

**MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD SURORIENTE E.S.E. POPAYÁN, 2007**

**FAFNIR CABEZAS SILVA
JESÚS ANTONIO CALDAS CONSTAÍN
HILIANA EUGENIA GUERRERO TORRES
ADRIANA RODRÍGUEZ SILVA**

**ESPECIALIDAD EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD
CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA
CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA – ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
DE NEGOCIOS EAN
POPAYAN
2007**

**MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD SURORIENTE E.S.E. POPAYÁN, 2007**

**FAFNIR CABEZAS SILVA
JESÚS ANTONIO CALDAS CONSTAÍN
HILIANA EUGENIA GUERRERO TORRES
ADRIANA RODRÍGUEZ SILVA**

Trabajo presentado para optar al título de
ESPECIALISTA EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD CON
ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA

Asesora: DORA ZAMORA
Enfermera Magíster en Atención al Adulto y al Anciano

**ESPECIALIDAD EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD
CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA
CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA – ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
DE NEGOCIOS EAN
POPAYAN
2007**

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

CONTENIDO

	Pág.
TÍTULO	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
2. OBJETIVOS	3
2.1 OBJETIVO GENERAL	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
3. PROPÓSITOS	4
4. JUSTIFICACIÓN	5
5. MARCO REFERENCIAL	8
5.1 AUDITORÍA	8
5.2 CALIDAD	9
5.3 GARANTÍA DE LA CALIDAD	10
5.4 PROGRAMA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	10
5.5 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	11
5.5.1 Elementos de la calidad de la atención	11
5.5.1.1 Elementos de la estructura de la calidad de la atención	15
5.5.1.2 Elementos del proceso de la atención	18
5.5.1.3 Elementos de los resultados de la atención a la salud	22
5.6 SATISFACCIÓN DEL USUARIO	23
5.7 CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	24
5.7.1 Definición	24
5.7.2 Cliente externo	25
5.7.1.2 Edad de las mujeres al primer nacimiento	25
5.7.2.2 Edad a la primera relación sexual	25

5.7.3.3 Fecundidad deseada	26
6. METODOLOGÍA	27
6.1 TIPO DE ESTUDIO	27
6.2 UNIVERSO	27
6.3 MUESTRA	27
6.4 VARIABLES DE ESTUDIO	28
6.5 RESULTADOS	28
6.6 VALIDACIÓN DEL ESTUDIO	29
6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
7. CRONOGRAMA	30
8. RESULTADOS Y ANÁLISIS	31
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	53

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Edad de usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007.	Pág. 31
Cuadro 2. Procedencia de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	312
Cuadro 3. Escolaridad de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	32
Cuadro 4. Estado Civil de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	32
Cuadro 5. Número de embarazos de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	33
Cuadro 6. Número de hijos de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	33
Cuadro 7. Oportunidad de la atención de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	34

	Pág.
Cuadro 8. Accesibilidad al servicio de las usuarias del programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	34
Cuadro 9. Horario de atención para las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	35
Cuadro 10. Privacidad en la atención de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	35
Cuadro 11. Tiempo de consulta suficiente de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	36
Cuadro 12. Ambiente de confianza en la consulta de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	36
Cuadro 13. Información apropiada por el profesional en la consulta de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	37
Cuadro 14. Ilustración de las diversas alternativas en la consejería de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	37
Cuadro 15. Conocimiento de un método de barrera de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	38

Cuadro 16. Conocimiento de los métodos definitivos de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	Pág. 38
Cuadro 17. Conocimiento frecuencia control de DIU de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	39
Cuadro 18. Conocimiento efectos secundarios de los métodos hormonales de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	39
Cuadro 19. Intención de asistir cumplidamente a los controles de las usuarias del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	40
Cuadro 20. Tiempo de Desempeño Laboral de los Profesionales a cargo del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007	40

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Formato Encuesta Monitoreo y Evaluación de Calidad de los Servicios de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente E.S.E Popayán Noviembre 2007.	48
Anexo B. Encuesta Monitoreo y Evaluación de Calidad de los Servicios de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente E.S.E Popayán noviembre 2007.	50
Anexo C. Instrumento de Monitoreo y Evaluación de Calidad de los Servicios de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente E.S.E Popayán noviembre 2007.	51
Anexo D. Operacionalización de Variables – Cliente Externo	53
Anexo E. Modelo de auditoria para el programa de Planificación Familiar del centro de Salud Suroriente E.S.E. Popayán 2007	59
Anexo F. Instructivo de Plantilla de Monitoreo y Evaluación del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente E.S.E. Popayán, 2007	62

TÍTULO

MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
DEL CENTRO DE SALUD SURORIENTE E.S.E. POPAYÁN, 2007.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se carece de una plantilla para el monitoreo y evaluación de la calidad de la atención en la prestación del servicio del Programa de Planificación Familiar en este medio.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Estructurar una plantilla para el monitoreo y evaluación de calidad de los servicios de planificación familiar del Centro de Salud Suroriente E.S.E Popayán. Noviembre 2007.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar socio demográficamente al cliente externo.
- Identificar el conocimiento del cliente interno y externo del programa de planificación familiar.
- Definir los lineamientos generales para un monitoreo y evaluación de la calidad de atención del programa de planificación familiar.

3. PROPOSITO

Permitir que el Centro de Salud Suroriente cuente con una plantilla para el monitoreo y Evaluación que contribuya al mejoramiento de la calidad de la atención a las usuarias del Programa de Planificación Familiar.

4. JUSTIFICACIÓN

En la Planeación y en la implementación¹ de los programas de salud en los países en vías de desarrollo existe una gran preocupación por el uso racional de los recursos. Dada la escasez de estos últimos y la magnitud de los problemas, los gobiernos y agencias financiadoras tratan de maximizar el dinero gastado en términos de calidad y resultados.

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

Existen muchas y muy buenas ideas sobre la calidad, pero fue hasta muy recientemente que se alcanzó cierto nivel de consenso respecto a lo que este concepto significa en situaciones específicas. El término "garantía de calidad" tiende a producir cierta confusión, ya que no es posible garantizar un nivel dado de calidad en todos los casos. A lo que se puede aspirar es a salvaguardar o mejorar la calidad de la atención, o a garantizar que no descenderá por debajo de cierto umbral. "La conservación de la calidad o, más optimistamente, el incremento de la calidad, podrían ser metas más realistas".¹

¹ DONABEDIAN A. A primer of quality assurance and monitoring in medical care. Toledo Law Rev 1989;20(2):401-453.

²DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260(12):1743-1748.

Para poder asegurar un mínimo de calidad en la atención a la salud es necesario, primero, especificar los objetivos que se persiguen, y, en segundo lugar, definir los medios que habrán de utilizarse para alcanzar dichos objetivos. Finalmente, también es necesario especificar los indicadores y los estándares respectivos que habrán de utilizarse para medir la calidad de las instalaciones, del proceso de atención y de sus resultados.

Los medios son las intervenciones: algunas técnicas (prescripción de pastillas anticonceptivas, inserción de un DIU), otras interpersonales (asesoría en planificación familiar) y otras más sociales (mercadeo de una campaña de planificación familiar).

El desempeño técnico depende del conocimiento y del juicio utilizado para llegar a las estrategias adecuadas de atención y de la habilidad para implementarlas.²

Las relaciones interpersonales forman el proceso a través del cual el paciente o usuario proporciona la información necesaria para llegar a un diagnóstico o seleccionar los métodos de atención más apropiados, y el prestador de la atención proporciona la información sobre la naturaleza del problema médico y su manejo, y motiva al paciente o usuario a participar activamente en su cuidado.²

Las intervenciones sociales por lo general implican el diseño y la implementación de los programas que buscan promover la aceptabilidad de una idea o práctica. Todos estos medios –técnicos, interpersonales y sociales se juzgan en función de su eficacia (que constituye su contribución al mejoramiento de la salud), su costo y el grado en que sus otros atributos son aprobados por los individuos y la sociedad.

Así, la calidad de la atención podría definirse como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejorías en la salud. Esta definición podría traducirse al campo de la planificación familiar como el grado en el que los medios materiales, técnicos, interpersonales y sociales se utilizan para alcanzar las mayores mejorías en la fertilidad, el tamaño de las familias, el espaciamiento de los nacimientos, la satisfacción de los pacientes y los indicadores de salud materno-infantil relacionados con la salud reproductiva en una determinada población.

Sin embargo, como la disponibilidad de recursos constituye una preocupación importante en estos programas, una definición alternativa, tal vez más específica, sería la siguiente: la calidad de la atención en la planificación familiar es el grado en el que los medios materiales, técnicos, interpersonales y sociales se utilizan para alcanzar las mayores mejorías posibles, dado cierto número de recursos, en la fertilidad, el tamaño de las familias, el espaciamiento de los nacimientos, la satisfacción del consumidor y los indicadores materno-infantiles relacionados con la salud reproductiva en una población determinada².

Es por esto que en este trabajo se presenta un marco referencial en el que se identifican los diversos elementos que componen la calidad de la atención en los servicios de planificación familiar. Finalmente, se concluye con diversas recomendaciones basadas en la encuesta de monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar dirigidas hacia la institución, cliente interno y externo del Centro de Salud Suroriente E.S.E Popayán.

² Ibid. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260(12):1743-1748.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 AUDITORIA

Teniendo conocimiento que la auditoria :”es el conjunto de las acciones destinadas a la evaluación de la atención medica mediante el análisis de su programa , contenido y procesos , confrontándolos con las normas vigentes y orientadas al mejoramiento de su calidad y rendimiento “³

La auditoria es un proceso permanente de seguimiento a los procesos organizacionales que hayan sido definidos como prioritarios o sea aquellos en que tienen la atención directa del usuario desde que entra hasta que sale del proceso que le brindó la atención, llenando todas sus expectativas.

La auditoria involucra además la auditoria clínica, seguimiento a los eventos centinelas, a los eventos adversos internos, seguimiento del día a día, comparte con la acreditación, el objetivo de lo óptimo, monitoriza los logros, seguimiento y confrontación de la calidad observada versus la calidad deseada, todas estas actividades llevan al mejoramiento continuo de la calidad e impactan de manera permanente el proceso de autoevaluación de la acreditación. ⁴

³ Escuela de salud publica de la universidad de Buenos Aires.

⁴ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad 2.001

La norma internacional ISO 19011 de Auditorías de l Sistema de Gestión de Organizaciones define una auditoria como: “Proceso sistemático independiente y documentado, para obtener evidencia y evaluarla objetivamente, con el fin de determinar en que grado se cumplen los criterios de la auditoria ⁵

5.2 CALIDAD

“Totalidad de las funciones, características (ausencia de de deficiencias de un bien o servicio) o comportamiento de un bien producido o de un servicio Prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión. ⁶

El término calidad se refiere a la mejor conveniencia de un producto o servicio, en relación con el uso que se le va a dar, es decir a su eficacia. Entre mas adecuado sea un producto, mayor es su calidad; las decisiones cerca de la calidad nacen de los objetivos del hospital y de su nivel de complejidad y debe estar presente en todos los planes de compras que se materializan mediante las especificaciones a todo detalle para los requerimientos de adquisiciones.⁷

⁵ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. ICONTEC 2.003. Manual de Habilidades para auditoria.

⁶ KAUFMANN, José Miguel. Norma Dachaville , estela de para , Martha Noemí “ auditoria en servicio propio”En : Rev. Asociación Argentina de Auditoria odontología (ACADAU) año 11Nº 3.1995 ps 8-16

⁷ MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo, GALÀN MORERA Ricardo, PONTÓN LAVERDE Gabriel. Administración Hospitalaria. 1ª ed. México: Panamericana. p. 424.

5.3 GARANTÍA DE LA CALIDAD

En una empresa de salud es el conjunto de mecanismos o acciones mediante las cuales se asegura la máxima eficacia de todos los procedimientos que busquen el mayor grado de bienestar del paciente o cliente y su completa satisfacción.⁸

5.4 PROGRAMA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Este programa se define como conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción incluyendo la entrega de suministros para las personas y parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente si quieren o no tener hijos, así como su número y espaciamiento entre ellos. Las características del servicio conforman las normas básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención en planificación familiar a hombres y a mujeres las cuales deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad. Que garantice la información, educación, consejería y/o oferta anticonceptiva. a libre elección informada a hombres y mujeres o pareja a si como su seguimiento dentro de las actividades que incluyen la norma técnica:

- Consulta de primera vez por medicina general o enfermería
- Consulta de control o seguimiento de programa por medicina general o enfermería
- Inserción de dispositivo intrauterino
- Suministro de anticonceptivos hormonales

⁸ MALAGÓN LONDOÑO Gustavo. GALÁN MORERA Ricardo. PONTÓN LAVERDE Gabriel. Garantía de Calidad en Salud. Segunda edición. Editorial médica Panamericana pág. 13.

- Esterilización quirúrgica ⁹

Este programa cuenta con el apoyo del sistema de fortalecimiento de la gestión los cuales se fundamentan en el monitoreo trimestral por medio de indicadores.

La metodología para el establecimiento de los parámetros de comparación de los indicadores se ha construido con base en el cumplimiento de metas. Los indicadores de cumplimiento estipulados para este programa son:

- Cumplimiento en la consulta de planificación familiar de primera vez.
- Cumplimiento en la consulta de control de planificación familiar.
- Cumplimiento en la esterilización masculina y femenina.¹⁰

Dentro de las causas por las cuales no se cumple la calidad en este programa según estudios realizados encontramos la discontinuidad de “cinco razones suman el 70% de la discontinuidad de los métodos. En orden de importancia son: quedo embarazada mientras lo usaba 17% efectos secundarios 16% , quería un método mas efectivo 16%, quería embarazarse 13% y sexo poco frecuente o marido ausente 10 % .¹¹

⁹ COLOMBIA. Resolución 412 2000.

¹⁰COLOMBIA. Resolución 3384 2000

¹¹COLOMBIA. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta nacional de demografía y salud. 2005

5.5 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

5.5.1 Elementos de la calidad de la atención

Sin importar qué tan amplia o limitada sea su definición, existen tres maneras de evaluar el desempeño de un programa de planificación familiar o un programa de cualquier tipo, y pueden designarse con los términos de evaluación de la "estructura", "proceso" y "resultado".

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

El término proceso incluye lo que los médicos, enfermeras y otro tipo de personal hacen por el paciente y por ellos mismos, y qué tan hábilmente lo hacen. Lo que los pacientes hacen para sí mismos también debería incluirse.

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

En el marco conceptual se escogió trabajar conjuntamente con información de estructura, proceso y resultado debido a que la comparación de los tres tipos de evaluación incrementa el grado de confianza de los juicios emitidos y puede ayudar a explicar por qué el desempeño resultó defectuoso, si éste fue el caso.

En la figura se ilustra el marco utilizado para explicar la relación entre la calidad de la atención en los servicios de planificación familiar y los resultados. En ella se incluyen cinco columnas: determinantes estructurales (o lo que el Equipo de Estandarización de los Indicadores de Desempeño de los Programas de Planificación Familiar llama "sistemas habilitadores para la prestación de servicios");* indicadores de estructura; indicadores de proceso; indicadores de resultado, e indicadores de impacto. Los indicadores de impacto incluidos en el marco analítico son la fertilidad, el tamaño de familia, el espaciamiento de nacimientos deseado y los indicadores relacionados con la salud reproductiva.

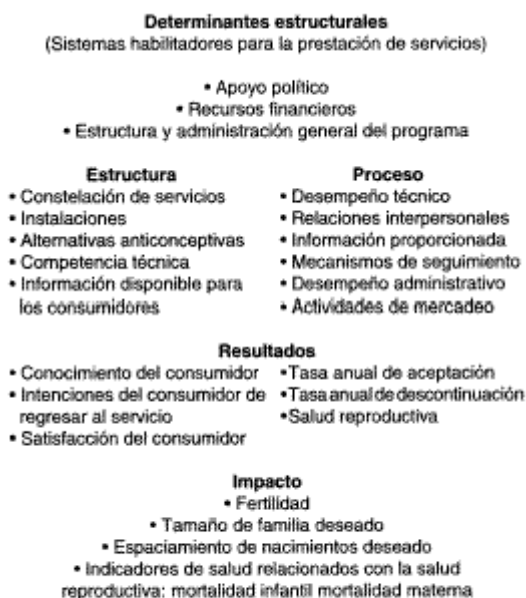


FIGURA 2. Relaciones entre estructura, proceso, resultados e impacto en los servicios de planificación familiar

Los puntos iniciales y finales de este marco son muy difíciles de controlar a nivel de campo. En el caso de los determinantes

* Subcommittee on Quality Indicators in Family Planning Service Delivery. Report of the Subcommittee on Quality Indicators in Family Planning Service Delivery, 1990. Documento no publicado

estructurales, son susceptibles de cambio sólo a través de la "voz", para utilizar el término de Hirschman, y las decisiones finales suelen estar en manos de altos funcionarios de gobierno, agencias financiadoras o programas generales. Los indicadores de impacto, por su parte, se ven influidos por una gran variedad de factores "externos" a los programas de planificación familiar, como la educación, las condiciones socioeconómicas y otros. Por esta razón, estas dos columnas del marco se consideraron "ajenas" al sistema de monitoreo y evaluación de los servicios.

Los elementos: en el diseño de un sistema para el monitoreo de la calidad de la atención es importante identificar aquellos elementos que habrán de incluirse en la evaluación de los servicios: los llamados elementos de la calidad de la atención. En seguida es necesario operacionalizarlos a través del diseño de indicadores específicos para cada uno de ellos. El paso final es la definición de los mecanismos de medición y de los estándares respectivos.

En esta sección se revisarán brevemente los elementos de la calidad de la atención. Como se indicó en nuestro marco práctico, se decidió dividir a estos elementos en tres grupos: elementos de estructura, elementos y resultado.

El Subcomité de Indicadores de Calidad de los Servicios de Planificación Familiar identificó seis elementos: alternativas anticonceptivas, competencia técnica, información disponible y proporcionada a los usuarios, relaciones interpersonales, mecanismos para promover la continuidad, y grado de aceptación de los servicios. Todos estos elementos fueron incorporados a nuestra lista de elementos de la calidad de la atención. Sin

embargo, algunos de ellos se modificaron ligeramente y otros más se agregaron.

5.5.1.1 Elementos de la estructura de la calidad de la atención

Como se mencionó en la sección sobre estructura, proceso y resultados, los elementos de la estructura son aquellos atributos estables, materiales y organizativos de los servicios de planificación familiar; por ejemplo, las instalaciones físicas de un programa.

Constelación de servicios: la constelación de servicios se refiere a la organización global de los servicios de planificación familiar; esto es, a la provisión de servicios a través de un programa "vertical" (solamente servicios anticonceptivos y de esterilización) o un programa "integrado" (combinación de servicios de planificación familiar con servicios materno-infantiles). De acuerdo con Simmons y Phillips, las poblaciones de usuarios responden bien a ambos tipos de programa, y cualquiera puede cumplir con los objetivos de planificación si están bien implementados.¹²

Aunque parece existir cierto consenso en relación con la influencia de la constelación de servicios sobre los servicios de planificación familiar, para fines comparativos adicionales se decidió incluir este elemento en nuestro marco operativo. La pregunta a responder en este caso sería la siguiente: ¿cuál de los dos tipos de programa se asocia con mejores resultados cuando los servicios de planificación familiar no se ofrecen en condiciones óptimas?

¹² SIMMONS, Ruth y PHILLIPS, James F. citados en: Bruce J. Fundamental elements of the quality of care. Stud Fam Plann 1990;21(2):61-91.

Instalaciones: las instalaciones son todas aquellas características de contexto que hacen a los servicios de planificación familiar servicios accesibles (geográficamente cercanos a la población blanco y sin barreras materiales de ningún tipo); convenientes (disponibilidad de toda la parafernalia de planificación familiar); confortables (infraestructura material adecuada: luz, espacio mobiliario); placenteros; privados y, por lo demás, deseables. Las instalaciones, por lo tanto, serían responsabilidad del equipo administrativo, que tendría que satisfacer las demandas materiales del equipo técnico y de los usuarios del servicio.

Alternativas anticonceptivas: este elemento se refiere tanto al número de métodos ofrecidos sobre una base confiable, como a su variabilidad intrínseca. Se ha dicho que el mejorar las alternativas resulta importante no sólo para satisfacer las necesidades individuales, sino también para alcanzar mejores resultados demográficos. A este respecto se citan cuatro tipos de evidencia:

- ✓ La adición de otro método genera mejorías netas en la prevalencia anticonceptiva.
- ✓ Los programas de planificación familiar que cuentan con un solo método son inadecuadas para satisfacer los objetivos de fertilidad individuales.
- ✓ La disponibilidad de varios métodos mejora el uso continuo de métodos de planificación.

- ✓ La prevalencia anticonceptiva depende del número de métodos disponibles en todas las unidades que ofrecen servicios de planificación en un país.¹³

El objetivo en este rubro es alcanzar el número óptimo de métodos de acuerdo con los objetivos de los programas y con la necesidades y preferencias de los usuarios.

El concepto de calidad es un concepto fundamentalmente industrial, sector en donde la superespecialización es casi la regla. Si seguimos su lógica, un mejor programa es aquél que ofrece servicios muy específicos de muy alta calidad, con pocos anticonceptivos y poca variedad de medicamentos y procedimientos. Las clínicas de "superespecialidad" serían lo deseable. Sin embargo, en el caso de la planificación familiar, esto chocaría con la disponibilidad y la cobertura.

Competencia técnica: La competencia técnica se refiere a la capacitación y preparación del equipo involucrado en el programa de planificación familiar. En este trabajo el término "competencia técnica" se utilizará para referirse estrictamente a la capacitación técnica del personal involucrado en la provisión de servicios de planificación familiar: el entrenamiento en la inserción de DIU, el entrenamiento en el desempeño de procedimientos de esterilización, etcétera. Este elemento, por lo general se mide a través del tipo y número de grados técnicos o académicos obtenidos por el personal, y por su experiencia profesional previa. El entrenamiento de los proveedores no es sinónimo de desempeño técnico, y este último término se discutirá más adelante

¹³ BRUCE, Jain A. J. Assessing the fertility impact of quality of family planning services. New York: The Population Council, Working Paper No. 22, 1988.

como elemento del proceso de atención a la salud.

La competencia técnica, como medida de la capacitación, no la juzgan los usuarios sino el personal encargado de los programas. En cierto sentido, es el criterio más frecuentemente utilizado para determinar la incorporación de una persona al equipo de trabajo de un programa de planificación familiar.

Información disponible para los usuarios. Este elemento se refiere sólo a la disponibilidad de información adecuada y no a su transmisión. Incluye: a) la información sobre los métodos disponibles; b) detalles sobre el uso del método seleccionado; c) consejos sobre los problemas que pudieran presentarse con su uso y sobre visitas futuras para obtener material adicional, y d) información sobre opciones reproductivas. Esta información se juzga en términos de disponibilidad y de lo adecuada y apropiada que llega a ser.

5.5.1.2 Elementos del proceso de la atención.

Dentro de los elementos de proceso de la atención se incluyen todas las actividades realizadas por el personal del programa de planificación familiar y el nivel de habilidad alcanzado en su desempeño. Lo que los usuarios hacen por sí mismos en relación con la planificación familiar y la salud reproductiva también se incluiría en este rubro.

Información proporcionada a los usuarios: cuando se habla de información en esta sección, se habla de información realmente proporcionada a los usuarios y no sólo disponible. Este elemento

está estrechamente ligado con las relaciones interpersonales, pero su característica distintiva es el contenido más que la naturaleza de la provisión de la información. Hay datos que indican que el impartir información clara, apropiada y comprensible –idealmente apoyada en materiales escritos o gráficos–aumenta la habilidad del paciente para entender y aceptar los métodos de planificación familiar, y las posibilidades de que cumpla con su uso adecuado. Esta información, además, le permite al usuario resistir a los rumores mal fundados y completar el periodo de prueba, cuando aparecen los efectos colaterales y el usuario debe tolerarlos, discontinuar el uso del método elegido o cambiar a otro más favorable.

Desempeño técnico: la capacitación de los proveedores no es sinónimo de buen desempeño técnico. De hecho, los problemas de desempeño de personal teóricamente bien entrenado han conducido a muchas agencias de planificación familiar a adoptar la idea de capacitación basada en la competencia, en la que el estándar de la certificación son los logros, medidos ya sea a través de niveles de conocimiento o el manejo de técnicas clínicas bajo supervisión (por ejemplo, la inserción de DIU, esterilizaciones quirúrgicas, e inserción y extracción de implantes). La capacitación basada en la competencia requiere de la evaluación de los niveles de habilidad y no del tiempo invertido en un programa de capacitación o del número de procedimientos completados. Si deseamos garantizar la competencia de los proveedores, ésta deberá monitorizarse periódicamente a través de la supervisión directa o la revisión de los expedientes clínicos.

El privilegiar la capacitación basada en la competencia también resulta positivo, porque permite que ciertos proveedores sin grados profesionales proporcionen determinados servicios dentro del campo.

Relaciones interpersonales: la manera en que los usuarios reciben ciertos servicios influye en su uso; las relaciones interpersonales se definen como el contenido afectivo de la transacción usuario-proveedor.' Esta dimensión, independientemente de la precisión de la información proporcionada –considerada en la información proporcionada a los usuarios y el grado en la que la comprenden, puede influir de manera importante en la confianza de los usuarios en sus propias elecciones y habilidad, en la satisfacción con los servicios, y en la probabilidad de que regresen a hacer de nuevo uso del servicio. En cierto sentido, la dimensión afectiva del trabajo del empleado de un programa de planificación familiar puede compensar ciertas inconveniencias inevitables de algún procedimiento o las limitaciones técnicas y los problemas logísticos. El proporcionar información de manera empática puede resultar tan importante como la precisión en desterrar sentimientos negativos sobre, por ejemplo, la inserción de un implante, el cuidado con el uso de los diafragmas y demás. En aquellas circunstancias en las que las mujeres tienen que viajar para obtener servicios especiales sobre los que guardan ciertas dudas (como la esterilización), la compañía calurosa de una trabajadora de campo puede resultar esencial.

Este elemento, además, es el centro del proceso de consulta. En una revisión reciente se sugiere que los atributos ideales de un consejero son la capacidad de comprensión, el respeto y la honestidad. El contacto usuario-proveedor debe caracterizarse por una comunicación en ambos sentidos y una actitud permanente de pregunta-respuesta, así como por una guía flexible por parte del proveedor. El resultado deseado de esta transacción, desde el punto de vista del proveedor, puede ser que el cliente confíe en la competencia técnica del trabajador, y desarrolle cierta confianza de tipo personal y cierta disposición a volver a la clínica o incluso a referir a otros conocidos.

Mecanismos de seguimiento: la calidad de la atención debe considerarse un proceso continuo de relación entre el usuario y el proveedor de servicios de planificación familiar, e incluye no sólo la prestación de servicios de alta calidad durante la visita inicial a la clínica o en el primer contacto con el trabajador de planificación familiar, sino el facilitarle a los usuarios las herramientas para poder tomar en todo momento decisiones informadas sobre su fertilidad.

Una buena parte de los estudios sobre continuidad de la atención se han centrado en el hecho de si los usuarios continúan buscando los servicios de un programa particular o si siguen utilizando un método anticonceptivo específico. Sin embargo, esta aproximación posiblemente no sea la mejor. El centro de la evaluación debe ampliarse para incluir no sólo la continuidad con un programa particular, sino la continuidad en el uso, independientemente del tipo o número de servicios que el usuario utilice.

En algunos programas, el hecho de que un gran número de usuarios no vuelva a recurrir a un servicio específico no forzosamente refleja que se están ofreciendo servicios de mala calidad. En ocasiones se debe a que los usuarios prefieren hacerse cargo ellos mismos del control de su fertilidad. Esto sucede frecuentemente cuando un programa específico está rodeado por otros proveedores gubernamentales, comerciales o privados.

De manera similar, los usuarios pueden discontinuar el uso de un método particular porque prefieren utilizar otro, han modificado sus intenciones reproductivas o ya no requieren protección anticonceptiva.

Jain afirma que los "programas pueden alcanzar mejores resultados demográficos cuando se concentran en un número pequeño de usuarios anuales y proporcionan sus servicios con sumo cuidado para así incrementar el grado de satisfacción y mejorar las tasas de continuación, más que cuando tratan de reclutar un gran número de usuarios en un momento determinado sin contar con posibilidades de seguimiento".

Actividades de mercadotecnia. Incluyen el diseño, la implementación y el control de los programas que buscan aumentar el conocimiento y la aceptabilidad de diversos métodos de planificación familiar.

5.5.1.3 Elementos de los resultados de la atención a la salud

Conocimiento del usuario: este elemento se define como el conocimiento adquirido por un usuario respecto de los métodos anticonceptivos, a través del uso de servicios de planificación familiar.

Disposición del usuario a regresar con el proveedor: este elemento se refiere a la disposición del usuario a seguir utilizando los servicios de una clínica de planificación familiar.

Satisfacción del usuario: este elemento pretende medir la satisfacción general del usuario con los servicios de planificación familiar recibidos. Puede incluir también la referencia de familiares o conocidos con el proveedor.

Tasa anual de aceptación: es la tasa anual de aceptación de los métodos anticonceptivos, modernos o tradicionales, por 100 mujeres en edad reproductiva, casadas o que viven en pareja, que acuden a una clínica de planificación familiar.

Tasa anual de discontinuación: es la tasa anual de discontinuación de métodos anticonceptivos, modernos o tradicionales, por 100 usuarios previos de métodos prescritos en una clínica de planificación familiar.

Salud reproductiva. Este elemento se mide a través de los indicadores de salud convencionales que se verían influidos por los servicios de planificación familiar¹⁴.

5.6 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Rachel Applegate define tres modelos de satisfacción del usuario:

¹⁴ www.saludpublicademexico.mx . Monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar. [Documento electrónico]. [Consulta: 2007-10-23]

- Modelo de Satisfacción Material: con el funcionamiento de un producto (obtención del mismo o precisión del mismo) se constata si este producto responde a la demanda o no, si satisface materialmente o no.

- Modelo de Satisfacción Emocional de Vía Simple: Los usuarios están “felices” o emocionalmente satisfechos, cuando se ha respondido correctamente a sus preguntas.

- Modelo de Satisfacción Emocional – Vía Múltiple: Expresa que la felicidad de los usuarios depende no sólo de las preguntas que se responden (satisfacción material), sino también de otros factores como la situación y las expectativas acerca del servicio. Este tercer modelo de satisfacción permite la comprensión de la satisfacción emocional, denominada “positiva falsa”, que corresponde a usuarios satisfechos aunque el resultado de sus consultas haya sido infructuoso.¹⁵

5.7 CLIENTE INTERNO Y EXTERNO

5.7.1 Definición. Los clientes pueden clasificarse en dos grupos principales: internos y externos. Un cliente interno es alguien que trabaja en la organización posiblemente en otro departamento o división. Clientes externos son básicamente el público en general.¹⁶

¹⁵ APLEGATE Rachel. “Models of satisfaction” en Encyclopedia of library and Information Science. New York: M. Dekker, 1994, 60, p. 199-227.

¹⁶ [Http://es.wikipedia.org/wiki/cliente](http://es.wikipedia.org/wiki/cliente)

5.7.2 Cliente externo

5.7.2.1 Edad de las mujeres al primer nacimiento. La edad mediana de las mujeres de 25 a 49 años al primer nacimiento es de 22 años, siendo 2 años mayor en la zona urbana en comparación con la rural. Las regiones pacífica y oriental presentan las menores edades al primer nacimiento (21.5) y las grandes ciudades las mayores: Medellín y Barranquilla con 23 años y Bogotá y Cali con 22. Los departamentos con menores edades son Cesar, Caquetá, las cabeceras de Vichada, Guaviare y Casanare.¹⁷

5.7.2.2 Edad a la primera relación sexual. La edad mediana a la primera relación sexual para las mujeres de 25 a 49 años de edad ha ido disminuyendo: ENDS 2.005 fue de 18.3 años, un año menos que el resultado encontrado en la encuesta de 2.000. La proporción de mujeres de 25 a 49 años, que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años pasó de 8% en 2.000 a 11% en 2.005.

En la zona urbana se entra a la primera relación sexual un año más tarde que en la zona rural. Las mujeres sin ninguna educación inician las relaciones sexuales a una edad mediana de 16 años y se incrementando en la medida que aumenta el nivel educativo, hasta 20 años entre las que tienen educación superior.¹⁸

¹⁷ COLOMBIA. Profamilia ENDS. Resumen 2.005 pág. 9,10.

¹⁸ Ibid. P. 13

5.7.3.3 Fecundidad deseada. Colombia tendría una tasa global de fecundidad de 1.7 hijos, en lugar de la observada de 2.4, si todos los nacimientos no deseados se hubieran podido evitar.

Las mayores diferencias entre las tasas observadas y las deseadas se presentan en el área rural en donde la mujer tiene 1.3 hijos más que los deseados, mientras que en el área urbana la diferencia es de 0.6 hijos. Las mujeres sin ninguna educación tienen 2 hijos más de los que les hubiese gustado tener, mientras que las de educación superior tienen solamente los que desean, ya que la diferencia es de 0.1.¹⁹

¹⁹ Ibid. P. 13

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo prospectivo transversal.

6.2 UNIVERSO

Usuaris atendidas en el Centro de Salud Suroriente ESE Popayán, en el periodo comprendido entre el 1 de Enero al 30 de junio 2007.

6.3 MUESTRA

Se aplicara la formula para estudios descriptivos.

$$n = \frac{(Z)^2 \times P \times Q}{e^2 + Z^2 \frac{P \times Q}{N}}$$

$$P = 0.5 \quad Q = 0.5 \quad Z = 1.96$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{(5)^2 + (1.96)^2 \times \frac{0.5 \times 0.5}{240}}$$

$$n = 31.9 \quad n = 32$$

6.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

- Lineamientos de auditoría.

- Grado de conocimiento del cliente interno del programa de Planificación Familiar.

- Grado de conocimiento del cliente externo del programa de Planificación Familiar.

- Caracterización sociodemográfica del cliente externo.

6.5 RESULTADOS

Se aplicará la estadística descriptiva como el promedio, la moda y la mediana y se representará por medio de cuadros y figuras.

Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS.

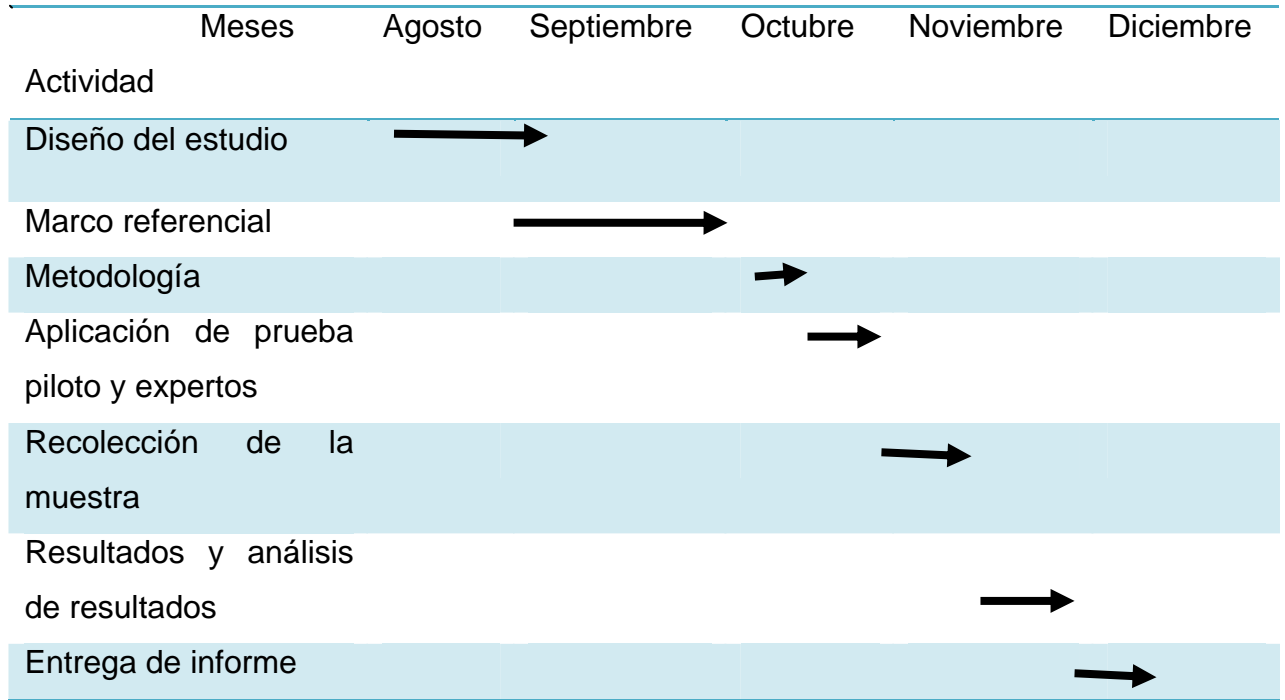
6.6 VALIDACIÓN DEL ESTUDIO

Se hará por medio de una prueba piloto y una prueba de expertos.

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Confidencialidad
- Secreto profesional
- Consentimiento informado.

7. CRONOGRAMA



8. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Cuadro 1. Edad de usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007.

Intervalo edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
16 – 20	9	28,125	28,125	28,125
21 – 25	9	28,125	28,125	56,25
26 – 30	7	21,875	21,875	78,125
31 – 35	1	3,125	3,125	81,25
36 – 40	6	18,75	18,75	100
Total	32	100	100	

La frecuencia de edad mas alta se evidencia en los intervalos de 16 a 20 años y 21 a 25 años.

Cuadro 2. Procedencia de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Urbano	14	43,75	43,75	43,75
Rural	18	56,25	56,25	100
Total	32	100	100	

La procedencia rural ocupa el mayor porcentaje con un 56%

Cuadro 3. Escolaridad de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	12	37,5	37,5	37,5
Secundaria	20	62,5	62,5	100
Total	32	100	100	

El mayor porcentaje de escolaridad lo ocupan las usuarias que han cursado algún grado de secundaria

Cuadro 4. Estado Civil de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	9	28,125	28,125	28,125
Casada	3	9,375	9,375	37,5
Unión libre	20	62,5	62,5	100
Total	32	100	100	

El estado civil que predomina es la unión libre

Cuadro 5. Número de embarazos de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Nº embarazos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
0	1	3,125	3,125	3,125
1	13	40,625	40,625	43,75
2	11	34,375	34,375	78,125
3	3	9,375	9,375	87,5
4	4	12,5	12,5	100
Total	32	100	100	

El mayor porcentaje de mujeres se han embarazado una vez.

Cuadro 6. Número de hijos de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Nº Hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
0	2	6,25	6,25	6,25
1	14	43,75	43,75	50
2	9	28,125	28,125	78,125
3	5	15,625	15,625	93,75
4	2	6,25	6,25	100
Total	32	100	100	

La mayoría de las usuarias han tenido 1 solo hijo.

Cuadro 7. Oportunidad de la atención de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Oportunidad en la atención	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	23	71,875	71,875	71,875
No	9	28,125	28,125	100
Total	32	100	100	

El 71% de las usuarias manifiesta que hubo oportunidad en la atención

Cuadro 8. Accesibilidad al servicio de las usuarias del programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Accesibilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	27	84,375	84,375	84,375
No	5	15,625	15,625	100
Total	32	100	100	

El 84% de los usuarios manifiestan que si fue accesible el servicio.

Cuadro 9. Horario de atención para las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Horario de atención	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	27	84,375	84,375	84,375
No	5	15,625	15,625	100
Total	32	100	100	

El 84% de las usuarias están satisfechas con el horario de atención.

Cuadro 10. Privacidad en la atención de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Privacidad en la atención	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	30	93,75	93,75	93,75
No	2	6,25	6,25	100
Total	32	100	100	

La gran mayoría de las usuarias manifiestan que hubo privacidad en la atención.

Cuadro 11. Tiempo de consulta suficiente de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Tiempo de consulta suficiente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	30	93,75	93,75	93,75
No	2	6,25	6,25	100
Total	32	100	100	

El 93.5% de las usuarias respondió que el tiempo de consulta fue suficiente para resolver sus inquietudes.

Cuadro 12. Ambiente de confianza en la consulta de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Ambiente de confianza	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	27	84,375	84,375	84,375
No	5	15,625	15,625	100
Total	32	100	100	

La gran mayoría de las usuarias manifestó que hubo un ambiente de confianza en la consulta de planificación familiar.

Cuadro 13. Información apropiada por el profesional en la consulta de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Información apropiada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	27	84,375	84,375	84,375
No	5	15,625	15,625	100
Total	32	100	100	

El 84.37% de las usuarias respondió que la información brindada por el profesional de la salud fue clara, apropiada y suficiente.

Cuadro 14. Ilustración de las diversas alternativas en la consejería de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Ilustración de las diversas alternativas de planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	28	87,5	87,5	87,5
No	4	12,5	12,5	100
Total	32	100	100	

El 87.5% de las usuarias del programa refirió que en la consejería de planificación familiar la ilustraron en las diversas alternativas existentes.

Cuadro 15. Conocimiento de un método de barrera de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Conocimiento método de barrera	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	18	56,25	56,25	56,25
NO	14	43,75	43,75	100
Total	32	100	100	

El 56.25% de las usuarias conoce al menos un método de barrera

Cuadro 16. Conocimiento de los métodos definitivos de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Conocimiento métodos definitivos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	22	68,75	68,75	68,75
NO	10	31,25	31,25	100
Total	32	100	100	

El 68.75% de las usuarias conoce los métodos de planificación familiar definitivos.

Cuadro 17. Conocimiento frecuencia control de DIU de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Conocimiento Frecuencia Control DIU	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	17	53,125	53,125	53,125
No	15	46,875	46,875	100
Total	32	100	100	

El 53.12% de las usuarias conoce la frecuencia del control del DIU.

Cuadro 18. Conocimiento efectos secundarios de los métodos hormonales de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Conocimiento efectos secundarios métodos hormonales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	9	28,125	28,125	28,125
No	23	71,875	71,875	100
Total	32	100	100	

El 71.87% de las usuarias no conoce los efectos secundarios al consumir anticonceptivos orales.

Cuadro 19. Intención de asistir cumplidamente a los controles de las usuarias del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Intención de asistir a los controles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	23	71,875	71,875	71,875
No	9	28,125	28,125	100
Total	32	100	100	

El 71.8% de las usuarias manifiestan su intención de asistir cumplidamente a los controles de planificación familiar.

Cuadro 20. Tiempo de Desempeño Laboral de los Profesionales a cargo del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente ESE Popayán. Enero a junio de 2007

Tiempo desempeño laboral	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1-2 Años	1	25	25	25
>2 Años	3	75	75	100
Total	4	100	100	

El 75% de los profesionales a cargo del programa de planificación familiar llevan mas de 2 años desempeñándolo.

En cuanto a la caracterización sociodemográfica de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente de la ESE Popayán, en este estudio se encontró que el rango de edad más frecuente con igual número de usuarios fue de los intervalos de 16-20 años y 21-25 años indicando esto que el inicio de la actividad sexual es a temprana edad, coincidiendo esta situación en que la mayoría de estas usuarias se han embarazado una sola vez, e igualmente la gran mayoría tienen un solo hijo y se encuentran en unión libre como estado civil.

Gran parte de ellas son del área rural llamando esto la atención aunque se atribuye a las veredas adyacentes que son de influencia del Centro de Salud.

Con referencia a la escolaridad la mayor frecuencia la tienen las usuarias que han cursado algún grado de secundaria, evidenciando que tienen cierto nivel educativo que favorece la adherencia al Programa.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, realizada por Profamilia el 62% de la población encuestada se encuentra entre 15 y 64 años, en lo que coincide también el presente estudio.

Además las tasas netas de asistencia a la secundaria son un poco más altas para las mujeres, especialmente en zona rural. En este mismo estudio el promedio de edad para inicio primera relación sexual fue de 18.3 años. Las uniones libres con respecto al año 2000 se incrementaron en 4 puntos llegando al 30%.

No coincide con la procedencia porque en el estudio de Profamilia, la mayoría pertenecen a la zona urbana.

Con relación al conocimiento del cliente interno y externo sobre el Programa de Planificación se analiza que:

- Al personal de salud encuestado manifiesta haber formado parte de gestión del Programa de Planificación Familiar por un período mayor de 2 años refirieron haber contado con procesos de inducción y capacitación técnica en lo referente al programa, sin embargo no se ha desarrollado supervisión técnica de manera continua al personal, ni se realizan evaluaciones periódicas que permiten establecer el grado de conocimiento del personal involucrado en el proceso afectando la prestación de los servicios de salud con calidad.

- Con relación al conocimiento del cliente externo en lo referente a los métodos de planificación familiar, la gran mayoría de ellas respondía satisfactoriamente así: 56.25% conoce los métodos de barrea, 68% conoce los métodos definitivos; 53.12% conoce frecuencia del control DIU a excepción de que solo el 28% conoce efectos colaterales de métodos hormonales, coincidiendo así con el Estudio de Profamilia del 2005, donde documenta que el conocimiento de los métodos anticonceptivos es universal, entre las mujeres del país.

En lo referente a los lineamientos de auditoría, se analizan los siguientes puntos:

- Que aunque el Programa de Planificación Familiar se encuentra implementado y funcionando, según lo establece la Resolución 412 de diciembre de 2000, en el Centro de Salud Suroriente de la ESE Popayán, los procesos y procedimientos están parcialmente documentados y no se ha realizado la debida socialización. Se cuenta con una historia clínica para el Programa de Planificación Familiar

según criterios de la normatividad vigente, la información publicada del programa de Planificación Familiar es limitada. Situación que contribuye al no cumplimiento de una demanda inducida efectiva.

- No se cuenta con un programa de seguimiento de las usuarias inscritas en el programa, alterando así la prestación del servicio con calidad y fomentando la discontinuidad de los métodos.

La mayoría de las usuarias encuestadas tienen una respuesta positiva con referencia a la oportunidad, accesibilidad, suficiencia y en general a la satisfacción en la prestación del servicio.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 CONCLUSIÓN

Al realizar el monitoreo y evaluación de la calidad en el Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroccidente ESE Popayán, se puede concluir que a pesar de tener implementado el programa según normatividad vigentes, no se encuentran totalmente documentados los procesos y procedimientos, no se han socializado y no existe un programa de seguimiento a las usuarias con relación al cliente externo, a pesar de tener experiencia laboral en promoción y prevención, falta un programa de educación continuada, supervisión y capacitación técnica.

Con relación al cliente externo, se encontró que está satisfecho con el servicio, la mayoría tiene conocimientos básicos de los métodos de planificación familiar, aunque se deben ampliar.

9.2 RECOMENDACIONES

- Elaborar y ejecutar un plan de educación continuada para el cliente interno en el que se desarrollen procesos de capacitación, inducción al personal nuevo y evaluaciones periódicas.

- Implementar un programa de seguimiento a los usuarios que permitan evitar la discontinuación al programa de planificación familiar y así reducir las tasas de fertilidad.
- Establecer un plan de consejería en Planificación Familiar ya que es fundamental para mejorar la vinculación usuaria – instalación, lo cual conduce a mayores tasas de adaptación de un método anticonceptivo, uso eficaz y continuación, ya que la mayoría de las usuarias desconocen los efectos secundarios de los métodos hormonales.
- Documentar el total de procesos y procedimientos para el Programa de Planificación Familiar y posterior a esto desarrollar la socialización de los mismos.
- Implementar una estrategia de Información – Educación – Comunicación digerida a la población objeto del programa.
- Dentro de la calidad de la atención a la usuaria se debe contar con la continuidad de los servicios referido a este al abastecimiento de los insumos de planificación dentro de la institución, teniendo en cuenta que el Centro de Salud posee contrato para la prestación de los servicios con diversas Empresas del régimen subsidiado es indispensable que la contratación se realice de manera integral en la cual a la usuaria se le haga entrega de los insumos del programa dentro del Centro de Salud, dándole así cumplimiento a este componente.

BIBLIOGRAFÍA

APLEGATE, Rachel. "Models of satisfaction" en Encyclopedia of library and Information Science. New York: M. Dekker, 1994, 60, p. 199-227.

BRUCE J, Jain A. Assessing the fertility impact of quality of family planning services. New York: The Population Council, Working Paper No. 22, 1988.

COLOMBIA. Resolución 3384 2000

_____. Resolución No. 412 2000.

_____. Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad 2.001

_____. Profamilia ENDS. Resumen 2.005 pág. 9,10, 13

_____. Profamilia Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta nacional de demografía y salud. 2005

DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260(12):1743-1748.

_____. A primer of quality assurance and monitoring in medical care. Toledo Law Rev 1989;20(2):401-453.

ESCUELA DE SALUD PUBLICA de la universidad de Buenos Aires.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. ICONTEC 2.003. Manual de Habilidades para auditoria.

KAUFMANN, José Miguel. Norma ;Dachaville , estela de para , Martha Noemí “ auditoria en servicio propio” Rev , De la asociación Argentina de Auditoria odontología (ACADAU) año 11Nº 3.1995 ps 8-16

MALAGÒN LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo y PONTÓN LAVERDE Gabriel. Garantía de Calidad en Salud. 2ª ed. México: Médica Panamericana pág. 13.

_____. Administración Hospitalaria. 1ª ed. México: Médica Panamericana pág. 424.

SIMMONS, Ruth y PHILLIPS, James F. citados En: Bruce J. Fundamental elements of the quality of care. Stud Fam Plann 1990;21(2):61-91.

Anexo A. Formato Encuesta Monitoreo y Evaluación de Calidad de los Servicios de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente E.S.E Popayán Noviembre 2007.

UNIVERSIDAD DEL CAUCA- UNIVERSIDAD EAN
POSTGRADO EN AUDITORIA

ENCUESTA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD SURORIENTE E.S.E POPAYÁN NOVIEMBRE 2007.

OBJETIVO: Determinar las características socio demográficos y el nivel de conocimiento que se tiene acerca del programa de Planificación familiar.

VARIABLE: Cliente Externo:

EDAD _____ N° CARNET O HC _____ SEXO _____
PROCEDENCIA RURAL _____ URBANA _____
ESCOLARIDAD: _____
ESTADO CIVIL: SOLTERA _____ CASADO _____ UNION
LIBRE _____ SEPARADA: _____
N° DE EMBARAZOS: _____ N° HIJOS: _____

1. LA ATENDIERON RÁPIDAMENTE AL INGRESAR A LA CONSULTA?

SI NO

2. ES FACIL PARA USTED LLEGAR AL CENTRO DE SALUD?

SI NO

3. ES CONVENIENTE PARA USTED EL HORARIO DE ATENCION?

SI NO

4. TUVO SUFICIENTE PRIVACIDAD EN SU CONSULTA?

SI NO

5. ENCONTRO LIMPIA LAS INSTALACIONES?

SI NO

6. EL TIEMPO DE CONSULTA FUE SUFICIENTE PARA DISCUTIR SUS NECESIDADES?

SI NO

7. DURANTE LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EL PROFESIONAL DE SALUD LOGRO UN AMBIENTE DE CONFIANZA Y RESPETO?

SI NO

8. LA INFORMACIÓN QUE LE BRINDO EL PROFESIONAL EN LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR FUE CLARA, APROPIADA Y COMPRENSIBLE?

SI NO

9. EN LA CONSEJERÍA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR LO ILUSTRARON EN LAS DIVERSAS ALTERNATIVAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

SI NO

10. CONOCE AL MENOS UN MÉTODO DE BARRERA?

SI NO

11. CONOCE LOS MÉTODOS DEFINITIVOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

SI NO

12. CONOCE LA FRECUENCIA CON LA QUE DEBE ASISTIR A SU CONTROL DE DIU?

SI NO

13. CONOCE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MÉTODOS HORMONALES?

SI NO

14. TIENE INTENCIÓN DE ASISTIR CUMPLIDAMENTE A LOS CONTROLES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

SI NO

Anexo B. Encuesta Monitoreo y Evaluación de Calidad de los Servicios de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente E.S.E Popayán noviembre 2007.

UNIVERSIDAD DEL CAUCA- UNIVERSIDAD EAN
POSTGRADO EN AUDITORIA
ENCUESTA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD SURORIENTE E.S.E POPAYÁN NOVIEMBRE 2007.

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento que se tiene acerca del programa de Planificación familiar.

VARIABLE: Cliente Interno:

1. CUANTO TIEMPO DE SU DESEMPEÑO LABORAL HA ESTADO RELACIONADO CON EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

< 6 MESE 6M – 1 AÑO 1- 2 AÑO >2 AÑO

2. AL INGRESAR A ESTA INSTITUCIÓN RECIBIÓ INDUCCIÓN ACERCA DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR PARTE DEL COORDINADOR?

SI NO

3. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HA RECIBIDO CAPACITACIÓN TÉCNICA EN LO REFERENTE A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

SI NO

4. USTED COMO PERSONAL DE LA SALUD HA RECIBIDO SUPERVISIÓN TÉCNICA CONTINUA EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

SI NO

5. LE HAN REALIZADO EVALUACIONES PERIÓDICAS REFERENTES AL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

SI NO

Anexo C. Instrumento de Monitoreo y Evaluación de Calidad de los Servicios de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente E.S.E Popayán noviembre 2007.

UNIVERSIDAD DEL CAUCA- UNIVERSIDAD EAN
POSTGRADO EN AUDITORIA

INSTRUMENTO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD SURORIENTE E.S.E POPAYÁN NOVIEMBRE 2007.

OBJETIVO: Verificar los lineamientos de auditoria de la calidad en el Centro de Salud Suroriente E.S.E Popayán.

VARIABLE: Institución

1. ESTA IMPLANTADO Y EN FUNCIONAMIENTO EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD SURORIENTE SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE?

SI NO

2. SE ENCUENTRA DOCUMENTADO EN SU INSTITUCIÓN EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR MEDIANTE MANUALES DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS?

SI NO

3. EXISTEN REGISTROS EXCLUSIVOS PARA EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

SI NO

4. EXISTE EN LA INSTITUCIÓN UN LUGAR EXCLUSIVO PARA DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN DETALLADA ACERCA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (FOLLETOS, PROPAGANDA DE LOS DIFERENTES MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)

SI NO

5. EXISTE SEGUIMIENTO DEBIDAMENTE SOPORTADO A LAS USUARIAS INSCRITAS AL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

SI NO

6. DENTRO DE LA MISMA INSTITUCIÓN SE ENTREGAN LOS INSUMOS REFERENTES AL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

SI NO

Anexo D. Operacionalización de Variables – Cliente Externo

Variable	Definición	Indicador	Definición del indicador	Medición	Operacionalización
Características sociodemográficas del cliente externo.	Son las características que se estudian sobre un grupo de población humana que analiza su volumen, crecimiento y distribución en un momento o ciclo ²⁰ .	✓ Edad	Tiempo que ha vivido una persona ¹ .	Rango	¿Cuántos años tiene usted?
		✓ Sexo	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra en los seres humanos, animales y plantas ¹ .	Nominal	¿Qué sexo tiene usted?
		✓ Procedencia	Origen, principio del que procede algo ¹ .	Nominal	¿su procedencia es urbana o rural?
		✓ Escolaridad	Tiempo durante el cual un alumno asiste a la escuela a cualquier centro de enseñanza ¹ .	Ordinal	¿Qué grado de escolaridad ha cursado?

²⁰ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22ª ed. [En : wordreference.com](http://wordreference.com)

Variable	Definición	Indicador	Definición del indicador	Medición	Operacionalización
		✓ Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez etc.	Nominal	¿A qué estado civil pertenece Usted?
		✓ Número de embarazos	Número: concepto matemático que expresa cantidad ¹ Embarazo: preñez de la mujer ¹	Razón	¿Cuántas veces se ha embarazado Usted?
		✓ Número de hijos	Número: concepto matemático que expresa cantidad ¹ Hijo (a): personal o animal respecto a su padre o a su madre ¹	Razón	¿Cuántos hijos tiene Usted?

Variable	Definición	Indicador	Definición del indicador	Medición	Operacionalización
Lineamientos Auditoría	Guía o parámetro que orientan los procesos que mide la calidad y la racionalización de los recursos ¹	✓ Oportunidad	Manejo propicio de algo ¹ .		¿Le atendieron rápidamente al entrar a la consulta?
		✓ Accesibilidad	Posibilidad de tener acceso ¹ .	Nominal	¿Es fácil para Usted llegar al Centro de Salud?
		✓ Continuidad	Duración o permanencia de una cosa sin interrupción ¹	Nominal	¿Tiene intención de asistir cumplidamente a los controles de planificación familiar?
		✓ Satisfacción usuario	Los usuarios están felices o emocionalmente satisfechos cuando se ha respondido correctamente a sus preguntas ²¹ .	Nominal	¿El tiempo de consulta fue suficiente para discutir sus necesidades? Preg. 7-8; 3-4
		✓ Suficiencia	Dar la cantidad que se requiere.	Nominal	El tiempo de la consulta fue suficiente para discutir sus necesidades?

²¹ APLEGATE, Rachel. Models of satisfaction. Librario and information Science. New York : M.Dekker, 1994. p. 199-227.

Variable	Definición	Indicador	Definición del indicador	Medición	Operacionalización
Conocimiento de los métodos de planificación familiar	Métodos de planificación familiar son las formas de evitar el embarazo, cumplen la función de impedir que el óvulo y el espermatozoide se unan.	✓ Método de barrera: Condón	Consiste en una funda de látex se coloca recubriendo completamente el pene en el momento del coito y que impide el paso de los espermatozoides a la vagina ³ .	Nominal	¿Conoce Usted un método de Planificación Familiar de Barrera?
		✓ Método definitivo: Ligadura – Vasectomía	Consiste en una sencilla intervención en la cual se seccional o ligan las trompas de Falopio con el que se impide que el óvulo se encuentre con el espermatozoide y en ligar los conductos deferentes, con lo que se impide que los espermatozoides salgan con el semen en el momento de la eyaculación ²² .	Nominal	¿Conoce Usted un Método de Planificación Familiar Definitivo?

²² HERNÁNDEZ, Jeannette. Métodos de Planificación Familiar.

Variable	Definición	Indicador	Definición del indicador	Medición	Operacionalización
		✓ Dispositivo Intrauterino	Consiste en un pequeño dispositivo metálico o de plástico que es colocado dentro del útero a través del cuello uterino, impidiendo la gestación. DIU de intervalo periodicidad de control al mes y luego cada año ²³ .	Nominal.	¿Conoce la frecuencia con la que debe asistir a su control del DIU?
		✓ Métodos Hormonales	Anticonceptivos orales. Hormonas sintéticas similares a las humanas sexuales producidas por el ovario. Se usan en una combinación de dosis que inhiben la ovulación.	Nominal	¿Conoce usted los efectos secundarios de los Métodos Hormonales?

²³ COLOMBIA. Norma Técnica Planificación Familiar. Resolución 412, febrero de 2000.

Variable	Definición	Indicador	Definición del indicador	Medición	Operacionalización
Conocimiento del Programa de Planificación Familiar por el cliente interno	Métodos de planificación familiar son las formas de evitar el embarazo, cumplen la función de impedir que el óvulo y el espermatozoide se unan.	✓ Experiencia laboral	<p>Anticonceptivos inyectables. Las hormonas pueden inyectarse por vía intramuscular para proporcionar un depósito que puede proteger de 1 a 3 meses, estos actúan impidiendo la ovulación.</p> <p>Desventajas: irregularidad menstrual, aumento de peso, náuseas, dolores de cabeza, vómitos, náuseas, tensión mamaria, aparición de várices.</p> <p>Práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo, en este caso perteneciente o relativo al trabajo.</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>¿Conoce usted los efectos secundarios de los métodos hormonales?</p> <p>¿Cuánto tiempo de su desempeño laboral ha estado relacionado con el Programa de Planificación Familiar?</p>

Variable	Definición	Indicador	Definición del indicador	Medición	Operacionalización
		✓ Inducción	Incitar, provocar a alguien a que haga algo.	Nominal	¿Al ingresar a esta institución recibió inducción acerca de los programas de planificación familiar?
		✓ Capacitación técnica	Hacer a alguien apto para algo en el lenguaje propio de un arte, ciencia, oficio, etc.	Nominal	¿En los últimos 6 meses ha recibido Capacitación Técnica en lo referente a los Programas de Planificación Familiar?
		✓ Supervisión técnica	Ejercer la inspección superior en trabajos realizados por otros.	Nominal	¿Usted como personal de salud ha recibido Supervisión Técnica continua en la realización de procedimientos relacionados con el programa de planificación familiar?
		✓ Evaluaciones	Estimar los conocimientos, aptitudes y rendimiento de los alumnos	Nominal	¿Le han realizado evaluaciones periódicas referentes al programa de Planificación Familiar?

Anexo E. Plantilla para el monitoreo y evaluación del Programa de Planificación Familiar del centro de Salud Suroriente E.S.E. Popayán 2007

OBJETIVOS

- Identificar los procesos que le permiten a la institución cumplir con la prestación adecuada de las actividades de planificación familiar.
- Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.
- Identificar la disponibilidad de recursos e información necesarios para el buen desarrollo del programa y el seguimiento de cada uno de los procesos.

SOPORTES NORMATIVOS E INSTITUCIONALES

- Legislación y normatividad
- Manuales de auditoria
- Protocolos de auditoria
- Listas de chequeo
- Contratos
- Bases de datos e información

PROCESOS RELACIONADOS CON LA INSTITUCION

Proceso a evaluar	Puntaje
1. Existencia de manuales de procesos y procedimientos documentados para las siguientes actividades: consulta de primera vez en P.F, (por médico y por enfermería) consulta de control por enfermería, inserción de DIU, suministro de anticonceptivos.	
2. Contar con un manual documentado que defina los responsables de la elaboración de los manuales de procesos y procedimientos su aprobación, revisión, actualización, socialización, aplicación, evaluación e inducción al personal nuevo.	
3. Existencia de flujogramas para la canalización efectiva intramural de los usuarios hacia los servicios de P.F.	
4. Los manuales de procesos y procedimientos deben encontrarse disponibles en los puntos de uso	
5. Contar con historia clínica exclusiva para el programa de planificación familiar, la cual se encontrará de acuerdo a la normatividad vigente.	
6. Contar con ayudas educativas como: carteleras, folletos, videos, para el programa de P.F. y deben ser utilizadas constantemente en los procesos educativos para los usuarios. Estas ayudas mencionadas deben contar con personal de salud responsable de la elaboración y revisión periódica.	
7. Contar con mecanismos de seguimiento y control a los usuarios del programa. Elaborar una base de datos que incluya aspectos como: fecha, nombre del usuario, edad, procedencia, afiliación, consulta primera vez, controles, método de planificación utilizado y asistencia o no a los controles.	

Proceso a evaluar	Puntaje
8. Elaboración de un formato de registro para el reporte de las usuarias con ligadura de trompas y usuarios con vasectomía. El formato debe incluir: fecha, nombre, edad, procedencia, afiliación y procedimiento realizado.	
9. Disponer de mecanismos de seguimiento y control al cumplimiento de las actividades de planificación familiar. Elaborar informe de ejecución de actividades mensualmente y compararlo con las actividades programas por EPS-S y por contrato; con el fin de identificar las coberturas alcanzadas.	
10. Desarrollo de reuniones de coordinación por parte de la gerencia y equipo de apoyo, con el fin de analizar situaciones presentadas para la toma de decisiones, las cuales deben estar documentadas (contar con acta y soportes de la asistencia) y además obedecer a una programación previa para todo el personal de la IPS. Como resultado debe generarse un Plan de mejoramiento institucional en el cual se menciona problemas encontrados, estrategias a desarrollar, resultados esperados, responsable y fecha límite para su cumplimiento.	

Nota: Cada proceso tiene un valor de 1 a 10 puntos dependiendo del grado de cumplimiento si el puntaje total tiene un valor máximo de 100 puntos para una calificación así:

Puntos	Calificación
80 – 100	Excelente
60 – 79	Bueno
< 60	Deficiencia
< 40	Muy deficiente

Anexo F. Instructivo de Plantilla Monitoreo y Evaluación del Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud Suroriente E.S.E. Popayán 2007

Se deben tener en cuenta las siguientes instrucciones para diligenciar adecuadamente las siguientes plantillas:

1. Verificar y evidenciar físicamente la existencia de los manuales de procesos y procedimientos del Programa de Planificación Familiar.
2. Verificar y evidenciar físicamente la existencia de los manuales de procesos y procedimientos que contengan responsables, revisión, actualización, evaluación e inducción al personal nuevo.
3. Verificar y evidenciar físicamente la existencia de los flujogramas del Programa de Planificación Familiar.
4. Verificar y evidenciar físicamente la existencia de los manuales de procesos y procedimientos en las unidades funcionales del servicio.
5. Verificar y evidenciar físicamente la existencia de un formato de historia clínica exclusiva para el Programa de Planificación Familiar.
6. Verificar y evidenciar físicamente la existencia en la institución de carteleras, folletos, videos, exclusivos para el Programa de Planificación Familiar.

7. Verificar y evidenciar físicamente la existencia de la base de datos completa y actualizada de las usuarias inscritas al Programa de Planificación Familiar, igualmente debe contar con una herramienta donde se soporte por escrito la demanda inducida telefónicamente a las usuarias del programa inasistente.
8. Verificar y evidenciar físicamente la existencia de un formato de registro de pacientes con actividades definitivas de Planificación Familiar.
9. Verificar y evidenciar físicamente la existencia del formato que mide el porcentaje de cumplimiento de las metas alcanzadas en el Programa de Planificación Familiar.
10. Verificar y evidenciar físicamente la existencia de actas de reuniones de coordinación por parte de gerencia y equipo de apoyo relaciona con el Programa de Planificación Familiar.