oportunas; (5) Gestión de la logística de insumos y medicamentos; (6) Gestión del equipamiento básico, y (7) Gestión del talento humano (Ver Figura No. 5).

Conforme al enfoque sistémico, el **producto final** es un servicio de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales de calidad, en el que existen una serie de procedimientos básicos o finales, que constituyen la razón de ser del programa.

Figura 5. Enfoque Sistémico para la gestión de PF.



Para lograr este producto final se requieren productos intermedios a cargo de sistemas organizacionales establecidos previamente, que pueden ser de conducción, administrativos y financieros y también de apoyo. Cada uno de ellos, tienen entradas (recursos), procesos y salidas (productos intermedios).

Para que la gestión de los servicios de PF, sea efectiva, oportuna y con calidad, se requiere el funcionamiento armónico de los siete sistemas (ver Figura 6). La ausencia o debilidad de cualquiera de ellos tiene un impacto directo en la productividad y calidad de la atención a la población usuaria. Estos siete sistemas son los siguientes:

Figura 6. Sistemas para la gestión de PF.



8.3.1 Gestión para una programación de los servicios de PF y AC y anticoncepción



La programación es el ejercicio mediante el cual se planifican las actividades e insumos requeridos para la prestación de servicios de PF y AC. Debe estar basada en la demanda y datos reales de uso y capacidad de los servicios de salud que conforman la red integrada CONE y es un proceso gerencial que se realiza una vez al año en el mes de agosto y que incluye a todos los niveles del ISECH.

Debe estar basada en la demanda insatisfecha de mujeres y/o sus parejas y datos reales de consumo de los servicios de salud. Esto implica un cambio significativo de enfoque en la gestión de la programación y obliga a reducir la brecha entre la

demanda que continúa aún desatendida y la oferta institucional de servicios, ya que sin ello se postergará el cumplimiento de las metas de reducción de la mortalidad materna neonatal comprometidas por el Estado y la Federación en los ODM 4 y 5.

Estratégicamente la programación de actividades de PF y AC en los servicios de salud de Chiapas, es vital para la atención de mujeres en edad fértil y hombres, porque define los instrumentos y procedimientos necesarios para establecer las metas del programa en la búsqueda de disminuir la demanda insatisfecha.

8.3.1.1 Mecanismos para la programación de los servicios de PF

En el ISECH, para programar las actividades e insumos de PF se utiliza la herramienta del programa de acción específica “mascarilla de captura PAT 4 de PF y AC para la programación anual de usuarias y métodos”²⁹ que contempla metas de población a atender, insumos, costos para usuarios y usuarias nuevas de PF y AC, usuarias activas, usuarias pos evento obstétrico (APEO).

Esta actividad inicia ocho semanas antes de la fecha de programación general del nivel estatal, que se realiza cada año en el mes de agosto. Cada unidad de cada nivel de atención, inicia llenando la mascarilla de programación anual, hace luego los concentrados correspondientes y los eleva al nivel superior, jurisdicciones sanitarias y hospitales, al que pertenece, quienes a su vez lo enviarán al nivel estatal.

Para realizar la programación se debe conocer:

- La población total y la población objetivo de atención.
- La cantidad y ubicación de las mujeres en edad fértil,
- Las usuarias potenciales de PF y AC.
- Las usuarias activas del programa, y sus parejas que se espera atender.

Sobre esta base, se deben planificar los servicios y demás actividades, incluyendo la previsión para contar con los materiales, insumos, anticonceptivos, recursos humanos y financieros para avanzar en la reducción de la brecha y atender con calidad esta demanda esperada, en el momento y cuando lo requieran por establecimiento de salud.

Para que la programación sea efectiva, debe ser trabajada en equipo con la participación activa y el aporte de todos los involucrados en el proceso y las autoridades de los diferentes niveles administrativos del ISECH.

Para programar se tomarán en cuenta cuatro factores:

- *La población:* se debe conocer la población que actualmente usa anticonceptivos y necesita continuar siendo abastecida.
- *La demanda o necesidad insatisfecha:* la población que no utiliza métodos y los requiere.
- *El consumo:* número de usuarias del año anterior y cantidad de métodos distribuidos.
- *Suministros.* se estiman considerando las necesidades de métodos anticonceptivos para el período próximo tomando en cuenta períodos largos de desabastecimiento durante el año anterior y la disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos para no transgredir el derecho a la libre elección.

²⁹ Nota: existe una propuesta a nivel federal de sustituir la mascarilla de programación anual que se espera esté disponible a finales del mes de octubre del año 2014. Dra. Raquel Ramirez-ISECH.

8.3.1.2 Pasos en la Programación.

Paso 1:

La coordinación estatal de PF y AC debe realizar la programación anual de metas en el mes de agosto, y debe utilizar el formato entidad o mascarilla de programación presupuestal. Esto se envía al Nivel Federal (CNEGySR³⁰) y se captura en la plataforma del SIAFFASPE, para integración del PAT, por fuente de financiamiento: Ramos: 33, 12 y anexo IV.

Paso 2:

Se debe realizar un taller para la estimación de necesidades/programación de metas para PF y AC con los coordinadores jurisdiccionales involucrados y personal de salud de las unidades médicas de primer nivel, para el manejo de los datos de consumo y estadísticas de servicio. En este mismo taller se debe desarrollar la capacitación del personal de jurisdicciones y unidades médicas del primer nivel en el uso de herramienta de programación de metas de PF y AC para establecer metas de procesos de métodos anticonceptivos a utilizar, usuarias nuevas a atender, usuarias activas que requieren abastecimiento, usuarias de APEO, y sus parejas.

Paso 3:

Dos semanas después del taller de capacitación en programación de metas para PF, cada responsable de unidad médica debe entregar su programación de metas anuales a la jurisdicción, donde el coordinador del programa de PF, revisa, analiza y acuerda con el responsable de la unidad médica compromisos para el cumplimiento de metas anuales programadas.

Paso 4:

Con las propuestas de metas aprobadas, la jurisdicción sanitaria debe preparar el consolidado de la estimación de insumos, medicamentos necesarios para el cumplimiento de metas jurisdiccionales de PF, en base a su consumo histórico, la reducción de demanda insatisfecha esperada, y los inventarios de existencias disponibles. Esta propuesta de programación jurisdiccional debe, ser aprobado por el Coordinador de Salud de la Mujer, con el visto bueno del Director Jurisdiccional para envío al nivel estatal.

Paso 5:

Los consolidados de programación anual de cada jurisdicción deben ser enviados al coordinador estatal de PF y AC, en la Subdirección de Salud de la Mujer quien revisa y aprueba, en los primeros 5 días del mes siguiente al taller de capacitación de programación de metas anuales.

- En caso de no estar de acuerdo- negocia con nivel jurisdiccional,
- En caso de estar todo bien, se debe preparar una mascarilla consolidada del nivel estatal, la cual es aprobada por Subdirección de Salud de la mujer.

Paso 6:

Debe presentarse el consolidado de programación anual estatal de PF y AC, sus metas, sus costos a la Dirección de Salud Pública, para su visto bueno y envío a la Dirección de Planeación y Desarrollo para su seguimiento.

³⁰ CNEGYSR= Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

8.3.1.3 Responsabilidades del Nivel Estatal

1. Determinar 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 todos los servicios (usuarias).
2. 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.
3. 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.
4. Desarrollar un plan de monitoreo de todo el proceso para:
 - ✓ Garantizar que el ciclo se cierre, entre la iniciación del ejercicio de programación hasta la aprobación de las cantidades de la misma;
 - ✓ 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.

Todos los mecanismos que se utilizarán para programar la parte logística, se desarrollan en la sección de logística de este capítulo y en la “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de la Cadena de Suministros para el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción”.

8.3.2 Organización de los Servicios para la atención de PF y Anticoncepción.



La organización de los servicios es la manera como las unidades de salud estructuran sus procesos de atención para asegurar que las personas, al asistir a las mismas, gocen de su derecho a la salud materno neonatal, con pleno respeto a su recato. En ese sentido, este componente tiene como objetivo ordenar la diagramación de los procesos de atención que le corresponde brindar a cada unidad de las redes de servicios de salud, conforme al nivel de atención, capacidad resolutoria y la categorización de las redes integradas

CONE. Cada uno de estos procesos de PF, deberá contener los diferentes pasos que los equipos de salud a cargo deben seguir para brindar una atención segura y de calidad. Estos pasos son definidos como flujos de atención.

8.3.2.1 Importancia de la organización de los servicios en PF

La organización de los servicios asegura una atención uniforme y estandarizada de acuerdo a la capacidad resolutoria y las normas, lo que facilita un desempeño efectivo de dichos servicios y equipos de salud.

Los flujos definidos para la estrategia agregan valor en la atención a la población usuaria, ya que se han eliminado pasos innecesarios que reducirán los tiempos de espera e incrementarán la rapidez y oportunidad de los servicios. Los flujos de atención facilitan además la orientación a la población usuaria para la obtención de los

servicios, eliminando demoras e incrementando la satisfacción de los usuarios. También optimizan la utilización de los recursos y los espacios disponibles en las unidades fijas y móviles de atención.

A continuación se enlistan los flujos de atención en PF para cada nivel de CONE ambulatorio, básico y completo, los cuales están definidos en función de la norma nacional NOM 005-SSA2-1993 y la estructura actual de los diferentes tipos de unidades del ISECH. Se presenta a continuación el listado de los flujogramas por nivel de atención CONE, disponible en anexo I.

- CONE ambulatorio (adolescentes y hombres)
- CONE ambulatorio (MEF)
- CONE básico (adolescentes, hombres)
- CONE básico (MEF)
- CONE completo.

8.3.2.2 Recomendaciones para la implementación de los flujos.

- Todo el personal de la unidad de salud (ambulatorio o básico) debe ser capacitado en todos y cada uno de los flujos de atención.
- Debe organizarse la unidad de atención de manera de lograr el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada.
- La unidad debe estar señalizada para que toda persona que consulta sepa a donde dirigirse en búsqueda de atención.

De acuerdo a estos flujos debe organizarse la distribución del equipo, mobiliario y recurso humano requerido para el desarrollo de los pasos de cada uno de los procesos de atención materno neonatal.

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



El monitoreo es el proceso continuo 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 en PF.

La evaluación es el proceso integral y continuo de investigación y análisis de los cambios que tienen lugar en el mediano y largo plazo, es decir mide de forma objetiva y sustentado en evidencia, el impacto de las intervenciones del sistema de salud, es por tanto de mucho mayor alcance, tanto en tiempo como en cobertura. Es una herramienta para la

transformación que genera información objetiva sobre las opciones para mejorar intervenciones actuales y futuras en forma permanente. Brinda los insumos para diseñar o reorientar las políticas, lineamientos estratégicos relacionados a la atención materna neonatal.

La EGESPFA comprende líneas de acción desde el nivel estratégico hasta el operativo, las cuales deben ser monitoreadas y evaluadas para asegurar que se avanza consistentemente hacia el logro y cumplimiento de las metas.

Para asegurar el monitoreo y evaluación de la estrategia, se cuenta con indicadores que monitoreen:

- a) Tendencia de demanda de usuarias nuevas de métodos PF.
- b) Unidades de salud por jurisdicción que cuentan con abastecimiento adecuado de métodos anticonceptivos modernos.
- c) Tendencia del comportamiento de las usuarias que se conservan utilizando métodos temporales (tasa de retención).
- d) Cobertura de mujeres atendidas por algún evento obstétrico en una Unidad de Salud del ISECH que adoptaron un método anticonceptivo antes de egreso al hospital. (cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico).
- e) Cobertura de métodos anticonceptivos en la institución, por jurisdicción sanitaria.
- f) Cobertura y calidad de la consejería a mujeres y hombres en zonas indígenas y rurales.
- g) Abastecimiento e insumos críticos para atención materno neonatal y PF.

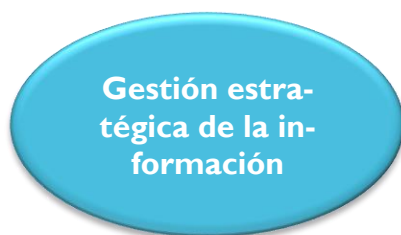
En el anexo 2, la tabla “Indicadores PF” muestra los indicadores de monitoreo y evaluación que se aplican en el seguimiento de la estrategia, identificando tipo de indicador, nombre del indicador de monitoreo, qué se monitorea, para qué se monitorea, construcción, fuente de recolección y tendencia esperada.

El proceso de supervisión se realiza de manera periódica a las unidades de salud, para verificar el cumplimiento de los procesos de atención, la confiabilidad en el registro y la recolección de datos que servirán para la construcción de los indicadores de PF mencionados en la tabla del anexo 2. Adicionalmente, la supervisión debe asegurar el seguimiento en el uso, análisis y toma de decisiones y en el seguimiento de las mismas. Esta actividad de supervisión se debe realizar siguiendo los lineamientos establecidos dentro del proceso de aseguramiento de la calidad, mediante las visitas de los equipos de calidad jurisdiccionales a los establecimientos de salud y equipos de hospitales.

El análisis de resultados de los indicadores de PF durante el monitoreo y evaluación, tiene como propósito la toma de decisiones oportunas para asegurar que las acciones desarrolladas en el marco de la estrategia en todos los niveles del ISECH, garanticen el cumplimiento de las metas que posibiliten las condiciones óptimas de salud de la población objetivo.

En el documento Estrategia de Gestión de la Información se definen los mecanismos para los procesos de registro, recolección, consolidación y manejo de la información para todos los indicadores con los que se monitoreará y evaluará la estrategia. En el marco de esta estrategia de gestión de la información, estos indicadores se reportarán directamente en un tablero de control (en la sección siguiente se explica en qué consiste).

8.3.4 Gestión estratégica de la información de la atención de PF



El propósito del sistema de información es documentar los eventos y procesos de prestación de servicios que realiza el ISECH para la toma de decisiones oportunas. El sistema de información descrito genera la información que se requiere para la construcción de los indicadores que servirán para supervisar, monitorear y evaluar todas las líneas de acción detalladas en la estrategia.

El sistema de información en el ISECH da cumplimiento a la Ley de Salud del Estado de Chiapas³¹. La gestión estratégica de la información ordena y estructura lo recolectado por las diversas fuentes, permitiendo la construcción de indicadores que miden el avance del programa en base a metas. Este análisis integral de la información, a través de tableros de control en el marco de salas situacionales, facilita la toma de decisiones y la implementación de medidas correctivas oportunas cuando correspondan.

El sistema de información, para fines de la estrategia, considera:

- Sistemas de información existentes en el ISECH (SIS, SAEH, Provac, etc.)
- Sistemas de información estatales/ federales (CONAPO, SINAC, etc.)
- Base de datos del sistema de aseguramiento de la calidad (sistema aún en construcción pero cuyas directrices se detallan en el documento de estrategia de calidad para el ISECH)
- Herramientas electrónicas (ETab, Tarjeta electrónica de la Madre (TEM aún en desarrollo), Tarjetero electrónico de PF).

A través de estos componentes, se registra, recolecta y se consolida la información, la cual es posteriormente visualizada a través del Tablero Electrónico de Seguimiento y Control (ETAB ver gráfica 8), que es una herramienta en Web que provee información y datos, presentándolos de una manera accesible y objetiva, utilizando visualizaciones graficas de diferentes tipos (gráficas, mapas, tablas interactivas). Este Tablero en Línea permite: 1) monitorear el progreso de la ejecución y la utilización de los recursos (ej. abastecimiento); 2) monitorear el progreso hacia el logro de resultados, y 3) Presentar a las instancias de toma de decisión del ISECH la información desagregada para la toma de medidas correctivas sobre la marcha de la estrategia y alinear las decisiones hacia el cumplimiento de los resultados comprometidos.

Figura 7. Sistema de información Etab.



En el documento Estrategia y Gestión de la Información se definen:

³¹ Ley de Salud del Estado de Chiapas. Decreto No. 343. Art. 76.

- Los mecanismos a nivel de las unidades de salud que aseguren la calidad del dato que se requiere para cada uno de los indicadores con los que se monitoreará y evaluará la estrategia.
- Los flujos mediante los cuales los datos se registran y consolidan en cada uno de los sistemas y bases de datos descritos anteriormente.
- Las instancias en las cuales se instalarán los tableros de control y las salas situacionales, que posibiliten el uso de los indicadores mediante los cuales se monitoreará y evaluará la estrategia, los avances en el desarrollo de los procesos y en el cumplimiento de los objetivos de la misma.

8.3.5 Gestión efectiva de la logística de insumos en PF



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 para el programa de PF y AC que demande la población a través de los servicios prestados por el ISECH, con la calidad que se espera y en cantidad requerida, evitando desabastecimiento o sobre-abastecimiento.

Según el manual de logística del Proyecto DELIVER, 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.

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.

Figura No. 8. Ciclo de gestión logística de la cadena de suministros



1. Importancia de la gestión logística

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 material anticonceptivo con que deben contar los servicios de salud. El ciclo de gestión logística es una cadena de eslabones interdependientes 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.

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

Si bien los componentes del ciclo logístico y su gestión serán ampliamente descritos en el documento “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de la Cadena de Suministros para el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción”, a continuación se mencionan las secciones dentro de las cuales se describirán los procesos de cada componente.

3. Selección de Productos

Los productos seleccionados y las cantidades deben ser consistentes con las trece claves definidas por el nivel federal, la capacidad instalada - infraestructura, equipo y capacitación del personal - de los establecimientos que ofertarán los anticonceptivos. Asimismo, el Programa Oportunidades ha recibido de manera etiquetada una partida financiera importante para la adquisición de material anticonceptivo, por lo que la selección del material anticonceptivo para las áreas rurales deberá el personal del ISECH coordinar con este Programa al momento de iniciar el proceso de programación y asegurar que la selección de los anticonceptivos corresponda a la población a cubrir.

4. Estimación de necesidades/programación

La estimación de necesidades/programación de material anticonceptivo para el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción es un proceso gerencial que se realiza una vez al año en el mes de octubre a nivel nacional y que a nivel estatal incluye a los distintos niveles del ISECH. El Programa de PF y AC debe comenzar el ejercicio de programación al menos con 3 meses de anticipación (agosto), para asegurar que cuenta con todos los datos completos y necesarios para llevar a cabo una programación lo más cercana a las necesidades de material anticonceptivo de la población que atiende. Para tal efecto, utilizará el consolidado del número de usuarias activas durante el año anterior, así como el consumo real registrado en los IMI y consolidado en el formulario “Informe de movimientos y solicitud de insumos de planificación familiar – 2” de la “Guía logística IMI Oct2013 México”.

Una vez estimada la cantidad programada/proyectada de cuántos anticonceptivos se necesitarán para cubrir el consumo de al menos un año. La información se consolida en la aplicación Pipeline para facilitar el cálculo de cuántos anticonceptivos y cuándo debe solicitarlos, asegurándose que las cantidades permitan mantener niveles adecuados de abastecimiento a nivel estatal y jurisdiccional, tomando en cuenta los tiempos de reabastecimiento y los tiempos que toma tanto el nivel federal para aprobar la asignación de anticonceptivos así como el tiempo que le toma a los proveedores para entregarlos en el almacén estatal.

Junto con la cantidad programada, se procederá a enviar a la Dirección de Planificación Familiar y Anticoncepción del CNEGSR el listado de entrega de material anticonceptivo por jurisdicción, para asegurarse que las cantidades programadas correspondan a las necesidades. Este procedimiento ha sido establecido por el CNEGSR para validar el proceso de programación y posterior adquisición del material anticonceptivo.

Dentro del documento titulado “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de la Cadena de Suministros para el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción” se describirán en detalle los procesos para la gestión logística – desde la selección hasta la entrega de anticonceptivos a usuarias/os - incluyendo los instrumentos a utilizar para realizar una programación que responda a las necesidades del Programa de PF y AC.

5. Planificación de las compras

Este componente está ligado a los fondos disponibles a nivel federal, que en gran parte dependerán de qué tan precisa sea la programación anual que realice el ISECH y los 31 Estados restantes. Para ello, es fundamental que el registro de los datos sobre usuarias nuevas y activas, consumo real y las existencias disponibles sea lo más preciso y actualizado posible. Asimismo, el análisis de brechas en el financiamiento, comparando la necesidad total de productos anticonceptivos versus los fondos disponibles, tiene que formar parte del proceso de planificación de las compras, ya que el Programa Oportunidades podrá cubrir brechas en la adquisición, especialmente para cubrir zonas rurales. Dicho proceso también estará descrito en detalle en la guía mencionada anteriormente.

A partir del año 2014, la Secretaría de Salud a nivel federal, por medio del CNEGSR, realizará los procesos de adquisición de todo el material anticonceptivo para los 32 Estados, mediante el mecanismo de negociación conjunta, que permitirá que los fondos para compra de anticonceptivos que actualmente se encuentran dentro del Anexo IV sean ejercidos por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para la adquisición centralizada de métodos anticonceptivos, conforme a las disposiciones normativas en la materia a efecto de lograr economías de escala que les permita a los Estados de la República Mexicana contar con cantidades de anticonceptivos más acordes con las necesidades de la población. Una vez que el CNEGSR defina el proceso de adquisición, éste se describirá en el documento “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de la Cadena de Suministros para el Programa de PF y AC”.

6. Adquisición

Dentro de este proceso, la persona responsable del Programa de PF y Anticoncepción debe incorporar lo siguiente:

- Existencias disponibles y nivel/colchón de seguridad para cada nivel de la cadena de suministros – establecimientos de salud, almacén jurisdiccional, almacén estatal - con el fin de cubrir el consumo durante el tiempo que tarda el ingreso de los productos a cada almacén.
- Actualizar el software PipeLine con los datos más recientes de consumo y existencias, tanto de unidades de salud como de los almacenes jurisdiccionales y estatales, para garantizar que la planeación de adquisiciones esté basada en las existencias disponibles y los requerimientos de anticonceptivos de todo el Estado.

7. 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 junto con los encargados de almacén el personal del Programa de PF y Anticoncepción debe analizar y garantizar:

- La disponibilidad de espacios físicos adecuados
- El monitoreo de la temperatura ambiente según el producto
- El cumplimiento de normativas basadas en estándares de buenas prácticas de almacenamiento

- La gestión con las instancias idóneas para liberar espacio en los almacenes, mediante la dada de baja de equipos y material obsoleto, así como de medicamento dañado/vencido.

8. Sistema de Control de inventarios

Además de la realización de conteos físicos del material anticonceptivo disponible en cada almacén o depósito, un sistema de control de inventarios se establece para mantener existencias de dichos productos en cantidades suficientes que cubran períodos y lapsos de reabastecimiento entre los diferentes niveles. El personal encargado del Programa debe establecer un sistema de control de inventarios que se rige por niveles máximos y mínimos, en donde cada almacén, depósito u otro lugar de almacenamiento de anticonceptivos debe garantizar que durante un período determinado, contará con suficientes cantidades entre un período de reabastecimiento y otro, con el fin de evitar quedar desabastecido. 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 la Cadena de Suministros para el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción”

9. 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 anticonceptivos
- Rutas óptimas de distribución según ubicación geográfica y capacidad de medios de transporte
- Financiamiento.

10. El proceso de distribución incluye los siguientes procedimientos

- Manejo y mantenimiento adecuado de los niveles de inventario en los almacenes y bodegas de los establecimientos de salud, asegurándose que el personal encargado del almacenamiento llene un kárdex por cada anticonceptivo y que dicho kárdex lo actualicen con cada transacción (entradas, salidas y ajustes), para llevar un control adecuado de las existencias/inventarios.
- Planificar la distribución, asegurándose que las cantidades necesarias de cada producto sean entregadas a cada establecimiento de salud en cantidad suficiente y en forma oportuna, siguiendo y respetando los niveles máximos establecidos para cada nivel.
- Cronograma de distribución para los diferentes niveles del sistema, estableciendo la ruta de distribución de manera trimestral entre el nivel Estatal y las Jurisdicciones y de manera mensual entre éstas y los servicios de salud. (unidades médicas, nivel comunitario, jurisdicción, otros).

11. Uso

Comprende los procedimientos de prescripción, dispensación y uso de material anticonceptivo 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 anticonceptivos en los establecimientos de salud alimentan el sistema de información y registro; los registros como el IMI recolectan los datos requeridos para la estimación de necesidades/programación de anticonceptivos, así como para el reabastecimiento mensual y trimestral para los establecimientos de salud y jurisdicciones respectivamente.

El sistema de información constituye “el corazón” del ciclo de gestión logística de la cadena de suministros y sin un sistema de información confiable es casi imposible completar los procesos del ciclo logístico a partir del uso/consumo del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción.

Es la información disponible, completa, oportuna y confiable la que permite la ejecución de los procesos de la gestión logística, partiendo los procesos desde el uso, para continuar con la selección, estimación de necesidades/programación y así sucesivamente para cerrar nuevamente el ciclo de gestión logística en el uso, 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 no haya interrupciones en la gestión logística de la cadena de suministros.

12. Sistema de Información

Todos los componentes del ciclo de gestión logística deben estar sustentados con información completa, oportuna y veraz, evitando que su envío y consolidación sea tardía e incompleta. Esto implica la necesidad de definir cuáles son los datos esenciales que el ISECH 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.

La “Guía Logística IMI Oct2013Mexico” documenta los instrumentos que utiliza el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción para el movimiento y solicitud de insumos de planificación familiar. En la documentación de la gestión logística de la cadena de suministros del ISECH, esta guía logística servirá de base para la descripción de la gestión de información logística, incluyendo los cambios que anticipa el CNEGSR a futuro.

13. 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 definidos. Esto constituye un reto importante en la implementación de la estrategia de PF y Anticoncepción, 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. Los vínculos para acceder a dichos módulos de capacitación virtual quedarán insertados como material de referencia en el documento “ISECH: Guía de Procedimientos para la Gestión Logística de la Cadena de Suministros para el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción”.

14. 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.

El personal del Programa de PF y Anticoncepción debe utilizar, de manera rutinaria, las guías de monitoreo y supervisión descritas en la guía de procedimientos para la gestión logística y documentar las visitas de monitoreo y supervisión según los pasos descritos en dicha guía.

8.3.6 Gestión efectiva del Equipamiento Básico



Los proveedores de servicios de PF y AC, requieren del uso de equipo básico para brindar servicios conforme a las normas, protocolos y guías de prácticas clínicas.

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 y AC a la población usuaria.

Para la prestación de servicios de PF y AC, es necesario el uso del equipo básico, en condiciones apropiadas, que permita el cumplimiento de la normativa y de las prácticas clínicas 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 y AC. 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 parte del diagnóstico de la existencia o no, vida media y condiciones de funcionamiento seguro de los equipos necesarios para brindar los servicios de PF y AC, a fin de asegurar la calidad de atención.

Tabla 2. Listado de Equipo Básico por nivel de atención PF

Equipo / Nivel de Atención	CONE Ambulatorio	CONE Básico	CONE Completo
Estetoscopio	+	+	+
Esfignomanómetro (baumanómetro)	+	+	+
Equipo de inserción de DIU	+*	+	+
Equipo de AMEU		+	+
Tanque de Oxígeno		+	+
Máquina de Anestesia			+
Tanque de Óxido nitroso			+
Laringoscopia			+
Esterilizador de calor seco /Autoclave	+	+	+
Monitor para signos vitales			+
Bolsa de reanimación para			+

Equipo / Nivel de Atención	CONE Ambulatorio	CONE Básico	CONE Completo
adultos			
Desfibrilador			+

- donde existe personal capacitado en inserción de DIU.

8.3.6.1 Elementos básicos para el desarrollo de una Gestión Efectiva del Equipamiento Básico.

Comprende dos elementos esenciales.

- **El primer elemento: 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, lineamientos técnicos y guías de prácticas clínicas específicos para cada proceso de atención en PF.
- **Segundo elemento: Uso y mantenimiento apropiado y efectivo.** Adicionalmente, 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.

8.3.6.2 Pasos para fortalecer el equipamiento básico para una gestión efectiva de los servicios de CONE.

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, lineamientos técnicos y guías de prácticas clínicas según su nivel de atención y capacidad resolutiva 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.

8.3.7 Gestión efectiva del Talento Humano



La Gestión del Talento Humano moderna está orientada a la administración **con** las personas. Pretende lograr que las personas se sientan y actúen como socias del ISECH, participen activamente en el proceso de desarrollo continuo a nivel personal y organizacional y sean los protagonistas del cambio y las mejoras; de manera que se logren conciliar las necesidades y objetivos de las personas con las necesidades y objetivos del ISECH.

8.3.7.1 Importancia de la Gestión del Talento Humano

De acuerdo al NOM 005-SSA2-1993, todo el personal de los servicios de salud que tiene contacto con los/as usuarios/as debe estar preparado para ofrecer orientación en PF, de acuerdo a su nivel, es decir, deben tener las competencias necesarias para desarrollar acciones de: promoción y difusión; información y educación; consejería; elección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos e identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

En base a lo anterior es evidente la necesidad de contar con recursos humanos con competencias desarrolladas y actualizadas permanentemente. De ahí la importancia de tener una gestión efectiva del talento humano como se establece en esta sección.

En la era actual, la tecnología y la información están al alcance de todas las instituciones, por lo que la única ventaja competitiva que puede diferenciar una organización de otra es la capacidad que tienen las personas dentro de la misma de adaptarse al cambio. El ISECH define lograr esto mediante el fortalecimiento de la capacitación y aprendizaje continuo de su personal.

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

Para fines de la estrategia, el ISECH identifica los siguientes elementos básicos como necesarios e imprescindibles para la Gestión del Talento Humano

Primer elemento: 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 orientado 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 y AC con calidad.

Segundo elemento: 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.

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

Cuarto elemento. Personal motivado y estimulado. Donde se aplican efectivas estrategias de incentivos a la productividad del desempeño en equipos de trabajo, que generan replicación de las conductas positivas en los equipos de atención a cargo de los servicios en la Institución.

Para fines de operativizar los componentes de la estrategia de PF y AC, es necesario identificar:

- El personal por tipo de unidad de salud
- La cartera de servicios que brinda cada unidad de salud
- Las competencias que el recurso humano requiere tener para brindar la cartera de servicios PF asignada a la unidad.

En base a lo anterior, a continuación las tablas que describen en detalle el personal por unidad de salud, los temas que deben manejar y las competencias que deben poseer.

Tabla 3. Personal por tipo de unidad de salud

	Pro-mo-tor de salud*	Auxiliar de Sa-lud**	COCs	Enfer-mera general*	Licda. en Enfer-me-ría	Médico General	Médico Espe-cia-lista GO	Médico Especialis-ta Aneste-sio-logo	Médico especia-lista Pe-diatra
Casas de Salud	+	+	+	+					
Caravanas	+	+	+	+		+			
Centro de Salud			+			+			
Hospital Básico				+	+	+			
Hospital General				+	+	+	+	+	+

- Promotores de salud no todas las casas de salud ni caravanas cuentan con este recurso humano, pero si les apoyan y tienen identificadas a parteras.
- ** Auxiliares de salud (en lugar de voluntarios), no todas las casas de salud ni caravanas cuentan con este recurso humano.
- En México no existe la figura de auxiliar de enfermería, son enfermeras técnicas que concluyen el bachillerato, y se les conoce como enfermera general, La Enfermera profesional corresponde a una licenciada en enfermería.

Tabla 4. Cartera de servicios por tipo de unidad de salud

Atención	Establecimiento de salud					
	Casa de salud	Caravana	Centro de Salud	Hospital Básico	Hospital General	
Consejería	+	+	+	+	+	
Métodos temporales*	+	+	+	+	+	
APEO**	+	+	+	+	+	
Métodos definitivos***				+	+	

* Se oferta y entrega métodos anticonceptivos a nivel de casa de salud.

** Se oferta y entrega métodos anticonceptivos como una estrategia de recuperación de púerperas para APEO, (temporales y definitivos, si existe personal capacitado).

*** Se realiza OTB y Vasectomía si existe personal capacitado a nivel de Hospital Básico.

Tabla 5. Competencias por tipo de recurso humano

Competencia a desarrollar	Personal de Salud								
	Promotor de salud	Auxiliar de Salud	COCs	Enfermera general	Licda. en Enfermería	Médico General	Médico Especialista GO	Médico Especialista Anestesiólogo	
Estrategia de Planificación Familiar	*+	+	+	+	+	+	+	+	
Cambio de comportamiento	+	+	+	+	+	+	+	+	
Identificación de riesgo	+	+	+	+	+	+	+	+	
Consejería	+	+	+	+	+	+	+	+	
Criterios de elegibilidad	+	+	+	+	+	+	+	+	
APEO	+	+	+	+	+	+	+	+	

Nota: no se incluye plan de seguridad de parto, y casas maternas porque corresponden a CONE

8.3.7.3 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 dichos puestos de trabajo, están ocupados por el personal debidamente calificado.
- Dotación del personal calificado de acuerdo al perfil del cargo en aquellas unidades que se identifique algún faltante de personal.
- Desarrollo de competencias para aplicar tanto esta estrategia como las normas, procesos, herramientas, recursos y prácticas oficiales de la atención, se debe desarrollar capacitaciones de forma periódica y permanente, basadas en diagnósticos objetivos de necesidades, debidamente planificadas y sistemáticamente implementadas.

8.3.7.3 Metodología para desarrollar las capacitaciones:³²

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 se aplicaran principios metodológicos de

³² 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.

educación de adultos, orientados a obtener aprendizajes a través del ejercicio práctico, mediante la ejecución de talleres.

Esta forma de capacitación se utilizará para los diferentes componentes de la estrategia, 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 utilizará 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. Esto incluye:

- Capacitaciones donde se requiere la adquisición de destrezas o habilidades especiales.
- 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.

Otros tipos de desarrollo de competencias. Adicionalmente, se pueden utilizar diversas modalidades de capacitación las que deberán seleccionarse de acuerdo al tipo de audiencia, las competencias a desarrollar, los recursos con que se cuenten y el tiempo disponible. Entre estos:

- Diplomados, cuentan con el valor agregado de dar “créditos” académicos. Si se realizan en coordinación con una escuela formadora.
- Cursos, útiles cuando se dispone de períodos apreciables de tiempo.
- Talleres, apropiados cuando lo que se pretende es desarrollar habilidades y/o compartir nuevas tecnologías o regulaciones.

Todo proceso de capacitación debe ser evaluado mediante las metodologías correspondientes, a corto, mediano y largo plazo. Para definir los logros, la retención y aplicación de conocimientos, habilidades y actitudes. Y detectar nuevas necesidades de capacitación.

IX. Resultados y beneficios esperado de la estrategia de planificación familiar del estado de Chiapas

Todos los individuos sin importar su sexo, edad, grupo étnico, condición social o política, credo o preferencias sexuales tienen el derecho a la información, a la libre decisión, protección de la salud, a la no discriminación, al estándar más alto posible en salud y a gozar de los beneficios del progreso científico, por lo cual el estado está en la obligación de respetar, proteger y difundir estos derechos.

Los principales resultados y beneficios esperados con la implementación de la Estrategia de Planificación Familiar en el Estado de Chiapas, versan en torno ha:

- *La Disminución de la mortalidad materna y neonatal:* La planificación familiar es uno de los grandes avances del último siglo en materia de salud pública. La estrategia de PF permite que la mujer pueda tomar decisiones informadas sobre el hecho de tener hijos y cuándo hacerlo, por ende reduce la mortalidad materna y neonatal. Conlleva además una disminución del número de embarazos no planeados y abortos en condiciones de riesgo, aumenta las oportunidades de la mujer, y da lugar a familias y comunidades más saludables. Así también contribuye a la reducción de la mortalidad de los menores de un año: evita los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno lo cual contribuye a incrementar las tasas de mortalidad de menores de un año. Los niños cuya madre muere a causa del parto, también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar. La planificación familiar es un componente inteligente, práctico y esencial de la salud y el desarrollo a nivel mundial.
- *Promover el respeto a los derechos de las mujeres y sus parejas:* El derecho a la PF está expresamente incluido en muchos de los acuerdos firmados por México, entre los cuales se incluye el Programa de Acción de la CIPD³³ de 1994, en el que se establece que los derechos reproductivos, incluido el derecho a la planificación familiar, y el cual finca sus raíces en el “reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el momento en que tenerlos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello”³⁴. Estos derechos reglamentarán el acrecentamiento del acceso a los métodos más idóneos para cada persona mediante una decisión informada: Los servicios y suministros anticonceptivos deben contar con la aceptación de mujeres, hombres y jóvenes. Cada persona durante cada etapa de su curso de vida necesita un método distinto y, por lo tanto, es fundamental que se disponga de métodos variados.
- *Interculturalidad:* La discriminación étnico-racial y de género son constitutivas de la pobreza, la exclusión y la perpetuación de las desigualdades sociales históricas³⁵. Sobre este tópico, la Estrategia de PF del Estado de Chiapas incorpora dentro de sus líneas de acción elementos especiales como la consejería interculturalmente adaptada. Fortalecida con medios de comunicación y lineamientos específicos de entrega de la información tal como, un Manual de Consejería con Pertinencia Cultural, construido sobre la base de una investigación de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población indígena y los prestadores de salud alrededor de la PF y la AC. Este manual contará con las herramientas educativas que refuercen las labores de orientación de los prestadores de servicios en todos los niveles de atención del ISECH.
- *Incremento de la cobertura:* La estrategia, partiendo de los derechos de mujeres y hombres sobre la salud sexual y reproductiva, comprende acciones de información, para transmitir a la población los conocien-

³³ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.

³⁴ <http://www.countdown2015europe.org/why-family-planning/the-unmet-need-for-family-planning/>

³⁵ Informe "ODM, una mirada a mitad de camino".

tos para reconocer la importancia de la planificación familiar y la disponibilidad de métodos para aplicarla; motivación, para que las mujeres en edad fértil y los hombres decidan cuándo y cuantos hijos tener, y capacitación, para que una vez tomada la decisión hagan uso efectivo de los métodos disponibles. Estas tres áreas de acción se desenvuelven a través de diferentes formas y medios de comunicación, entre los que es primordial la consejería cara a cara como la metodología más efectiva para conseguir la adopción de las prácticas de PF que se promueven. Al mismo tiempo, se desplegará la organización comunitaria para que, a través de las redes sociales en las comunidades, refuerce y haga sostenibles las decisiones individuales sobre PF, y se transferirán al personal de los servicios de salud las competencias necesarias para una comunicación efectiva con las usuarias de PF en el marco del respeto a los derechos, confidencialidad y absoluto respeto a sus percepciones y creencias, y el diálogo intercultural.

Todo lo anterior, apoyado por una perspectiva gerencial integrada, donde de manera equivalente es considerado el proceso de atención, el de provisión y el de gestión:

- *En el caso de la atención*, eje central del modelo. Parte del conocimiento real de las necesidades y demandas de salud de las personas, las familias y la comunidad de las usuarias activas como de las usuarias potenciales, regula los procesos de atención mediante prestación de servicios comprendidos en el continuo de la atención y los diferentes niveles de servicios.
- Se normaliza *la provisión de los servicios* estableciendo los flujos de atención para acortar los tiempos de espera y asegurar que cada solicitante reciba los servicios requeridos. Así también, se organizan las redes de prestación de servicios desde la comunidad hasta el nivel de mayor resolución, para facilitar el recorrido de las usuarias por la red, de una manera efectiva y adecuada a sus necesidades.
- *El componente de gestión*, fundamental en todo programa con enfoque de calidad, involucra los siete elementos básicos de la gerencia de programas de salud:
 - *La Programación*, planifica los servicios y demás actividades, incluyendo la previsión para contar con los materiales, insumos, anticonceptivos, recursos humanos y financieros para avanzar en la reducción de la brecha y atender con calidad esta demanda esperada, en el momento y cuando lo requieran por establecimiento de salud.
 - *La Organización de los Servicios*, asegura una atención uniforme y estandarizada de acuerdo a la capacidad resolutoria y las normas, lo que facilita un desempeño efectivo de dichos servicios y equipos de salud.
 - *El Monitoreo, Supervisión y Evaluación*, visto como herramienta para la transformación que genera información objetiva sobre las opciones para mejorar intervenciones actuales y futuras en forma permanente.
 - *La Gestión Estratégica de la Información*, ordena y estructura lo recolectado por las diversas fuentes, permitiendo la construcción de indicadores que miden el avance del programa con base a metas. Este análisis integral de la información, a través de tableros de control en el marco de salas situacionales, facilita la toma de decisiones y la implementación de medidas correctivas.
 - *La Logística de Insumos y Medicamentos*, permite que los servicios de salud cuenten con todos los insumos para el programa de PF y AC que demande la población a través de los servicios prestados por el ISECH.

- El Equipamiento Básico, conformado por 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 y AC a la población usuaria.
- Y por último, pero no menos importante, la Gestión del Talento Humano, que pretende lograr que las personas se sientan y actúen como socias del ISECH, participen activamente en el proceso de desarrollo continuo a nivel personal y organizacional y sean los protagonistas del cambio y las mejoras.

Respecto de los beneficios de la Estrategia de Planificación Familiar en el Estado de Chiapas puede decirse que “es una de las inversiones más rentables que puede hacer un país en su futuro³⁶. Por cada dólar que se invierte en planificación familiar, los gobiernos pueden ahorrarse hasta 6 dólares que pueden invertirse en mejorar la salud, la vivienda, el agua y otros servicios públicos³⁷. La planificación familiar y la anticoncepción, son de las intervenciones en salud pública que han demostrado una amplia variedad de beneficios en la salud y el desarrollo social y económico de las comunidades. Es una de las estrategias más costo-efectivas para la disminución de la mortalidad materna y perinatal, contribuye a la disminución de la pobreza y a mejorar la calidad de vida de las familias a través de la distribución equitativa de los recursos y del aumento de oportunidades para las mujeres, sus parejas y familias.

La OMS (Organización Mundial de la Salud 2,013³⁸) identifica los siguientes beneficios de la planificación familiar, los que pueden extrapolarse a la población de Chiapas:

1. Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres: La capacidad para decidir el intervalo entre los embarazos y limitar el número de estos, tiene una repercusión directa en la salud y bienestar de la mujer; permitiendo espaciar los embarazos o posponerlos en el caso de las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. En Chiapas la edad media al primer hijo fue de 20 años³⁹
2. Prevención de la infección por el VIH y el Sida: Disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas por esta enfermedad. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.
3. Disminución de la necesidad de recurrir al aborto peligroso: al disminuir las tasas de embarazo no deseado, la planificación familiar aminora la necesidad de recurrir al aborto peligroso, que representa un 13% de la mortalidad materna mundial, en Chiapas el 11% de los egresos hospitalarios de 2010 fue por aborto, segunda causa específica⁴⁰. Y en las menores de 20 años fue el 9% de las causas de egreso hospitalario, solo después del parto.
4. Poder de decisión: la planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva.

³⁶ <http://www.gatesfoundation.org/es/What-We-Do/Global-Development/Family-Planning>

³⁷ <http://www.gatesfoundation.org/es/What-We-Do/Global-Development/Family-Planning>

³⁸ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/> Nota descriptiva N°351. Mayo de 2013.

³⁹ IPAS: Salud Reproductiva. Información Básica de las Entidades Federativas. Enero de 2012

⁴⁰ IPAS: Salud Reproductiva. Información Básica de las Entidades Federativas. Enero de 2012

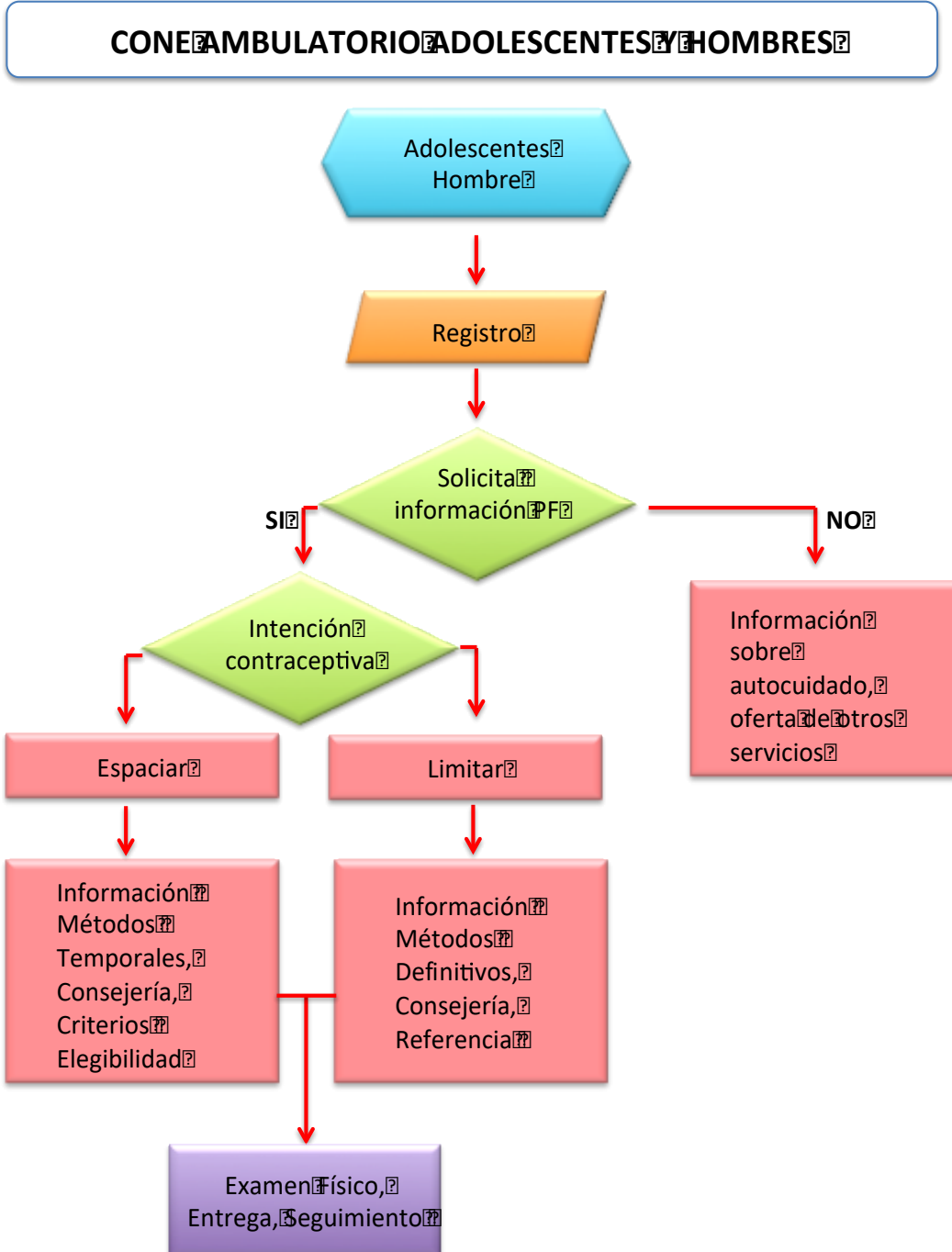
5. Disminución del embarazo de adolescentes: las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño pretérmino o con bajo peso al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal, se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad. En Chiapas se observa que el grupo de 15 a 19 años es el que presenta el mayor porcentaje de demanda insatisfecha, alcanzando el 44% (comparado con un promedio nacional de 24.6%)⁴¹.
6. Menor crecimiento de la población; La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.
7. También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad. En 2010, en Chiapas, del total de nacimientos reportados (74,991), el 18.9% (14,199) correspondió a mujeres menores de 20 años.

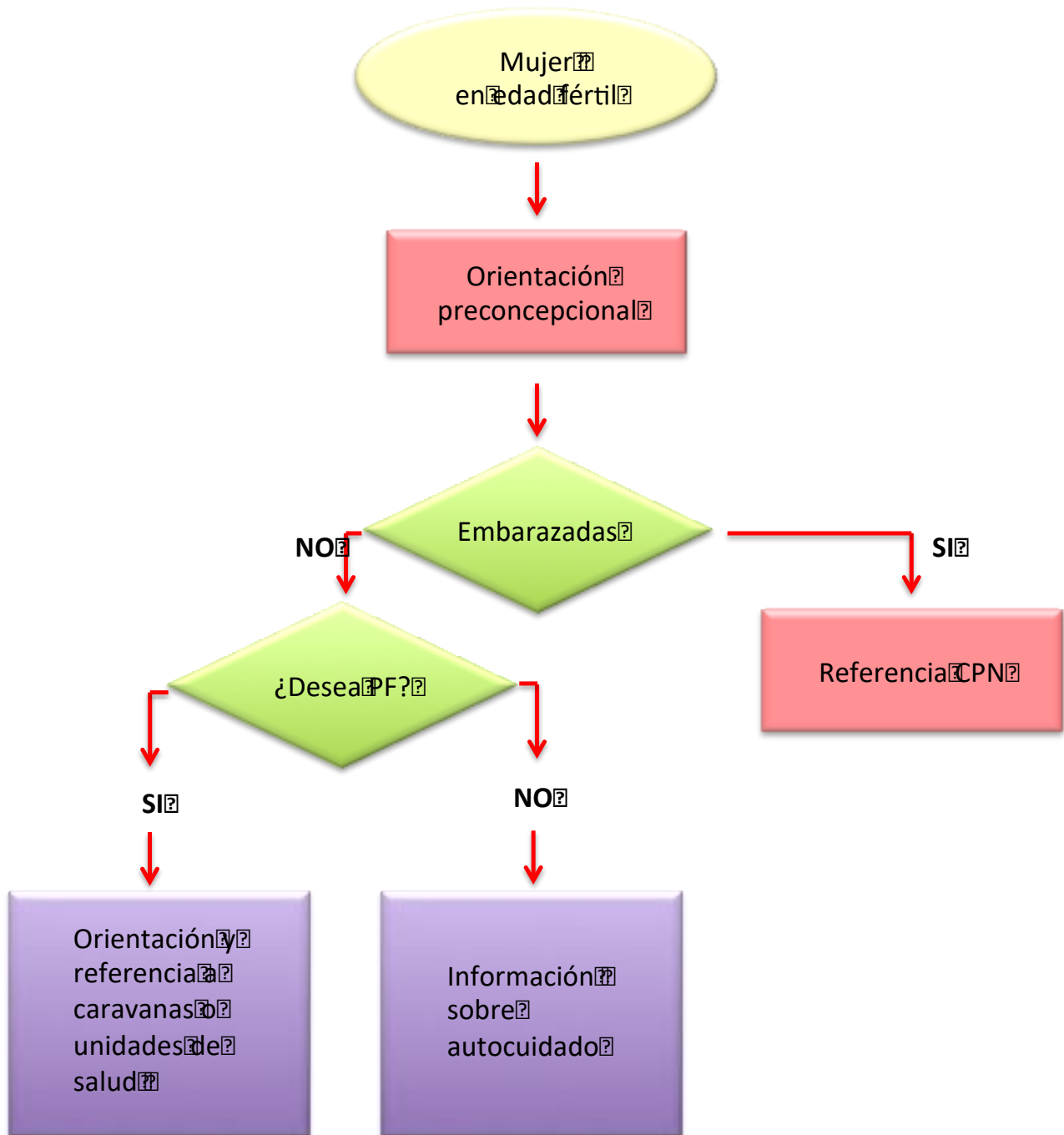
⁴¹ Ibid.

X. Anexos

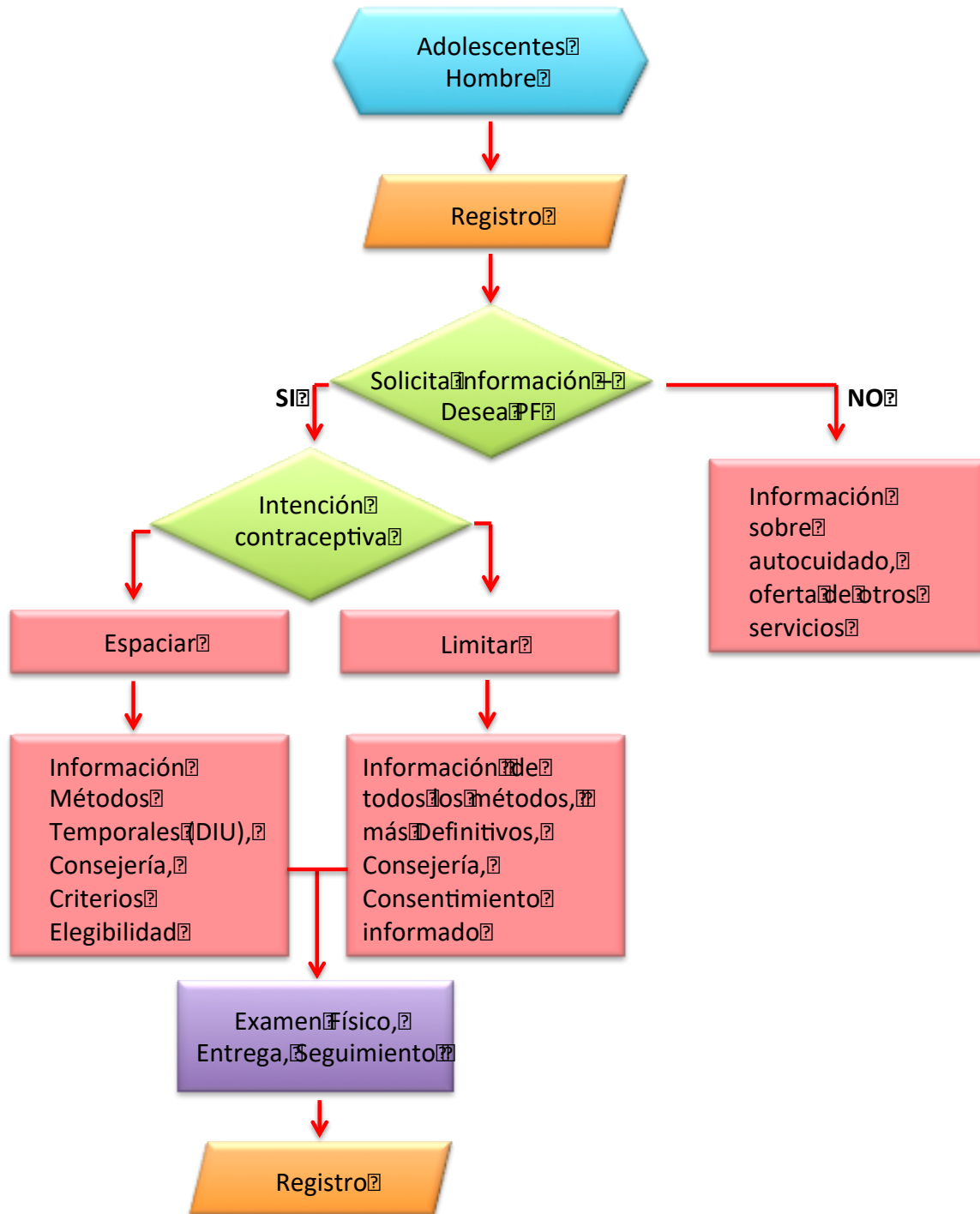
Anexo I: Flujogramas de atención



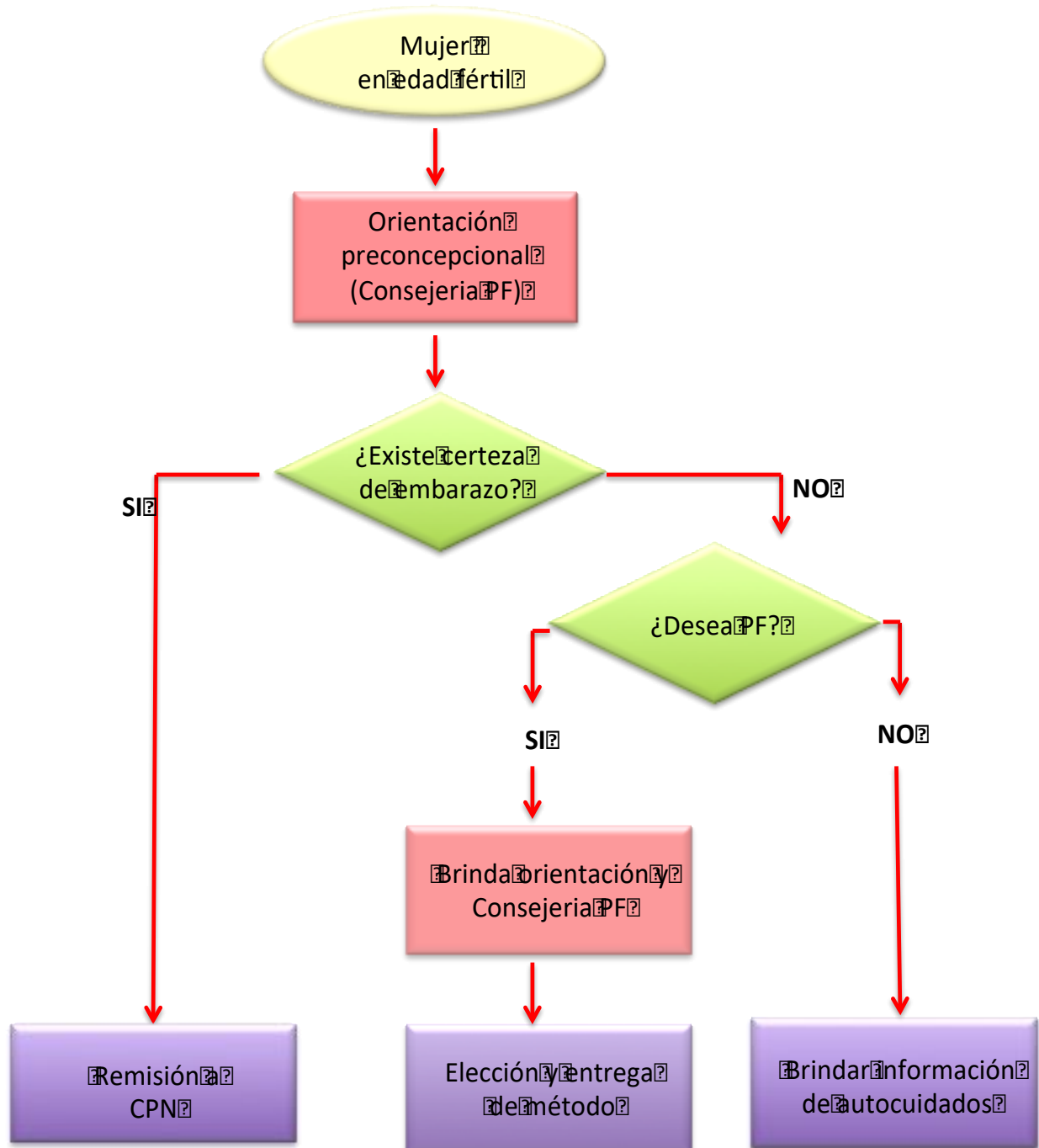
CONSEJO AMBULATORIO COMUNITARIO (MEF)



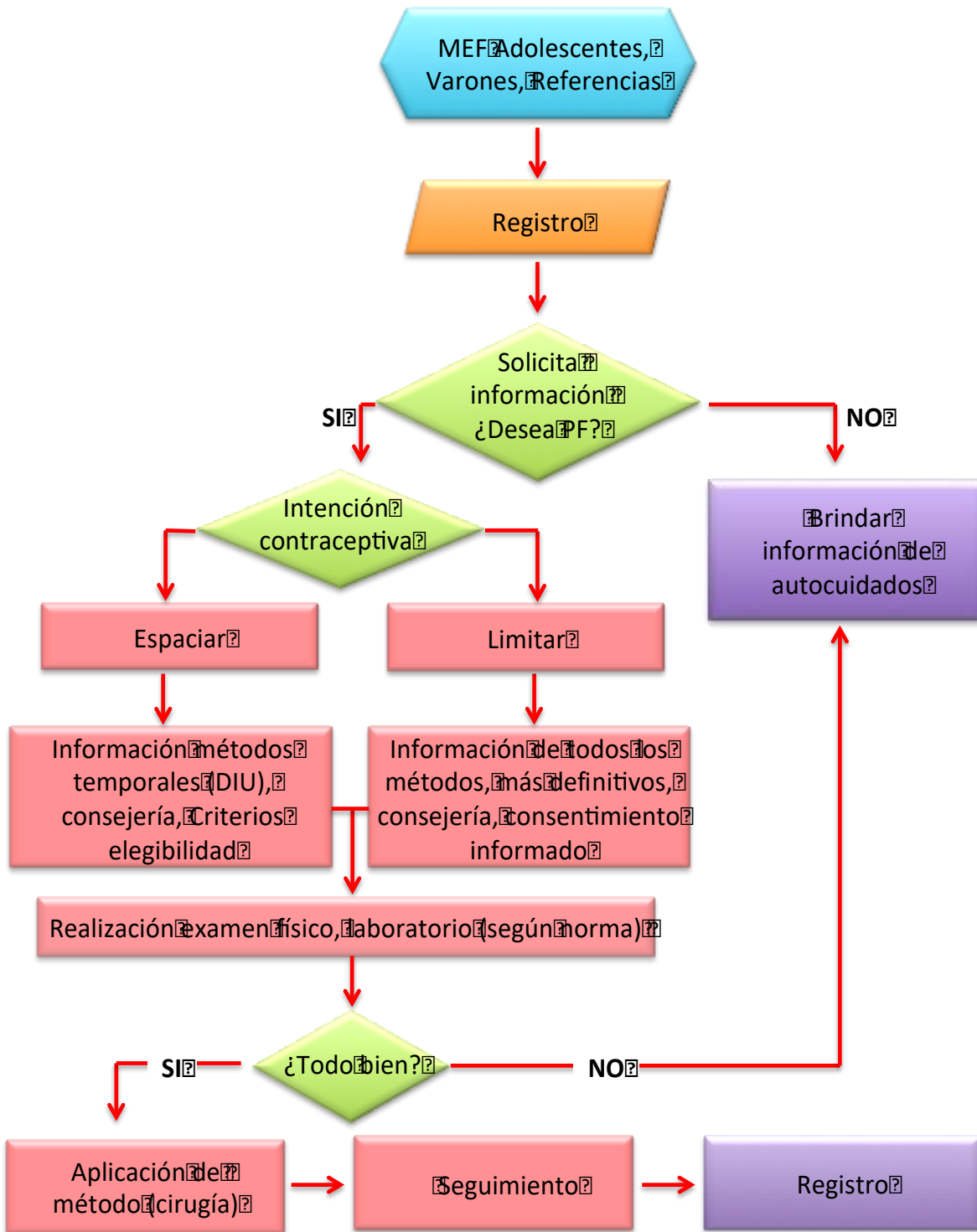
CONEBASICO
CENTROS DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS (CESSA)
HOSPITALES BÁSICOS DE LA COMUNIDAD PLANIFICACIÓN FAMILIAR



CONEBASICO MUJER EN EDAD FÉRTIL (MEF)



ATENCIÓN CONE COMPLETO
Hospital de la Mujer y Hospitales Generales



Anexo 2: Indicadores

	Tipo de Indicador	Nombre del Indicador de Monitoreo	¿Qué se monitorea?	¿Para que se monitorea?	Construcción	Fuente de Recolección	Tendencia Esperada
1	Indicador que mide el Acceso a métodos	Número de usuarias nuevas de métodos en el periodo (se puede monitorear como sumatoria de todos los métodos o desagregado por método)	El número de usuarias/os primera vez que aceptan un método anticonceptivo, durante el periodo de referencia (Ej. un año) <i>Notas:</i> para población abierta por ISECH, pueden haber utilizado métodos anteriormente obtenidos en otras instituciones, pero se contabilizan como nuevos al ingresar en los Estados (ISECH).	Este indicador mide la capacidad de la institución tanto de captar usuarias/os para sus servicios, como de poder brindar los métodos solicitados (Acceso). Es un reflejo de los esfuerzos del programa para captar nuevos clientes, y de mantener su base de clientes de métodos. Produce una buena impresión sobre el desempeño del programa.	Número de Consultas PFC de anticonceptivos (oral (SIS) e inyectables (SIS) en consulta y bimensual (SIS) e Consulta de vez (DIU) (SIS) e Consulta de vez (implante) (SIS) e Consulta de vez (parche) (SIS) e sumatoria de consultas primera vez para todos los métodos), durante el periodo.	SIS Clave SIS: Apartado 25: Clave: 025PFC01, 025PFC01, 025, PFC03, 025PFC04, 025PFC05, 025PFC06, 025PFC27, 025PFC07, 025PFC21, 025PFC22, 025PFC23, 025PFC12, 025PFC10, 025PFC11, 025PFC12, 015PFC13, 025PFC14, 015PFC15, 025PFC28, 025PFC16, 015PFC24, 025PFC25, 025PFC26, 025PFC17 + apartado 16. clave UF05, UF09, FUF22	Incremento anual 10% de incremento respectivo al año anterior de usuarias nuevas.
2	Indicador de Abastecimiento oportuno de métodos PF	% de unidades de una jurisdicción que cuentan con un mínimo de uno de cada método moderno siguiente: hormonal oral; hormonal inyectable; método de barrera (preservativo), y un DIU.	El abastecimiento constante de cada uno de los métodos en las cantidades mínimas requeridas por unidad de salud	Para medir los esfuerzos que la institución realiza para garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos de forma permanente. Mide indirectamente la calidad de los procesos de programación, adquisición, almacenamiento y distribución de los métodos anticonceptivos, para asegurar la fertilidad permanente de la planificación familiar y anticoncepción.	Numerador: Número de unidades de salud de la jurisdicción que cuentan con un mínimo de uno de cada método moderno siguiente: hormonal oral; hormonal inyectable; método de barrera (preservativo), y un DIU. x100. Denominador: Total de las unidades de la jurisdicción que participan en la iniciativa. (listado oficial SM2015-ISECH)	SIS, MIS	Incremento anual Meta 100%
3	Indicador de Calidad de la Atención	Tasa de retención de usuarias de métodos temporales de planificación familiar en los centros de atención de la Secretaría de Salud.	Monitorea la retención de usuarias subsiguientes indirectamente a una idea de adherencia a los métodos. El número de usuarias subsiguientes por método debe mantenerse constante en el alza, una disminución, solo significa abandono de los métodos por alguna causa (desde desabastecimiento, desde embarazo o insuraria, hasta falta de consejería para lograr la adhesión a los métodos seleccionados)	Dan una medida resumida de la eficacia general de los servicios del programa en permitir a las usuarias mantenerse en los anticonceptivos. Este indicador se propone también como medida de la eficacia de los mecanismos de seguimiento de los servicios. Se relaciona con la calidad de la atención y consejería	Numerador: Total de usuarias subsiguientes Planificación Familiar menores de 20 años usuarias subsiguientes mayores de 20 años. x100. Denominador: Total de usuarias nuevas Total de usuarias subsiguientes.	SIS SIS numerador: apartado 25. clave: PFC19, PFC20 denominador: apartado 25. clave: PFC01, PFC08, PFC10, PFC17, PFC12, PFC28, PFC19 + PFC20	Incremento anual. Meta 85%
4	Indicador de Oportunidad	APEO de mujeres atendidas por algún evento obstétrico en una Unidad de Salud de ISECH que adoptaron un método anticonceptivo antes del ingreso al hospital.	Monitorea el número de mujeres que ingresan a la Unidad de Salud por algún evento obstétrico (incluye desde abortos, hasta nacimiento), y que al momento de su ingreso, salen con un método de Planificación Familiar.	Mide la oportunidad, que el APEO constituye una medida de provechamiento de la oportunidad para recibir los métodos anticonceptivos. Un incremento de la efectividad de la oportunidad de acceso a la planificación familiar.	Numerador: Total de aceptantes de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico (APEO) (DIU total, OTB total, Hormonal, Implante, DTros). x100. Denominador: Número total de eventos obstétricos (incluye nacimientos, abortos).	SAEH Atención obstétrica: Planificación familiar, (DIU, HORMONAL, OTB, NO=4; DTRO=5; Implante=6) SIS primer nivel unidades de consulta externa: numerador: apartado 91. PFP11, PFP12 Denominador: SAEH, atención obstétrica (partos, abortos) SIS, apartado 85. clave: PAR11, PAR16	Incremento anual. Meta 70%

	Tipo de Indicador	Nombre del Indicador de Monitoreo	¿Que se monitorea?	¿Para que se monitorea?	Construcción	Fuente de Recolección	Tendencia Esperada
5	Indicador de evaluación de cobertura	Cobertura de métodos anticonceptivos (prevalencia)	Mide la prevalencia en el uso de métodos entre todas las MEFPoblación SECH. Es una medición más global del impacto que tiene el programa y las necesidades de PFI en la población de responsabilidad.	Para medir la cuantía de mujeres de todas las edades fértil con vida sexual activa que están llegando y protegiendo contra un embarazo no deseado durante el periodo. Mide los esfuerzos que la institución realiza para garantizar el acceso a métodos anticonceptivos en forma permanente. Mide indirectamente la calidad de los procesos de programación, adquisición, almacenamiento y distribución de métodos anticonceptivos	Númerador: Número de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos (nuevas, subsecuentes) durante el periodo (SIS) x 100. Denominador: Número total de mujeres en edad fértil * *Solamente se calcula sobre la base de la población de SECH	SIS, apartado 025. Númerador: laves: PFC01, PFC08, PFC10, PFC17, PFC21, PFC28, apartado 083 laves: PFU01, PFU22, apartado 18, laves: PUF05, PUF09, PUF22, PUF12, PUF16, PUF23	10% de aumento respecto al periodo (año calendario) anterior
6	Indicador de supervisión de calidad de la consejería	% de usuarios que recibieron consejería adecuada en zonas indígenas y rurales	Mide el cumplimiento de los parámetros de calidad de la consejería que se establecen dentro de la Guía de Consejería para población indígena y no indígena. Este indicador se mide con expedientes, mediante las actividades de los equipos de calidad	Para garantizar que se está brindando toda/o usuario/a acceso a información completa, concreta sobre métodos anticonceptivos modernos y naturales, temporales y definitivos, que le permita decidir en forma voluntaria e informada el uso de los métodos anticonceptivos	Númerador: Número de expedientes de planificación familiar, donde se incluye en expediente clínico la tarjeta de planificación familiar y constancia de consejería. x 100 Denominador: Total de expedientes de muestra de planificación familiar seleccionados	Formulario de supervisión de calidad de atención en planificación familiar. Mascarilla de pantalla de captura de formularios de supervisión de calidad de atención.	100%