

NI 151
T 107
D 24
1998
c.

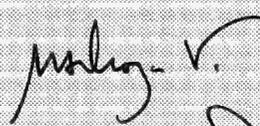
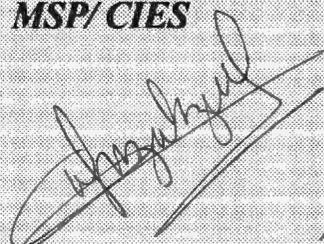
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA
CIES, UNAN**

**INFORME FINAL
TESIS
PARA OPTAR AL TITULO DE
MASTER EN SALUD PUBLICA**

**EVALUACION DEL PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
DISTRITO 6.2, MANAGUA
SEPTIEMBRE 1996- SEPTIEMBRE 1997**

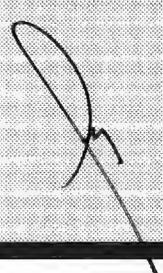
AUTORA : Dra. Ana Lissette Dávila Marcos

**TUTOR : Dr. Lorenzo Muñoz García
MSP/ CIES**



JULIO, 1998

Ana Lissette Dávila Marcos



INDICE

<i>Agradecimiento</i>	
<i>Dedicatoria</i>	
<i>Resumen</i>	
<i>Introducción</i>	<i>1</i>
<i>Antecedentes</i>	<i>3</i>
<i>Justificación</i>	<i>7</i>
<i>Planteamiento del Problema</i>	<i>8</i>
<i>Objetivos</i>	<i>9</i>
<i>Marco de Referencia</i>	<i>10</i>
<i>Material y Método</i>	<i>29</i>
<i>Resultados</i>	<i>33</i>
<i>Discusión</i>	<i>41</i>
<i>Conclusiones</i>	<i>47</i>
<i>Recomendaciones</i>	<i>48</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>49</i>
<i>Anexos</i>	<i>54</i>

AGRADECIMIENTOS

"Aunque imperfecto y provisional, nada de lo que se puede y debe realizar mediante el esfuerzo solidario de todos para hacer más humana la vida de los hombres se habrá perdido ni habrá sido en vano". Juan Pablo II

A Dios, por darme las fuerzas necesarias para continuar este camino y ayudarme día a día en mis decisiones. A mis Padres y Hermanos, por el acompañamiento y apoyo incondicional en cada uno de los momentos que así lo necesité, sobre todo por suplirme cuando mi hija lo necesitaba.

A mi esposo, por su confianza.

A mi gran amiga, Dra. Jennifer Salas Olivares, médico del Puesto Médico Américas Uno, que con muestras sinceras de cariño y su incondicional apoyo ayudó a consolidar los esfuerzos para realizar la intervención en la localidad.

Al Dr. Eduardo José Parrales Gámez, amigo especial quién mostró todo su interés por llevar a cabo este estudio, de manera incondicional y el constante apoyo moral tan bien expresado, rescatando así los principios de amistad que muchas veces olvidamos.

A Matilde, por escucharme y comprenderme en los momentos difíciles.

A las personas que estuvieron constantemente apoyando incondicionalmente: Al personal de PROSIM, principalmente a la Dra. Regina Meyer por el apoyo importante y necesario para lograr el fin de esta investigación. Al personal del Centro de Salud Villa Venezuela, Sra. Maritza Gómez, Silvia Tapia y Alba Obando por toda la información brindada incondicionalmente. A esas personas, que muy escondidas están constantemente al lado mío Paola, Patry, Indira, Guillermo, Suzanne, Ernesto y Robertito.

A dos amigas especiales, Aura por sus aportes y apoyo y Maritza Rizo, por haberme abierto la ilusión de continuar en ésto con mejores conocimientos.

Al Dr. Lorenzo Muñoz García, por sus valiosos aportes y consideraciones sobre este estudio, por su esmero y paciencia ante cada una de las situaciones difíciles que se presentaron, su acompañamiento y la dedicación por enseñarme más cada día y ayudarme a la superación.

Y, finalmente A cada una de las mujeres que participaron en el estudio por brindar toda la información necesaria y valiosa para esta culminación.

"Cuántas doctrinas erróneas defendemos todavía en el Siglo XX? Si supiéramos con certeza, que son erróneas las habríamos rechazado. Por ello, investigamos y aguardamos con esperanza".

Albert S. Lyons

Gracias, inmensamente, Gracias.

Ana Lissette Dávila Marcos.

DEDICATORIA

Con el amor más puro y más grande, y la máxima y única razón de continuar luchando; a mi hija, Meryann Alexandra y a mi sobrina, otra expresión similar, Ana Gabriela, que por ser mujeres me han impulsado a sensibilizarme aún más a la vulnerabilidad de este grupo y quienes necesitan más de este tipo de intervenciones para lograr reducir el riesgo en su adolescencia; y hacerla más segura y con mayor educación en la salud de esa etapa.

A, un ser, especial para mí que ya no está presente, a mi Tía, Esthela D'Franco, que día a día supo darme ese apoyo, y hoy esté donde esté, se dará cuenta de que he llegado a la meta, la cual un día ella misma impulsó y estará segura, como yo, que es el pequeño inicio de una gran carrera, con la cual contribuiré a la Salud de este tan necesitado Pueblo, sobre todo en el grupo más vulnerable de la humanidad, después de los infantes, Las Mujeres. Y a mi siempre querida Mamita : Ana D' Franco, y su hija Martha, quienes estarán siempre presentes en mí.

" Para observar tienes que aprender a comparar, para comparar, necesitas haber observado. La observación genera conocimiento y el Conocimiento es necesario para observar. Observa mal el que no sabe hacer nada con lo que haya observado. Para el manzano, tiene un ojo más agudo el cultivador de frutas que el paseante, pero no ve exactamente al hombre quien no sepa que el hombre, es destino del hombre " .

Bertolt Brecht.

Porque seguiré adelante, para ser mejor y dar lo que puedo; a quien lo necesite, por mejorar el estado de su salud...

Ana Lissette Dávila Marcos.

RESUMEN

Uno de los aspectos más importantes relativos a la mortalidad materna y perinatal es la elevada proporción de muertes que pueden evitarse, por lo que resulta importante examinar los efectos que los servicios de salud tienen para este fin. En el Puesto Médico Américas Uno se llevó a cabo una intervención en el Programa de Salud Reproductiva, con el fin de incidir en esta situación, la cual es de importancia en los gerentes de dicha área la evaluación de sus efectos en la población femenina.

Este estudio tuvo el objetivo de determinar los resultados del Programa de Salud Reproductiva, para lo cual se creó un estudio evaluativo, con una muestra no probabilística de 350 mujeres del Programa de Fertilidad usuarias de primera vez, 60 mujeres del Control Prenatal de primera vez y 100 mujeres de los Barrios de acceso al Puesto para determinar la percepción de éstas acerca de los métodos anticonceptivos.

Los resultados demuestran que el Programa de Salud Reproductiva ha mejorado, incrementándose la cobertura y concentración del mismo; donde las actividades básicas fueron la educación, promoción, sensibilización de los recursos y el desarrollo de dichas actividades con participación de agentes comunitarios.

Se concluye principalmente que, se ha ingresado a los programas de salud reproductiva a las mujeres que tienen factores de riesgo por edad, estado civil y paridad; con aumento de la cobertura y concentración en el Programa de Salud Reproductiva contribuyentes de la disminución de la mortalidad materna y perinatal; las mujeres en edad fértil han tenido cambios en las percepciones de los métodos anticonceptivos y que la consolidación de las actividades del personal de salud y agentes comunitarios han sido uno de los logros más importantes que contribuyeron a ello.

Se recomienda extender las actividades de promoción y educación en salud reproductiva con participación de agentes comunitarios e interinstitucionales, principalmente a los grupos de mujeres que se consideran con algún factor de riesgo, perfeccionar el concepto de enfoque de riesgo e implementar intervenciones de este tipo para contribuir a la disminución de la mortalidad materna y perinatal, con el fomento en el cambio de actitudes en todo el personal de salud para mejora en la atención en la comunidad, prioriza los insumos médicos, material de reposición periódica e instrumento para el programa de salud reproductiva, formar Club con mujeres en edad fértil de alto riesgo reproductivo coordinado por el personal de salud de la comunidad y realizar evaluaciones y monitoreo continuo a los programas de salud reproductiva.

INTRODUCCION

Es importante examinar los efectos de la Salud Reproductiva sobre la mortalidad materna, perinatal e infantil. Aunque en los países en vías de desarrollo la mortalidad, especialmente la infantil ha disminuido durante los últimos 30 años, permanece aún más alta que en los países industrializados.

Uno de los aspectos más importantes relativos a la mortalidad materna y perinatal es la elevada proporción de muertes que pueden evitarse. Un porcentaje significativo de mortalidad infantil se debe a causas perinatales; la mortalidad perinatal presenta un problema importante en muchos países latinoamericanos, dada la posibilidad de prevención, no constituyen sólo un indicador de daño de orden biológico, sino también de la eficacia de los sistemas de salud de los países y de la postergación social de la mujer porque está relacionada con la cobertura, calidad y accesibilidad a la atención institucional de la Salud de la Mujer en edad Fértil. (1)

Los servicios de Salud en Centroamérica son diferentes, tanto en cobertura como en calidad, para atender las múltiples necesidades de la gran mayoría de las mujeres se considera que los servicios ambulatorios obstétricos no funcionan en condiciones aceptables en cuanto a planta física, recursos materiales y suministros médicos. (2)

Las investigaciones aplicadas a los servicios de salud no han desarrollado la suficiente temática para los parámetros relacionados con los servicios disponibles a la mujer. El mejoramiento de la infraestructura Sanitaria, con buen uso de ésta, el comportamiento del personal de salud, la educación a la mujer, con información relevante, oportuna y suficiente sobre su salud, supone un uso oportuno de los servicios de salud. (3)

El área de salud Villa Venezuela se encuentra ubicada en el sector Oriental de Managua, en una extensión territorial de aproximadamente 130 Km. 2. Limita al Norte con el área 6.1 en la Colonia Miguel Gutiérrez, al Sur con la comarca las Jaguitas y el Bo. René Polanco, al Este con Tipitapa y Cofradía al Oeste con el Barrio la URSS, Colonia 14 de septiembre y Jardines de Veracruz. Cuenta con una población de 106,882 habitantes, de los cuales se estima que las Mujeres en Edad Fértil sea de 27,797 que representan un 26% de la población general con un total de 3864 embarazos esperados. La red de servicios de salud está constituida por 10 puestos médicos y un centro de salud C. (4)

Entre los principales problemas de salud del área se encuentra el incremento de la mortalidad perinatal que ha tenido para los últimos años tasas (por cada mil nacidos vivos) de 7.3 para 1994, 8.8 para 1995 y de 19.8 para 1996. Al analizar la distribución por Barrio de dicha mortalidad, para 1996 la incidencia más alta la representan los Barrios correspondiente al Puesto Médico Américas Uno, con un porcentaje ocurrencia de todas las muertes del 15% para 1994, 20% para 1995 y de 14.2 para 1996. (5).

El Puesto Médico Américas Uno, tiene como área de influencia tres Barrios, con una población total de 11,567, de los cuales se estiman 3,540 Mujeres en Edad Fértil, que corresponden al 12.7% del total de área a la cual pertenecen. En las proyecciones del Ministerio de Salud, se espera que existan 454 embarazos en este sector para 1996-1997, que corresponden al 12% del total de área de salud. (6)

Dentro de las principales causas patológicas que se han determinado para la mortalidad perinatal, se encuentran las Infecciones Urinarias y el Síndrome Hipertensivo Gestacional, que desencadenan partos prematuros con subsecuentes productos pretérminos, que no sobreviven al ambiente externo en el caso de las muertes neonatales o Infecciones Intrauterinas, malformaciones congénitas en el caso de las Muertes Fetales Tardías (óbitos).

Se han identificado además otros factores causales para la mortalidad perinatal, como el caso de embarazos no deseados, embarazos en edades maternas que son tempranas o tardías (menores de 19 años y mayores de 33 años), los cuales conllevan a la búsqueda y/o utilización de métodos de interrupción de la gestación desde el uso de fármacos que se creen tengan alguna propiedad abortiva hasta la propia practica abortiva clandestina que originan mortalidad materna en algunos casos. (7)

Con el propósito de dar solución a la problemática del Barrio Américas Uno, se impulsó un proyecto de atención en salud Reproductiva, conteniendo todos los acápites de atención a la mujer, donde de acuerdo al consenso expresado por los gerentes del área correspondiente, es necesario evaluarlo para determinar así el impacto de éste sobre los indicadores básicos de salud femenina, tomando en cuenta la producción de servicios, la cobertura del programa, las características de las usuarias y la valoración de la atención por las mismas, así como las percepciones que éstas tengan.

ANTECEDENTES

Estudios realizados en países en desarrollo revelan que son normales los embarazos en las mujeres de 15 a 19 años. En Uganda, Liberia y Malí para 1980 se reveló que más de una de cada cinco mujer en edades de 15 a 19 años habían tenido al menos un hijo o estaba embarazada al momento de la encuesta (8)

Hay estudios que indican que los hijos de las mujeres menores de 20 años tienen mayor riesgo de fallecer. En Indonesia, los hijos de madre de 18 años tienen un 50% más de probabilidades de fallecer que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. En América Latina y el Caribe, el 16% de todos los nacimientos ocurridos en 1992 corresponden a madres menores de 20 años (9).

En Bogotá, Colombia, Casas Gómez y col. estudiaron a 102 mujeres de 15 a 44 años concluyendo que la edad no influye en las prácticas de las creencias que prevalece en las tradiciones y costumbres de las mujeres, respondiendo éstas a la necesidad de preservar la salud y prevenir la enfermedad (10)

En Perú, un estudio en 799 gestantes adolescentes encontró que en 50% afirmaron que la madre soltera es mal vista por la sociedad y el 56% afirma que están de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos en las solteras. Sobre los conocimientos de Salud Reproductiva se encontró que el 51% no conocen sobre el tema, el 36% afirmó que la información sobre la reproducción sexual proviene de amigos, el 74% no está familiarizado con un método para prevenir el embarazo. (11)

Valenzuela Garido y col. en Chile en el año de 1988 realizaron una encuesta de Salud Reproductiva en adultos jóvenes donde se obtuvo que el uso de métodos anticonceptivos en el primer coito es inferior al 70%, siendo el ritmo y la pildora los más utilizados. El 69.7% de los embarazos en adolescentes fueron concebidos premaritalmente y el 40% de éstos eran no deseados. (12)

En la India, las probabilidades de ampliar la diversidad y calidad de los métodos anticonceptivos es amplia, en ese país se viene haciendo hincapié desde hace mucho tiempo en la esterilización quirúrgica y ofrecen interesantes incentivos a quienes ofrecen el método y a quienes reciben este servicio (13)

Los intervalos breves entre nacimientos representan considerables riesgos para la salud de los niños, hay estudios donde se revela que, en Kenya los niños nacidos a menos de 18 meses después del nacimiento anterior tienen más del doble riesgo de morir que los nacidos después de un intervalo más largo, En Egipto los riesgos de morir son más del triple. (14)

Dois Castellón y col. en un estudio descriptivo para determinar la relación entre el grado de conocimientos, uso de métodos anticonceptivos y ocurrencias de embarazos encontraron que los métodos anticonceptivos mencionados para prevenir el embarazo fue condón y píldoras en un 100%, Dispositivos intrauterinos en 85%, Hormonales inyectables en 60%.

El estudio además reveló que el grado de conocimiento evaluado para el condón en un 90% fue de regular a malo, los Gestágenos Orales en 100% de regular a malo, Dispositivos intrauterinos en 65% malo. De la muestra, el 80% no utilizaba métodos anticonceptivos y las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos fue 50% la televisión, 25% los familiares, profesionales de la salud 5% y el resto en la escuela y afiches. (15)

En Bolivia, Ghana, Kenya y Tokio una de cada tres mujeres que desean evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos, la dificultad de acceso a los servicios de la planificación Familiar fue expresada como la principal razón. (16)

Numerosos estudios revelan que por falta de asistencia obstétrica las mujeres que dan a luz antes de los 18 años tienen el triple de probabilidades de morir de parto que las que lo hacen entre los 20 y 29 años, para las mujeres de más de 34 años, el riesgo es cinco veces mayor. En Jamaica, el peligro aumentó en 65% después del tercer parto.

En Filipinas, Kenya y Zimbabwe se estima que entre el 30% y 60% de las embarazadas tienen un riesgo elevado de muerte como consecuencia de la edad o del número de partos. (17)

La infraestructura sanitaria de muchos de los países pobres tienen capacidad limitada para llegar a las poblaciones. En Uganda, el tiempo necesario para llegar al Centro de Planificación Familiar más próximo es una hora, mientras que en Tailandia es de 15 minutos.

Otro problema son las prolongadas esperas una vez llegado al Centro de planificación Familiar.

En un estudio sobre las clínicas de varios países de América, el tiempo medio de espera en las primeras visitas es de una hora y veinte minutos. (18)

Hay estudios que demuestran que el descontento con los servicios y la ineficacia de los métodos anticonceptivos inducen a las mujeres a interrumpir su utilización. En Colombia y Tailandia, donde los programas de salud Reproductiva ofrecen buenos servicios, aproximadamente el 6% de las mujeres abandonan los programas por estos motivos , en Paraguay, la proporción es hasta del 18% (19)

Los servicios de salud, requieren de evaluaciones periódicas con el fin de determinar deficiencias y definir intervenciones. Son muchos los estudios relacionados a este aspecto, con el fin de evaluar la calidad de los servicios, entendiéndose que calidad no es lo que se coloca en el servicio sino lo que el usuario obtiene de él, por tanto resulta importante señalar que se interponen barreras en el acceso a los servicios no sólo económicas, sino también psicológicas, informativas, sociales y organizativas.

En Nicaragua, las investigaciones realizadas en el aspecto de la Salud Reproductiva han sido dirigidas a aspectos de la calidad de la atención de éstos, a las percepciones y satisfacción de las usuarias con respecto a los programas de la mujer.

Abaunza y col. en 1985 demostraron que el sector de Malpaisillo y el Jicaral existió poca calidad y poca cobertura en el servicio de Atención Integral a la Mujer (20).

Alvarado Marichal y otros en 1987, determinaron que la mayor parte de las mujeres tienen un bajo nivel escolar y condiciones de vida pésimas y que gran cantidad de gestantes primigestas son captadas tardíamente y no existen los mínimos conocimientos en relación al embarazo y forma de evitarlos. (21)

En 1989, Sánchez Sonia en un estudio de utilización de los servicios de salud en el embarazo, encontró que el 78.4% de las mujeres se habían realizado control prenatal, la escolaridad y la paridad de las madres se encontraron relacionados con la asistencia al Control Prenatal.(22)

En 1991, Porras Ada, en un estudio descriptivo con 247 mujeres encontró que la tasa de Mortalidad Perinatal I fue de 26.08 por mil nacidos vivos registrados, de éstos, el 58.4% de las madres adolescentes eran primigestas nulíparas con un riesgo relativo de mortalidad perinatal de 3.58, el 26% eran solteras, con un riesgo relativo de mortalidad perinatal para estas de 3. El Control prenatal fue deficiente. (23)

En 1992, Calvo Diego, en mujeres que acuden al programa de fertilidad encontró que predomina el grupo de 21-30 años con un 55% del total de mujeres que planifican, la religión católica representó el 80%. El 81% de las mujeres planificaban por acuerdo mutuo de la pareja, el 77% lo hacía por la situación económica. El método anticonceptivo más utilizado fue gestágenos orales en 85% y la valoración clínica en las mujeres del programa es inadecuado. (24)

En 1997, Medrano Yadira, en un estudio de satisfacción de usuarias de los servicios de salud Reproductiva, encontró que el tiempo de espera de las mujeres es mayor de 60 minutos en un 37.7%, el trato brindado a la usuaria por el personal de la admisión es bueno en el 85.3%. el 70.2% de las mujeres refirieron que le habían explicado el procedimiento a realizarle, un 84.2% refirió comprender el problema bastante, el 58.9% opinó que se sintieron conforme con el trato brindado, un 76.8% consideró que los prestadores de los servicios son amables, el 68.3% refirió que le habían brindado algunas recomendaciones. (25)

El SILAIS Managua realizó una encuesta sobre prácticas anticonceptivas en el sector Oriental de Managua en el año de 1995 encontrándose que más del 60% de las mujeres no deseaban el embarazo al momento de la encuesta, y que de éstas, sólo el 20% planificaban, en el 40% restante se respondió que no tenían vida sexual activa (2%), concepciones erróneas de los métodos anticonceptivos (18%), Inaccesibilidad a los servicios de planificación Familiar (15%) y por no desear métodos (5%). (26)

Con el análisis permanente de las fichas de mortalidad materno infantil, para el año de 1996 en el área 6.2 se determinó que más del 50% de las mujeres que han tenido óbitos o hijos neonatos fallecido, no deseaban el embarazo y que de éstas, tan sólo un 40% planificaba con algún método anticonceptivo. Además un 40% de las madres se encontraban en edades de riesgos (menores de 19 años y mayores de 33 años) y el 50% no se realizó CPN. (27)

Para octubre de 1996, se inició en el Puesto Médico Américas Uno, un proyecto de intervención en Salud Reproductiva, el cual fue elaborado basado en el Diagnóstico previo de la problemática del sector, tomando en cuenta la alta incidencia de mortalidad perinatal registrada, además se realizó una encuesta de percepción sobre métodos anticonceptivos, lo cual permitió realizar la red explicativa encontrándose los principales nudos críticos, (28)

El proyecto tuvo como Objetivo General contribuir a la disminución de la mortalidad perinatal en un 30% y como Objetivos específicos Disminuir en 20% los embarazos no deseados con el incremento del uso de métodos anticonceptivo e Incrementar la concentración del programa de CPN en el Puesto Médico. La descripción del proyecto se encuentra en los anexos.

JUSTIFICACION

Incidir en la problemática existente a través de disminución de Embarazos, seguimiento domiciliar de las pacientes inasistentes al programa e incrementando el uso de métodos anticonceptivos como parte de los componentes de desarrollo de estrategias preventivas, con promoción del uso de los Servicios de Salud y de Educación Popular, son actividades que muy poco se toman en cuenta como estrategias para incidir en la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

Desarrollar un proyecto de intervención con actividades de educación sobre planificación Familiar, Distribución Masiva de los métodos anticonceptivos, Visitas domiciliarias a embarazadas de alto riesgo inasistentes del programa que permita el incremento de las coberturas y concentraciones del programa de Salud Reproductiva requiere de su evaluación, dado que es una función del proceso administrativo para poder decidir sobre ellos, tomando en cuenta que la evaluación debe ser orientada a hacer juicios sobre la intervención realizada y poder emitir criterios sobre ésta, que permita determinar si la intervención funcionó y si puede ser generalizada en otras comunidades. (29)

Con el presente estudio se determina si el programa de Salud Reproductiva del Puesto Médico Américas Uno ha tenido resultados favorables para la población femenina que haya contribuido a proporcionar un impacto positivo en la problemática de la Salud de la Mujer y/o de sus hijos, lo cual puede servir de premisa para extender la estrategia de intervención en áreas que se encuentran en las mismas situaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad perinatal en los últimos años ha tenido un incremento significativo, en el área 6.2 los barrios de mayor incidencia son los correspondientes geográficamente al Puesto Médico Américas Uno, donde se ha logrado identificar como factores influyentes, la mala calidad del Control Prenatal y el rechazo de métodos anticonceptivos por las Mujeres en Edad Fértil para espaciar los embarazo o evitar embarazos no deseados, relacionados con mitos sobre los anticonceptivos y barreras para la adquisición de los mismos.

Por ello, es necesaria la evaluación de las estrategias del Programa Salud Reproductiva realizadas en este grupo de mujeres, determinando los resultados alcanzados así como sus limitaciones, ante lo cual es importante realizarnos la siguiente pregunta:

1.- ¿ CUALES SON LAS CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES A LAS QUE SE DIRIGEN LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA.?

2.- ¿ CUALES SON LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA. ?

3.- ¿QUE VALORACION TIENEN LAS USUARIAS ACERCA DE LA ATENCION QUE SE BRINDA EN EL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA ?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los resultados alcanzados del Programa de Salud Reproductiva en el Puesto Médico Américas Uno en el periodo comprendido de Septiembre 1996 a Septiembre 1997. Managua

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Describir las características de las usuarias del Programa..*
- 2.- Conocer la producción de servicios, cobertura y causas de abandono del Programa de Salud Reproductiva.*
- 3.- Conocer las percepciones de las mujeres sobre el Programa salud Reproductiva.*

MARCO DE REFERENCIA

Todos los embarazos y nacimientos representan un riesgo para la salud de la madre y del niño, estos riesgos son más elevados cuando las mujeres tienen algún problema de salud (hipertensión, diabetes, infección renal) que podrían agravarse cuando el embarazo ocurre a una edad temprana o demasiado tardía de la vida Reproductiva de una mujer, cuando los embarazos son demasiado seguidos o no deseados y cuando se trata de una mujer con elevado número de partos.

Los partos habidos por mujeres muy jóvenes representan un mayor peligro para la salud, tanto de la madre como la del hijo, y los nacimientos demasiados seguidos aumentan el riesgo de mortalidad en la niñez; los nacimientos en mujeres de edad avanzada y en el caso de las que han tenido muchos partos son más peligrosos para la madres, lo mismo que los embarazos no deseados que llevan a abortos provocados peligrosos y a la negligencia de la asistencia prenatal. (30)

Se calcula que en 1990 murieron 10 millones de niños menores de 1 año y 4 millones de niños con edades de 1 a 5 años en el mundo. Esta cifra es verdaderamente dramática si se considera que la mayoría de estas muertes podrían evitarse mediante las inmunizaciones, lactancia materna, rehidratación oral, medidas de higiene adecuadas y los nacimientos espaciados de madres que no sean demasiado jóvenes o demasiado mayores.

El recurso de las parejas a los servicios de planificación Familiar es un medio eficaz de evitar muchos de estos riesgos para la salud, asociados a la fecundidad y permite a las familias alcanzar los objetivos que se hayan fijado en este sentido. La planificación familiar forma parte del esfuerzo para mejorar la supervivencia infantil ya que la vida de millones de niños podrían salvarse mediante la prevención de embarazos no deseados y de aquellos otros que ocurren demasiado temprano, demasiado tarde o muy seguido. (31)

Los niños no deseados están más propensos al abandono, al abuso y al descuido, circunstancias que contribuyen a incrementar el impacto fatal de las enfermedades. Por otra parte, se estima que el primer hijo de una madre adolescente tiene 80% más riesgo de morir que el segundo hijo de una madre de 20-24 años.

Los niños que nacen antes de que su hermano cumpla los dos años, tienen el doble de riesgo de morir que los niños nacidos a intervalos de dos o más años. Los niños nacidos de madres muy jóvenes, mayores y muy seguidos son más propensos a nacer con bajo peso y son más vulnerables a los ataques de las enfermedades y menos resistentes a sus efectos.

A estos niños se les deja de amamantar demasiado pronto, si la madre queda embarazada de nuevo y tiene que competir con sus hermanos por la comida y por la atención de los padres; en situación de hacinamiento y malas condiciones sanitarias, las enfermedades se propagan más fácilmente. (32)

Por otra parte, cuando las madres planifican un embarazo, pueden estimar incluso el momento en que se inicia la gestación del nuevo ser y pueden entonces tomar todas las medidas necesarias para evitarle trastornos a su desarrollo.

En muchas partes del mundo, la fecundidad ha venido disminuyendo a medida que se ha difundido la práctica de la planificación Familiar,

Salud Reproductiva se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad, durante el proceso de reproducción así como en el ejercicio de la sexualidad. En este contexto la salud Reproductiva se analiza a partir de tres elementos básicos: Capacidad, logro y seguridad. (33)

CAPACIDAD: *Significa la posibilidad de las personas para reproducirse, decidir, cuándo y cuántos hijos tener y poder disfrutar de la relación sexual.*

LOGRO: *Indica que la reproducción dependen de la supervivencia del crecimiento y del desarrollo de niños sanos.*

SEGURIDAD: *Implica que el hecho de tener un hijo /a, el desarrollo del embarazo y del parto pueden llevarse a cabo sin riesgo para la salud de la mujer; por lo tanto las relaciones sexuales deben tener lugar cuando éstas no presentan ni el más mínimo riesgo para la salud de la pareja.*

DETERMINANTES DE LA SALUD REPRODUCTIVA.

Existen varios factores que influyen en la salud Reproductiva y la salud en general de las personas entre estos podemos citar la herencia genética, el ambiente y la sociedad donde viven y se desarrollan, así como el mismo comportamiento personal y los servicios de atención en salud de que disponen(34)

El desarrollo socio económico es fundamental para la salud de una población. Las mujeres y la niñez son los grupos más vulnerables, las que sufren primero y en mayor grado los efectos desfavorables.

El medio ambiente y la nutrición son dos aspectos importantes cuando se analiza el desarrollo.

La situación de la mujer se ve afectada por la falta de educación y de empleo, por la desigualdad en sus relaciones matrimoniales y de sus derechos en la familia. También por la deficiencia de su nutrición durante su niñez y más tarde como madre. Su acceso limitado a los servicios de salud menoscaba su capacidad de decisión sobre su salud Reproductiva.

El comportamiento individual y el estilo de vida son aspectos importantes de la salud que dependen más de la persona misma que del médico. La salud es un derecho humano, también un derecho social que debe ser concebido y un derecho individual que cada persona debe esforzarse en conservar.

El comportamiento sexual se ha visto influenciado, por la "revolución sexual" de los últimos 25 años que ha tenido graves efectos sobre la salud de las personas, contribuyendo al incremento de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Los embarazos no deseados son resultado también de comportamientos sexuales que afectan la salud, la vida individual y social de las personas.

El comportamiento Reproductivo, que incluye la planificación del embarazo en el momento mas conveniente puede contribuir de manera significativa a mejorar la salud de las mujeres y la niñez.

La alta multiparidad, los embarazos muy frecuentes precoces y tardíos son de riesgo.

El embarazo en la adolescencia ha alcanzado proporciones epidémicas en los países en desarrollo, con las graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Las prácticas tradicionales con respecto a la maternidad puede tener efectos beneficiosos o dañinos sobre las personas.

La necesidad de planificación familiar que existe aún no está satisfecha aunque se dispone de varios métodos para reducir el crecimiento acelerado de la población y para que las personas puedan gozar de una salud mejor.

COMPONENTES DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Existen diversas manera de clasificar los aspectos que hay que tener en cuenta para el estudio de la Salud Reproductiva el Ministerio de Salud de Nicaragua adoptó la siguiente organización de los mismos donde la violencia y el género están presentes en todos los temas. (35)

- 1. Planificación Familiar*
- 2. Riesgos preconcepcional*
- 3. Salud Perinatal*
- 4. Detección y manejo de la esterilidad e infertilidad y prevención de Enfermedades Transmisibles Sexualmente y SIDA.*
- 5. Salud Reproductiva en la adolescencia*
- 6. Prevención del Cáncer Cérvico Uterino y de mamas*
- 7. Climaterio y Menopausia*

ASPECTOS BASICOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA

1. PLANIFICACION FAMILIAR.

La introducción reciente de métodos anticonceptivos más aceptables y eficaces, el gran incremento en su uso, debe proporcionar seguridad a las usuarias respecto a tres puntos claves: Eficacia, beneficio no anticonceptivo sobre la salud de la usuaria y los peligros para la salud misma de la usuarias.

La mayor disponibilidad de métodos aumenta la posibilidad de que cada persona usuaria elija y utilice el método más apropiado a sus necesidades, ampliando así el margen de seguridad anticonceptiva.

La posibilidad de poder suministrar a las personas usuarias sólo los métodos. el brindar las Instrucciones adecuada sobre las opciones disponibles, el uso correcto del método escogido y el saber cómo identificar precozmente los síntomas de peligro reduce el riesgo asociado al uso de métodos anticonceptivos.

Los resultados en cuanto a la seguridad y confiabilidad de un método dependen tanto de la persona usuaria como del método mismo y del personal de salud que brindó la consejería. (36)

La salud Reproductiva sólo se puede mejorar tratando debidamente todos los determinantes. En nuestros países, para mejorar la salud Reproductiva, los servicios de salud deben ser ampliados y utilizados de manera efectiva, para que todas las personas reciban la atención en salud que su estado necesita y no en función de su situación socioeconómica. Los países en vía de desarrollo deberían asignar más recursos. La Atención Primaria en Salud es para beneficios de todos y asignar más recursos para la atención de los grupos vulnerables los servicios más útiles que se pueden prestar a la comunidad son de promoción y prevención. (37)

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de mejorar la salud Reproductiva en los aspectos que va más allá de la atención directa de los servicios. Especialmente en lugares donde éstos son limitados, los médicos deben colaborar y formar equipos, orientados, guiando al personal de salud con el fin de ampliar la cobertura de servicios eficaces a todas las personas que lo necesitan. (Federación Internacional de Planificación Familiar. (38)

SERVICIOS DE ATENCION EN SALUD.

Para que los servicios de atención en salud puedan tener un verdadero impacto en la salud Reproductiva deben ser accesibles eficaces y utilizados. (39)

ACCESO A LOS SERVICIOS: Se refiere a un acceso tanto económico como geográfico y de prestación de servicios. La mayoría de los países en desarrollo disponen de un reducido presupuesto para asegurar la manera satisfactoria la cobertura de los servicios de salud.

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS: En los países en vías de desarrollo los pocos servicios existentes son subutilizados. Las mujeres, los utilizan menos que los hombres incluso en los centro atendidos por mujeres. Numerosas mujeres, presionados para cumplir con sus obligaciones económicas, domésticas y con el cuidado de los hijos, tiene tendencia a ignorar sus enfermedades hasta que no puedan atender sus quehaceres diarios.

EFICACIA DE LOS SERVICIOS: No es suficiente que los servicios de salud estén disponibles y sean utilizados, deben ser eficaces para tener efectos sobre la salud Reproductiva. Uno de los aspectos importantes de la eficiencia es hacer coincidir las necesidades en salud del paciente con la existencia de un personal médico o auxiliar adecuado y las instalaciones apropiadas.

Un sistema eficaz de salud emplea el enfoque de riesgo para desarrollar un sistema de referencia que asegure que las usuarias con diferentes niveles de riesgos sean atendidas en el servicio adecuado.

ENFOQUE DE RIESGO EN SALUD REPRODUCTIVA

La mortalidad materno-infantil constituye un grave problema en la mayoría de los países latinoamericanos. La característica común que comparte este tipo de mortalidad es su importante asociación con la presencia de factores de riesgo, que favorecen o propician dicha mortalidad.

Cuando una mujer se embaraza en condiciones de riesgos reproductivo, de origen a embarazos de riesgos elevados y la mayoría de muertes maternas y especialmente perinatal, tiene su origen en este tipo de embarazo.

El enfoque de riesgo ha sido tradicionalmente aplicado a la atención de embarazos ya en curso, sin embargo, por excelentes que sean los recursos para atender un embarazo de alto riesgo ya establecido, éste desembocará inevitablemente en un cierto grado de morbimortalidad.

Así, el ideal podría estar representado por la prevención de los embarazos de alto riesgo, lo cual puede lograrse mediante el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres que presentan factores de riesgo. Esto constituye el enfoque de riesgo en el proceso reproductivo(40)

En el marco del enfoque de riesgo reproductivo podría constituir el más importante en términos de reducción de la morbimortalidad materno infantil, ya que orienta el uso de métodos anticonceptivos hacia la prevención del embarazo de alto riesgo y no simplemente a limitar sus consecuencias. (41)

PROMOCION Y PRESTACION DE SERVICIOS.

Es conveniente determinar los grupos de población a los cuales deben dirigirse las acciones de promoción y prestación de servicios de planificación familiar, las cuales son

- Mujeres en edad fértil, no embarazadas y con vida sexual activa, asistentes a los servicios médicos de consulta externa.

- Mujeres embarazadas que acuden a CPN, motivándolas sobre la posibilidad de utilizar la planificación familiar, inmediatamente después del parto.

CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR.

La comunicación de persona a persona, respetuosa y sincera, permite al usuario/a una decisión informada sobre la planificación familiar, lo que significa que el usuario/a es capaz de decidir sobre el método anticonceptivo que más se adapta a sus necesidades. (42)

Consejería en planificación Familiar es la ayuda que una persona capacitada brinda a otra en conversación frente a frente por medio de la cual transmite información sin tabúes, permitiendo al usuario/a realizar una elección adecuada sobre el método anticonceptivo que crea conveniente y más adaptado a sus necesidades (43) El acto de hablar con la persona usuaria permitirá conocer:

- La situación de salud y sus necesidades.
- Sus preocupaciones
- La información errónea, mitos y tabúes que ha recibido.
- La información que dispone sobre planificación familiar.

IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

La planificación familiar permite a las parejas decidir por sí mismas el número de hijos que van a tener, así como el momento oportuno para tenerlos. El ejercicio de la planificación familiar requiere entonces que las personas tengan oportunidad para reflexionar adecuadamente sobre el significado de los hijos, sobre sus necesidades y sobre los efectos que tiene la llegada de un nuevo ser para los padres mismos, para los otros hijos si los hay y para la comunidad en general.

Es compromiso del estado asegurar el ejercicio de la planificación familiar, de manera libre e informada, a todas las personas que así lo requieran. Del otro lado, por los múltiples beneficios que ella aporta a los individuos, la familia y la sociedad en general, en los campos de la salud, del bienestar social y económico y de los derechos humanos, se justifica un compromiso amplio que incluye tanto al sector gubernamental como a la sociedad civil.

La planificación Familiar es una estrategia de salud pública pues su práctica ofrece beneficios a la salud de la madre y de los hijos y contribuye a disminuir la morbimortalidad infantil, juvenil y materna y a prevenir los abortos provocados y los embarazos no deseados y peligrosos.

Los servicios de planificación de la familia pueden ayudar a las mujeres a reducir los riesgos para la salud debidos a los embarazos no deseados o indebidamente espaciados. En las poblaciones de ingresos bajos, fuertes razones de equidad aconsejan que los gobiernos subvencionen y organicen la prestación de estos servicios. En estos entornos, los servicios subvencionados de planificación Familiar son con frecuencia la manera más eficaz de informar a la población pobre sobre esas prácticas.

También son un medio eficaz de mejorar el bienestar de las familias pobres. Por ambas razones estos servicios forman parte del conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales recomendados por el Banco Mundial/OPS.

También es oportuno realizar esfuerzos especiales para atender las necesidades de los adolescentes, tanto porque suelen estar especialmente mal informados sobre los riesgos de la actividad reproductiva para la salud como porque a menudo no comprenden bien las consecuencias de los embarazos prematuros.

Además de proporcionar servicios subvencionados a grupos específicos, los gobiernos también tienen la función en lo referente a facilitar el acceso a los servicios de planificación familiar a todos los ciudadanos.

El uso de anticonceptivos es la mejor manera de evitar embarazos no deseados, sin embargo en algunos países la variedad de métodos disponibles se ve limitada porque los proveedores del sector público se ven obligados a utilizar productos en una lista de medicamentos esenciales de la que, erróneamente están excluidos algunos métodos anticonceptivos.

La infraestructura sanitaria de los países pobres tienen muchas veces sólo una capacidad limitada de llegar a las poblaciones, ya sea por accesibilidad geográfica o por prolongadas esperas llegados al centro de asistencia. La calidad de los servicios de planificación familiar en los países en desarrollo ha mejorado, pero podría mejorar todavía más. Es importante ofrecer asesoramiento de calidad a los clientes, en parte porque las necesidades anticonceptivas de la mujer cambian a lo largo del ciclo reproductivo.

Un asesoramiento competente y comprensivo puede ayudar a las personas a elegir el método más indicado en cada fase y a utilizarlo eficazmente, sin olvidar el calmar sus preocupaciones acerca de los posibles efectos secundarios. El descontento con los servicios y la ineficacia de los métodos inducen con frecuencia a las mujeres a interrumpir su utilización. A menudo, las necesidades de un paciente en materia de salud requieren varias intervenciones relacionadas entre sí.

En el conjunto de servicios clínicos esenciales de cada país es probable que haya cinco grupos de intervenciones que revista importancia incluir, a saber: asistencia prenatal y obstétrica; servicios de planificación familiar, tratamiento del niño enfermo, tratamiento de la tuberculosis y tratamiento de casos de Enfermedades de Transmisión Sexual. Con frecuencia, los dos primeros se consideran bajo la denominación global de "maternidad sin riesgo" (44)

En condiciones óptimas unos 990 de cada 1,000 embarazos que llegan al séptimo mes de gestación concluyen con un recién nacido y una madre sana. En cambio, para la mayor parte de las mujeres del mundo en desarrollo el alumbramiento es peligroso. En 1987, la comunidad sanitaria internacional, incluidos el Banco Mundial, la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FENUAP) y distintos organismos de 45 países emprendieron la iniciativa para una Maternidad sin riesgo.

El objetivo primordial es reducir a la mitad el número de defunciones maternas para el año 2000. Entre los programas sanitarios recomendados en virtud de esta iniciativa se cuentan los de planificación familiar y la asistencia durante el embarazo, la atención prenatal y la asistencia obstétrica.

Si el 80% de la población mundial recibiera atención prenatal, obstétrica y puerperal, la carga de la morbilidad derivada del parto peligroso se reduciría en un 40% a un costo de entre \$90 y \$225 por parto asistido a \$4 o \$9 percápita.

Un programa razonablemente bueno de asistencia relacionada con el embarazo tendría que incluir tres componentes:(45)

1.- Información, educación y comunidades:

Destinadas a crear demanda de servicios clínicos, alertar a las mujeres de indicios de peligros que se presenten en el embarazo.

2.- Atención Obstétrica en la comunidad:

Prestando los servicios de atención prenatal en domicilio, inclusión de inmunización con antitoxina tetánica, administración de micronutrientes, detección de complicaciones.

3.- Establecimientos asistenciales de distrito:

Para prestar servicios obstétricos esenciales (cesáreas. anestesia) y practiquen reanimación neonatal.

PLANIFICACION FAMILIAR: UN DERECHO HUMANO

La planificación familiar como un derecho humano fue reconocido por primera vez en la llamada Proclamación de Teherán, en la cual se estableció que: "Los padres tienen un derecho humano básico de determinar libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos." Este principio ha sido ampliado durante los últimos 25 años en varias conferencias intergubernamentales.

En el Plan de Acción Mundial en Población -PAMP- acordado en la Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest en 1994, se complementa la proclama de Teherán, afirmando que "Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información y los medios para lograrlo..." agregando más adelante que "... la responsabilidad de las parejas y de los individuos en el ejercicio de este derecho toma en cuenta las necesidades de hijos ya nacidos y de los que nacerán, y sus responsabilidades hacia la comunidad".

El derecho a la planificación Familiar puede ser garantizado sólo cuando los servicios que se ofrecen son de buena calidad, es decir cuando se respeta la dignidad de las personas, son accesibles, se ofrece un amplio rango de opciones seguras y efectivas, existe un servicio de consejería y de seguimiento que ofrece información confiable y aclara dudas a fin de facilitar la libre elección de un método o su cambio cuando no se está a gusto con el actual.

LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO UNA ESTRATEGIA DE BIENESTAR FAMILIAR

La planificación permite procrear a los hijos en el momento más adecuado para la condición de la familia, con el espaciamiento necesario y el número adecuado en relación a las posibilidades de los padres y las necesidades de los hijos ya nacidos.

Para que los niños y niñas se desarrollen normalmente es necesario que los Padres estén conscientes de todas sus necesidades que son múltiples: alimentación suficiente y balanceada; vestido adecuado, controles médicos oportunos, ambiente limpio y saludable, afecto permanente, estímulo psicológico apropiado, descanso suficiente y oportunidades de interacción social sana. En cada momento del desarrollo infantil estas necesidades van cambiando de manera dinámica, pero son los padres los principales agentes de atención y cuidado.

Cuando la procreación ocurre en la adolescencia no sólo existe el riesgo de bajo peso al nacer y de morir, sino que los niños que sobreviven tienen más probabilidades de sufrir los efectos del descuido y del abandono permanente o temporal y cuidados inapropiados a causa del ejercicio de una tarea precoz para el adolescente.

La planificación familiar también conlleva beneficios para los padres:

- El poder posponer la llegada del primer hijo ofrece la oportunidad de acrecentar primero los vínculos de pareja y asegurarse de que los motivos que originaron la unión son sólidos.*
- El decidir sobre el número de hijos de acuerdo a un plan familiar, ofrece la oportunidad a ambos miembros de la pareja de mantener otros intereses profesionales, educativos, artísticos, sociales y culturales que hacen la vida más plena.*
- A la pareja le permite continuar cultivando intereses conjuntos y desarrollar y profundizar la relación de manera más integral, más plena.*

PLANIFICACION FAMILIAR: UNA CONDICION PARA EL DESARROLLO SOCIOECONOMICO:

El rápido incremento de la población impone una pesada carga a los países que lo experimentan. Frecuentemente agobiados por los déficits existentes en los campos de educación, salud, vivienda, empleo, recreación, seguridad, etc., se ven en la necesidad de atender una demanda que se acrecienta en la medida de su expansión demográfica.

Adicionalmente, la alta fecundidad origina una elevada proporción de niños y de jóvenes dependientes desde el punto de vista económico.

En los países más pobres, que tienen una fecundidad alta, entre un 40-45% de su población es menor de 15 años. En los países más ricos, que tiene una fecundidad baja, entre un 20-25% de la población es menor de 15 años.

Nicaragua, con sus casi 4 millones de habitantes presenta un crecimiento poblacional verdaderamente acelerado, con una población altamente dependiente ya que cerca del 47% de los Nicaragüenses es menor de 15 años.

La planificación familiar tiene efectos positivos sobre la situación demográfica de un país, ya que disminuye la fecundidad y reduce la velocidad del incremento demográfico y mejora el índice de independencia.

Un buen programa de planificación familiar no es substitutivo de un buen programa de desarrollo económico y social; es más bien su complemento, es indispensable estabilizar la expansión demográfica para evitar que ésta absorba los beneficios de la producción y no quede suficiente espacio para las mejoras cualitativas indispensables para el progreso humano.

PLANIFICACION FAMILIAR COMO COMPONENTE DEL DESARROLLO SOSTENIBLE:

A pesar del deterioro del ambiente, la producción de bienes y servicios no puede detenerse. Es preciso que los sistemas de producción agrícola e industrial satisfagan las necesidades de una población que ha llegado a un tamaño sin precedentes en la historia humana, que experimenta incrementos también sin precedentes y que sufre carencias de toda índole en grandes sectores de la geografía Universal.

A los efectos de que todos los habitantes del planeta podamos aspirar a mejores condiciones de vida es indispensable que:

- ✿ Se pongan en práctica nuevos estilos de producción industrial no contaminantes.*
- ✿ Se creen mecanismos que permitan agregar el costo de la descontaminación y de los servicios de salud pública, a los costos de producción en las industrias contaminantes. Se reduzcan los niveles de consumo per cápita en los países más desarrollados y se propague una mentalidad que enfatice lo cualitativo por encima de lo cuantitativo y que anteponga la solidaridad al lucro fácil.*
- ✿ Se reduzcan los niveles de fecundidad de manera que las tasas de crecimiento demográfico se acerquen a su nivel de reemplazo en el más breve tiempo posible.*

Los problemas de pobreza, deterioro del medio ambiente y agotamiento de recursos naturales afectan a todos los habitantes sin distinción de nacionalidad, residencia, religión, nivel socioeconómico, creencias políticas.

Su solución demanda un nuevo enfoque al proceso de desarrollo, en el cual, entre otras medidas, es indispensable la reducción de la velocidad con que aumenta el tamaño de la población. Pero tal reducción sólo será significativa si se cuenta con el compromiso de cada individuo, de cada pareja, de cada familia y de cada comunidad.

LA ASISTENCIA PRENATAL

La mortalidad tiene estrecha relación con los controles prenatales, que son fundamentales para la vigilancia de la evolución de un embarazo, a través de los chequeos periódicos durante el transcurso del embarazo hasta el momento del parto, cuyo principal objetivo es detectar riesgos, prevenirlos o solucionarlos.

Las normas de la Atención Prenatal de la Organización Mundial de la Salud, define que los controles prenatales se consideran óptimos cuando son:

- Precoces*
- Periódicos*
- Continuos*
- Completos*

En las normas de control prenatal se indica que el mínimo de controles prenatales es de seis y está basado en la irregularidad de cumplir con el criterio de óptimo. En dichos controles puede detectarse aquellos factores de riesgo que pongan en peligro la vida del binomio madre-hijo.

La normalización está fundamentada en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para los individuos de bajo riesgo de presentar ese daño, hasta un máximo necesario sólo para aquellos con alta probabilidad de sufrir alteración de la salud en el futuro. La identificación de individuos de alto y bajo riesgo requiere de que el equipo de salud se disponga ante esta situación.

Además de brindarse el servicio en la Unidad, se debe también intervenir en los factores causales predisponentes, para enfermar o morir. Esto implica fortalecer las distintas modalidades del trabajo de terreno, de donde se concluye que las mas importantes son las Visitas Domiciliares para dar seguimiento a las usuarias del servicio y el rescate de inasistentes, especialmente de la mujer, niñez y adolescentes en riesgo.

CONTROL PRENATAL.

Consiste en un conjunto de actividades que se realizan a la embarazada a fin de atender el mejor estado de salud para ésta y su hijo. El objetivo es asegurar en todo lo posible un embarazo sin complicaciones para la madre y al final el parto de un lactante sano y saludable(46)

CARACTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL

PRECOZ: Se debe iniciar lo más pronto posible, de ser factible desde el 1er trimestre del embarazo. Esto permite la captación temprana de embarazos de alto riesgo.

PERIODICO : En Nicaragua, la norma establece que el 1ro control debe realizarse antes de las 20 semanas, el 2do entre los 20-24 el 3ro entre las 28 y 32 y un 4ro entre los 36 y 38 años.

Sin embargo la frecuencia de controles varía de acuerdo al riesgo que presenta la embarazada. Las de alto riesgo necesitan un número mayor que se modificará según el tipo de problemas que presente, las de bajo riesgo requiere menos controles.

COMPLETO: El Control Prenatal deberá garantizar el cumplimiento efectivo de todas las acciones que fomenten la protección, recuperación y rehabilitación de la salud maternoinfantil a través de una atención Integral a la mujer embarazada.

EXTENSO: En la medida en que el porcentaje de mujeres embarazada controlados sea alto se podrán disminuir las tasa de morbilidad materna y perinatal.

En 1990, el Ministerio de Salud de Nicaragua aprueba el manual operativo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, estableciendo la implementación de las normas como el eje fundamental de todos los SILAIS. Lo cual implica las distintas modalidades del trabajo de terreno, de donde se concluye que las más importantes son las visitas domiciliarias para dar seguimiento a las usuarias del servicio el rescate de inasistentes especialmente de las mujeres en riesgos.

Dentro de las actividades a implementarse en el modelo, se señala que en las ACTIVIDADES EN EL TERRENO, es necesario que el personal de salud interiorice que la atención integral no debe darse exclusivamente intramuros en los Puestos o Centros de Salud.

ATENCION AL PUERPERIO

Se llama así al período de transformaciones progresivas anatómicas, metabólicas y hormonales en el que involucran todas las modificaciones gravídicas, con la sola excepción de la glándula mamaria. Su duración es de setenta días. Se divide en: (47)

Puerperio inmediato

Puerperio Propiamente dicho

Puerperio Alejado

Puerperio Tardío

✿ *P. Inmediato. Comprende los primeros 24 hrs. Es un lapso de recuperación, con sensación de alivio y bienestar.*

✿ *P. Propiamente dicho: Comprende los primeros 10 días. Comprende modificaciones locales: involución del útero, regeneración endometrial, recuperación a la normalidad de genitales externos, tonocidad a lo normal de vagina y músculos perineales. Dentro de sus modificaciones generales se identifica el aclaramiento de la pigmentación de cara, seno y abdomen.*

✿ *P. Alejado: Se extiende desde 11ro hasta el 45o día la reconstitución genital llevo a su termino.*

✿ *P. Tardío: Comienza a los 45 días y termina con el retorno de la menstruación ocurre generalmente entre los 45 y sesenta días. Se caracteriza por una vagina bien involucionada con un endometrio hipotrófico.*

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE NEOPLASIA DEL TRACTO REPRODUCTIVO DE LA MUJER.

El Cáncer Cérvico uterino y el mamario constituye causas importantes de mortalidad en las mujeres de nuestro país. Las acciones de información y prestación de servicios en vista a la prevención de estos cánceres de un diagnóstico temprano y de las referencias oportunas son de real valor para colaborar en la disminución de la morbimortalidad materna. Estas acciones son indispensables para contribuir al éxito de los esfuerzos por lograr una salud Reproductiva y constituye importante componente de la misma. (48).

CANCER MAMARIO: *El cáncer de mama puede descubrirse en etapas tempranas, cuando aún es curable, mediante el examen clínico y la práctica mensual de auto exploración. Las técnicas usadas para el examen de mamas deben ser la inspección y la palpación.*

El personal de salud de todos los niveles tiene la obligación de educar a las usuarias de cualquier edad, sobre la técnica y ventajas del autoexamen de mama como un elemento fundamental para realizar un diagnóstico y adecuar el tratamiento oportuno obteniendo así resultado más efectivos, insistiendo sobre la importancia de comunicar de inmediato cualquier anomalía encontrada al personal de la unidad de salud más cercana.

CANCER CERVICO UTERINO:

El Cáncer Cérvico Uterino es un proceso maligno relativamente frecuente la edad promedio de diagnóstico es de 45 años pero la enfermedad puede ocurrir inclusive en la 2da década de la vida y ocasionalmente durante el embarazo.

Lo que resulta de suma importancia es la prevención que implica fundamentalmente el reconocimiento inicial y el tratamiento inmediato, reconociéndose los factores de riesgos y realizando un Papanicolaou a todas las mujeres mayores de 18 años en especial en el caso de multiparas de los grupos socioeconómicos menos favorecidos y de aquellas que son sexualmente activas.

Desde la introducción del frotis de Papanicolaou para la detección del Cáncer Cervical la frecuencia de la neoplasia cervical ha caído radicalmente. De allí la importancia de que se implementen la toma sistemática y masiva de Papanicolaou en el servicio de Atención a las mujeres. De esta manera los casos positivos podrán ser captados en estadios tempranos lo que permitirá un manejo terapéutico adecuada y un mejor pronóstico para la paciente. (49)

Todo programa de salud que se someta a una evaluación, debe tomar en cuenta los conceptos básicos de ésta, los cuales se detallan a continuación.

LA EVALUACION

Evaluación se define como el juicio emitido sobre una actividad, un recurso o un resultado el cual está basado en criterios y normas, entendiéndose por criterio una característica observable, un indicador o una variable que se corresponde con los elementos del programa evaluado.(50)

La evaluación se desarrolla en tres elementos : los beneficiarios, los proveedores y los elementos a evaluar. Estos tres elementos corresponden a lo que, de manera clásica se conviene en llamar la evaluación de la estructura, del proceso y de los efectos.

TIPOS DE EVALUACION :

- ☞ *Evaluación Táctica.*
- ☞ *Evaluación Estratégica*
- ☞ *Evaluación Operativa*

☞ EVALUACION TACTICA

La evaluación táctica se efectúa por una parte, sobre los componentes del programa, y, por otra parte sobre las interrelaciones entre estos componentes.

EVALUACION DE LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA

Evaluación de la Estructura :

Se plantea preguntas relativas a la cantidad, la calidad y la adquisición de los recursos humanos, físicos y financieros del programa

Evaluación del Proceso :

La evaluación del proceso aborda los servicios producidos y utilizados en el marco del programa. El proceso comprende varias dimensiones. En primer lugar, la evaluación puede referirse a los aspectos técnicos, generalmente definidos por los profesionales. Otros aspectos que pueden evaluarse son la continuidad en los servicios, su globalidad y la naturaleza de la relación entre el beneficiario y el profesional. Finalmente, la evaluación del proceso puede abordar el nivel organizacional, es decir los procesos organizativos implantados para asegurar la accesibilidad, la continuidad, la globalidad y la humanización de los servicios.

Evaluación de los efectos :

La evaluación de los efectos se efectúa bien sobre los resultados específicos obtenidos por el programa en relación con los objetivos preestablecidos, o bien sobre las consecuencias o el impacto del programa. La evaluación de los efectos se relaciona en primer lugar con los objetivos del programa, definidos en términos de estado de salud o de comportamientos relativos a la salud por la parte de los beneficiarios a quienes se dirige, o son alcanzados por el programa. Si el denominador es el conjunto de la población a la que se dirige el programa, se habla de evaluación de la utilidad o eficacia del programa. Cuando se trata únicamente de la población alcanzada por el programa se hablará de evaluación de la efectividad.

EVALUACION DE INTERRELACIONES ENTRE LOS COMPONENTES

Estructura-Proceso-Efectos :

La Evaluación puede relacionar a los componentes del programa, relación que permite la realización de un juicio de valor mediante la utilización, fundamentalmente de métodos de comparación. Entonces se puede determinar la relación entre los diferentes tipos o cantidades de recursos y el proceso, o lo efectos, o la relación entre el proceso y los efectos.

La evaluación Económica :

La evaluación de las interrelaciones, se refieren además de las otras aplicaciones a la evaluación económica. De manera general, pueden identificarse dos tipos de evaluación económica. El primero pone en relación los procesos, es decir los servicios producidos con los recursos movilizados. Hablándose así de productividad.

El segundo tipo de evaluación relaciona, por un lado, los efectos, resultados o consecuencias, y por otro, los recursos invertidos o los servicios producidos. Hablando entonces de eficiencia o de rentabilidad económica. (51)

☞ EVALUACION ESTRATEGICA (EVALUACION DE LA PERTINENCIA)

La evaluación estratégica se dirige a apreciar la adecuación entre el programa y los problemas a resolver. Se trata de juzgar la pertinencia de los objetivos del programa, en relación con los problemas que afectan a la población en estudio.

➔ EVALUACION EX ANTE O PREDECISION :

Consiste en comparar la eficacia o la rentabilidad económica de las diferentes acciones para alcanzar los objetivos deseados. La evaluación ex ante se corresponde con la evaluación de la pertinencia teórica, apoyándose en diferentes fuentes, estudios, documentos, testimonios para juzgar la pertinencia del programa propuesto.

➔ EVALUACION EX POST O POST DECISION :

Interviene durante o al fin del proceso de planificación y de programación. Es la evaluación que provee informaciones sobre la ejecución, el funcionamiento y los efectos del programa. La evaluación ex post se relaciona con la evaluación de la pertinencia real o empírica, la evaluación se realiza sobre el programa tal y como ha sido implantado ; los resultados obtenidos permiten entonces que se responda a la cuestión de pertinencia real. (52)

☞ EVALUACION OPERATIVA

La evaluación operativa se efectúa sobre los aspectos más operativos de la planificación y programación, es decir, la ejecución y la implantación. Puede considerarse la evaluación operativa como una prolongación de la evaluación táctica en la medida en la que están implicadas la movilización de los recursos y la implantación de actividades. (53)

LA CALIDAD DE LA ATENCION

Calidad, es el juicio que tienen los usuarios (as) sobre un producto o servicio y comprende también el mejoramiento continuo del proceso ampliado de la organización para incluir a agentes internos y externos para satisfacerlos. El mejoramiento de la calidad depende grandemente de la habilidad del prestador de servicios para crear una atmósfera que demuestre su dedicación, en comprender su importancia y aceptar la responsabilidad para mejorarla. La calidad en los servicios de salud surge como una necesidad lógica ante los cambios del entorno, al igual que la identificación de problemas, alternativas y soluciones.

Los (as) usuarios (as) utilizan cinco dimensiones de la calidad que son : confiabilidad, recursos tangibles, diligencia, garantía y empatía. (54).

La calidad se considera como el medio más importante de una organización para lograr los resultados deseados, o sea para lograr la eficacia de los servicios.

En el proceso de prestación de un servicio de salud, intervienen por una parte el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico y por otra, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto. Además, en el proceso hay dos aspectos, uno de tipo técnico que tiene que ver con los criterios y procedimientos médico-clínico, conocido como CALIDAD TECNICA ; el otro más subjetivo, se refiere al “trato recibido” por los pacientes, conocido como CALIDAD HUMANA.

La infraestructura administrativa afecta el acto médico, pues de ello depende el tener oportunamente disponibles el personal, los equipos y los elementos necesarios para la realización ; afecta la calidad técnica pues la oportunidad del contacto entre los servicios y el usuario dependen del diseño y operación de los procesos administrativos ; y afecta la calidad humana, ya que el concepto global de satisfacción del usuario depende del ambiente físico que encuentre y de su contacto con el personal administrativo.

Las características de un buen servicio son :

⇒ Integridad : Es la característica del servicio que lo capacita para identificar todas las necesidades clínicas del usuario y de procurar los medios para tratarlas con las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.

⇒ Oportunidad : Es la característica del servicio de intervenir con sus acciones a su debido tiempo en el proceso de atención al usuario (a).

⇒ Continuidad : Es la característica del servicio de realizar las actividades debidas en la secuencia apropiada y sin interrupción o ruptura del proceso de atención del usuario (a) desde su ingreso hasta que se le da de alta.

⇒ *Contenidos Técnicos* : Se refiere a la serie de criterios, conocimientos teóricos y prácticos, actitudes, habilidades, destrezas y elementos de trabajo que es necesario aplicar para el diagnóstico y tratamiento de las necesidades del usuario (a).

⇒ *Calidad Humana* : Es buena cuando todos los aspectos del servicio, el trato del personal médico y administrativo, el orden, la limpieza, el decoro, muestran respeto y consideración al usuario (a). (55)

La evaluación de los servicios de salud están relacionados causalmente, es una función del proceso administrativo, se orienta a emitir juicios sobre las intervenciones que resuelven un problema de salud detectado. (56).

ASPECTOS DE LA CALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

El manual operativo de la Atención Integral a la Mujer y la Niñez, señala que el modelo lleva a romper el abordaje tradicional y vertical de los programas de salud, debiendo revertir la lógica de la atención, tratando de conseguir la eficiencia y dirigiéndola al apoyo para la solución integral de los problemas en el territorio. El Modelo de Atención Integral impone el abordaje integral de la problemática en la mujer , y no sólo desde el punto de vista reproductivo, transformando la visión materna un verdadero enfoque de género.

La verdadera transformación se dará en las unidades que prestan servicios de salud, los cuales deben desarrollar conciencia de su nuevo rol, definir qué servicios presta y cómo lograr una rápida difusión e impacto a corto o mediano plazo.

Se debe establecer un modo de funcionamiento por parte de los miembros del equipo de salud de cada Unidad, que evite el aglomeramiento en los locales y que facilite un ambiente agradable de relación entre la población y los distintos profesionales de la salud.

El programa de Información, Educación, Consejería (I.E.C), debe ser dirigido a mejorar el conocimiento de la población acerca de los principales problemas de la salud con énfasis en la prevención y demanda temprana de los servicios de salud. (57)

La Salud Reproductiva rescata la función social de la reproducción humana, trascendiendo desde una perspectiva individual hasta una concientización colectiva y poblacional de compromiso y responsabilidad hacia el desarrollo humano y social, e implica:

☞ Capacidad

☞ Exito

☞ Seguridad

Entre los determinantes de la Salud Reproductiva se encuentran los Servicios Médicos, el cual no puede tratarse de la misma manera que el resto de los determinantes. Brindar servicios médicos es más fácil que modificar el comportamiento y mejorar las condiciones socioeconómicas de los individuos.

No es suficiente que los servicios de Salud Reproductiva estén disponibles y sean utilizados, deben ser eficaces para tener un efecto sobre la Salud Reproductiva.

Uno de los efectos más importantes de la eficacia de los servicios de salud Reproductiva es adecuar las necesidades de salud del paciente con el personal de nivel adecuado de adiestramiento e instalaciones apropiadas.

Los profesionales de la Salud tienen la responsabilidad de mejorar la Salud Reproductiva, una responsabilidad que va más allá de las prestaciones directas del Servicio. Los médicos deben colaborar, orientar y guiar a los trabajadores de la Salud con el fin de extender la cobertura de servicios eficaces a todas las mujeres que lo necesiten. Los médicos deben convertirse en líderes de los equipos de salud y no sólo actuar como prestadores individuales de atención. Así mismo, deben aprender a delegar algunas de sus responsabilidades en otro personal y supervisarlos de manera adecuada. (58).

En los Programas de Salud Reproductiva, la comunicación persona a persona, respetuosa y sincera, permite al usuario/a a tomar una decisión informada sobre la planificación de la familia, el cuidado del embarazo y las necesidades de la mujer como ser humano.

Tomar una decisión informada para planificar la familia significa que el usuario/a es capaz de decidir sobre el método anticonceptivo que más se adapte a sus necesidades, ya que ha recibido información amplia, veraz, sin prejuicios ni tabúes, (59)

MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es una investigación evaluativa, descriptiva y de corte transversal.

UNIVERSO:

Todas las Mujeres en Edad Fértil que acudieron al Puesto Médico Américas Uno al programa de Fertilidad, con un total de 581 mujeres.

MUESTRA:

Se realizó una muestra no probabilística, quedando constituida finalmente por 350 mujeres que asistieron por primera vez al Programa de Fertilidad del Puesto Médico Américas Uno y que habitan en el Barrio Américas Uno.

CRITERIOS DE INCLUSION:

*Mujeres de 15 a 49 años
Ingresadas al Programas de salud del Puesto Médico Américas Uno
Que vivan en el Barrio Américas Uno.*

CRITERIOS DE EXCLUSION :

*Mujeres que residan en otros Barrios.
Mujeres que no deseen ser entrevistadas*

UNIDAD DE ANALISIS:

La unidad de análisis en este estudio lo constituyó el Programa de Salud Reproductiva del Puesto Médico Américas Uno.

METODO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION:

La recolección de la información se realizó a través de :

- ⇒ Fuentes Primarias
- ⇒ Fuentes Secundarias:

⇒ **FUENTES PRIMARIAS :**

Ficha de recolección de datos para el programa de Fertilidad

Encuesta de percepción

Encuesta de Valoración de la calidad de los servicios por las usuarias

⇒ **FUENTES SECUNDARIAS :**

Expedientes Clínicos

Cronológicos de Atención Médica y de Materno Infantil del departamento de Estadística del Centro de Salud Villa Venezuela

RECOLECCION DE LA INFORMACION :

⇒ *Las características de las mujeres se realizó a través del llenado de fichas del programa de fertilidad a través de la revisión de los expedientes clínicos de las paciente y de visitas domiciliarias para la ratificación de los datos (anexo 2)*

⇒ *Las percepciones de las mujeres sobre el Programa Salud Reproductiva del Puesto Médico Américas uno se obtuvieron a través del llenado de la encuesta de valoración de la calidad a las mismas mujeres (anexo 3 y anexo 4)*

Se incluyó en el estudio 60 mujeres del Control Prenatal para la valoración de la calidad de la atención, las cuales fueron encuestadas en el Puesto Médico al momento de asistir a sus controles.

La encuesta de percepción sobre los métodos anticonceptivo se realizó con el fin de evaluar las percepciones que estas tienen sobre los métodos; permitiendo así una comparación con la encuesta de percepción realizada en 1996.

⇒ *La producción de servicios del Programa Salud Reproductiva se realizó a través de la recolección de los consolidados de las consultas ambulatorias y del Programa Materno Infantil del Puesto Médico Américas Uno que consolida el departamento de Estadística del Centro de Salud Villa Venezuela.*

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION :

Se realizó a través del programa computarizado Epi Info 6.4 con el cual se obtuvo la frecuencia y porcentaje de cada una de las variables utilizadas, elaborándose posteriormente tablas en el Programa Microsoft Office Word 7.0 para su discusión y análisis.

VARIABLES POR OBJETIVOS:

1.- *Describir las características de las usuarias del Programa .:*

*Edad
Estado Civil
Religión
Escolaridad
Numero de Hijos
Métodos Anticonceptivo utilizados
Deseo de embarazarse
Historia de mortalidad perinatal
Causa de mortalidad perinatal*

2.- *Conocer la producción de servicios, coberturas y causas de abandono de los programas de Salud Reproductiva*

*Número de nacidos vivos
Número de óbitos
Número de muertos neonatales
Número de muertes maternas
Mujeres embarazadas
Mujeres Visitadas domiciliar según programa
Número de mujeres recuperadas al programa
Número de mujeres en cada programa primera vez y subsecuente
Número de mujeres que abandonaron el Programa
Motivo del abandono
Número de atenciones brindadas por el Personal de Salud*

3.- *Conocer las percepciones de las mujeres sobre el Programas Salud Reproductiva*

*Accesibilidad
Comunicación
Atención al Problema
Grado de Satisfacción
Causas de no planificación Familiar
Reacciones que producen métodos anticonceptivos
Fuente de información sobre la planificación familiar*

PLAN DE ANALISIS

Características de las usuarias :

- ⇒ **Número de hijos/Edad**
- ⇒ **Número de hijos/Estado Civil**
- ⇒ **Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos/Edad**
- ⇒ **Antecedentes de uso de métodos anticonceptivos/Estado Civil**
- ⇒ **Causas de Abandono antes de ingresar al programa/Edad**
- ⇒ **Causas de Abandono antes de ingresar al programa/Estado Civil**
- ⇒ **Motivos de no planificación antes de ingresar al estudio/Edad**
- ⇒ **Motivos de no planificación antes de ingresar al estudio/Estado Civil**
- ⇒ **Motivos de no planificación antes de ingresar al estudio/Escolaridad**

Producción de Servicios, Cobertura y Causa de abandono al Programa :

- ⇒ **Tendencia en 4 años de la producción de Servicio del Programa Salud Reproductiva.**
- ⇒ **Causas de abandono / Programa de Fertilidad**
- ⇒ **Causas de abandono / Programa de Control Prenatal**

Calidad del Programa Salud Reproductiva :

- ⇒ **Accesibilidad de la atención/Programa Salud Reproductiva**
- ⇒ **Comunicación entre recursos de salud y usuarias/Programa Salud Reproductiva**
- ⇒ **Causas de insatisfacción en la amabilidad de los recursos de salud/Programa Salud**

Reproductiva

- ⇒ **Atención al Problema/Programa Salud Reproductiva**
- ⇒ **Causas de insatisfacción en la atención al problema/Programa Salud Reproductiva**
- ⇒ **Valoración de la calidad de atención/Programa Salud Reproductiva**
- ⇒ **Causas de la baja calidad de atención/Programa Salud Reproductiva**
- ⇒ **Creencias sobre métodos anticonceptivos en 2 años comparativos**
- ⇒ **Fuentes de conocimiento en estudio de percepción en 2 años comparativos**
- ⇒ **Motivos de no planificación en 2 años comparativo**
- ⇒ **Factores que inciden en la no planificación en 2 años comparativo.**

La relación de las variables planteadas anteriormente ha tenido la finalidad de cruzar posibles alternativas de análisis de acuerdo a los objetivos del estudio y que dieran respuestas al planteamiento del problema.

RESULTADOS

⇒ Características de las usuarias del Programa :

Las mujeres que asistieron al Programa de fertilidad, pueden distribuirse de la siguiente manera: el 32.9% tiene entre 20 y 24 años, el 31.7% de 15 a 19 años, 23.4% de 25 a 29 años, 8.6% de 30 a más y el 3.4% mujeres menores de 15 años (Ver cuadro No.1)

La religión que predominó en el estudio fue la católica con un 62.4%, seguido de la evangélica con 15.4%. (Ver cuadro No. 2)

El estado civil referido por las mujeres fue en su mayoría el de unión libre, con un 44.6%, seguido en un 29.7% por el estado civil soltera y finalmente el 25.7% refirió estar casada legalmente (Ver cuadro No.3)

En relación a la escolaridad de las mujeres, el 7.2% fueron analfabetas, 18.5% refirieron tener primaria incompleta, 17.2% primaria completa, 12.5% secundaria incompleta, 11.5% secundaria completa, un 11.5% de las mujeres eran técnicas y finalmente un 14.3% profesionales (Ver cuadro No. 4)

El 50% de las mujeres refirió tener de 1 a 2 hijos, un 27.4% refirió tener de 3 a 4 hijos, el 15.1% refirió no tener hijos, el 6.6% refirió tener de 5 a 6 hijos y un 0.9% refirió tener más de 6 hijos. (Ver cuadro No. 5)

Al relacionar el número de hijos según la edad de las mujeres, se encontró que el 58.4% de las menores de 15 años tenían de 1 a 2 hijos, en las de 15 a 19 años un 60.3% refirieron también tener de 1 a 2 hijos, un 53.2% de las mujeres de 20 a 24 años refirieron ese mismo número de hijos y en las de 30 a más años el 40% tenían de 3 a 4 hijos, representando de 1 a 2 hijos el mayor porcentaje con 50% y las de 20 a 24 años las mujeres que tienen más hijos (Ver cuadro No. 6)

Las mujeres solteras refirieron en su mayoría tener de 1 a 2 hijos en un 57%, el 30.7% refirió tener de 3 a 4 hijos, las mujeres casadas refirieron en un 47.7% no tener hijos y el 42.2% refirió tener de 1 a 2 hijos, las mujeres de unión libre refirieron en el 50.6% tener 1 a 2 hijos y en un 35.8% de 3 a 4 hijos. (Ver cuadro No. 7)

El 99.1% de las mujeres refirió no tener historia de muertes perinatales, sólo un 0.9% refirió tener historia de ellos. (Ver cuadro No. 8)

Las causas de muertes perinatales referidas por las mujeres fue Infección Urinaria en un 66.6% y Preclamsia en un 33.4%. (Ver cuadro No.9)

El 92.6% de las mujeres refirió no usar ningún método anticonceptivo al momento de ingresar al programa de fertilidad en el Puesto Médico Américas Uno y sólo el 7.4% de las mujeres refirieron estar planificando, un 56.8% de las mujeres refirió que había utilizado métodos anticonceptivos en alguna ocasión y el 43.2% refirió que no había utilizado método anticonceptivo en ocasiones anteriores, el 50.2% de las mujeres tiene historia de abandono a los Métodos anticonceptivos, lo que representa el 87.1% de las mujeres que habían utilizado Métodos anticonceptivos. (Ver cuadro No.10)

El uso de métodos anticonceptivos en algún momento de su vida fue referido en las mujeres menores de 15 años en el 16.6%, 11.7% de las mujeres de 15 a 19 años refirieron usar métodos anticonceptivos en algún momento de su vida, 77.3% de las mujeres de 20 a 24 años habían utilizado métodos anticonceptivos y el 100% de las mujeres mayores de 30 años. Las mujeres que no habían planificado nunca fueron el 83.3% de las menores de 15 años, el 88.2% de las de 15 a 19 años, 22.6% de las mujeres en edad de 20 a 24 años, un 12% de las de 25 a 29 años. El uso de métodos anticonceptivos al momento de ingresar al programa fue en el 5.2% de las mujeres de 20 a 24 años, 17% de las de 25 a 29 años y el 20% de las mayores de 30 años. La historia de abandono fue en el 16.6% de las menores de 15 años, 11.7% de las de 15 a 19 años, 72% de las de 20 a 24 años, 65.8% de las de 25 a 29 años y en el 80% de las mayores de 30 años. El 100% de las mujeres menores de 15 años y las de 15 a 19 años no planificaban al momento de ingresar al programa de fertilidad, el 94.7% de las mujeres de 20 a 24 años tampoco lo hacía, el 82.9% de las de 25 a 29 años y el 80% de las mayores de 30 años. (Ver cuadro No. 11)

Según el estado civil, el uso de métodos anticonceptivos en algún momento de la vida se presentó en un 23% de las solteras, 81.1% de las casadas y en el 78.8% de las de unión libre. Las mujeres que nunca han planificado fueron en un 76.9% de las solteras, 38.9% de las casadas y 21.2% de las de unión libre. La historia de abandono se presentó en el 9.6% de las solteras, 50% de las casadas y el 72.5% de las de unión libre. El 97.1% de las solteras no planificaba al momento del ingreso, así como el 88.8% de las casadas y el 91.6% de las de unión libre (Ver cuadro No. 12)

El 44.8% de las mujeres refirieron que habían abandonado el método por las reacciones adversas que este les ocasionaba, el 30.12% refirió que la causa del abandono fue por el fracaso con los métodos, el 15.3% porque no quería seguir utilizando métodos para planificar, el 6.2% refirió que lo abandonó por desear un embarazo, el 3.4% porque su compañero no quería que lo siguiera utilizando. Dentro de las causas mencionadas al Puesto Médico se refirieron en un 3.9% debido a que en el Puesto Médico le cobraban, un 6.8% refirió que por la inexistencia de los métodos en el Puesto Médico no lo continuó utilizando, y un 3.9% por que le negaron la atención. (Ver cuadro No. 13)

Un 100% de las mujeres menores de 15 años refirieron como principal causa de abandono a los métodos las reacciones adversas que estos producen; el cobro en el puesto médico, el no querer ella y su compañero fue referido en el 50% de éstas. Las mujeres de 15 a 19 años refirieron en un 92.3% las reacciones adversas como causa de abandono, 46.1% refirió que había fracasado con ellos, 15.3% por que no quería ella y porque le habían negado la atención respectivamente. Las mujeres de 20 a 24 años refirieron como causa de abandono en el 32.5% las reacciones adversas, 18% por fracaso con estos y el 24% porque no quería ella. Las mujeres con edades de 25 a 29 años refirieron en el 42.5% por fracaso con los métodos, 27.7% por reacciones adversas y las mayores de 30 años refirieron en un 33.3% las reacciones adversas y el fracaso. (Ver cuadro No. 14)

De acuerdo al estado civil, las causas principales de abandono en las solteras fue expresado en un 100% las reacciones adversas, 93.7% porque no quería., 50% por fracaso, 31.2% por no haber en el puesto médico. Las casadas refirieron en 55.5% las reacciones adversas, 48.8% fracaso con los métodos y las mujeres de unión libre refirieron en 29.7% las reacciones adversas y en 19% por fracaso con los anticonceptivos. (Ver cuadro No. 15).

El 46.2% de las mujeres refirió que no utilizaba métodos anticonceptivos en la actualidad debido a que tenía miedo a estos, el 21.9% porque creía que los métodos de planificación ocasionaban alteraciones en la mujer, el 21.6% porque no conocía sobre el programa del Puesto Médico, el 15.1% porque el esposo no quería, el 10.8% refirió que la causa era la falta de tiempo para asistir al programa, un 10.4% refirió que se debía a no querer asistir al Puesto Médico por los vecinos, el 3.08% porque le habían negado la atención en alguna ocasión, 1.23% mencionó que se debía al cobro del Puesto Médico. (Ver cuadro No. 16).

Según la edad, el principal motivo de no planificación en las menores de 15 años fue por miedo a los métodos, creencias sobre reacciones adversas y desconocimiento del programa en un 83.3% de estas, un 41.6% refirió que también era porque no quería ella y su esposo respectivamente. En las de 15 a 19 años, el 45% refirió tener miedo a los métodos como causa de no planificación, 36% por no tener tiempo, 28% por que creen producen alguna alteración, 27% por desconocimiento de la existencia del Programa. Un 55% de las de 20 a 24 años refirió como causa de no planificación el miedo a los métodos, 14.6% por desconocimiento del programa, 11% por que no quería el esposo. En las mujeres de 25 a 29 años el miedo a los métodos representó un 29.4% de las causas de no planificación, 28.1% por miedo a los métodos, 23.5% porque no quería el esposo, 16.1% por que no tenía tiempo. En las mujeres de 30 a más años las causas de no planificación fue en un 54.1% por creer que producen alteración, 50% por no tener tiempo, 41.6% por tener miedo a los métodos y 33.3% por desconocimiento del programa. (Ver cuadro No. 17)

Al relacionar los motivos de no planificación de acuerdo al estado civil, se expresó por las solteras como motivo el tener miedo a los métodos en un 79.2%, creencia de que producen alteración en un 27.7%, 25.7% por desconocimiento del programa, 19.8% porque no quería el compañero y 11.8% porque no quería ella. Las casadas refirieron que los motivos eran en 37.5% miedo a los métodos, 25% por desconocimiento del programa, 15% porque no quería ella y no tenían tiempo respectivamente. En las mujeres de unión libre los motivos expresados fueron en un 27.9% miedo a los métodos, 17.4% por creer que producen alteraciones, 16.6% por que desconocían el Programa (Ver cuadro No. 18)

Los motivos expresados de la no planificación de acuerdo a la escolaridad de las mujeres se encontró que las analfabetas expresaron como motivo en 90.9% no conocer el programa, 72.7% por miedo a los métodos, 68.1% por creer que producen alteraciones, 45.4% porque el compañero no quería.

Las mujeres con primaria incompleta refirieron miedo a los métodos en un 89.8%, desconocimiento del programa en un 50.8% , 33.8% porque no quería el compañero. Las mujeres con primaria completa refirieron miedo a los métodos en un 50% y 19.2% desconocimiento del programa. Las mujeres con secundaria incompleta refirieron miedo a los métodos en un 46.5%, creencia de que producen alteraciones en un 16.2%, 11.6% porque no quería ella y el compañero respectivamente. Las mujeres con escolaridad Técnica, refirieron miedo a los métodos en un 16.1%, creencia de que producen alteraciones en un 24.1% , no tenía tiempo en un 32.2%. Las mujeres profesionales refirieron no tener tiempo en un 31.9%, miedo a los métodos en un 21.2% y 12.7% por creencia que producen algunas alteraciones. (Ver cuadro No. 19)

⇒ Producción de Servicio, Cobertura y Causas de Abandono del Programa Salud Reproductiva.

En relación a la Producción de Servicios de Salud Reproductiva del Puesto Médico Américas Uno, se observa principalmente un aumento importante en los Controles de Fertilidad y de Citologías Vaginales para el año 1996 y el incremento significativo de los Controles Prenatales y del Puerperio para el año de 1997. Así mismo, se observa el importante incremento de las actividades realizadas por el médico. (Ver cuadro No. 20)

El anticonceptivo más utilizado por las mujeres fue en un 56.5% lo gestágenos orales, seguido del Dispositivo Intrauterino en un 16.5%, un 4.5% de las mujeres utilizaron el método de la esterilización quirúrgica para la planificación familiar constituyendo así el método que fue menos utilizado. (Ver cuadro No. 21)

Para el Control Prenatal, el 52.9% de las mujeres fueron captadas durante el primer trimestre del embarazo, asistiendo un total de 658 mujeres a los Controles Prenatales, con un 4.7% de mujeres inasistentes al programa, de las cuales fueron visitadas en un 100%, recuperándose el 84.8% de las mujeres y obteniéndose finalmente un 15.2% de abandono, las causas de abandono referidas en las tarjetas del Control Prenatal fueron: 40% cambio de domicilio y 60% por realización de controles en Empresas Médicas Previsionales tanto por ser aseguradas cotizantes como por ser beneficiarias de sus compañeros. (Ver cuadro No. 22)

Las causas de abandono expresadas por las mujeres fueron, en el Programa de Fertilidad un 16.6% por cambio de domicilio, 50.2% por atención en empresa médica previsional, 16.6% por atención de médico de personal en empresa donde labora y un 16.6% refirió abandonar el programa por que ya estaba esterilizada quirúrgicamente. Para el programa de Control Prenatal, un 40 % abandono por cambio de domicilio, el 60% por atención en empresa médica previsional. (Ver cuadro No. 23)

La hoja de registro de producción de Servicios del Proyecto de Intervención en Salud Reproductiva del Puesto Médico Américas Uno, permite determinar que se le brindó atención a 898 mujeres en el programa de fertilidad de las cuales, un 64.6% de estas eran mujeres que por primera vez se ingresaban al programa.

El Programa de Control Prenatal, logró un total de 836 controles, con un 20.3% mujeres de primera vez, para el programa de detección oportuna del cáncer Cérvico uterino, las usuarias de primera vez significaron un 57.6% y el puerperio se realizó en 143 mujeres, de las cuales 10.4% eran mujeres con puerperio complicado. (Ver cuadro No. 24)

Para el año 1994 y 1995, la tasa de mortalidad materna es alta, por encima de la tasa de mortalidad a nivel nacional la cual disminuyó en 1996 en un 100% y se ha sostenido para el año 1997. La Tasa de Mortalidad Perinatal sufrió una disminución del 66.6% para el año 1996 en relación al año 1995 y en 1997 se disminuyó en un 79.4% en relación al año 1996. La tasa de Mortalidad Fetal Tardía sufrió una disminución del 81.4% en 1996 en relación a 1995 y de un 50% en 1997 relacionado a 1996. Referente a las coberturas de los programas, en 1996 el Programa de Control Prenatal alcanzó una cobertura del 35.8% para 1996, la cual se disminuyó al 34.65% en 1997, el Programa de Fertilidad, obtuvo una cobertura del 6.7% en 1996 y del 21.2% para 1997.

Las coberturas con citología vaginal fue de 4.4% para 1996 y de 6.5% para 1997, para el puerperio las coberturas fueron en 1996 de 25.6% y para 1997 de 37.1%. En cuanto a la concentración en los Programas, en 1996 el Control Prenatal tuvo una concentración del 3.1 y de 3 para el Programa de Fertilidad, en 1997 el Control Prenatal obtuvo una concentración de 6 y el de Fertilidad de 1.68. (Ver cuadro No. 25)

⇒ *Percepciones de las mujeres acerca del Programa Salud Reproductiva*

⇒ *Calidad del Programa Salud Reproductiva según las mujeres*

Acerca de la accesibilidad de la atención a las pacientes del Programa de Salud Reproductiva, se refirió que el tiempo de espera para la atención es menor de 30 minutos en un 99.1% del Programa de Fertilidad y en el 98.3% de las pacientes del Control Prenatal. Un 99.1% de las pacientes del programa de fertilidad y el 100% de las pacientes del programa del Control Prenatal refirieron que existe facilidad de la atención, en igual porcentaje para ambos programas se expresó la gratuidad de la consulta. (Ver cuadro No. 26)

En relación a la comunicación de los recursos trabajadores del Puesto Médico con las Usuaris del Servicio, se encontró que en el Programa de Fertilidad, un 99.7% de estas considera que el trato brindado en la admisión es buena así mismo un 96.6% de las mujeres del Control Prenatal consideran el mismo trato. El trato brindado por el personal que brindó la consulta lo consideran bueno en un 100% de las mujeres tanto para las del Programa de Fertilidad como para la del Control Prenatal.

Las mujeres encuestadas del Programa de Fertilidad consideran en un 94.2% que el personal fue muy amable y un 96.6% de las mujeres del Control Prenatal lo consideraron de la misma forma. El 100% de las mujeres entrevistadas de ambos programas consideraron que le explicaron todo en la consulta y que le brindaron las orientaciones necesarias. (Ver cuadro No. 27)

Las causas que conllevan a las mujeres a percibir el trato como insatisfecho fueron para las del programa de Fertilidad en un 50% por interrupción de la consulta y el otro 50% por que regaño ante el incumplimiento al tratamiento prescrito. Para las mujeres del Control Prenatal las causas fueron en un 50% por interrupción en la consulta y el otro 50% por recibir regaño ante su llegada tardía al servicio (Ver cuadro No. 28)

Las mujeres del programa de fertilidad se sienten insatisfechas con la amabilidad de los recursos de salud en un 70% por la falta de cortesía del personal de la admisión del Puesto Médico, 10% por interrupción de la conversación por parte del médico y el otro 20% por interrupción de la conversación por parte de la enfermera. Para las mujeres del control prenatal la insatisfacción se debe a la falta de cortesía por el personal de la admisión del Puesto Médico. (ver Cuadro No. 29)

Acerca de la atención al Problema por parte de los recursos, el 97.1% de las mujeres del Programa de Fertilidad entrevistadas, consideró que el tiempo brindado en la consulta fue suficiente, un 2.2% lo consideró poco suficiente y el 0.7% insuficiente, para las mujeres del Control Prenatal, el 100% consideró que el tiempo brindado para la consulta es suficiente. Un 99.7% de las mujeres del Programa de Fertilidad y un 96.6% de las del Control Prenatal consideran que se les había resuelto el problema por el cual acudían. El 99.4% de las usuarias del Programa de Fertilidad y el 100% de las del Control Prenatal consideran que se mostró interés por parte del recurso que brindó la atención, en igual porcentaje las mujeres refirieron que sintieron seguridad en la atención. (Ver cuadro No. 30)

Las causas por las cuales las mujeres consideran que el tiempo no es lo suficiente para atender el problema fue en un 60% por que el recurso de salud se siente presionado por los pacientes que están esperando atención y el otro 40% porque sienten que no le explicaron todo. (Ver cuadro No. 31)

Un 99.4% de las encuestadas del Programa de Fertilidad, valoran la calidad de la atención como buena y un 0.6% como regular, las del Control Prenatal valoran la atención como buena en un 93.3% y como regular en un 6.7%. (Ver cuadro No. 32)

La calidad de la atención es considerada como regular en las mujeres del Programa de Fertilidad por falta de guantes para el examen físico completo en un 50% y el otro 50% refirieron que porque el médico no tiene lámpara y debe ir a buscarla donde la enfermera interrumpiendo la consulta. Para las mujeres del Programa de Control Prenatal, refieren en un 75% considerar la calidad regular porque el trato en la admisión no es correcto y no orientan claramente y el otro 25% porque la pesa del consultorio de la enfermera está en mal estado y debe ir a pesarlas al consultorio del médico, interrumpiendo la consulta. (Ver cuadro No. 33)

⇒ Percepciones sobre los métodos anticonceptivos:

Al preguntar sobre las creencias sobre los métodos de planificación familiar, en 1997 se obtuvo que un 11% de las mujeres piensan que ocasionan aumento de peso, el 16% que disminuye el peso, el 2% que produce cambios en el deseo sexual, el 4% que produce sangrado vaginal y manchas en la cara respectivamente, el 3% que produce calambres en las piernas, el 2% que ocasiona flujo vaginal, un 1% refirió que ocasionan mareos, el 5% que hacen cambiar el carácter de la mujer, el 13% que produce dolor de cabeza, 3% refirió que ocasionan dolor en el estómago, 10% que ocasionan náuseas y el 36% refirió que los métodos anticonceptivos no producen ninguna alteración en la mujer. Para 1996, las opiniones sobre los métodos anticonceptivos varían, refiriéndose por las mujeres en un 15% que ocasionan aumento de peso, un 5% refiere disminución de peso, el 20% refiere que ocasiona cambios en el deseo sexual, 8% que hacen cambiar el carácter de la mujer el 22% opina que causa dolor de cabeza y finalmente el 6% refirió que no ocasionan alteraciones en la mujer. (Ver cuadro No. 34)

Las fuentes de conocimiento referidas por las mujeres en 1997 fueron : en un 58% el médico del puesto, 46% la auxiliar de enfermería del puesto, el 15% los Brigadistas del Puesto, un 3% menciona a los vecinos, el 7% a la radio y la televisión, el 10% a sus familiares y amigos, un 3% refirió que la fuente de conocimiento fue personal médico de los hospitales, 2% refirió a la partera y un 1% a los Promotores Integrales de Salud. En 1996 las fuentes de obtención de conocimientos para las mujeres fue en 45% por los vecinos, 40% los familiares, 10% la radio y la televisión, 3% menciona al médico del puesto, un 2% menciona a personal médico de los Hospitales y un 1% menciona a la auxiliar de enfermería del Puesto. (Ver cuadro No. 35.)

Las causas expresadas en orden de frecuencia, de acuerdo a las menciones por las mujeres de la no planificación familiar fueron en 1996 : Falta de conocimiento del programa en el puesto, el envío a farmacia privadas para la adquisición del anticonceptivo, las largas filas y tiempos de espera, el cobro de los servicios, la falta de confianza en el personal, la consideración de que son inaccesibles los métodos anticonceptivos y con muchas barreras para la adquisición, el temor a los métodos anticonceptivos, la falta de tiempo para solicitar la atención y por último porque el compañero no quería que planificara.

En 1997, las causas expresadas fueron : La falta de métodos en el puesto médico, sobre todo inyectables, la falta de materiales en algunas ocasiones para inserción de DIU,, la falta de tiempo de las mujeres para solicitar atención, el temor a los métodos anticonceptivos, porque el compañero no quiere que se utilice algún método y en menor aparición el cobro en los servicios. (Ver cuadro No. 36 y 37).

DISCUSION

En relación a las características de las mujeres del programa de fertilidad encuestadas, es importante señalar que se logró integrar a éste mujeres de edades consideradas de riesgo, obteniéndose que casi la mitad de las usuarias pertenecen a este grupo, lo cual es un hecho valioso ya que se refiere que es en esta edad donde precisamente debe lograrse la planificación familiar, por el riesgo que tienen las adolescentes al concebir un embarazo, ya que se han alcanzados proporciones epidémicas en países en desarrollo con graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales en adolescente a causa de embarazos. Esto demuestra uno de los logros obtenidos en el Puesto Médico, con la promoción del servicio de planificación familiar incrementando la captación a grupos de riesgo que si bien no es comparable con años anteriores, debido al sistema de información estadístico utilizado, estudios en otras unidades demuestran que es poco el porcentaje de mujeres del Programa en esta edad.

Acerca de la religión referida por las usuarias predomina la católica, lo cual tiene importancia cuando se tienen referencias de autores que mencionan que la religión puede ser uno de los factores que se interponga a la planificación familiar con métodos no naturales y a pesar de que algunas religiones tienen expresiones ideológicas y prácticas en contra de los métodos no naturales, no constituyó un obstáculo para estas usuarias.

Otro de las características que tiene importancia en estas mujeres es también el hecho de que una tercera parte de las mujeres en el estudio refirieron ser solteras, lo cual estiba en que uno de los motivos expresados por las mujeres para no planificar es el hecho de declararse solteras y sin compañero sexual, lo cual aumenta el riesgo de embarazos no deseados por las relaciones casuales, demostrado en estudios donde un alto porcentaje de embarazos son concebidos sin tener una situación de casada legal o no y que suceden por una relación casual. En el estudio, no se obtuvo un alto índice de analfabetismo, pero vale la pena señalar que el mayor porcentaje de mujeres tienen una escolaridad baja, siendo esta la primaria incompleta, lo cual es también un logro importante cuando la literatura señala que debe llegarse a la población de más bajos recursos económicos y culturales para poder llevar no sólo los servicios de atención sino de educación y prevención.

En el estudio se encontró que el mayor porcentaje de mujeres tienen de 1 a 2 hijos, siendo éste mayor en las solteras y en las mujeres de Unión libre, constituyendo uno de los logros obtenidos en el Programa de Fertilidad del Puesto médico, por el hecho de que se ingresaron mujeres adolescentes que ya han tenido hijos, lo cual es sumamente importante ya que reduce la recurrencia de embarazos en este grupo, logrando así disminuir las posibilidades de muerte perinatal y/o materna por este factor.

El antecedente del uso de Métodos anticonceptivos en las mujeres del Programa, fue referido por casi la mitad de estas en algún momento de su vida ; sin embargo la mayoría no planificaba al momento de ingresarse al programa, teniendo así un alto porcentaje de abandono, donde las causas más importantes señaladas por las mujeres se destacan las reacciones adversas que estos producen, el fracaso con los mismo y un considerable porcentaje por problemas propios del servicio.

Vale la pena señalar que la historia de uso de los métodos anticonceptivos fue baja en las adolescentes y con un alto porcentaje de abandono en las mismas reflejado en la totalidad de mujeres de ese grupo de edad que no planificaba al momento de ingresar al Programa en el Puesto Médico y que el hecho de ser considerada como un grupo de riesgo que ha sido incorporado en el Programa de Fertilidad para planificar el nacimiento del primer hijo y/o el espaciamiento de éstos es un hecho importante en el desarrollo de la cobertura a este grupo. Otro hecho importante es que de acuerdo al estado civil el uso de métodos anticonceptivos no tiene variación porcentual pero si lo tiene la historia de abandono, que fue menor en las solteras y en el porcentaje de mujeres que no planifican al momento de ingresar al programa el cual era relativamente alto en todas las mujeres del Programa.

La principal causa de abandono a los métodos según edad fueron principalmente las reacciones adversas, el fracaso con los mismos y la falta de voluntad al uso de los métodos por la usuaria o su pareja, hechos que muestran la importancia de la consejería en planificación familiar que brinde la información adecuada sobre los métodos anticonceptivos, la elección de éstos, su uso, las principales reacciones y la importancia de elegir el momento oportuno para procrear.

Las causas de abandono revelan la persistencia de tabúes en la población femenina sobre la planificación familiar y la influencia aún del hombre cuando se opone al uso de la misma. En las mujeres solteras, se observa más el fenómeno del abandono a los métodos anticonceptivos por las reacciones adversas y el hecho de no querer usarlo por causas que no se especifican en el presente estudio pero que llaman la atención pues el desarrollo de modelos educativos en la población sobre planificación familiar deben hacer conciencia sobre la importancia y beneficios de estas. Los motivos de abandono, coincide con lo mencionado por diferentes autores que en países donde se ofrecen buenos servicios en Salud Reproductiva, como en Colombia el abandono a los métodos de planificación se debe a la ineficacia de estos y al descontento con los servicios de salud, siendo más elevado el porcentaje por esta causa en países como el Paraguay. Demostrándose así que la falta de consejería en los programas, la mala práctica de comunicación a la usuaria sobre indicaciones, reacciones adversas, importancia del cumplimiento al tratamiento son factores que influyen en el abandono de los mismos, aunado al hecho de las barreras de accesibilidad referidas, principalmente la inexistencia de los mismos en los servicios (desabastecimiento).

Los motivos de la no planificación familiar expresados por las mujeres, señalan además el temor por las creencias de reacciones adversas que estos producen, en un porcentaje importante se menciona el desconocimiento de la existencia de un programa de fertilidad en el Puesto Médico, lo que revela que pese a ser un programa priorizado por el Ministerio de Salud al cual deben estar dirigida las acciones de promoción, esta actividad estaba siendo poco desarrollado por los recursos de salud de la localidad, que ocasionaba baja cobertura en el Programa de Fertilidad.

La no utilización de métodos anticonceptivos por miedo a éstos y creencias sobre las reacciones adversas que puedan ocasionar tiende a disminuir a medida que se va aumentando la edad de las mujeres y el nivel de escolaridad que estas tienen, lo que demuestra que se va adquiriendo mayor conocimiento, tanto con los años de vida como con el nivel cultural, lo cual constituye también determinantes de la Salud Reproductiva ; sin embargo representan las principales causas de no planificación y demuestra así deficiencias en la educación en salud a la población.

Así mismo el desconocimiento del Programa de Salud Reproductiva por las usuarias cobró gran importancia en el estudio y fue uno de los motivos de la no planificación el cual se presenta en las usuarias de todas las edades, estado civil y escolaridad, demostrando así la poca promoción del uso a los programas de Salud Reproductiva en la comunidad.

La producción de servicios de los Programas de Salud Reproductiva del Puesto Médico Américas Uno, revelan un incremento significativo para el año 1997, en todos ellos, con más del triple de atenciones brindadas al compararlas con 1994 y 1995.

En esto se destaca el involucramiento que tiene el personal médico del Puesto en las atenciones a estos programas en los dos últimos años, hecho que no ocurría en 1994 y 1995, donde las atenciones eran brindadas básicamente por el personal de enfermería.

El fenómeno de incremento se explica por la intervención realizada en Septiembre de 1996, por los recursos del Puesto Médico que incluyó el cambio del personal de salud con motivación, sensibilización e interés en el problema, desarrollándose así actividades de promoción, prevención y asistencia a la población femenina del área, destacándose las actividades dirigidas hacia el Programa de Planificación Familiar en el año 1996 con educación en la comunidad y las áreas de atención del Puesto Médico, la prolongación del horario de atención para el Programa, la búsqueda de inasistentes donde se incluyó a los agentes comunitarios y en el año de 1997, el reforzamiento de estas actividades con los mismos recursos para visitas domiciliarias a inasistentes del Programa de Control Prenatal con atención básica, la educación individual y colectiva logrando mayor cobertura y concentración al mismo.

Al evaluar los principales indicadores del Programa de Salud Reproductiva, se observa la tendencia a la mejoría en todos ellos, con una reducción importante de las Tasas de Mortalidad Materna y Perinatal.

En el Control Prenatal, la cobertura aún se encuentra por debajo de la mitad en relación a los embarazos esperados, pero esta se incrementa si se compara con los nacidos registrados, lo cual puede deberse a problemas de cálculos de la población.

Se observa ; sin embargo, un importante incremento en el número de Controles Prenatales, con un promedio de 6 controles por cada mujer, lo cual tuvo el objetivo de vigilar la evolución del embarazo. En este comportamiento incide la conducta del personal de salud que proporcionaron orientación adecuada a las mujeres embarazadas y el logro de sensibilización a las mismas.

En el Programa de Fertilidad, se ha logrado incrementar la cobertura a más del cien por ciento en los dos últimos años en relación a 1994 y 1995, hecho que ha incidido en la disminución de embarazos.

Así mismo, el incremento significativo en la cobertura del Programa de Control al Puerperio hasta un poco más del tercio de los partos, ha sido otro hecho que contribuye a disminuir el daño a las madres, al incorporar mujeres que pueden llegar a fallecer durante el post parto, a como lo menciona la literatura que un alto porcentaje de muertes maternas ocurren en el puerperio.

Se observan deficiencias en el Programa de Detección del Cáncer Cérvico Uterino probablemente se debe a que es un programa que no se relaciona directamente con la mortalidad materna y/o perinatal, este hecho debe ser considerado como una debilidad a la cual debe dirigirse acciones de fomento para las mujeres, más aún cuando la trascendencia que está teniendo este tipo de cáncer en las mujeres durante su época reproductiva.

Los indicadores de daño a la Salud Materna y Perinatal han disminuido considerablemente en los dos últimos años, principalmente para 1997 para lo cual debe considerarse que si bien es cierto las acciones de promoción y educación tienen un impacto a mediano o largo plazo, no obvia el logro en los indicadores del Puesto Médico, tomando particular importancia no sólo el incremento en las coberturas de los Programas sino también el esfuerzo de los recursos de salud, la mejoría en la atención a las Usuarias, la dirección de los esfuerzos hacia los grupos de riesgos y la educación y sensibilización en la población femenina, los cuales han sido factores decisivos para dicho impacto.

Si bien es cierto, el porcentaje de abandono a los programas de Fertilidad y de Control Prenatal son bajos, es importante señalar que el motivo de esto en ambos programas cobra gran significancia las empresas médicas previsionales, a las cuales acudieron las mujeres que no continuaron con sus controles en el Puesto Médico lo cual se diferencia a las causas expresadas por las mismas mujeres cuando habiendo planificado en algún momento de su vida, abandonaron por otras causas, principalmente a aquellas que involucran a los servicios de salud, tales como : cobro, negación de la atención por el puesto médico, falta de los métodos anticonceptivos en el Puesto Médico, horario de atención, falta de confianza en el personal, desconocimiento del programa, tiempo de espera.

La valoración de la calidad de la atención, tomando en cuenta el usuario, demuestra que casi la totalidad de las mujeres están muy Satisfechas con la atención brindada y valoran la calidad de la atención que tienen los Programas de Salud Reproductiva en el Puesto Médico Américas Uno como Buena, con un tiempo de espera menor de treinta minutos, gratuidad del servicio, buen trato por los recursos y la conformidad y seguridad de la atención prestada a las mujeres.

En el grupo de mujeres que no se sienten muy satisfechas con el trato recibido es importante lo que refieren a que se debe por la interrupción durante su consulta por parte del personal de salud, lo que revela - si bien en poco porcentaje - que no se atienden a las usuarias de forma personalizada por los recursos y que debe ser un motivo de fomentar en los recursos la importancia de la atención adecuada a cada una de las usuarias.

La falta de cortesía por el personal de admisión del Puesto Médico, fue un hecho que incide en la insatisfacción con la comunicación de los recursos con las usuarias y que llama a la búsqueda de sensibilizar a todo el personal sobre la prioridad y la importancia que tienen este tipo de usuarias en los servicios de salud.

El hecho de que los recursos de salud se sientan presionados por los pacientes en esperan de ser atendidos es uno de los motivos por el cual se considera que el tiempo que se les brinda de atención no es suficiente, lo cual conlleva también a valorar la necesidad de ampliar aún más la importancia de la Salud Reproductiva en la comunidad, de forma que la población comprenda y apoye dichos servicios.

La valoración de la calidad como regular; se debe básicamente al desabastecimiento lo que demuestra que las usuarias valoran el equipamiento de las Unidades como insumos necesarios para brindar buena calidad en la atención.

Al evaluar la percepción que tienen las mujeres en edad fértil de la localidad y compararse con una encuesta de base en el año 1996, sobre el Programa de Fertilidad del Puesto Médico Américas Uno, se encontró que las creencias sobre los métodos de planificación familiar han variado, obteniéndose como un aspecto importante el hecho de que más de la mitad de las mujeres encuestadas en 1997 consideran que los métodos de planificación no ocasionan trastornos en la mujer a diferencia de la percepción que se tenía en 1996 donde era insignificante el número de mujeres que lo referían.

Los cambios en los motivos expresados de la no planificación en las mujeres en el estudio de percepción demuestran el esfuerzo de los recursos de salud por brindar información veraz a las usuarias, la información de las reacciones adversas que los métodos producen demostrándose además que la Salud Reproductiva debe ser una actividad integral de atención, asistencial y preventiva y que involucra la educación como componente principal para su desarrollo.

Además se observa el hecho de que la mayor fuente de información sobre los métodos anticonceptivos considerada por las mujeres en 1998 son los recursos de salud, a diferencia de lo considerado en 1996 donde estos no representaban ni la tercera parte.

Es importante señalar que si bien es cierto, la mitad de las mujeres encuestadas en 1997 refirieron no planificar, las causas expresadas por las mismas no son iguales a las de 1996, y que si aún hay factores relacionados con el servicio de salud, estos son por el desabastecimiento de métodos o materiales y ya no por la falta de promoción de los servicios.

El cambio en los motivos de la no planificación en los dos años, es otro hecho que relaciona las actividades educativas que deben llevarse a cabo por los recursos de salud para lograr un cambio en sus conocimientos.

CONCLUSIONES

- 1.- Se logró ingresar al programa aquellas mujeres cuya edad es considerada como factor de riesgo, principalmente el grupo de adolescentes, el estado civil de solteras tuvo también un alto ingreso en el programa de fertilidad. La historia de paridad nula tuvo un porcentaje significativo en los ingresos al programa de fertilidad. Un tercio de las mujeres ingresadas tienen un nivel de escolaridad bajo.*
- 2.- Las causas de abandono a los métodos anticonceptivos antes de ingresar al Programa de Salud Reproductiva en las mujeres eran las reacciones adversas de estos y el fracaso con los mismos*
- 3.- Las causas de no planificación antes de ingresar al Programa de Salud Reproductiva en las mujeres eran miedo a los métodos anticonceptivos y el desconocimiento por las usuarias del Programa de Salud Reproductiva en el Puesto Médico.*
- 4.- En los dos últimos años se ha incrementado la producción de servicios del Programa Salud Reproductiva en el Puesto Médico Américas Uno con alta participación del médico del puesto que conlleva a permitir la atención de las usuarias con personal de más calificación.*
- 5.- El uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres se ha incrementado considerablemente.*
- 6.- Las causas de abandono a los Programas de Fertilidad y Control Prenatal se deben a la amplitud de las empresas médicas previsionales para las aseguradas y/o beneficiarias.*
- 7.- La valoración de la calidad de la atención por parte de las usuarias del Programa de Salud Reproductiva es Buena.*
- 8.- Las mujeres en edad fértil de la localidad del Puesto Médico Américas Uno tienen mejor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y la principal fuente de información es el médico del Puesto Médico.*
- 9.- La principal limitación en el Puesto Médico Américas Uno es el desabastecimiento de métodos anticonceptivos hormonales inyectables y material para inserción de dispositivos intrauterinos*

RECOMENDACIONES

1.- *Extender las actividades de promoción y educación a través de los recursos locales con la participación de los agentes comunitario y coordinaciones ínter e intra institucionales hacia áreas con incidencia de muerte perinatal.*

2.- *Perfeccionar el concepto de enfoque de riesgo en los recursos de salud de atención primaria, así como el dominio de estrategias en la aplicación del mismo, fomentando el cambio de actitudes en todo el personal de salud para la mejora en la atención en la comunidad .*

3.- *Consolidar plan de educación a la población femenina de riesgo sobre cuidado y fomento de su salud Reproductiva.*

4.- *Garantizar un abastecimiento continuo por parte de los niveles centrales y del SILAIS hacia el programa de Salud Reproductiva, tanto de insumos médicos, como de material de reposición periódica y equipos que faciliten la buena atención de las usuarias.*

5.- *Crear Club de Mujeres en Edad Fértil con riesgo reproductivo de manera coordinada entre el personal de salud y la comunidad.*

6.- *Implementar el sistema de evaluación y monitoreo en el Programa Salud Reproductiva en las Unidades de Salud, de forma continua.*

7.- *Mejorar el Sistema de Registro del Programa de Salud Reproductiva que facilite el reconocimiento de todas las actividades realizadas por los recursos que brindan la atención.*

BIBLIOGRAFIA

- 1.- *Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Programa de Salud Materno Infantil. Elementos Básicos para el estudio de la prevalencia de la Mortalidad materno infantil. Fascículo 2.*
- 2.- *Et. al*
- 3.- *Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud Proyecto "La mujer en la salud y el desarrollo Latinoamericano. 1988.*
- 4.- *Ministerio de Salud de Nicaragua. Centro de Salud Villa Venezuela. Plan de Salud 1997*
- 5.- *Ministerio de Salud de Nicaragua Centro de Salud Villa Venezuela. Estadísticas y Registros Médicos. Libro Maestro de Mortalidad*
- 6.- *Ministerio de Salud de Nicaragua Centro de Salud Villa Venezuela. Plan de Salud 1997.*
- 7.- *Ministerio de Salud de Nicaragua. Centro de Salud Villa Venezuela. Vigilancia Epidemiológica*
- 8.- *Senderson, Warren. Population issues in Assia. Context, Policies and Prospects, Banco Mundial. Washington D.C. 1980 Pp3*
- 9.- *Stephenson y Col. Estudios de riesgos Perinatales. ONU. Banco Mundial. 1984 Pp. 4*
- 10.- *Casas y col. Creencias y Prácticas acerca del desarrollo, evolución y cuidado de la mujer. Bogotá, Colombia. 1985. Tesis (Maestría en Administración en Salud)*
- 11.- *Figuroa Loli, América Alonso. Conocimientos, Actitudes y Prácticas respecto a la sexualidad. Lima, Perú. 1988. Pp82*
- 12.- *Valenzuela Garrido y col. Encuesta de Salud Reproductiva en Adultos Jóvenes. En Revista Sanitaria de Salud Nacional, Chile. 1988 Pp. 5-9*
- 13.- *Organización Panamericana de la Salud. Banco Mundial. Como invertir en Salud: Fecundidad Mundial. 1990. Pp 3,7*
- 14.- *Cochrane y Merricks. Informe sobre el desarrollo Mundial. Washington D.C. 1992. Pp 13*

- 15.- *Dois Castellón y col. Relación entre el grado de conocimientos, usos de métodos anticonceptivos y ocurrencia de embarazos. Departamento de Salud Materna y Ginecología. Santiago, Chile. Marzo 1993.*
- 16.- *Mauldin y Segal. Prevalence of contraceptive use : Trend an Issues. En : Studies in Family Planning. Banco Mundial 1993.*
- 17.- *Stephenson Patricia. The public health in Family Planning. Banco Mundial. Washington D.C. 1993*
- 18.- *Walsh J. Y Col. Maternal, Perinatal and Family Planning Problemas. En : Dean T, Comp : Disease Control Priorities in Developing countries. N. York, Oxford University. 1993*
- 19.- *Amadeus Jesús y Ojeda Gabriel, The Profamilia Family Planning, programs. Colombia. Documento No. 759 Políticas, Investigaciones y asuntos externos, Banco Mundial 1994*
- 20.- *Abaunza y col. Calidad del subprograma del control prenatal en el Jicaral y Malpaisillo. 1985. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía) UNAN, Managua*
- 21.- *Alvarado M. y otros. Análisis de la atención prenatal en centros de salud de Masaya. 1987. Tesis. (Doctor en Medicina y Cirugía) UNAN, Managua*
- 22.- *Sánchez L. Sonia. Utilización de los servicios de salud durante el embarazo en el área 6.1 de Managua. 1989.*
- 23.- *Porras B. Ada. Embarazo en Adolescentes y su relación con la mortalidad perinatal. San Miguelito, Río San Juan. Diciembre 1991. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía) UNAN. Managua*
- 24.- *Calvo Diego, Factores socioculturales, ginecoobstétricos y clínicos de mujeres que acuden al programa de fertilidad en dos Centros de Salud de la V región. 1992. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía) UNAN. Managua.*
- 25.- *Medrano Yadira, Satisfacción de las usuarias de los servicios de salud reproductiva en el distrito VI de Managua. 1997*
- 26.- *Ministerio de Salud de Nicaragua. SILAIS MANAGUA. Encuesta sobre Planificación Familiar. 1995*

- 27.- *Ministerio de Salud de Nicaragua Centro de Salud Villa Venezuela. Vigilancia Epidemiológica.*
- 28.- *Ministerio de Salud de Nicaragua. Centro de Salud Villa Venezuela. Proyecto de Intervención en Salud Reproductiva. Puesto Médico Américas Uno. Agosto 1996*
- 29.- *Pineault. Evaluación de los Servicios de Salud. La Evaluación. Pp 327-329*
- 30.- *Organización Panamericana de la Salud. BANCO MUNDIAL. Invertir en Salud. Pp. 84-90*
- 31.- *Et. Al*
- 32.- *Organización Panamericana de la Salud. BANCO MUNDIAL. Invertir en Salud. Pp. 97*
- 33.- *Ministerio de Salud de Nicaragua. Dirección General de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. Manual de Salud Reproductiva Cap. I Pp 3*
- 34.- *Ministerio de Salud de Nicaragua. Dirección General de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. Manual de Salud Reproductiva. Cap. I Pp 4 - 6*
- 35.- *Ministerio de Salud de Nicaragua. Dirección General de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. Manual de Salud Reproductiva Cap I Pp 10*
- 36.- *Ministerio de Salud de Nicaragua. Dirección General de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. Manual de Salud Reproductiva Pp 7,9*
- 37.- *Ministerio de Salud de Nicaragua. Dirección General de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. Manual de Salud Reproductiva Cap I Pp12 19.*
- 38.- *Manual de planificación Familiar para médicos. Costa Rica. 6a. edición. 1989.*
- 39.- *Alcalá José. Acción para el Sig. XX Salud y derechos reproductivos. Octubre 1994 New York. USA.*
- 40.- *Ministerio de Salud de Nicaragua. Dirección General de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. Manual de Salud Reproductiva. Cap. 2 Riesgo Reproductivo. Pp 34-55.*
- 41.- *Dirección General de Planificación Familiar. Curso de atención a la Salud Reproductiva. Dirección General de Salud Reproductiva 1994 Mexo P.p 57.*

- 42.- *Asociación para la anticoncepción voluntario. Consejería en Planificación Familiar New York Pp 82, 1991.*
- 43.- *Et. al Pp 83*
- 44.- *Organización Panamericana de la Salud. Banco Mundial Informe sobre del desarrollo mundial 1993. Servicios Clínicos Esenciales.*
- 45.- *Et Al.*
- 46.- *Ministerio de Salud de Nicaragua. Manual de Salud Reproductiva. 1997. Pp. 456*
- 47.- *Faundes, Aníbal "Calidad de la atención Post. Parto" Famile Health international. Traslación seres / 191 FHI. No. 75"*
- 48.- *Larsen Williams G y Cd. El médico general y los problemas de la mujer. Mundo Medico Ud 10 No. 11 Mayo 94, Centroamérica, Panamá y República Dominicana*
- 49.- *Molina Córtez R. " Diagnóstico y Tratamiento ginecoobstétricos". Editorial El Manual Moderno S A de C.U México, D.F 1989.*
- 50.- *Raynald Pineault. La planificación sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategia. 2da. Edición. 1995. MASSON, S.A. España. Cap. 6 PP 330.*
- 51.- *Et. Al Pp 335-340*
- 52.- *Et. Al. Pp341-342*
- 53.- *Et Al Pp. 343*
- 54.- *Donabedian, Avedis. Calidad de la Atención. La prensa Médica Mexicana, S.A. México, D.F. 1980*
- 55.- *Pabón Hipólito. Evaluación de los servicios de salud. Conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo. Universidad del Valle Facultad de Salud. Departamento de Medicina Social. Pp. 136-137*

56.- Kroeger Axel, *Análisis de los Servicios de Salud*. 1986

57.- Ministerio de Salud de Nicaragua. Dirección General de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. *Manual Operativo de la Atención Integral a la Mujer y la Niñez*. Cap. VIII, Pp. 29 Enero 1995

58.- Ulloa González A. *Población y Salud Reproductiva*. Ed. El Amanecer. 1997 Pp. 127-132

59.- Ministerio de Salud. *Manual de Salud Reproductiva*. 1997. Pp. 437

A

N

E

X

O

S

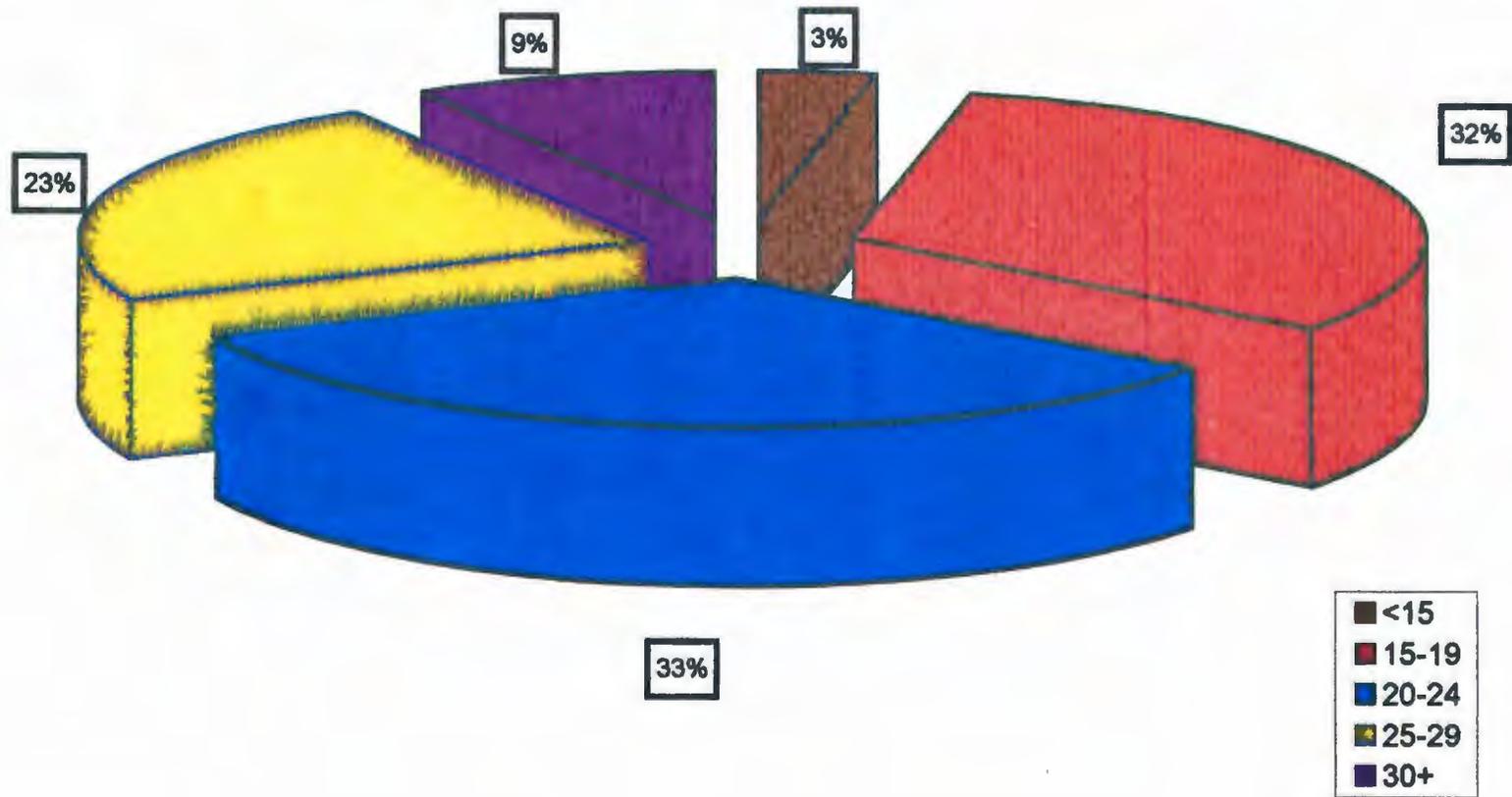
CUADRO NO. 1

**EDAD DE LAS MUJERES DEL PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>EDAD</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Menor de 15</i>	<i>12</i>	<i>3.4</i>
<i>15-19</i>	<i>111</i>	<i>31.7</i>
<i>20- 24</i>	<i>115</i>	<i>32.9</i>
<i>25-29</i>	<i>82</i>	<i>23.4</i>
<i>30 a mas</i>	<i>30</i>	<i>8.6</i>
<i>Total</i>	<i>350</i>	<i>100</i>

Fuente : Ficha de Recolección de datos

**EDAD DE MUJERES
PROGRAMA DE FERTILIDAD
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE1997**



CUADRO NO. 2

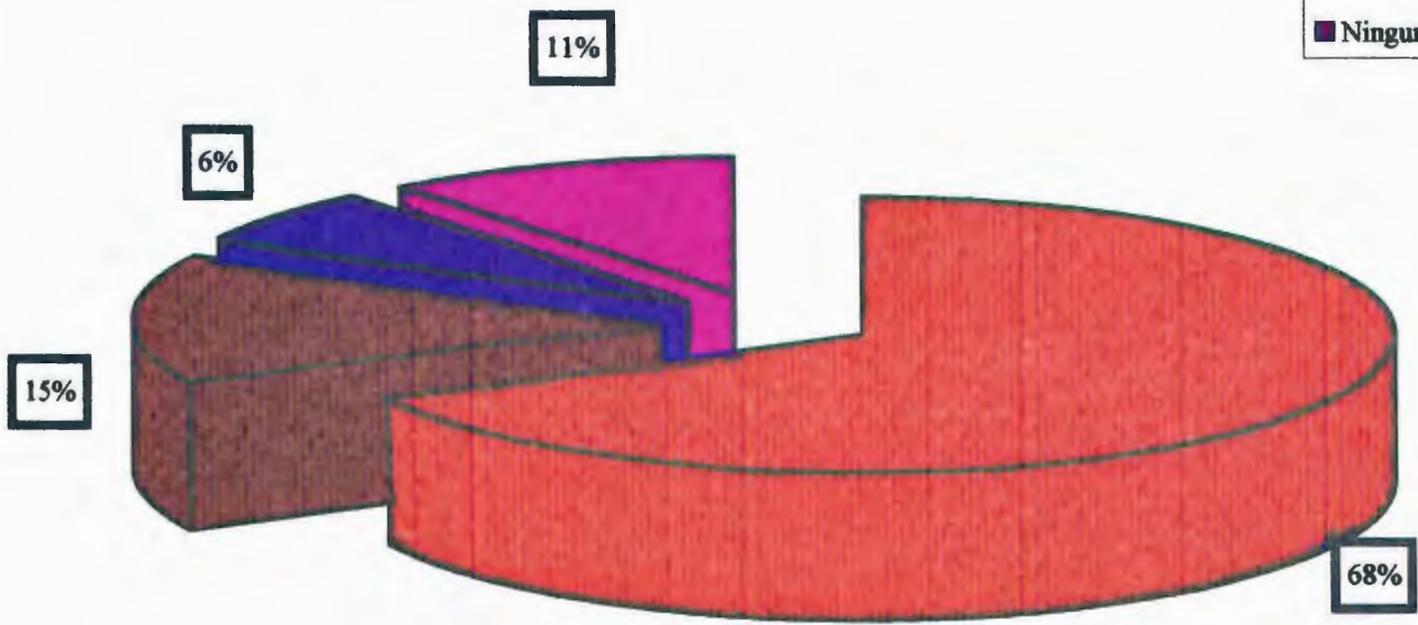
**RELIGION DE LAS MUJERES DEL PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>RELIGION</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Católica</i>	<i>236</i>	<i>67.4</i>
<i>Evangélica</i>	<i>54</i>	<i>15.4</i>
<i>Otras</i>	<i>22</i>	<i>6.3</i>
<i>Ninguna</i>	<i>38</i>	<i>10.9</i>
<i>Total</i>	<i>350</i>	<i>100</i>

Fuente : Ficha de Recolección de datos

**RELIGION DE LAS MUJERES
PROGRAMA DE FERTILIDAD
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997**

- Católicas
- Evangélica
- Otras
- Ninguna



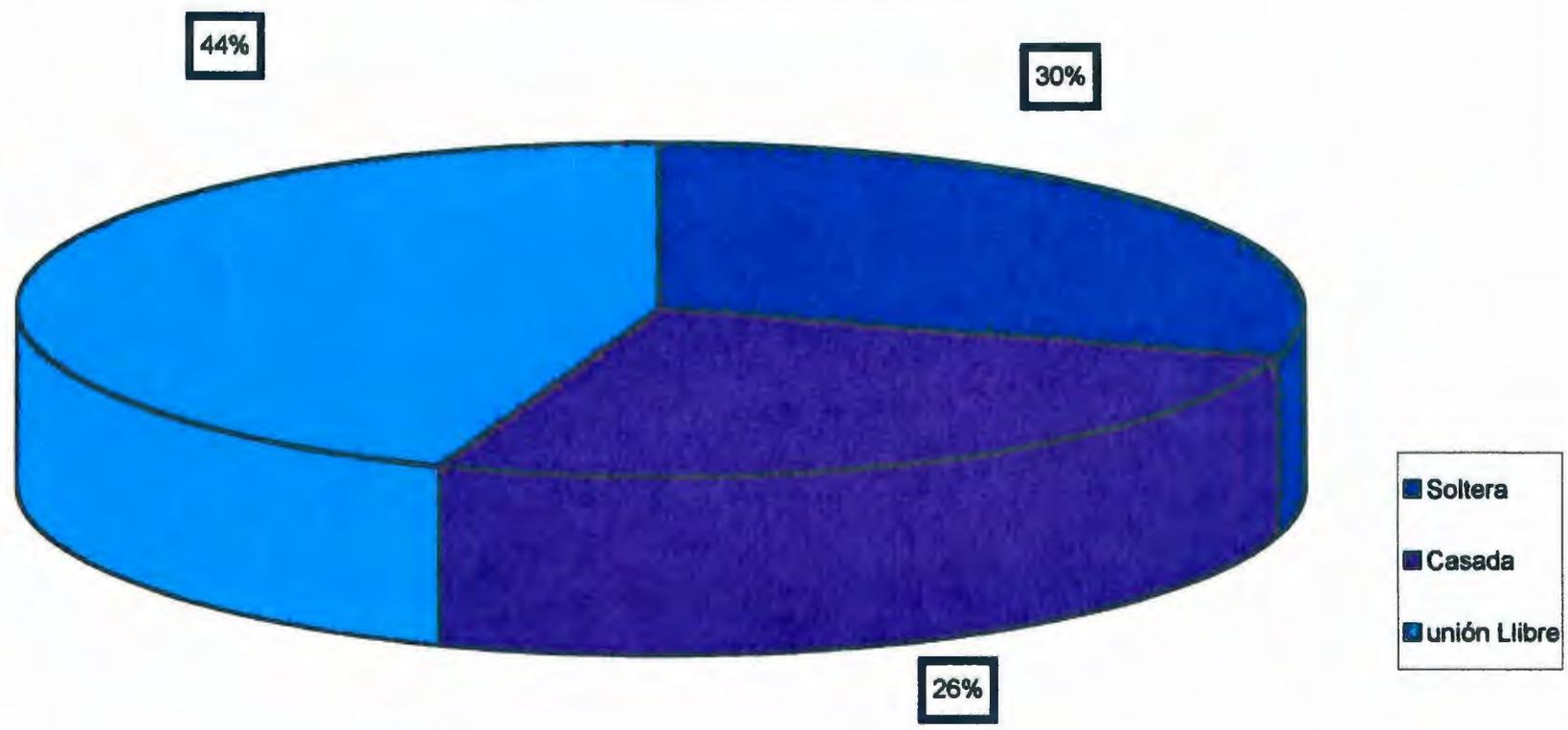
CUADRO NO. 3

**ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES
DEL PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Soltera</i>	<i>104</i>	<i>29.7</i>
<i>Casada</i>	<i>90</i>	<i>25.7</i>
<i>Unión Libre</i>	<i>156</i>	<i>44.6</i>
<i>Total</i>	<i>350</i>	<i>100</i>

Fuente : Ficha de Recolección de datos

Estado Civil de las Mujeres
Programa de Fertilidad
Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996-Septiembre 1997



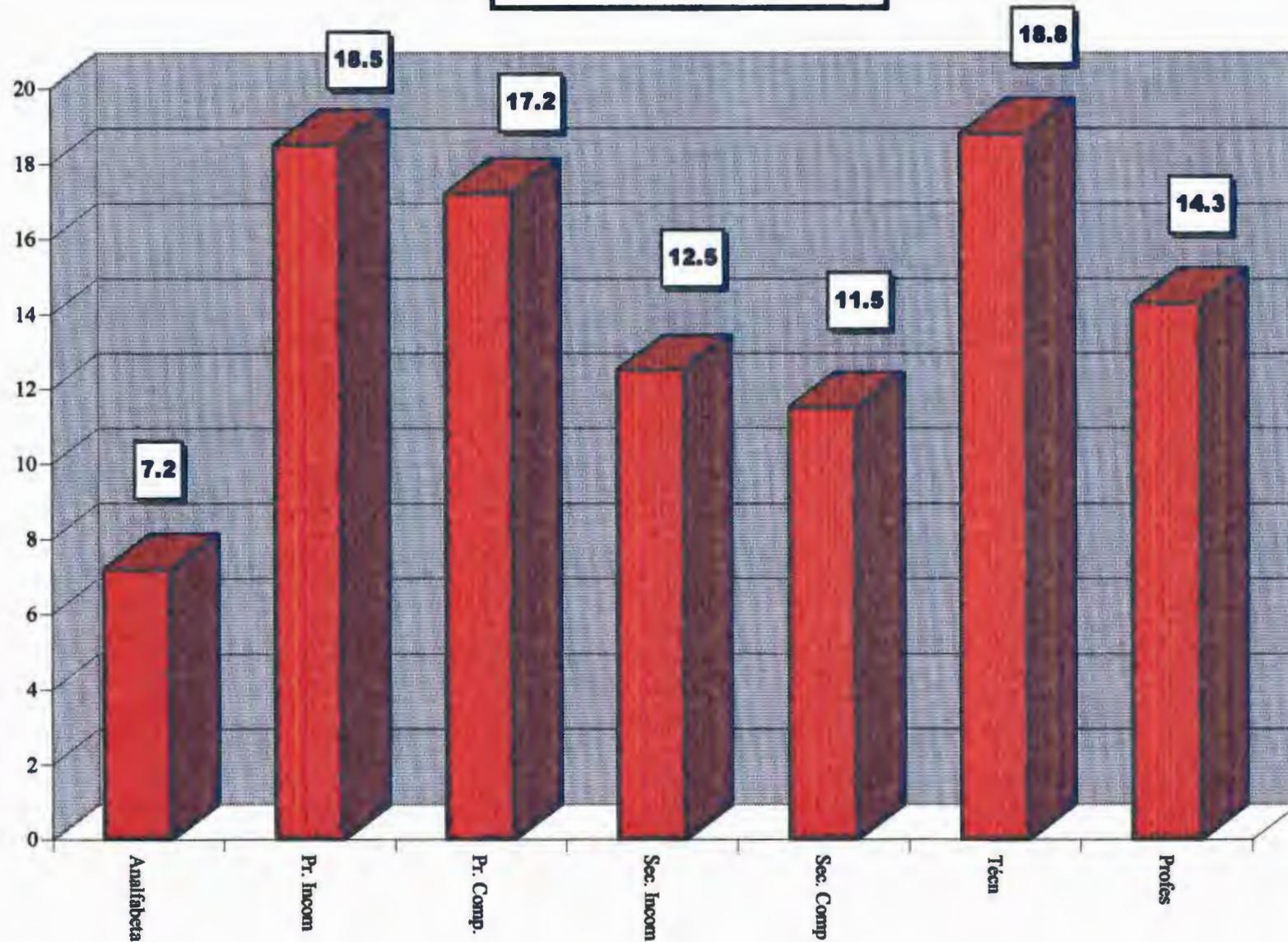
CUADRO NO. 4

**ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES
DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996- SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>ESCOLARIDAD</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Analfabeta</i>	25	7.2
<i>Primaria Incompleta</i>	65	18.5
<i>Primaria Completa</i>	60	17.2
<i>Secundaria Incompleta</i>	44	12.5
<i>Secundaria Completa</i>	40	11.5
<i>Técnica</i>	66	18.8
<i>Profesional</i>	50	14.3
<i>Total</i>	350	100

Fuente : Ficha de recolección de datos

Escolaridad de las Mujeres
Programa Salud Reproductiva
Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996 - Septiembre 1997



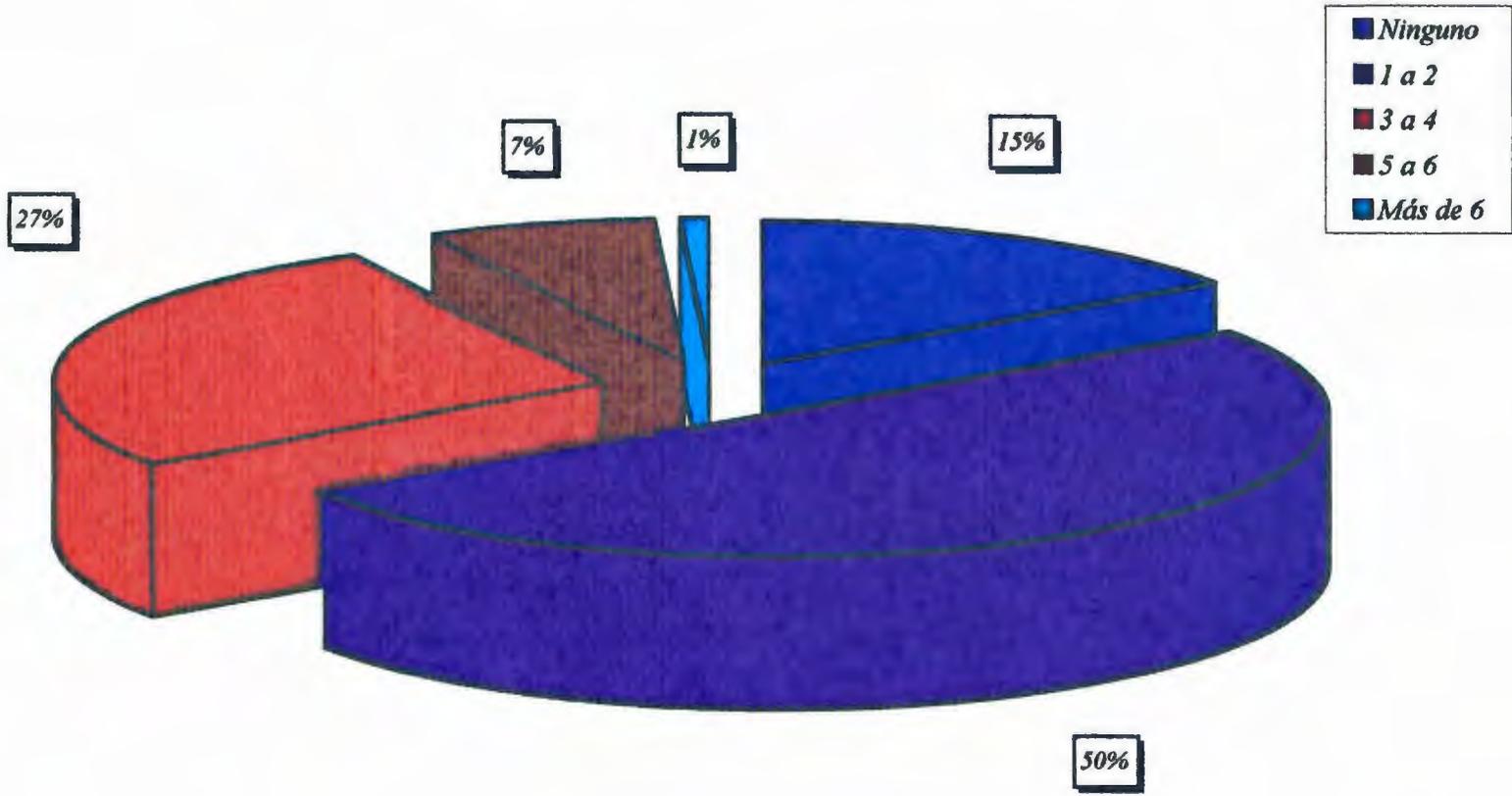
CUADRO NO. 5

**NUMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES
DEL PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>NUMERO DE HIJOS</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Ninguno</i>	<i>53</i>	<i>15.1</i>
<i>1-2</i>	<i>175</i>	<i>50</i>
<i>3-4</i>	<i>96</i>	<i>27.4</i>
<i>5-6</i>	<i>23</i>	<i>6.6</i>
<i>Más de seis</i>	<i>3</i>	<i>0.9</i>
<i>Total</i>	<i>350</i>	<i>100</i>

Fuente : Ficha de Recolección de datos

*Número de Hijos de las Mujeres
Programa de Fertilidad Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996-Septiembre1997*



Fuente: Cuadro No.5

CUADRO NO. 6
NUMERO DE HIJOS SEGÚN EDAD
DE LAS MUJERES DEL PROGRAMA
DE PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

<i>Edad en años/ Número de Hijos</i>	<i>Ningún Hijo</i>		<i>De 1 a 2 Hijos</i>		<i>De 3 a 4 Hijos</i>		<i>De 5 a 6 Hijos</i>		<i>De 6 a más Hijos</i>		<i>Tota</i>	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Menor de 15</i>	5	41.6	7	58.4	0	0	0	0	0	0	12	3.42
<i>De 15 a 19</i>	28	25.2	67	60.3	16	14.4	0	0	0	0	111	31.7
<i>De 20 a 24</i>	18	15.6	61	53.2	34	29.5	2	1.7	0	0	115	32.8
<i>De 25 a 29</i>	2	2.4	34	41.5	34	41.5	12	14.6	0	0	82	23.4
<i>De 30 a más</i>	0		6	20	12	40	9	30	3	10	30	8.5
<i>Total</i>	53	15.1	175	50	96	27.5	23	6.6	3	0.8	350	100

Fuente : Ficha de recolección de datos

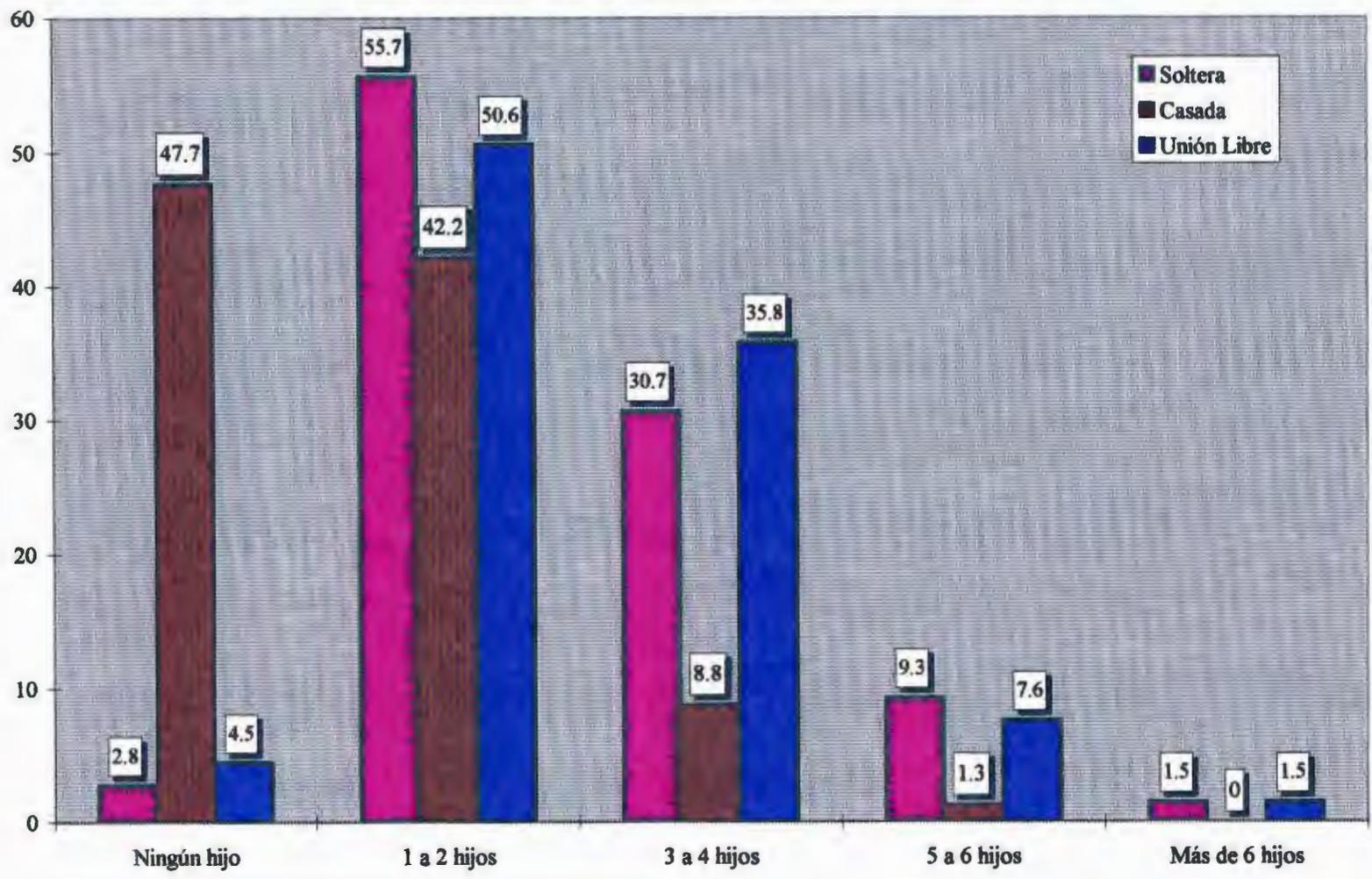
CUADRO NO. 7

**NUMERO DE HIJOS SEGÚN ESTADO CIVIL
DE LAS MUJERES DEL PROGRAMA
DE PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>Número de Hijos/Estado Civil</i>	<i>SOLTERA</i>		<i>CASADA</i>		<i>UNION LIBRE</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>NINGUNO</i>	3	2.8	43	47.7	7	4.5	53	15.1
<i>1-2</i>	58	55.7	38	42.2	79	50.6	175	50
<i>3-4</i>	32	30.7	8	8.8	56	35.8	96	27.4
<i>5-6</i>	10	9.3	1	1.3	12	7.6	23	6.6
<i>6 A)</i>	1	1.5	0	0	2	1.5	3	0.9
<i>TOTAL</i>	104		90	25.8	156	44.5	350	100

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Número de Hijos según Estado Civil
Programa de Fertilidad Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996 - Septiembre 1997



Fuente: Cuadro No. 7

CUADRO NO. 8
HISTORIA DE MUERTE PERINATAL EN LAS MUJERES EN ESTUDIO
DEL PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

<i>HISTORIA DE MUERTE</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Sí</i>	<i>3</i>	<i>0.9</i>
<i>No</i>	<i>347</i>	<i>99.1</i>
<i>Total</i>	<i>350</i>	<i>100</i>

Fuente : Ficha de Recolección de datos

CUADRO NO.9

**CAUSAS DE MUERTES NEONATALES Y OBITOS FETALES
SEGÚN MUJERES EN ESTUDIO DEL PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>CAUSAS</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Infección Urinaria</i>	<i>2</i>	<i>66.6</i>
<i>Preclampsia</i>	<i>1</i>	<i>33.4</i>
<i>Total</i>	<i>3</i>	<i>100</i>

Fuente : Ficha de Recolección de datos

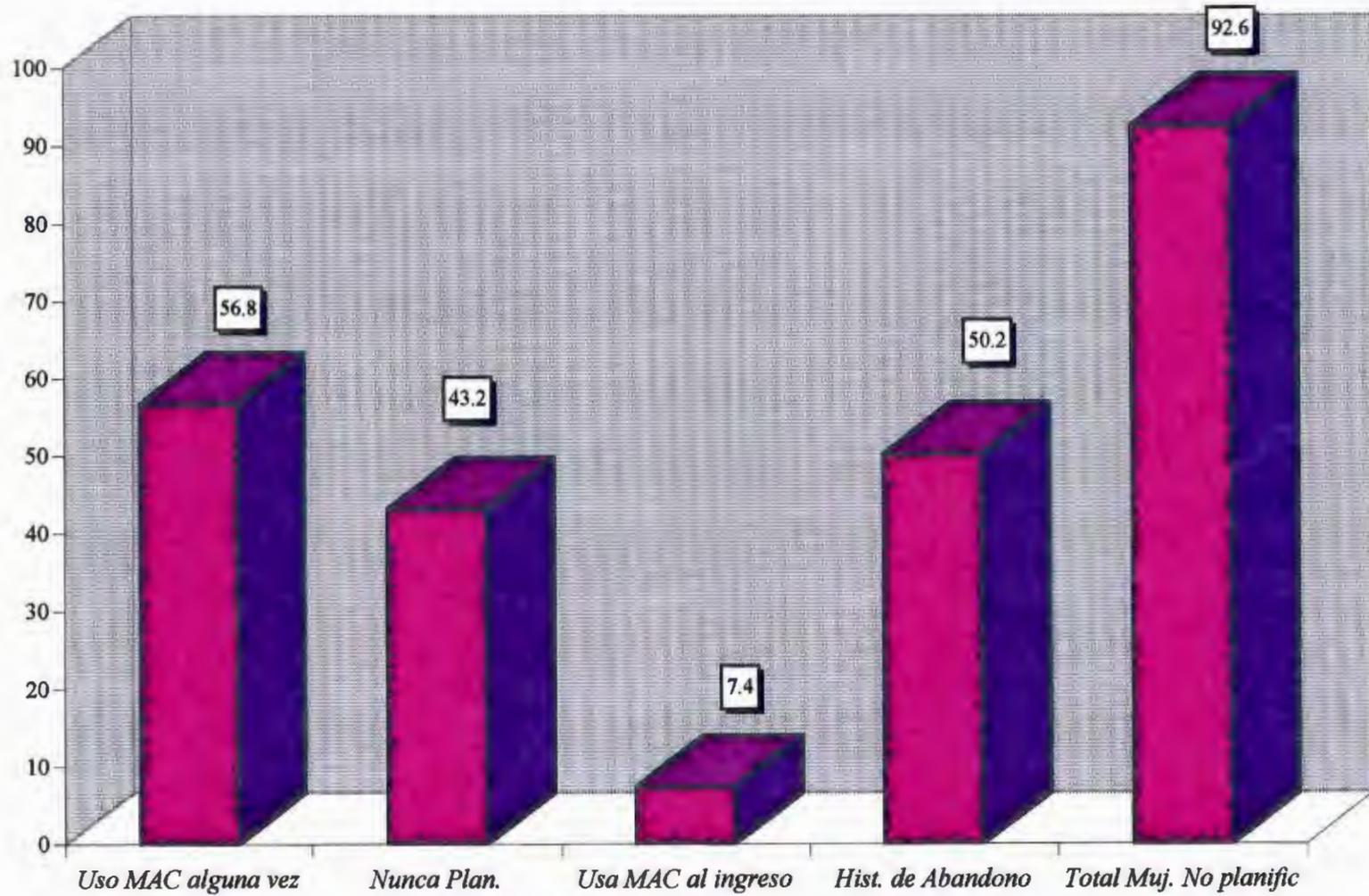
CUADRO NO. 10

**ANTECEDENTES DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
EN LAS MUJERES EN ESTUDIO
DEL PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

ANTECEDENTE	F	%
<i>Uso de Métodos en algún momento de su vida</i>	202	56.8
<i>Nunca ha planificado</i>	148	43.2
<i>Uso de Métodos al momento de ingresar al Programa en el Puesto Médico</i>	26	7.4
<i>Historia de abandono a los Métodos anticonceptivos antes de ingresar al programa</i>	176	50.2
<i>Total de mujeres que no planifican al momento del ingreso al Programa en el Puesto Médico</i>	324	92.6

Fuente : Ficha de Recolección de datos

**Antecedente de Uso de Métodos Anticonceptivos
Programa de Fertilidad Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996 - Septiembre 1997**



CUADRO NO. 11

**ANTECEDENTES DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
SEGUN EDAD EN LAS MUJERES EN ESTUDIO
PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>Antecedentes</i>	<i>< 15 AÑOS</i>		<i>15-19</i>		<i>20-24</i>		<i>25-29</i>		<i>30 A MAS</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Uso de métodos en algún momento de su vida</i>	2	16.6	13	11.7	89	77.3	68	82.9	30	100	202	56.8
<i>Nunca ha planificado</i>	10	83.3	98	88.2	26	22.6	14	17	0	0	148	43.2
<i>Uso de métodos al momento de ingresar al Programa en el Puesto Médico</i>	0	0	0	0	6	5.2	14	17	6	20	26	7.4
<i>Historia de abandono a los Métodos anticonceptivos antes de ingresar al programa</i>	2	16.6	13	11.7	83	72.1	54	65.8	24	80	176	50.2
<i>Total de mujeres que no planifican al momento del ingreso al Programa en el Puesto Médico</i>	12	100	11	100	10	94.7	68	82.9	24	80	324	92.6
<i>Total</i>		3.4	11	31.7	11	32.9	82	23.4	30	8.6	350	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

CUADRO NO. 12
ANTECEDENTES DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
SEGUN ESTADO CIVIL EN LAS MUJERES EN ESTUDIO
PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

<i>Antecedentes</i>	<i>SOLTERA</i>		<i>CASADA</i>		<i>U. LIBRE</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Uso de métodos en algún momento de su vida</i>	24	23	55	81.1	123	78.8	202	56.8
<i>Nunca ha planificado</i>	80	76.9	35	38.9	33	21.2	148	43.2
<i>Uso de métodos al momento de ingresar al Programa en el Puesto Médico</i>	3	2.8	10	11.1	13	8.3	26	7.4
<i>Historia de abandono a los Métodos anticonceptivos antes de ingresar al programa</i>	10	9.6	45	50	121	77.5	176	50.2
<i>Total de mujeres que no planifican al momento del ingreso al Programa en el Puesto Médico</i>	101	97.1	80	88.8	143	91.6	324	92.6
<i>Total</i>	104	29.7	90	25.7	156	44.6	350	100

Fuente: Ficha de Recolección de datos

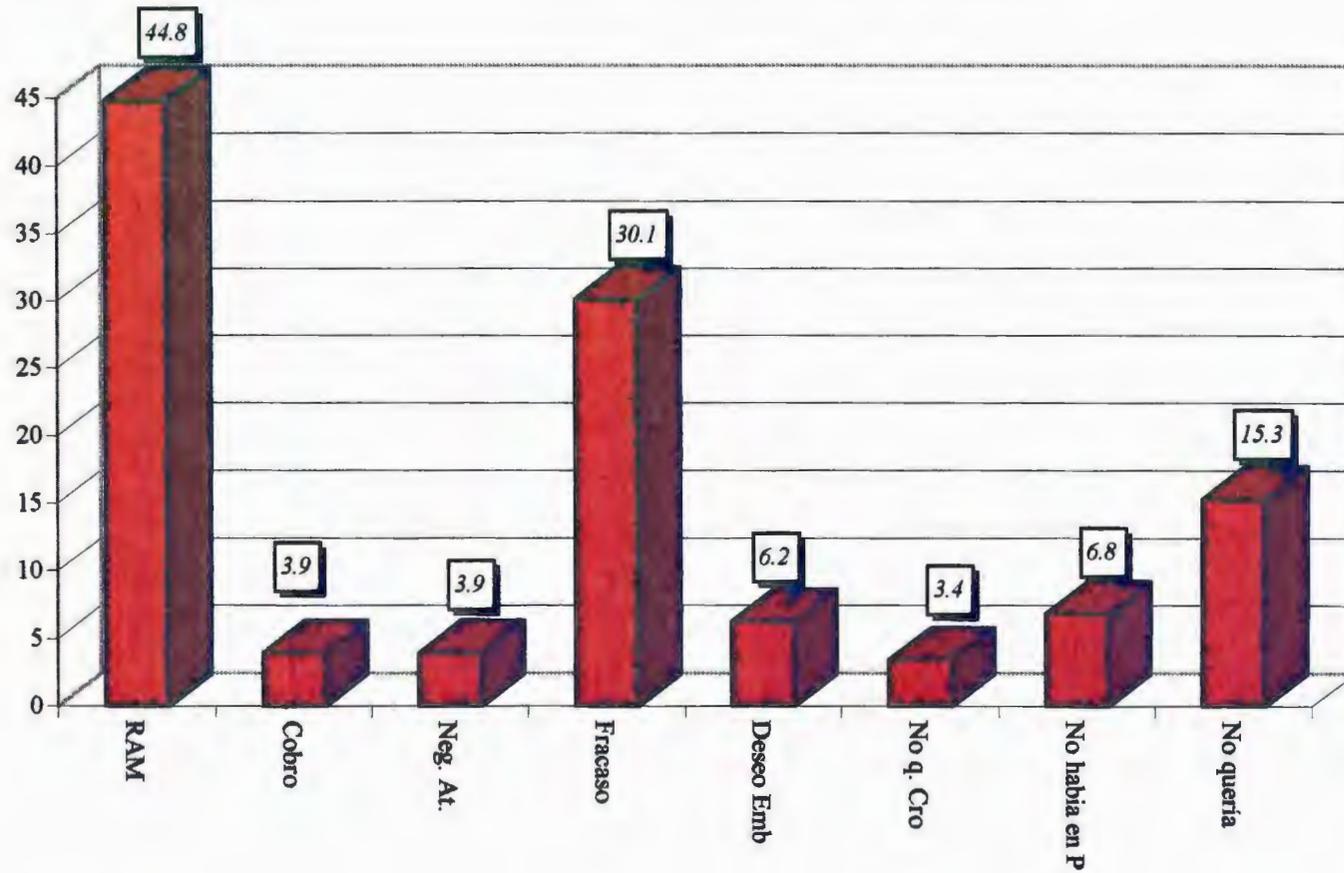
CUADRO NO. 13
CAUSAS DE ABANDONO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
ANTES DE INGRESAR AL PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

<i>CAUSAS</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Reacciones Adversas</i>	<i>79</i>	<i>44.8</i>
<i>Cobro en el Puesto</i>	<i>7</i>	<i>3.9</i>
<i>Le negaban atención</i>	<i>7</i>	<i>3.9</i>
<i>No quería</i>	<i>27</i>	<i>15.3</i>
<i>Fracaso anteriormente con ellos</i>	<i>53</i>	<i>30.1</i>
<i>Deseaba embarazarse</i>	<i>11</i>	<i>6.2</i>
<i>No quería su compañero</i>	<i>6</i>	<i>3.4</i>
<i>No había en el Puesto Médico</i>	<i>12</i>	<i>6.8</i>

Fuente : Ficha de Recolección de datos

** De 176 mujeres que abandonaron los métodos anticonceptivos antes de ingresar al programa*

**Causas de Abandono a los Métodos Anticonceptivos
Programa Salud Reproductiva. Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996-Septiembre 1997**



CUADRO NO. 14
CAUSAS DE ABANDONO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
SEGUN EDAD
ANTES DE INGRESAR AL PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

<i>Causas</i>	<i>< 15 AÑOS</i>		<i>15-19</i>		<i>20-24</i>		<i>25-29</i>		<i>30 A MAS</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Reacciones Adversas</i>	2	100	12	92.3	27	32.5	15	27.7	23	95.8	79	44.8
<i>Cobro en el Puesto</i>	1	50	1	7.6	1	1.2	3	5.5	1	4.1	7	3.9
<i>Le negaban atención</i>	0	0	2	15.3	3	3.6	1	1.8	1	4.1	7	3.9
<i>No quería</i>	1	50	0	0	20	24	4	7.4	2	8.2	27	15.3
<i>Fracasó anteriormente con ellos</i>	0	0	3	23	19	22.8	23	42.5	8	33.3	53	30.1
<i>Deseaba embarazarse</i>	0	0	0	0	6	7.2	3	5.5	2	8.2	11	6.2
<i>No quería su compañero</i>	1	50	2	15.3	1	1.2	1	1.8	1	4.1	6	3.4
<i>No había en el Puesto Médico</i>	0	0	0	0	6	7.2	4	7.4	2	8.2	12	6.8
<i>Total</i>	2	1.1	13	7.3	83	47.1	54	30.6	24	13.9	176	100

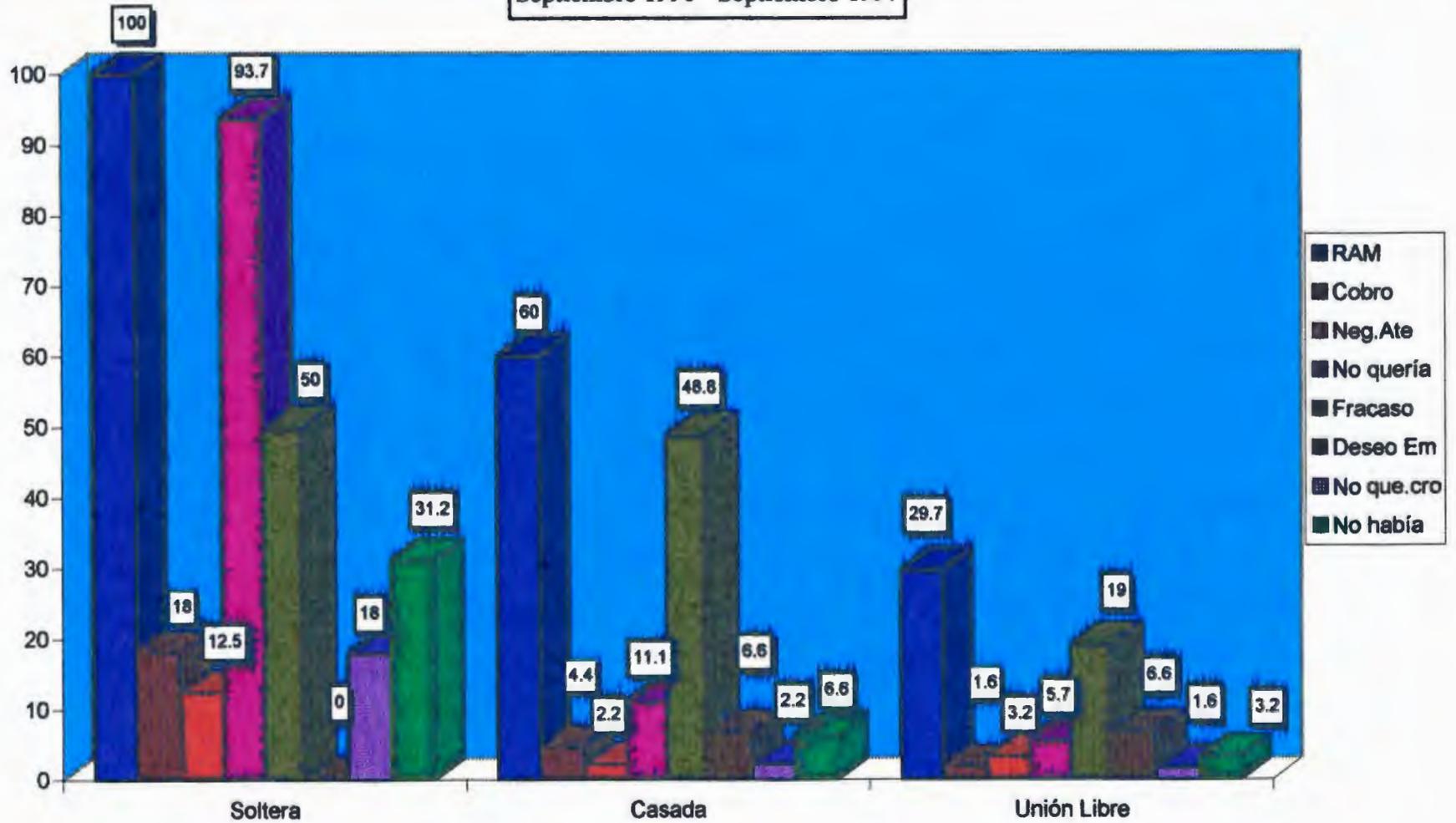
Fuente: Ficha de Recolección de datos

CUADRO NO. 15
CAUSAS DE ABANDONO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
SEGUN ESTADO CIVIL
ANTES DE INGRESAR AL PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

<i>Causas</i>	<i>SOLTERA</i>		<i>CASADA</i>		<i>U. LIBRE</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Reacciones Adversas</i>	16	100	27	60	36	29.7	79	44.8
<i>Cobro en el Puesto</i>	3	18	2	4.4	2	1.6	7	3.9
<i>Le negaban atención</i>	2	12.5	1	2.2	4	3.2	7	3.9
<i>No quería</i>	15	93.7	5	11.1	7	5.7	27	15.3
<i>Fracasó anteriormente con ellos</i>	8	50	22	48.8	23	19	53	30.1
<i>Deseaba embarazarse</i>	0	0	3	6.6	8	6.6	11	6.2
<i>No quería su compañero</i>	3	18	1	2.2	2	1.6	6	3.4
<i>No había en el Puesto Médico</i>	5	31.2	3	6.6	4	3.2	12	6.8
<i>Total</i>	16	9	45	25.5	121	65.5	176	100

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Causa de Abandono según E.Civil
 Programa de Fertilidad
 Puesto Médico Américas Uno
 Septiembre 1996 - Septiembre 1997



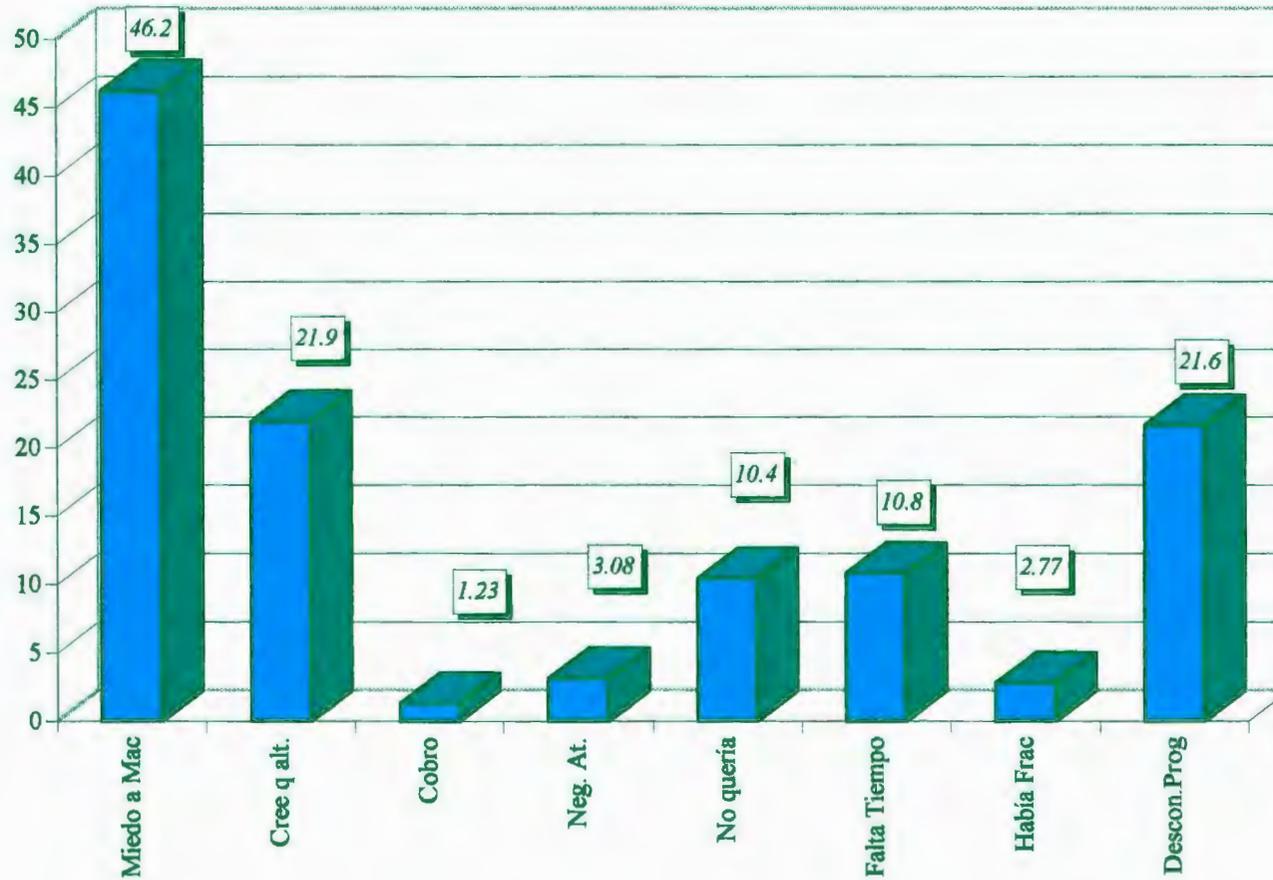
CUADRO NO. 16
MOTIVOS DE NO PLANIFICACION EN LAS MUJERES EN ESTUDIO
ANTES DE INGRESO AL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE - OCTUBRE 1997
MANAGUA

<i>MOTIVOS</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Miedo a los métodos</i>	<i>150</i>	<i>46.2</i>
<i>Cree que producen alteración</i>	<i>71</i>	<i>21.9</i>
<i>Le cobran en el Puesto</i>	<i>4</i>	<i>1.23</i>
<i>Le negaban atención</i>	<i>10</i>	<i>3.08</i>
<i>No quería</i>	<i>34</i>	<i>10.4</i>
<i>No quería el esposo</i>	<i>49</i>	<i>15.1</i>
<i>No tenía tiempo</i>	<i>35</i>	<i>10.8</i>
<i>Desconocía la existencia del Programa en el Puesto Médico</i>	<i>70</i>	<i>21.6</i>

** De 324 mujeres que no habían planificado antes de ingresar al programa.*

Fuente : Ficha de Recolección de datos

Motivos de No Planificación
Programa Fertilidad. Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996-Septiembre 1997



CUADRO NO. 17
MOTIVOS DE NO PLANIFICACION EN LAS MUJERES EN ESTUDIO
SEGUN EDAD
ANTES DE INGRESO AL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE - OCTUBRE 1997
MANAGUA

<i>Motivo</i>	<i>< 15 AÑOS</i>		<i>15-19</i>		<i>20-24</i>		<i>25-29</i>		<i>30 A MAS</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Miedo a los métodos</i>	10	83.3	50	45	60	55	20	29.4	10	41.6	150	46.2
<i>Cree que producen alteración</i>	10	83.3	20	28	10	9.1	18	28.1	13	54.1	71	21.9
<i>Le cobran en el Puesto</i>	1	8.3	1	0.9	1	0.9	0	0	1	4.1	4	1.2
<i>Le negaban atención</i>	0	0	0	0	2	1.8	3	4.4	5	20.8	10	3.09
<i>No quería</i>	5	41.6	10	9	7	6.4	6	8.8	6	25	34	10.4
<i>No quiera el esposo</i>	5	41.6	12	10.8	12	11	16	23.5	4	16.6	49	15.1
<i>No tenía tiempo</i>	0	0	4	36	8	7.3	11	16.1	12	50	35	10.8
<i>Desconocía el Programa</i>	10	83.3	30	27	16	14.6	6	8.8	8	33.3	70	21.6
<i>Total</i>	12	3.7	111	34.2	109	33.6	68	20.9	24	7.6	324	100

Fuente: Ficha de Recolección de datos

CUADRO NO. 18
MOTIVOS DE NO PLANIFICACION EN LAS MUJERES EN ESTUDIO
SEGUN ESTADO CIVIL
ANTES DE INGRESO AL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE - OCTUBRE 1997
MANAGUA

<i>Motivo</i>	<i>SOLTERA</i>		<i>CASADA</i>		<i>U. LIBRE</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Miedo a los métodos</i>	80	79.2	30	37.5	40	27.9	150	46.2
<i>Cree que producen alteración</i>	28	27.7	18	22.5	25	17.4	71	21.9
<i>Le cobran en el Puesto</i>	2	1.9	1	1.2	1	0.6	4	1.2
<i>Le negaban atención</i>	4	3.9	3	3.7	3	2	10	3.08
<i>No quería</i>	12	11.8	12	15	10	6.9	34	10.4
<i>No quiera el esposo</i>	20	19.8	10	12.5	19	13.2	49	15.1
<i>No tenía tiempo</i>	11	10.8	12	15	12	8.3	35	10.8
<i>Desconocía el Programa</i>	26	25.7	20	25	24	16.6	70	21.6
<i>Total</i>	101	31.1	80	24.6	143	44.3	324	100

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO NO. 19
MOTIVOS DE NO PLANIFICACION EN LAS MUJERES EN ESTUDIO
SEGUN ESCOLARIDAD
ANTES DE INGRESO AL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE - OCTUBRE 1997
MANAGUA

Motivo	ANALFA BETA		PRIM. INCOMP		PRIM. COMP		SECUND. INCOMP		SECUND. COMP		TECNICO		PROFE SIONAL		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Miedo a los métodos	16	72.7	53	89.8	26	50	20	46.5	15	38.4	10	16.1	10	21.2	150	46.2
Cree que producen alteración	15	68.1	10	16.9	8	15.3	7	16.2	10	25.6	15	24.1	6	12.7	71	21.9
Le cobran en el Puesto	1	4.5	1	1.6	1	1.9	1	2.3	0	0	0	0	0	0	4	1.2
Le negaban atención	5	22.7	2	3.2	1	1.9	1	2.3	0	0	0	0	1	2.1	10	3.08
No quería	6	27.2	10	16.9	6	11.5	5	11.6	2	5.1	2	3.2	3	6.3	34	10.4
No quiera el esposo	10	45.4	20	33.8	6	11.5	5	11.6	6	15.3	1	1.6	1	2.1	49	15.1
No tenía tiempo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	32.2	15	31.9	35	10.8
Desconocí a el Programa	20	90.9	30	50.8	10	19.2	3	6.9	2	5.1	1	1.6	4	8.5	70	21.6
Total	22	6.7	59	18.2	52	16	43	13.2	39	12	62	19.1	47	14.8	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

CUADRO NO. 20
PRODUCCION DE SERVICIOS
PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
1994 A 1997

<i>Variables</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>
<i>Embarazos Esperados</i>	330	330	472	404
<i>Mujeres aptas para la planificación</i>	2143	2143	3193	2813
<i>Mujeres en edad fértil</i>	2613	2613	3628	3197
<i>Fertilidad</i>				
<i>Primera vez</i>	2	39	438	599
<i>Subsecuente</i>	2	7	217	408
<i>Total</i>	4	76	655	1007
<i>Control Prenatal</i>				
<i>I Trimestre</i>	26	47	60	92
<i>II Trimestre</i>	33	32	69	28
<i>III Trimestre</i>	13	31	40	20
<i>Total Primera vez</i>	72	150	169	140
<i>Subsecuente</i>	49	146	355	739
<i>Total de Controles</i>	121	296	524	872
<i>Controles ARO</i>	12	24	120	611
<i>Citologías Vaginales</i>				
<i>Primera vez</i>	0	25	143	183
<i>Subsecuente</i>	0	2	127	46
<i>Total</i>	0	27	270	229
<i>Puerperio</i>				
<i>Normal</i>	64	71	91	30
<i>Complicado</i>	3	4	30	120
<i>Total</i>	67	75	121	150
<i>Actividades total por recursos :</i>				
<i>Medico</i>	57	128	1354	1693
<i>Auxiliar Enfermería</i>	135	316	216	565
<i>Total</i>	192	444	1570	2258

*Fuente : Estadística y Registros Médicos
Centro de Salud Villa Venezuela
Cronológico Materno Infantil*

CUADRO NO. 21

**REGISTRO DE CONSOLIDADO DE PLANIFICACION FAMILIAR
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA.**

<i>Actividades</i>		<i>IV TRIMESTRE 1996</i>	<i>NONESTRE 1997</i>	<i>TOTAL</i>
	<i>Gestágenos orales</i>	49	203	252
<i>Primera</i>	<i>Depoprovera</i>	5	65	70
	<i>DIU</i>	5	90	95
<i>Vez</i>	<i>Preservativos</i>	33	90	123
	<i>Esterilización</i>	21	20	41
	<i>Total</i>	113	468	581
	<i>Gestágenos orales</i>	45	211	256
<i>Controles</i>	<i>Depoprovera</i>	2	16	18
<i>Subsecuentes</i>	<i>DIU</i>	7	10	17
	<i>Preservativos</i>	6	20	26
	<i>Esterilización</i>	0	0	0
	<i>Total</i>	60	257	317
	<i>Gestágenos orales</i>	94	414	508
<i>Total</i>	<i>Depoprovera</i>	7	81	88
<i>de</i>	<i>Preservativos</i>	12	100	112
<i>Controles</i>	<i>DIU</i>	39	110	149
	<i>Esterilización</i>	21	20	41
	<i>Total</i>	170	725	898
	<i>Número de Abandonos</i>	2	4	6

Fuente : Producción de Servicio Programa Salud Reproductiva. Proyecto de Intervención.

CUADRO NO. 22

**REGISTRO DE CONSOLIDADO DEL CONTROL PRENATAL
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA.**

<i>Actividad</i>	<i>IV Trimestre 1996</i>	<i>Nonestre 1997</i>	<i>Total</i>
<i>Primer I Trimestre</i>	13	77	90
<i>Control II Trimestre</i>	18	23	41
<i>Prenatal III Trimestre</i>	9	30	39
<i>Total</i>	40	130	170
<i>Control Subsecuente</i>	95	571	666
<i>Total de Controles Prenatales</i>	135	701	836
<i>Número de Asistentes a citas</i>	94	564	658
<i>Número de Inasistentes a citas</i>	13	20	33
<i>Número de visitadas por inasistencia</i>	13	20	33
<i>Número de pacientes recuperadas</i>	11	17	28
<i>Número de pacientes que abandonaron el Programa de CPN</i>	2	3	5

Fuente : Producción de Servicio Programa Salud Reproductiva. Proyecto de Intervención.

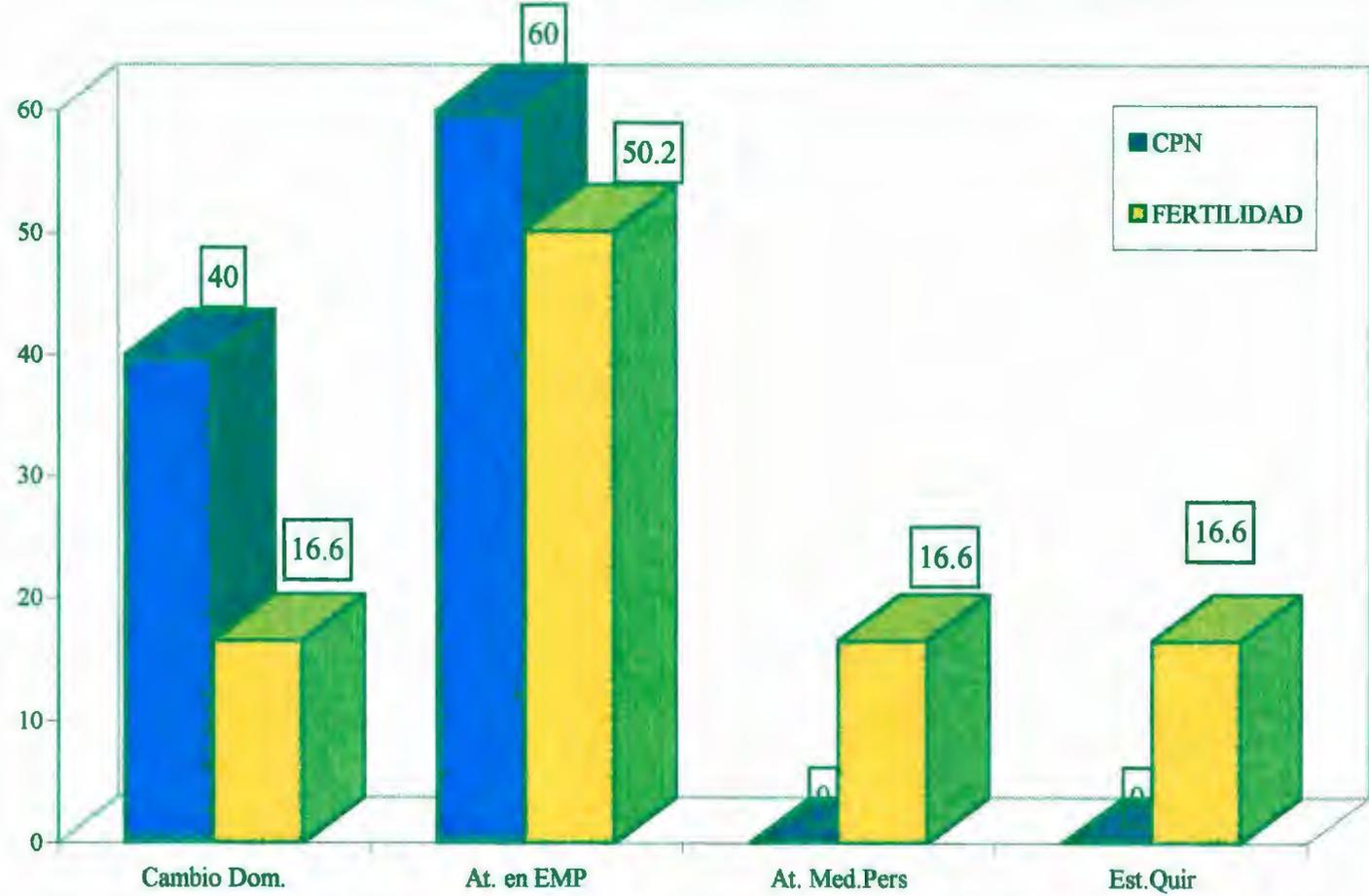
CUADRO NO. 23

**CAUSAS DE ABANDONO EXPRESADOS POR LAS MUJERES
PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL Y FERTILIDAD
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>Causa de Abandono</i>	<i>Programa de Fertilidad</i>		<i>Programa de Control Prenatal</i>	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Cambio de domicilio</i>	1	16.6	2	40
<i>Atención por empresa médica previsional</i>	3	50.2	4	60
<i>Atención por médico de personal de empresa donde labora</i>	1	16.6	0	0
<i>Porque ya estaba esterilizada quirúrgicamente</i>	1	16.6	0	0
TOTAL	6	100	5	100

Fuente : Ficha de recolección de datos.

**Causas de Abandono en los Programas
de Salud Reproductiva Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996 - Septiembre 1997**



CUADRO NO. 24
REGISTRO DE CONSOLIDADO DEL
PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996- SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA.

<i>Programas</i>		<i>IV Trimestre</i> <i>1996</i>	<i>Nonestre</i> <i>1997</i>	<i>Total</i>
<i>Control de Fertilidad</i>	<i>Primera vez</i>	113	468	581
	<i>Subsecuentes</i>	60	257	317
	<i>Total</i>	170	725	898
<i>Control Prenatal</i>	<i>Primera vez</i>	40	130	170
	<i>Subsecuentes</i>	95	571	666
	<i>Total</i>	135	701	836
<i>Detección Precoz del Cáncer Uterino</i>	<i>Primera vez</i>	84	115	199
	<i>Subsecuente</i>	54	92	146
	<i>Total</i>	138	207	345
<i>Control del Puerperio</i>	<i>Primera vez</i>	32	96	128
	<i>Complicado</i>	4	11	15
	<i>Total</i>	36	107	143

Fuente : Producción de Servicio Programa Salud Reproductiva. Proyecto de Intervención.

CUADRO NO. 25
PRINCIPALES INDICADORES
PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

INDICADOR	VALOR			
	1994	1995	1996	1997
<i>Tasa de Mortalidad Materna (por cien mil nacidos vivos registrados)</i>	278	904	0	0
<i>Tasa de Mortalidad Perinatal (por mil nacidos registrados)</i>	25	62.7	20.9	4.3
<i>Tasa de Mortalidad Fetal Tardía (por mil nacidos vivos registrados)</i>	13.9	45.2	8.4	4.9
<i>Tasa de Mortalidad Neonatal (por mil nacidos vivos registrados)</i>	11.1	18	12.6	0
<i>Cobertura del CPN (por cien mujeres)</i>	22	45%	35.8	34..5%
<i>Concentración del CPN</i>	1.6	1.9	3.1	6.2
<i>Cobertura de Fertilidad (por cien mujeres)</i>	0.1%	1.1%	6.7%	21.2%
<i>Concentración de Fertilidad</i>	0.5	0.9	3	1.68
<i>Cobertura de PAP (por cien mujeres)</i>	0	0.5%	4.4	6.5
<i>Cobertura del Puerperio (por cien mujeres)</i>	1.6%	2%	25.6	37.1

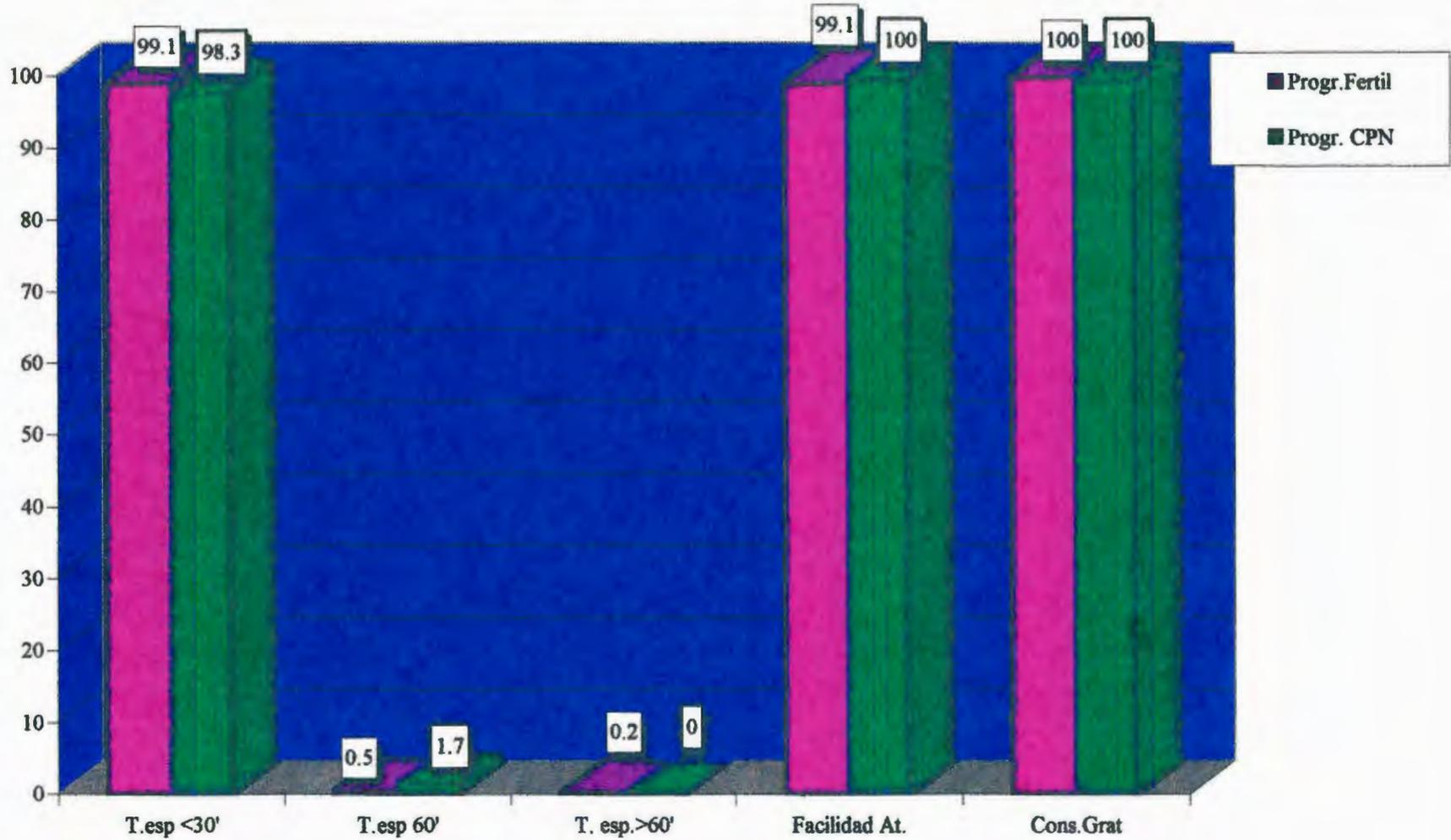
*Fuente : Producción de Servicios Programa Salud Reproductiva
 Estadísticas y registro Médicos
 Centro de Salud Villa Venezuela*

CUADRO NO. 26
ACCESIBILIDAD PARA LA ATENCION
EN LOS PROGRAMAS SALUD REPRODUCTIVA
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

<i>Accesibilidad</i>	<i>Programa de Fertilidad</i>		<i>Programa de Control Prenatal</i>	
	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>
<i>Tiempo de Espera</i>				
<i>Menor de 30 minutos</i>	347	99.1	59	98.3
<i>60 minutos</i>	2	0.5	1	1.7
<i>Mayor de 60 minutos</i>	1	0.2	0	0
<i>Facilidad de la atención</i>	347	99.1	60	100
<i>Consulta Gratuita</i>	347	99.1	60	100
<i>Total</i>	350	100	60	100

Fuente : Ficha de Recolección de datos.

Accesibilidad de la Atención
Programa Salud Reproductiva. Puesto Médico Américas Uno.
Septiembre 1996 - Septiembre 1997



CUADRO NO. 27

**VALORACION DE LA COMUNICACIÓN
ENTRE RECURSOS DE SALUD Y USUARIAS
SEGÚN MUJERES DE LOS
PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA
PUERTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>Aspectos de la Comunicación</i>	<i>Programa de Fertilidad</i>		<i>Programa de Control Prenatal</i>	
	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>
<i>Trato brindado en la admisión</i>				
<i>Bueno</i>	349	99.7	58	96.6
<i>Regular</i>	1	0.3	2	3.4
<i>Malo</i>	0	0	0	0
<i>Trato brindado por la persona que le brindó la consulta</i>				
<i>Bueno</i>	350	100	60	100
<i>Regular</i>	0	0	0	0
<i>Malo</i>	0	0	0	0
<i>Está satisfecha con el trato recibido</i>				
<i>Muy conforme</i>	348	99.4	58	96.6
<i>Conforme</i>	2	0.6	1	1.6
<i>Inconforme</i>	0	0	1	1.6
<i>Como considera que fue la persona que le atendió</i>				
<i>Muy amable</i>	330	94.2	58	96.6
<i>Amable</i>	20	5.8	2	3.4
<i>Indiferente</i>	0	0	0	0
<i>Le explicaron todo el proceso de la consulta</i>	348	99.4	60	100
<i>Le dieron orientaciones</i>	348	99.4	60	100

Fuente : Ficha de Recolección de datos.

CUADRO NO. 28

**CAUSAS DE LA INSATISFACION
RESPECTO AL TRATO RECIBIDO
SEGÚN MUJERES DE LOS
PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>Causas de Inconformidad con el Trato Recibido</i>	<i>Programa de Fertilidad</i>		<i>Programa de Control Prenatal</i>	
	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>
<i>Interrupción de la Consulta</i>	1	50	1	50
<i>Regaño por incumplimiento del tratamiento</i>	1	50	0	0
<i>Regaño por llegada tarde al Puesto Médico</i>	0	0	1	50
<i>Total</i>	2	100	2	100

Fuente : Ficha de Recolección de datos.

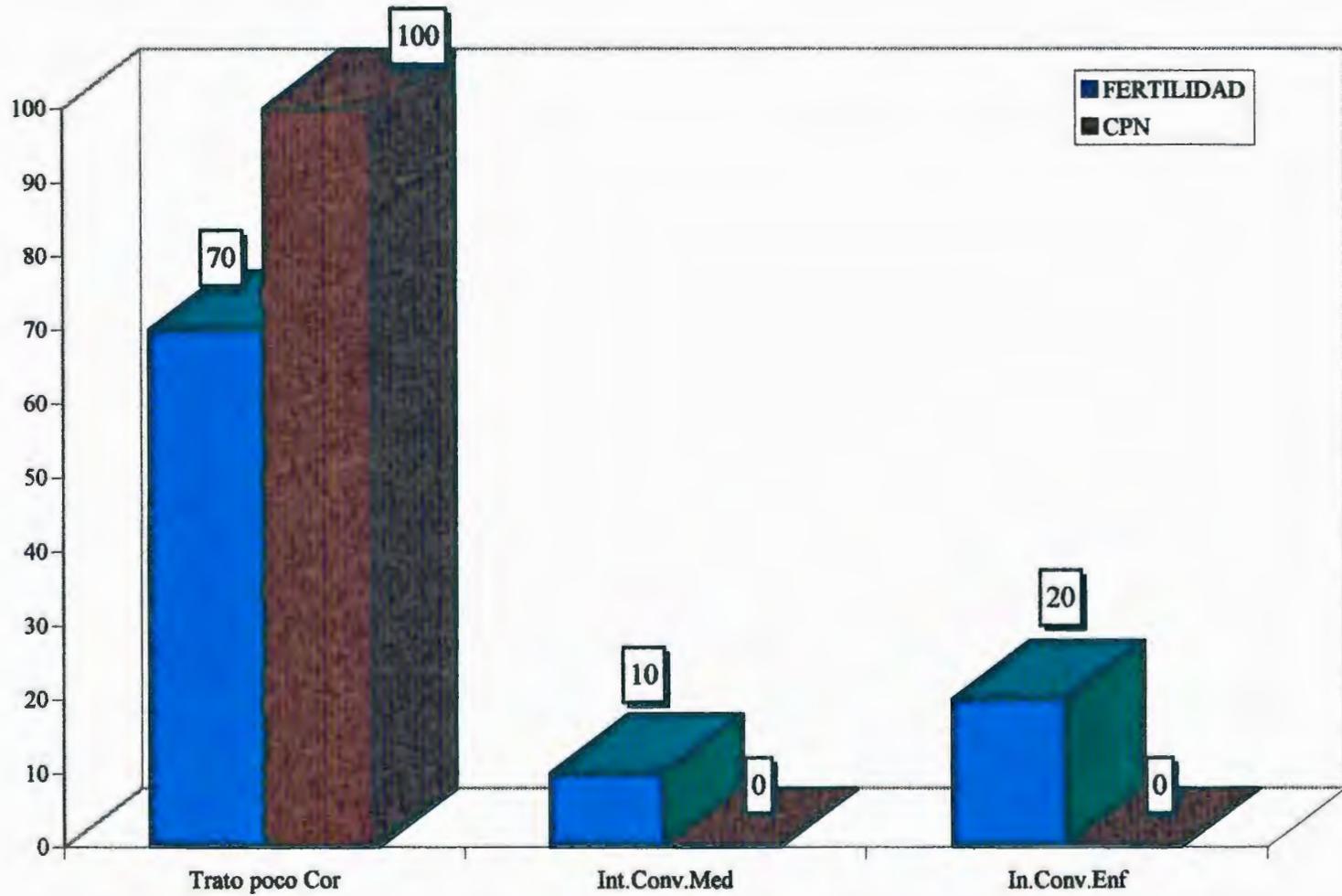
CUADRO NO. 29

**CAUSAS DE LA INSATISFACIION
CON LA AMABILIDAD DE LOS RECURSOS
SEGÚN MUJERES DE LOS
PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>Causas de Insatisfacción con la amabilidad de los recursos</i>	<i>Programa de Fertilidad</i>		<i>Programa de Control Prenatal</i>	
	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>
<i>Trato poco cortés en la admisión</i>	14	70	2	100
<i>Interrumpe la conversación durante la consulta el médico</i>	2	10	0	0
<i>Interrumpe la conversación durante la consulta el personal de enfermería</i>	4	20	0	0
<i>Total</i>	20	100	2	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Causas Insatisfacción con Amabilidad de los Recursos de Salud
Programa Salud Reproductiva Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996 - Septiembre 1997**



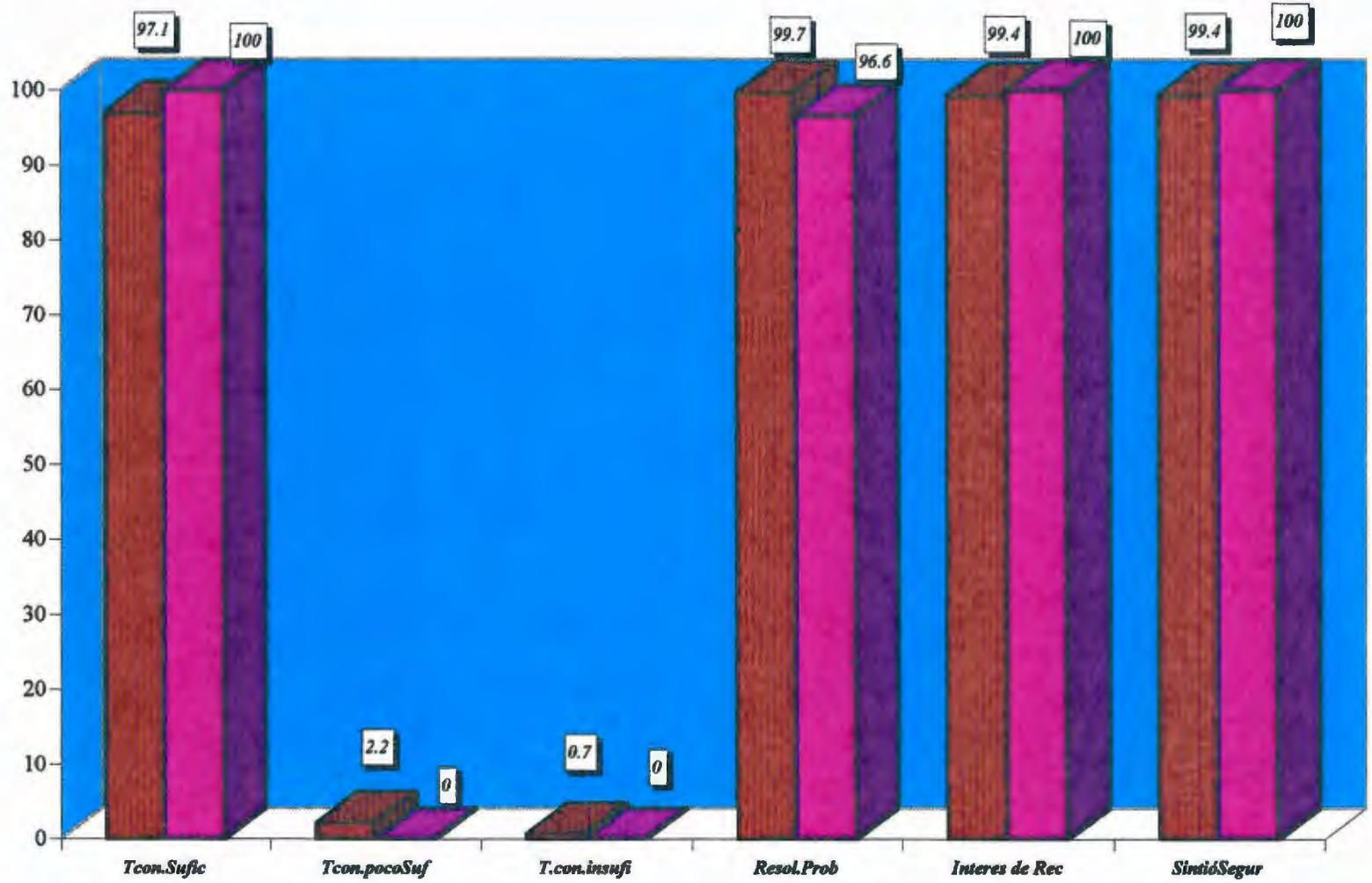
CUADRO NO. 30
VALORACION DE LA ATENCION AL PROBLEMA
SEGÚN MUJERES
PROGRAMAS SALUD REPRODUCTIVA
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

<i>Atención</i>	<i>Programa de Fertilidad</i>		<i>Programa de Control Prenatal</i>	
	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>
<i>Tiempo de la Consulta</i>				
<i>Suficiente</i>	340	97.1	60	100
<i>Poco Suficiente</i>	8	2.2	0	0
<i>Insuficiente</i>	2	0.7	0	0
<i>Cree haber resuelto el problema</i>	349	99.7	58	96.6
<i>Mostró interés la persona que le atendió</i>	348	99.4	60	100
<i>Sintió seguridad con la atención</i>	348	99.4	60	100

Fuente : Ficha de Recolección de datos.

Atención del Problema
Programa Salud Reproductiva Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996 - Septiembre 1997

■ Fertilidad
 ■ CPN



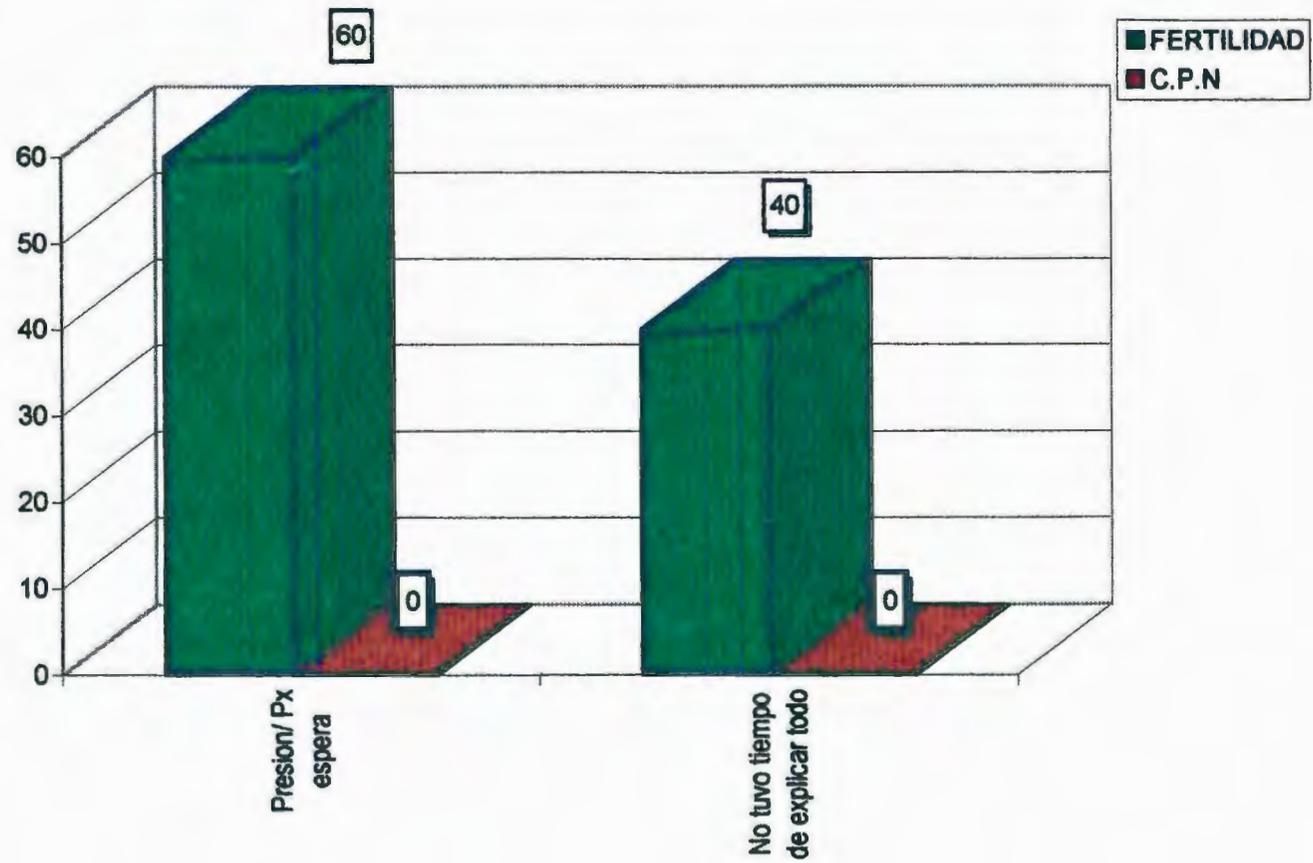
CUADRO NO. 31

**CAUSAS DE TIEMPO INSUFICIENTE
PARA LA ATENCION AL PROBLEMA
SEGÚN MUJERES
PROGRAMAS SALUD REPRODUCTIVA
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>Causas</i>	<i>Programa de Fertilidad</i>		<i>Programa de Control Prenatal</i>	
	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>
<i>Presión del recurso de salud por los pacientes en espera</i>	6	60	0	0
<i>Sintió que le explicaron todo muy rápido</i>	4	40	0	0
<i>Total</i>	10	100	100	100

Fuente : Ficha de Recolección de datos.

**Causas de Tiempo Insuficiente para atender el Problema
Programa Salud Reproductiva. Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996 - Septiembre 1997**

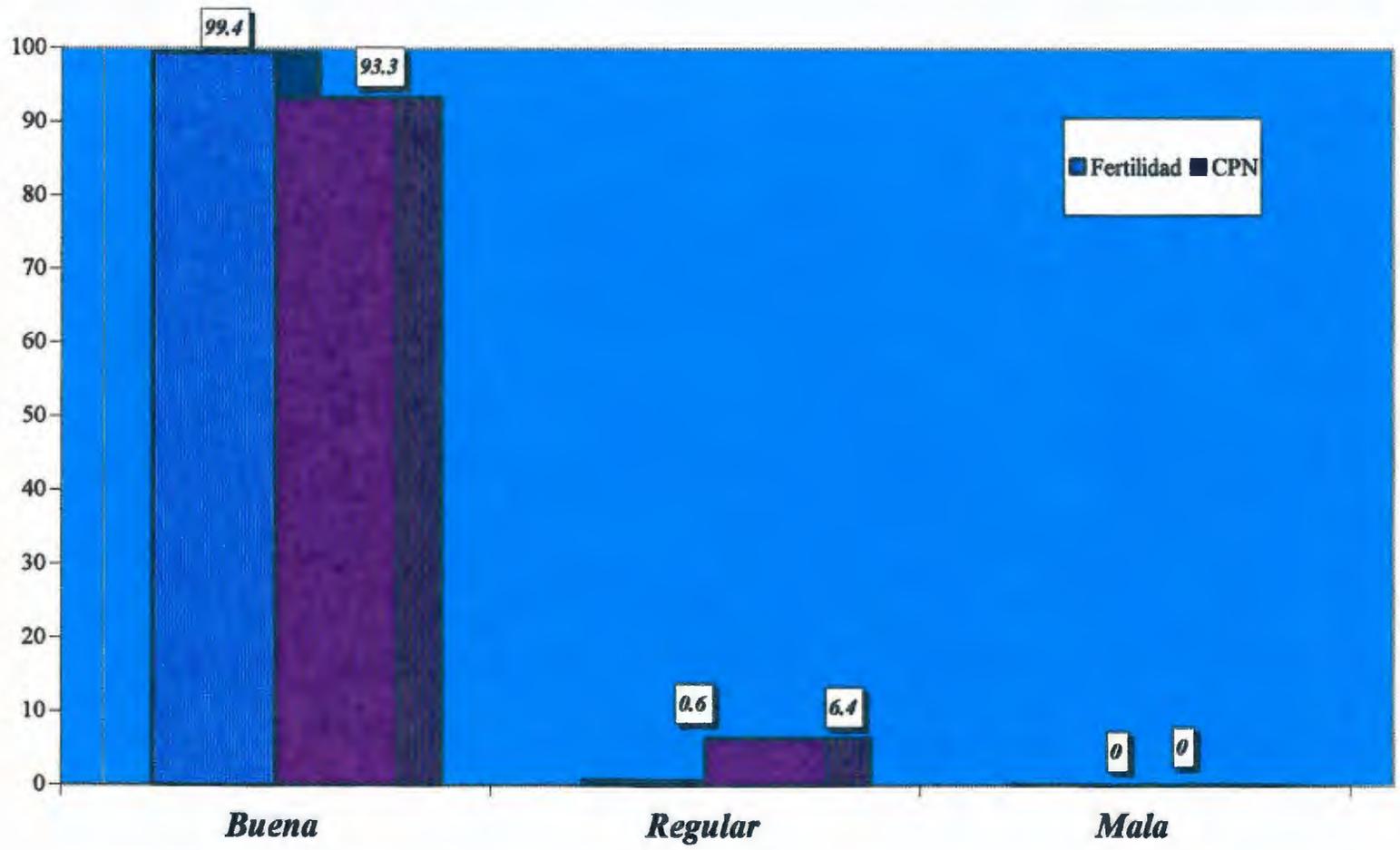


CUADRO NO. 32
VALORACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION
SEGÚN MUJERES
PROGRAMAS SALUD REPRODUCTIVA
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

<i>Valoración</i>	<i>Programa de Fertilidad</i>		<i>Programa de Control Prenatal</i>	
	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>
<i>Buena</i>	348	99.4	56	93.3
<i>Regular</i>	2	0.6	4	6.7
<i>Mala</i>	0	0	0	0
<i>Total</i>	350	100	100	100

Fuente : Ficha de Recolección de datos.

**Valoración de la Calidad. Programas Salud Reproductiva
Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996 - Septiembre 1997**

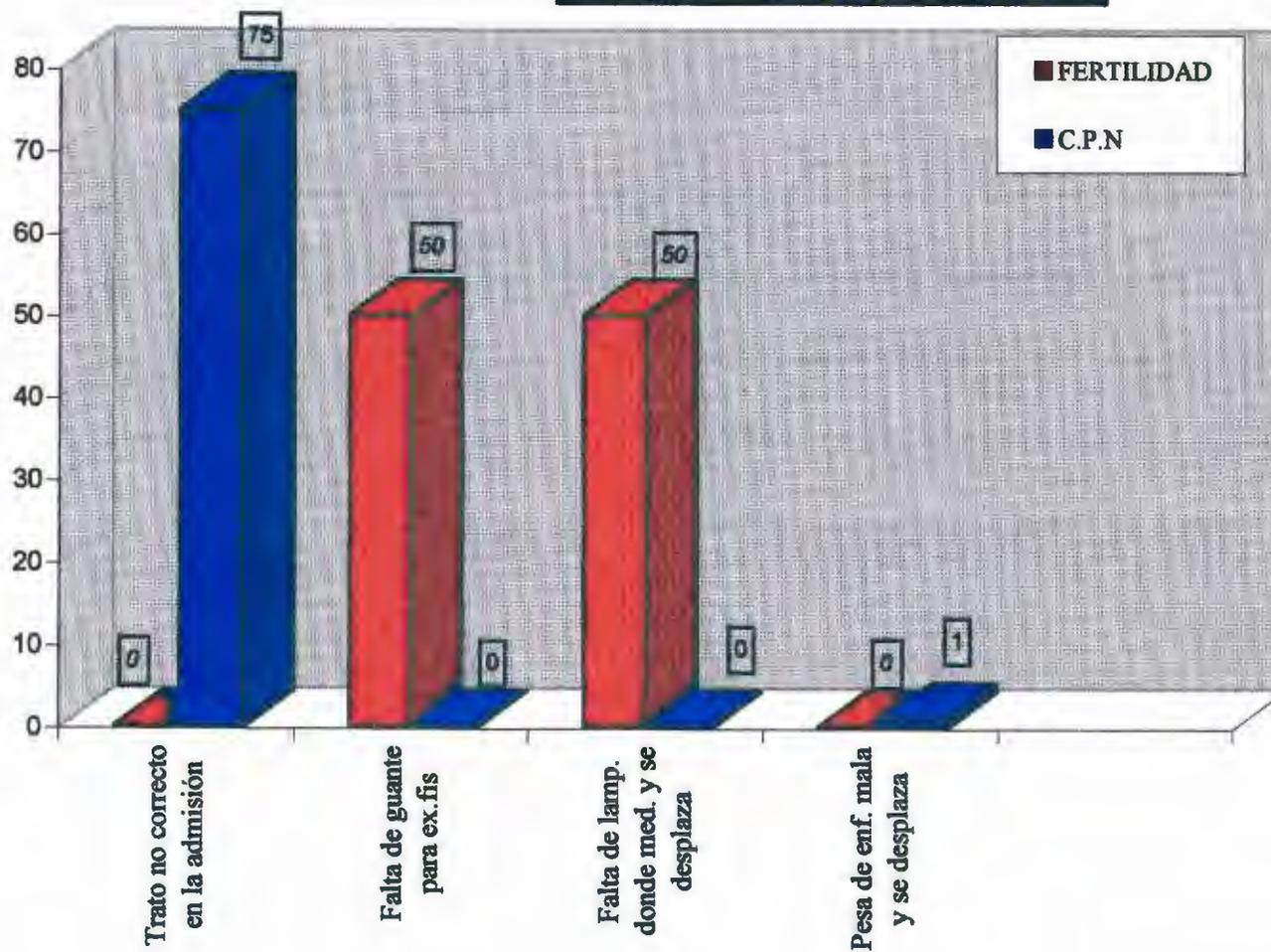


CUADRO NO. 33
CAUSAS DE LA BAJA CALIDAD DE LA ATENCION
SEGÚN MUJERES
PROGRAMAS SALUD REPRODUCTIVA
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

<i>Causas</i>	<i>Programa de Fertilidad</i>		<i>Programa de Control Prenatal</i>	
	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>
<i>Trato en la admisión no correcto porque no le orientan bien</i>	0	0	3	75
<i>Falta de guantes para examen físico completo</i>	1	50	0	0
<i>Falta de lámpara en el consultorio del médico y debe desplazarse para utilizar el de la enfermera</i>	1	50	0	0
<i>Pesa de la enfermera en mal estado y debe desplazarse al consultorio del médico para realizar la actividad</i>	0	0	1	25
<i>Total</i>	2	100	4	100

Fuente : Ficha de Recolección de datos.

**Causas de Baja Calidad en la Atención
Programa Salud Reproductiva
Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996 - Septiembre 1997**

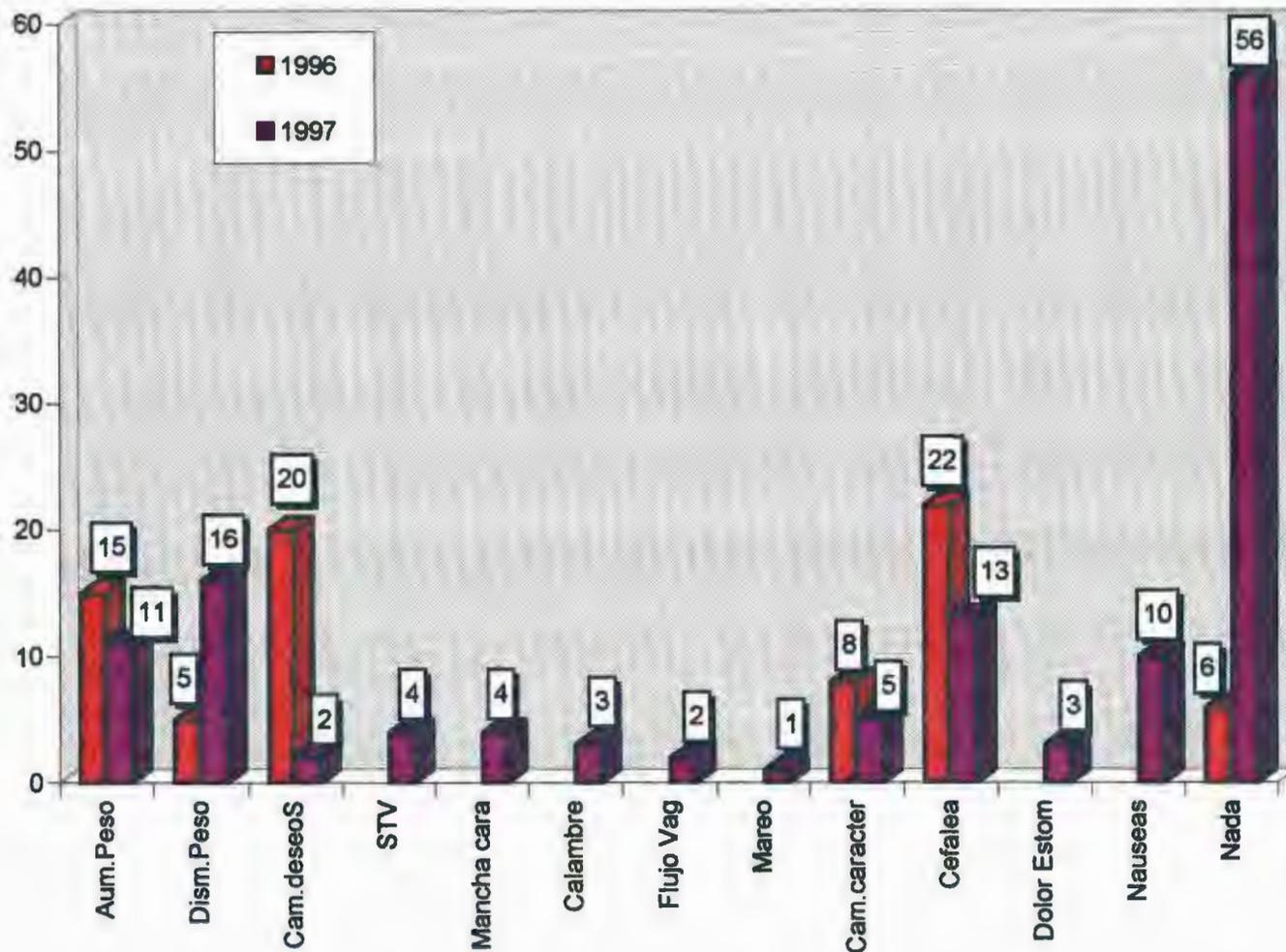


CUADRO NO. 34
CREENCIAS SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS
EN LAS MUJERES DE ESTUDIO DE PERCEPCION
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

CREENCIAS	1996		1997	
	Frec	Porc	Frec	Porc
<i>Producen aumento de peso</i>	15	15	11	11
<i>Producen disminución de peso</i>	5	5	16	16
<i>Producen cambios en el deseo sexual</i>	20	20	2	2
<i>Producen Sangrado Vaginal</i>	0	0	4	4
<i>Producen manchas en la cara</i>	0	0	4	4
<i>Ocasionan calambres en piernas</i>	0	0	3	3
<i>Producen flujo Vaginal</i>	0	0	2	2
<i>Dan mareos</i>	0	0	1	1
<i>Hacen cambiar el carácter</i>	8	8	5	5
<i>Dan dolor de cabeza</i>	22	22	13	13
<i>Producen dolor en el estomago</i>	0	0	3	3
<i>Ocasionan nauseas</i>	0	0	10	10
<i>No producen nada</i>	6	6	56	56
<i>Total</i>	100	100	100	100

Fuente : Encuesta de percepción

**Percepción de las Mujeres Creencias sobre Métodos anticonceptivos
Programa Salud Reproductiva Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996 - Septiembre 1997**



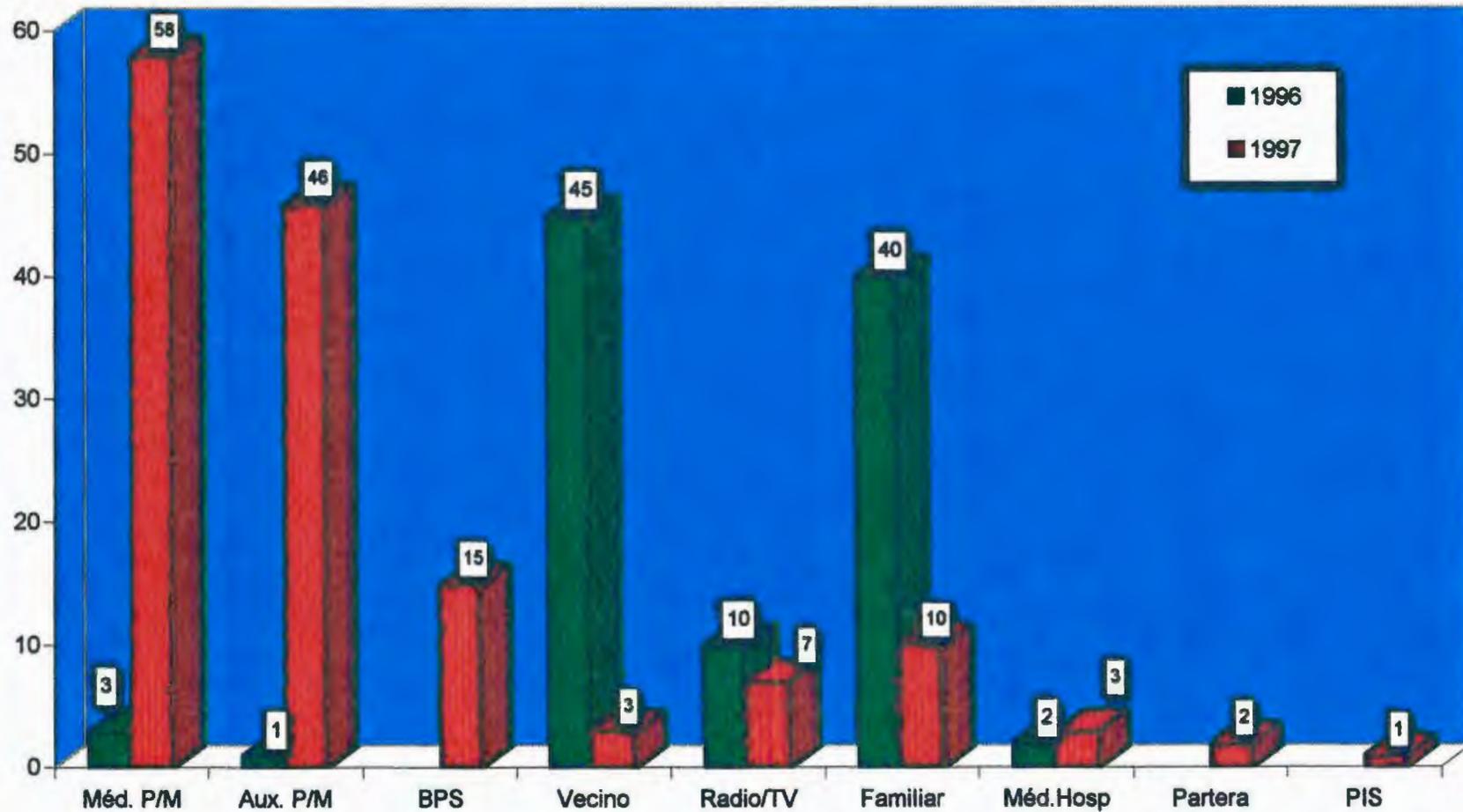
CUADRO NO. 35

**FUENTES DE CONOCIMIENTO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS
EN LAS MUJERES DE ESTUDIO DE PERCEPCION
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>Fuente de conocimiento</i>	<i>1996</i>		<i>1997</i>	
	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>	<i>Frec</i>	<i>Porc</i>
<i>Médico del Puesto Médico</i>	3	3	58	58
<i>Auxiliar del Puesto Médico</i>	1	1	46	46
<i>Brigadistas Populares de Salud</i>	0	0	15	15
<i>Vecinos</i>	45	45	3	3
<i>Radio/TV</i>	10	10	7	7
<i>Familiar</i>	40	40	10	10
<i>Personal Médico de Hospitales</i>	2	2	3	3
<i>Parteras</i>	0	0	2	2
<i>Promotores Integrales de Salud</i>	0	0	1	1
<i>Total</i>	100	100	100	100

Fuente : Encuesta de percepción

Fuente de conocimiento sobre métodos anticonceptivos
 Programa Salud Reproductiva. Puesto Médico Américas Uno
 Septiembre 1996 - Septiembre 1997



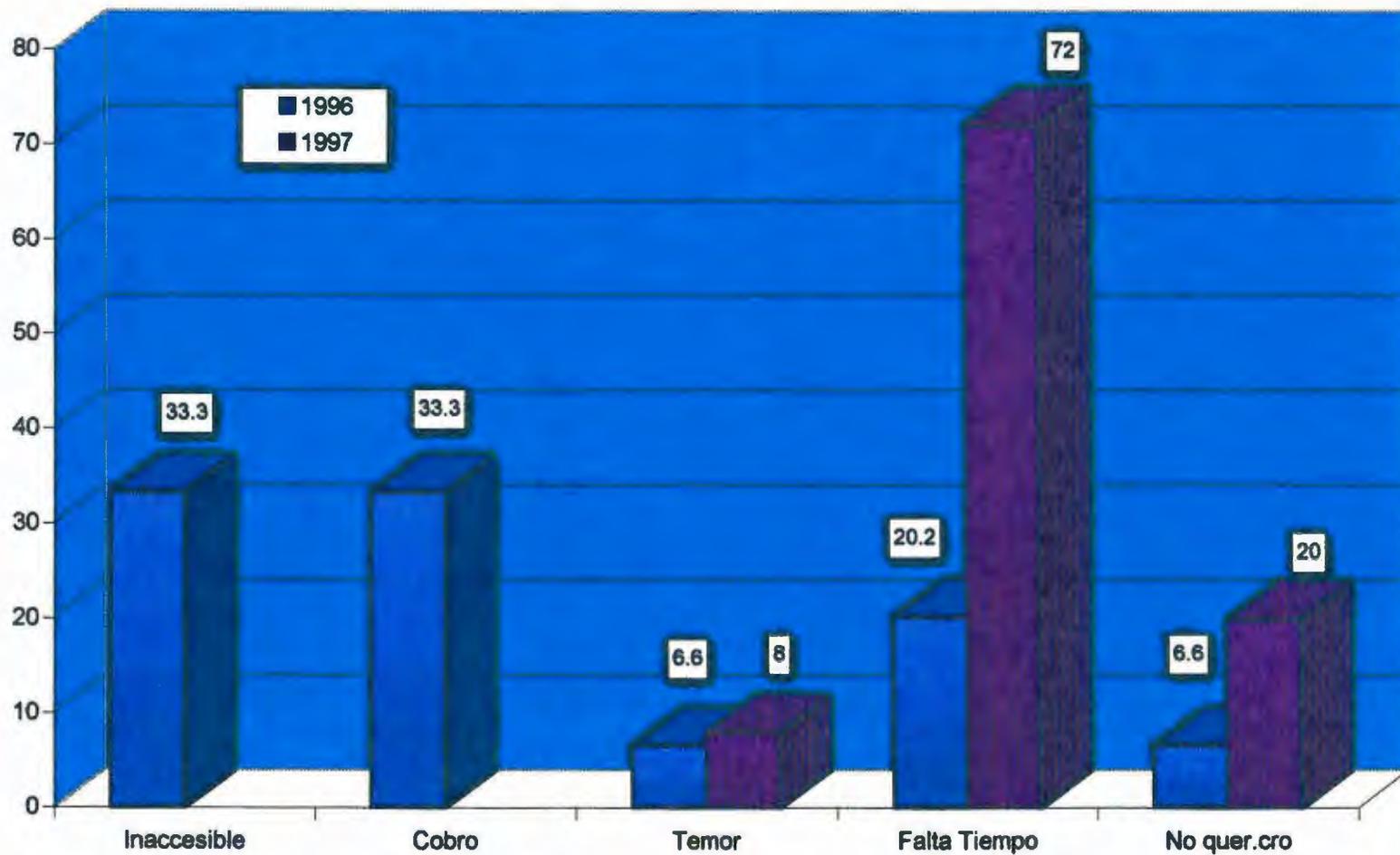
CUADRO NO. 36

**MOTIVOS EXPRESADOS DE LA NO PLANIFICACION FAMILIAR
POR MUJERES EN ESTUDIO DE PERCEPCION
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA**

<i>Causas expresadas por las mujeres</i>	<i>1996</i>		<i>1997</i>	
	<i>frec</i>	<i>%</i>	<i>frec</i>	<i>%</i>
<i>☛ Los considera inaccesibles y con muchas trabas</i>	20	33.3	0	0
<i>☛ Cobro en el Puesto Médico</i>	4	6.6	4	8
<i>☛ Temor a los métodos anticonceptivos</i>	12	20.2	36	72
<i>☛ Falta de tiempo</i>	4	6.6	10	20
<i>☛ No quería su compañero</i>				
<i>Total</i>	60	100	50	100

Fuente : Encuesta de percepción

Percepción de las Mujeres. Motivo de No planificación
Programa Salud Reproductiva. Puesto Médico Américas Uno
Septiembre 1996 - Septiembre 1997



CUADRO NO. 37
FACTORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD
QUE INCIDEN EN LA NO PLANIFICACION
SEGÚN MUJERES EN ESTUDIO DE PERCEPCION
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996 - SEPTIEMBRE 1997
MANAGUA

<i>Factores del Servicio de Salud en el Puesto Médico Américas Uno</i>	1996		1997	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>➤ No conocía del Programa en el Puesto</i>	15	25	0	0
<i>➤ La mandan a comprar los métodos anticonceptivo a Farmacia Privada</i>	4	6.6	0	0
<i>➤ Demasiada fila y gran tiempo de espera</i>	15	25	0	0
<i>➤ Cobro de los servicios</i>	6	10	0	0
<i>➤ No confía en el Personal</i>	6	10	0	0
<i>➤ Le dan mal trato</i>	4	6.6	0	0
<i>➤ Atienden por pocas horas</i>	5	8.4	0	0
<i>➤ Los recursos no llegan a laborar</i>	5	8.4	0	0
<i>➤ Falta de métodos inyectables en el Puesto Médico.</i>	0	0	20	40
<i>➤ Falta de Materiales para inserción de dispositivos intrauterinos, como guantes o especulos</i>	0	0	30	60
<i>Total</i>	60	100	50	100

Fuente : Encuesta de percepción

ANEXO 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICION</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>VALOR</i>
<i>1. Edad:</i>	<i>Edad en años al momento de su inclusión al estudio</i>	<i>Edad en años</i>	<i>1. < 15 2. 15-19 3. 20-24 4. 25-29 5. 30 a más</i>
<i>2. Religión:</i>	<i>Doctrina que profesa la mujer al momento del estudio</i>	<i>Referida por la mujer</i>	<i>1. Católica 2. Evangélica 3. Otras 4. Ninguna</i>
<i>3. Estado Civil</i>	<i>Condición de relación social que expresa la mujer al momento del estudio</i>	<i>La Condición expresada por las mujeres en relación a su pareja.</i>	<i>1. Casada 2. Soltera 3. Unión Libre</i>
<i>4. Escolaridad</i>	<i>Número de años cursados en Institución Escolar al momento del estudio</i>	<i>Nivel académico expresado por las mujeres</i>	<i>1. Analfabeta 2. Primaria Incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria Incompleta 5. Secundaria Completa 6. Técnica 7. Profesional</i>
<i>5. Uso de planificación familiar</i>	<i>Organizar el número de hijos/as</i>	<i>Expresión de evitar hijos al momento del estudio</i>	<i>1. Si 2. No</i>
<i>6. Método de planificación utilizado actualmente</i>	<i>Mecanismos para prevenir embarazos</i>	<i>Tipo de mecanismo utilizado por la mujer al momento del estudio</i>	<i>1. Gest. oral 2. DIU 3. Condon 4. E. Quir. 5. M. nat.</i>
<i>7. Motivo de la no Planificación</i>	<i>Causa de la no utilización de un mecanismo de prevención de embarazos</i>	<i>Motivo expresado por la mujer para no prever sus embarazos.</i>	
<i>8. Deseo de embarazo</i>	<i>Anhelos para procrear</i>	<i>Voluntad expresada por la mujer de tener hijos al momento del estudio</i>	<i>1. Si 2. No</i>
<i>9. Planificación anterior</i>	<i>Utilización de mecanismos para evitar embarazos en tiempo anterior</i>		<i>1. Si 2. No</i>
<i>10. Método de planificación familiar</i>	<i>Mecanismos que se utilizan para prevenir embarazos</i>	<i>Tipo de mecanismo que la mujer haya utilizado para prevenir embarazos antes del estudio</i>	<i>1. Gest. oral 2. DIU 3. Condon 4. E. Quir. 5. M. nat.</i>

Evaluación Programa Salud Reproductiva Puesto Médico Américas Uno. Managua.

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICION</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>VALOR</i>
<i>11. Motivos de abandono</i>	<i>Incumplimiento a los mecanismos de prevención de embarazo por algún motivo</i>	<i>Causas expresadas por la mujer al momento del estudio que la obligaron a interrumpir los mecanismos de prevención del embarazo</i>	
<i>12. Número de hijos</i>	<i>Expresión numérica de la cantidad de crías de una mujer</i>	<i>Cantidad de hijos que tiene la mujer al momento del estudio</i>	<i>1.ning 2.1-2 3.3-4 4.4-5 5.>6</i>
<i>13. Número de óbitos y muertos neonatales</i>	<i>Crias que fallecen después de nacer y antes de cumplir 29 días y/o crías que nacen fallecidas</i>	<i>Expresión de la mujer de crías fallecidas antes de los 29 días o nacidas fallecidas</i>	<i>1.Si 2.No</i>
<i>14. Causa de mortalidad:</i>	<i>Motivo de fallecimiento</i>	<i>Expresión de la mujer de la causa de fallecimiento de sus hijos</i>	
<i>15. Método de planificación utilizado</i>	<i>Mecanismo de prevención del embarazo al que se admite</i>	<i>Expresado en los registros médicos</i>	<i>1. Ges.oral 2. DIU 3.Condon 4.Es.quir</i>
<i>16. Tasa de M. Materna</i>	<i>Numero de muertes ocurridas durante la intervención</i>	<i># mujeres fallecidas por causa obstétrica / # de nacidos en el periodo de estudio en el sector del puesto medico (por c/1000 nacidos)</i>	<i>1. Ninguna 2.50/1000 3. 51-100/1000 4. > 100/1000</i>
<i>17. Cobertura del CPN</i>	<i>Cantidad de población blanco con acceso a los servicios</i>	<i># de CPN 1a.vez # de Emb esperados (por 100)</i>	<i>1. 1-30% 2. 31-60% 3. 61-90% 4. > 90%</i>
<i>18. Cobertura de Planificación Familiar</i>	<i>Cantidad de población blanco con acceso a los servicios</i>	<i># de Mujeres en Plan. 1a.vez # de MEF (por 100)</i>	<i>1. 1-30% 2. 31-60% 3. 61-90% 4. > 90%</i>
<i>19. Cobertura de PAP</i>	<i>Cantidad de población blanco con acceso a los servicios</i>	<i># de Mujeres que se tomo PAP 1a.vez # de MEF (por 100)</i>	<i>1. 1-30% 2. 31-60% 3. 61-90% 4. > 90%</i>
<i>20. Cobertura de Puerperio</i>	<i>Cantidad de población blanco con acceso a los servicios</i>	<i># de Puerperas captadas # de nacidos vivos registrados</i>	<i>1. 1-30% 2. 31-60% 3. 61-90% 4. > 90%</i>

Evaluación Programa Salud Reproductiva Puesto Médico Américas Uno. Managua.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
21. Accesibilidad	Percepción de las usuarias acerca de la facilidad de obtención de los Servicios	<p>a) Tiempo de Espera :</p> <p>Adecuado</p> <p>Regular</p> <p>Inadecuado</p> <p>b) Cobro de Servicios</p> <p>c) Facilidad de obtención a la atención</p>	<p>1. - < 30'</p> <p>2. 60 '</p> <p>3. 61 ' a más</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p>
22. Comunicación	Percepción de las usuarias acerca de la relación durante la atención brindada	<p>Trato Brindado</p> <p>Explicación sobre consulta</p> <p>Orientaciones</p> <p>Conformidad en el trato</p>	<p>1. Bueno</p> <p>2. Regular</p> <p>3. Malo</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>1. Sí</p> <p>2. NO</p> <p>1. Muy conforme</p> <p>2. Conforme</p> <p>3. Inconforme</p>
23. Atención al Problema	Forma en que la usuaria siente fue atendida su demanda	<p>Tiempo de Consulta</p> <p>Resolución de problema</p> <p>Interés del prestador de servicio</p> <p>Seguridad en la atención</p>	<p>1. Suficiente</p> <p>2. Poco suficiente</p> <p>3. Insuficiente</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p>
24. Grado de Satisfacción	Sentimiento de conformidad en la atención	Referida por las usuarias	<p>1. Muy conforme</p> <p>2. Conforme</p> <p>3. Inconforme</p>
25.- Calidad de la Atención	Juicio sobre la prestación de los servicios brindados	Referido por la paciente	<p>1.- Buena</p> <p>2.- Regular</p> <p>3- Mala</p>

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE LAS USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR:

**PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
SEPTIEMBRE 1996-SEPTIEMBRE 1997.**

	DATO	RESPUESTA
	<i>1. Edad:</i>	1. < 15 2. 15-19 3. 20-24 4. 25-29 5. 30 a más
	<i>2. Estado Civil</i>	1. Casada 2. Soltera 3. Unión Libre
	<i>3. Religión:</i>	1. Católica 2. Evangélica 3. Otras 4. Ninguna
	<i>4. Escolaridad</i>	1. Analfabeta 2. Primaria Completa 3. Primaria Incompleta 4. Secundaria Completa 5. Secundaria Incompleta 6. Técnica 7. Profesional
	<i>5. Planifica en estos momentos</i>	1. Si 2. No
	<i>6. Método utilizado actualmente</i>	1. Gest. oral 2. DIU 3. Condon 4. E. Quir. 5. M. nat.
	<i>7. Si no Planifica es por:</i>	
	<i>8. Planificó en tiempos anteriores:</i>	1. Si 2. No
	<i>9. Lo abandonó por:</i>	
	<i>10. Número de hijos:</i>	1. ning 2. 1-2 3. 3-4 4. 4-5 5. >6
	<i>11. Ha tenido hijos nacidos muertos o fallecidos recién nacidos</i>	1. Si 2. No
	<i>12. Cual es la causa de mortalidad:</i>	Mencione si la conoce: No la conoce
	<i>13 Método ingresado:</i>	1. Ges. oral 2. DIU 3. Condon 4. Es. quir

ANEXO 3
ENCUESTA DE PERCEPCION
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
MANAGUA, NOVIEMBRE 1997

FICHA NO:

1.-Ud. utiliza algún método de planificación familiar actualmente

1. Si 2. No

2.-Porqué no usa ningún método anticonceptivo

3.-Si es porque en el puesto hay problemas, mencione los problemas

4.-Qué cree Ud. que producen los métodos de planificación ?

5.- Lo que Ud. conoce de los métodos anticonceptivos se lo enseñó quién?

ANEXO NO. 4
FICHA DE RECOLECCION DATOS
EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION SEGÚN USUARIAS
PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA
PUESTO MEDICO AMERICAS UNO

Ficha No. _____ Programa : 1. Fertilidad ____ 2. CPN ____

PREGUNTAS A LA USUARIA :

ACCESIBILIDAD :

1.- *Cuánto tiempo esperó para la atención ? :*

1. Menos de 30 ' 2. 1 hora 3. Más de 1 hora

2.- *Ud. considera que hubo facilidad en la atención ? :*

1. Sí 2. No

3.- *Le cobraron por la consulta que le han brindado el día de hoy ?*

1. Sí 2. No

COMUNICACIÓN :

1.- *Cómo fue el trato que le brindó el personal en la admisión ? ;*

1. Bueno 2. Regular 3. Malo

2.- *El trato que le brindó el médico o la auxiliar cómo lo considera ? :*

1. Bueno 2. Regular 3. Malo

3.- *Cómo Ud. se siente con el trato en el Puesto Médico ?*

1. Muy conforme 2. Conforme 3. Inconforme

4.- *Cómo considera a la persona que le atendió ? :*

1. Muy amable 2. Amable 3. Indiferente

5. *Le explicaron todo el proceso durante la consulta ? :*

1. *Sí* 2. *NO*

6.- *Le dieron todas las orientaciones necesarias para resolver su problema ? :*

1. *Sí* 2. *No*

ATENCION DEL PROBLEMA

1.- *Ud. cree que el tiempo en la consulta fue :*

1. *Suficiente* 2 *Poco suficiente* 3. *Insuficiente*

2. *Ud. cree que resolvió su problema al acudir al puesto médico ?*

1. *Sí* 2. *No*

3. *Ud. considera que la persona que la atendió mostró interés ? :*

1. *Sí* 2. *No*

4. *Ud. siente seguridad con la atención brindada ? :*

1. *Sí* 2. *No*

CALIDAD DE ATENCION

1. *Cómo considera Ud. que fue la calidad de la atención que le han ofrecido hoy ? :*

1. *Buena* 2. *Regular* 3. *Mala*

ANEXO NO.5
ENCUESTA DE PERCEPCIONES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
REALIZADA EN EL PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
ANTES DE LA INTERVENCION
DEL PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA

VARIABLE A PREGUNTAR	RESPUESTAS
1. Cuántos años tiene Ud.	1. < 15 2. 15-19 3. 20-24 4. 25-29 5. 30 a más
2. Qué religión practica Ud.	1. Católica 2. Evangélica 3. Otras 4. Ninguna
3.Cuál es su estado civil?	1. Casada 2. Soltera 3. Unión Libre
4. Hasta qué año llegó en la escuela?	1. Analfabeta 2. Primaria Incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria Incompleta 5. Secundaria Completa 6. Técnica 7. Profesional
5. Uso Ud. Algún método de planificación familiar?	1. Si 2. No
6. Cuál es el Método de planificación utilizado actualmente?	1. Gest. oral 2. DIU 3. Condón 4. E. Quir. 5. M. nat.
7. Si no planifica, díganos el motivo	
8. Desea usted un embarazo en este momento?	1. Si 2. No

9. Usted ha planificado anteriormente? 1. Si
2. No
10. Con qué planificaba antes? 1. Gest.oral
2. DIU
3. Condón
4. E. Quir.
5. M.nat.
11. Porqué abandono ese método que utilizaba?
12. Cuántos hijos tiene usted actualmente? 1. ning
2. 1-2
3. 3-4
4. 4-5
5. >6
13. Entre los hijos que ha tenido se le ha muerto alguno, ya sea en el vientre o despues de nacido antes de que cumpla un mes? 1. Si
2. No
14. Porqué falleció?
15. Cree ud. Que en el puesto médico hay problemas para que le den atención y buscar algún método de planificación?
Por favor, mencionelos
16. Según usted, qué producen los métodos anticonceptivos como reacciones?
17. Quién le ha dicho a usted lo que sabe de las molestias que producen los métodos de planificación?

Debe encerrar en un circulo la respuesta que le dé la encuestada, si no se encuentra impresa, deberá escribirla.

**MINISTERIO DE SALUD
SILAIS MANAGUA
CENTRO DE SALUD VILLA VENEZUELA
MANAGUA, NICARAGUA**

PROYECTO DE INTERVENCION

**DISTRIBUCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
CON EDUCACION BASICA
Y
BUSQUEDA DE INASISTENTES AL CONTROL PRENATAL
EN EL PUESTO MEDICO AMERICAS UNO
AREA 6.2, MANAGUA
SEPTIEMBRE 1996**

INTRODUCCION

El Barrio Américas UNO ubicado en la parte oriental de Managua cuenta con una población de 11,567 habitantes aproximadamente, de ellos se estima que la población de mujeres en edad fértil sea de 3840. De acuerdo a las proyecciones anuales realizadas por el Ministerio de Salud, se esperan un total de 454 embarazos, que corresponden a un total del 12% del total de embarazos de toda el área de salud.

Como un problema prioritario, en cuyos factores situacionales se encuentra la deficiente educación popular que limita el uso de métodos anticonceptivos por persistencia de mitos sobre éstos y la inaccesibilidad a ellos, hemos considerado necesario realizar un Proyecto de Intervención Educativa con mejora en la accesibilidad a los métodos anticonceptivos, con lo que se pretende incidir en la reducción de la mortalidad fetal por disminución de los embarazos sobre todo en mujeres menores de 19 años y mayores de 33 años, las cuales constituyen las edades de madres con mayor proporción de muertes fetales, en los últimos 3 años en este Barrio, representando éstos un alto porcentaje en los años 94, 95 y 96 en relación al total de muertes fetales ocurridas en los 1 semestres de los 3 años de toda el área de salud.

En los últimos años, se ha observado una tendencia a aumentar el número de muertes fetales a nivel nacional, lo cual represente una expresión constante del daño a la Salud de la población. Dentro de las principales causas han sido consideradas el aumento significativo de embarazos con baja captación y seguimiento por los servicios de salud, principalmente en mujeres adolescentes y añosas, el rechazo a los métodos de planificación familiar y la falta de promoción de los mismos a nivel de las unidades de atención primaria, lo cual aumenta el riesgo significativo de embarazos no deseados dada la condición socioeconómica del país, y posibles prácticas de interrupción del embarazo peligrosas, que podrían poner en peligro la vida de la madre y aumentar la mortalidad materna. En estudios anteriores realizados en el Sector Oriental de Managua, se logró determinar a través de encuesta sobre planificación familiar, que la falta de esta se debe principalmente a los mitos sobre ellos y la inaccesibilidad por burocracias administrativas o falta de tiempo de las mismas usuarias para su obtención.

Con el presente proyecto se pretende realizar un abordaje directo de la elevada incidencia de mortalidad neonatal precoz a través de la realización de dos estrategias generales que son:

- 1.- La promoción y distribución de los métodos de planificación familiar.*
- 2.- Realizar visitas domiciliarias con atención básica a las mujeres embarazadas inasistentes del programa.*

A través de educación continua, periódica y permanente con un proceso de ampliación sistemática de la red de distribución de los métodos anticonceptivos logre incidir en la situación anterior.

Consideramos en particular MUY SENSIBLE, abordar el problema incidiendo en la disminución de embarazo lo cual se lograría incrementando las coberturas del programa de planificación familiar y con educación a la población acerca de los mismos, realizando un proyecto educativo permanente acompañado de campañas de distribución de los métodos se incidiría en el aumento del uso de los métodos anticonceptivos para lo cual se ha realizado la presente propuesta, a iniciar en uno de los Barrios del área 6.2 que es el Barrio Américas Uno de Managua, con alta incidencia de óbitos fetales y otro período de intervención sistemática tratando de lograr recuperación de embarazadas inasistentes al programa a través de visitas domiciliarias con algún grado de asistencia básica.

El proyecto se realizaría a partir del mes de Septiembre de 1996.

La ejecución del Proyecto será responsabilidad de Atención Médica del área, teniendo como principales autores al personal de salud del Barrio y a los actores sociales de este.

PROBLEMA

***AUMENTO SIGNIFICATIVO DE LA MORTALIDAD FETAL
POR AUMENTO DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS
YA QUE HAY UN RECHAZO A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
CON FALTA DE PROMOCION Y ACCESIBILIDAD
A LOS MISMOS ACOMPAÑADO DE
ALTA INCIDENCIA DE INASISTENTES
AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL.***

ARBOL DE PROBLEMAS

**AUMENTO DE LA
MORTALIDAD MATERNA**



**AUMENTO DE MUERTES FETALES
EN BO. AMERICAS UNO**



**AUMENTO DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS
EN < 19 AÑOS Y > DE 33 AÑOS**

**ALTO NUMERO DE INASIDENTES
AL C.P.N.**



**DEFICIENTE
TRABAJO DE
TERRENO**

**ACTITUD DE
LA POBLACION**



**DEFICIENCIA EN
SEGUIMIENTO DE REC. DE SALUD**

FALTA DE ACCIONES EDUCATIVAS



**RECHAZO
A METODOS
ANTICONCEPTIVOS**

**FALTA DE PROMOCION
LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS**

**INACCESIBILIDAD
A METODOS
ANTICONCEPTIVOS**



**FALTA DE EDUCACION
SOBRE PLANIFICACION
FAMILIAR A M.E.F.**

**RED DE DISTRIBUCION
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
LIMITADAS EN LA COMUNIDAD**

ARBOL DE OBJETIVOS

*REDUCCION DE LA
MORTALIDAD MATERNA*



*REDUCCION DE MUERTES FETALES
EN BO. AMERICAS UNO*



*DISMINUIR EMBARAZOS NO PLANIFICADOS
EN < 19 AÑOS Y > DE 33 AÑOS EN 20%*

*DISMINUIR EL NUMERO DE
INASISTENTES AL C.P.N. EN 20%*



*INCREMENTAR
NIVEL DE
CUIDADO DE
LA FERTILIDAD*

*CAMBIO DE ACTITUD
EN LA POBLACION*



*ELEVAR EL GRADO DE
SEGUIMIENTO DE REC. DE SALUD*

PROMOVER ACCIONES EDUCATIVAS



*DISMINUIR RECHAZO
A METODOS
ANTICONCEPTIVOS*

*AUMENTAR PROMOCION
DE LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS*

*ELEVAR LA COBERTURA
CON METODOS
ANTICONCEPTIVOS*



*HACER PLAN DE
EDUCACION SOBRE
P. FAMILIAR A M.E.F.*

*INCREMENTAR LA RED DE DISTRIBUCION
CON METODOS
ANTICONCEPTIVOS*

METODOLOGIA

1.- Convocatoria a recursos de Salud del Puesto Médico

2.- Convocatoria a brigadistas de salud del Barrio.

3.- Descripción del proyecto a los involucrados

METODOLOGIA DE INTERVENCION DE DISTRIBUCION MASIVA

Se realizara de forma diaria, rompiendo los esquemas de barrera para la planificación Familiar: solicitud de numero, esperar al llamado, realizándose diariamente en el puesto medico y en días de fin de semana, por lo que las mujeres que lleguen al programa de salud reproductiva debe ser atendida prioritariamente

ACTIVIDADES PROPIAS INDIVIDUALES:

Consejeria sobre planificación familiar

Ingreso al Programa de Planificación Familiar a mujeres

Colocación de DIU (según demandante) realizada por el personal de salud del Puesto de Salud.

Entrega de gestágenos orales (según demandante)

Entrega de Preservativos (según demandante)

METODOLOGIA DE VISITAS DOMICILIARES CON ATENCION BASICA:

Consistente en visitas domiciliars a las pacientes inasistentes del programa por el personal de salud y actores sociales, donde se brinda la atención básica de peso, toma de presión arterial, auscultación de FCF, medición de la AFU.

Cada actividad deberá registrarse en la hoja de Registros Ambulatorios y en otra de registro formulada del proyecto, las cuales serán distribuidas sólo para el proyecto.

La evaluación de impacto del proyecto deberá realizarse objetivamente al año de su inicio, pudiendo tener una evaluación al finalizar el año en curso y deberá evaluarse y monitorearse periódicamente por el personal de salud del puesto médico en coordinación con las autoridades locales.

Debe realizarse propaganda escrita y perifoneo para dar conocimiento acerca de la actividad.

MATRIZ DEL PROYECTO

	<i>INDICADOR</i>	<i>F. VERIF</i>	<i>SUPUESTOS</i>
<p>OBJETIVO DE DESARROLLO- Disminuir en 20% la incidencia de Mortalidad Fetal en el Bo. Américas Uno de Managua.</p>	Número de óbitos en 1996-1997	Reportes de Obitos por Hospitales y Vigilancia Epidemiología	Acceptación de la población
<p>OBJETIVOS INMEDIATOS Disminuir en 20% los embarazos en mujeres < 19 a y > 33 años en el Bo. Américas Uno de Managua</p>	Número de embarazos en mujeres < de 19 años y > de 33 años	Registros del Programa AIM del Puesto de Salud.	
<p>RESULTADOS ESPERADOS - Aumentar el uso de métodos anticonceptivos en un 20% en las MEF del Bo. Américas Uno de Managua. 2.- Disminuir el numero de madres embarazadas inasistentes al C.P.N. del Bo. A. Uno de Managua.</p>	Número de Métodos Anticonceptivos utilizados en 1997-1998 Numero de inasistentes al programa del P/M	Estadística Tarjetas del Programa de Planificación Familiar Registros de las inasistentes del programa	Tener todos los métodos anticonceptivos existentes en el Puesto Medico
<p>ACTIVIDADES: 1.1 Ampliar el periodo de distribución de Métodos anticonceptivos en Américas Uno 1.2 Educar continua y periódicamente sobre Planificación Familiar y Educación Sexual a las MEF del Bo. Américas Uno. 1.3 Publicar y Propagandizar el proyecto a la población en general. 2.1 Actualización de inasistentes del programa. 2.2 Visita a embarazadas inasistentes con atención básica domiciliar. 2.3 Seguimiento a pacientes captadas</p>	<p>RECURSOS humanos: 1 Médicos 1 Auxiliar de P/M</p> <p>Materiales 10 cuadernos 10 lápices 6 lapicero 3 papelógrafos 20 marcado res 1000moscas 1000 volantes 1 pizarra 100 tizas anticonceptivos a reponer de manera mensual: orales 2703: 882 microginon, 294 neoginon, 294 eugynon, 246 depoprovera condón 1233 140hojas de registro ambulatorio 140 hojas de registro del proyecto. 3 pesas portátiles, 3 tensiometro manuales, 3 estetoscopio. 3 mochilas 3 cintas métricas.</p>		Todos los recursos necesarios disponibles

*CRONOGRAMA
DE
ACTIVIDADES*

<i>ACTIVIDAD</i>	<i>MESES DE EJECUCION</i>
1.- Reunión personal de salud	Octubre 1 1996
2.- Reunión Brigadistas de Salud.	4 de Octubre 1996
3.- Actualización de inasistentes	5-10 de Octubre 1996
4.- Visitas periódicas al Barrio para búsqueda de inasistentes.	15-30 Octubre 1996
5.- Intervención de distribución de métodos anticonceptivos	Diario del 20 Octubre a Diciembre 1996 involucrando 2 sábados mensuales.
6.- Evaluación	Enero 1998