



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería

**PERCEPCIÓN DEL USUARIO COMO INDICADOR DE CALIDAD DEL
PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

TESIS

**Que como parte de los requisitos para obtener el
grado de Maestría en**

CIENCIAS DE ENFERMERIA

Presenta

Lic. María Alejandrina Franco Esguerra

Santiago de Querétaro, Qro. Agosto de 2000

No Adq. H63894
No. Título TS
Clas. 613.94
F825p



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

Percepción del usuario como indicador de calidad
del programa de planificación familiar

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Enf. María Alejandrina Franco Esguerra

Dirigido por:

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo

SINODALES

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo.
Presidente


Firma

M.S.P. Dora Elia Silva Luna.
Secretario


Firma

M. en C. Sergio René Becerril Calderón.
Vocal

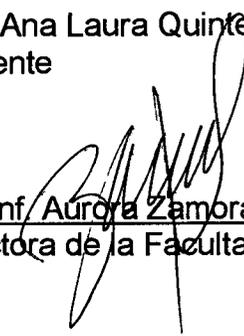

Firma

Dr. Nicolás Camacho Calderón.
Suplente


Firma

M.E. Ana Laura Quintero Crispín.
Suplente


Firma


Lic. Enf. Aurora Zamora Mendoza
Directora de la Facultad


Dr. Sergio Quesada Aldana
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Santiago de Querétaro, Qro.
Agosto de 2 000
México

RESUMEN

El propósito del estudio fue determinar la calidad del programa de planificación familiar (PF), en relación con la percepción del usuario y de las enfermeras, utilizando como referente conceptual la teoría general de sistemas de Bertalanffy, (1995)y los conceptos de percepción, beneficios y barreras del modelo de creencias de salud de(Rosenstock 1988). El diseño fue descriptivo, correlacional, la muestra estuvo conformada por 210 usuarios y 20 enfermeras. Se aplicaron dos instrumentos uno denominado "percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar", y el otro "calidad del programa de planificación familiar" adaptado de la guía de bolsillo de la revista actualidad gerencial en PF, ambos arrojaron un Alpha de Cronbach de .6990 y .6125 respectivamente, considerándose esta como aceptable. El análisis de los resultados fue a través de estadística descriptiva, pruebas de correlación de Spearman y Kruskal Wallis.

Resultados y Conclusiones: En los índices de las subescalas del instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar se obtuvo un valor mínimo de 42.308 y un valor máximo de 100.00 y en relación a las barreras percibidas se encontró un valor mínimo de 25.00 y una subescala máxima de 100 y en cuanto los resultados descriptivos de los índices del instrumento de calidad del programa de planificación familiar, se encontró un valor mínimo más alto de la subescala proceso de 82.883. Por otra parte las correlaciones entre barreras y beneficios con estructura, proceso y resultado mostraron una correlación positiva y significativa entre barreras y beneficio ($r_s = .846$ y $P = .000$) y correlación positiva significativa ($r_s = .540$ y $P = .014$) entre proceso y estructura.

Los resultados no mostraron correlación entre el índice general de calidad del personal de enfermería y el índice del usuario $-.320$ y una significancia de $.169$ entre ambos lo que significa que las expectativas de unos y otros son diferentes con respecto a como evaluar la calidad del programa, esto difiere con lo señalado por Bertalanffy en la teoría de sistemas.

Palabras Claves: Planificación Familiar, Usuario, Beneficios, Percepción de Calidad.

SUMMARY

The objective of this study was to determine the quality of the Family Planning Program (PF), based on users and nurses perception, using Bertalanffy's general theory on systems, (1995) as well as Rosenstock's (1988) perception concepts, benefits and barriers of his health beliefs model as a conceptual framework. A correlative and descriptive design was used and the sample included 210 users and 20 nurses. Two different tools were applied: "Perception of the benefits and barriers of the family planning program", and "Quality of the Family Planning Program", taken from the pocket guide of the magazine "Actualidad Gerencial en PF" (Managerial Updating in Family Planning). Both tools resulted in one Cronbach's Alpha of .6990 and .6125 respectively; such result is considered acceptable. The analysis of the results was made using descriptive statistical techniques and the correlating tests of Spearman and Kruskal Wallis.

Results and Conclusions; A minimum value of 42.308 and a maximum value of 100.00 were found in the "perception of the benefits and barriers of the family planning program" sub-scale indexes. As for perceived barriers, the results were; a minimum of 25.00 and a maximum bus-scale of 100. With regards to the descriptive results obtained from the tool on quality of the family planning program, the highest minimum value of the process sub-scales was 82.883. On the other hand, existing correlation among barriers and benefits with structure, process and results showed a positive and meaningful association between barriers and benefit ($r_s=.846$ and $P=.000$), as well as a meaningful positive correlation ($r_s=.540$ and $P=.014$) between process and structure.

The results make no correlation between the general Index of the nursing staff quality and the users index, the latter being $-.320$, with a significance of $.169$, which means that their expectations differ in the way in which the quality of the program is to be evaluated, and this is contrary to Bertalanffy's systems theory.

Key words: Family Planning, User, Benefits, Perception of Quality.

DEDICATORIAS

A mi mamá, esposo, mis hijos, por las horas que me permitió disponer del tiempo que les pertenecía a su apoyo y consejo he llegado a realizar lo que más grande de mis metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

A Dios y mamá que me dieron el don de existir, la alegría de vivir, que han disfrutado de mis triunfos y el apoyo en los momentos más difíciles.

Deseo dar las gracias por la ayuda que recibí de mis compañeras y amigas en particular de Gaby, Cristi , Brenda.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento especial a la Universidad Autónoma de Querétaro por el apoyo que me dio para la realización de la maestría, estando en deuda con ella misma.

También deseo dar las gracias a las maestras fundadoras de la maestría, por su amistad, ayuda en las diversas actividades a Ana Laura, Bertha Serret, Doris Silva.

Deseo ser patente mi agradecimiento a todas las instituciones que dieron su autorización para la realización del presente estudio.

Con gratitud especial para mi directora de tesis, maestra Magdalena Alonso Castillo que con su valiosa dirección, dedicación y esfuerzo, logro transmitir los conocimientos necesarios para la elaboración del presente trabajo de investigación.

INDICE

Página

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Índice de esquemas	ix

I. INTRODUCCIÓN 1

1.1 Planteamiento del problema.	2
1.2 Objetivos.	7
1.3 Justificación.	8

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA 9

2.1 Teoría general de sistemas.	9
2.2 Percepción de los beneficios y barreras.	12
2.3 Estudios relacionados	14
2.4 Ubicación del problema de Investigación en la teoría general de sistemas.	16
2.4 .1 Contexto donde se estudio el problema de investigación	19
2.5 Hipótesis.	21

III. METODOLOGÍA 23

3.1 Diseño.	23
3.2 Material.	24
3.3 Procedimiento.	27
3.4 Ética del estudio.	28

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
4.1 Datos descriptivos.	30
4.2 Estadísticos descriptivos.	33
4.3 Estadísticos inferenciales.	45
4.4 Discusión.	52
4.5 Conclusiones.	57
4.6 Recomendaciones.	58
V. LITERATURA CITADA	59
VI. APÉNDICE	62
A. Operacionalización de las variables	
B. Guía de bolsillo adaptada	
C. Permiso de modificación guía de bolsillo	
D. Instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar	
E. Oficio de autorización de la jurisdicción No. 1	

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
3.1 Alpha de Cronbach para las subescalas y escala total del instrumento de calidad del programa de planificación familiar.	26
3.2 Alpha de Cronbach para las subescalas y escala total de instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar.	27
4.1 Datos sociodemográficos del personal de enfermería que tiende el programa de planificación familiar.	31
4.2 Datos sociodemográficos de los usuarios del programa de planificación familiar.	32
4.3 Beneficios percibidos por el usuario del programa de planificación familiar.	33
4.4 Barreras percibidas por el usuario del programa de planificación familiar.	35
4.5 Estructura, disponibilidad del método y capacidad técnica.	37
4.6 Proceso, información y orientación para los usuarios (información para usuarios potenciales) actividades de administración y planta física.	38
4.7 Resultado, supervisión y uso de datos, actividades del personal (cómo conocer y la relación con el cliente).	40
4.8 Índice del instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar.	42
4.9 Índice del instrumento de calidad del programa de planificación familiar.	42
4.10 Índices generales del instrumento de calidad del programa de planificación familiar según el personal de enfermería.	44

4.11	Índice general del instrumento de percepción de beneficios barreras del usuario del programa de planificación familiar.	45
4.12	Correlación de Spearman del instrumento de calidad del programa de planificación familiar.	46
4.13	Correlación de Spearman del instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar.	46
4.14	Prueba de Kruskal Wallis del instrumento de calidad del programa de planificación familiar con la edad del personal de enfermería.	48
4.15	Prueba de Kruskal Wallis del instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar de la edad del usuario.	48
4.16	Prueba de Kruskal Wallis del instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar con espaciamiento de embarazos.	48
4.17	Prueba de Kruskal Wallis del instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar con número de embarazos.	50
4.18	Correlación de Spearman del Instrumento de calidad del programa de planificación familiar y Percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar.	50
4.19	Valores descriptivos de Instrumento de calidad del programa de planificación familiar y Percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar con valores promedio.	51
4.20	Correlación de Spearman de Instrumento de calidad del programa de planificación familiar y Percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar.	51

INDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA	Página
2.1 Teoría general de sistema.	12
2.2 Calidad del programa de planificación familiar.	21

CAPITULO I

INTRODUCCION

En el campo de acción de los programas de la salud reproductiva que se desarrollan a escala internacional, la planificación familiar ocupa un lugar preponderante, no sólo por lo que representa en el aspecto demográfico al disminuir el crecimiento poblacional, sino por alcanzar el objetivo de reproducción que deseen tener las parejas (Gómez y García, 1994).

En el estado de Querétaro igual que en el ámbito nacional, existe un programa de planificación familiar dirigido por la Dirección de Salud; el cual refiere que las tasas de natalidad y fecundidad, en los últimos años no han registrado cambios importantes. Se han realizado estudios con distintas temáticas dentro de la planificación familiar, sin embargo no se conocen con claridad los resultados reales del programa y de su calidad desde el punto de vista del usuario y del personal que labora en éste. El personal de enfermería tiene un papel activo y será considerado para el presente estudio a pesar de no ser quien lo dirige.

El propósito del estudio fue conocer la percepción del usuario y de la enfermera como indicadores de calidad del programa de planificación familiar, utilizando como referente conceptual la teoría general de sistemas y los conceptos de percepción, beneficios y barreras del modelo de creencias de salud. El método utilizado para lograr este propósito fue descriptivo y correlacional, con este estudio se pretende aportar información que sea útil para el mejoramiento continuo del programa de planificación familiar y destacar la importancia de la actuación del personal de enfermería durante el proceso y como parte del equipo de salud en este programa.

1.1 Planteamiento del Problema

Al arribar al nuevo milenio una preocupación importante es él, el crecimiento demográfico que ocurre en el ámbito mundial lo que constituye un problema vigente, que de continuar así, alcanzará magnitudes extraordinarias.

En el año 1996 se calculo que la población mundial se mantiene en un entorno de 5600 millones de habitantes y se pronostica que esta cifra para el inicio del siglo XXI podrá alcanzar los 6000 millones, correspondiendo el incremento fundamentalmente a los países en desarrollo.

Según las predicciones de las Naciones Unidas para el año 2025 la población del mundo oscilará entre los 7,600 y 9,000 millones (cuadernos de Población Mundial, 1996).

México no esta exento de esta problemática, de tal forma que para 1994, su población total estimada era de 90 millones de personas ocupa el segundo lugar entre los países con mayor número de habitantes en América Latina y exhibe una tasa de crecimiento poblacional anual de 2,3 por ciento (Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000). Se calcula que para el periodo 1995-2000 la población es de un poco menos de 100 millones de personas (Programas de Planificación Familiar, 1995).

El desarrollo poblacional del estado de Querétaro, responde a un patrón muy similar al nacional, observándose un notorio incremento en el volumen de población que obedece no sólo al crecimiento natural sino también al impacto del flujo migratorio intermunicipal, interestatal e internacional. Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en 1999 la población de este estado de 1,272,242 habitantes y se espera que para el año

2010 alcance un total de 2 millones con una tasa de crecimiento anual de 1,9 por ciento (Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), 1996; Servicios de Salud en el Estado de Querétaro (SESEQ) 1997).

Como es conocido en respuesta al crecimiento poblacional de México, y paralelo a ello, al desarrollo económico y de urbanización acelerado ocurrido desde la década de los sesenta, el gobierno inició en 1972 los servicios de planificación familiar (PF) y en 1974 adoptó una política nacional de población a la planificación familiar en uno de los programas de acción más importantes del programa nacional de Salud (Programas de Planificación Familiar, 1995).

Los motivos esencialmente demográficos que dieron origen a los servicios de planificación familiar fueron transformándose de manera progresiva, pues si bien los posibilitaban una disminución en la natalidad, no habían logrado mejorar algunos indicadores de salud reproductiva como la tasa de mortalidad materno-infantil y la tasa de fecundidad. Es por ello que en la actualidad se reconoce la importancia que tiene la integración de la planificación familiar en los servicios de salud reproductiva con el objetivo de mejorar la salud individual, de la pareja, y especialmente de las mujeres y los niños. (Programas de Planificación Familiar, 1995; Comité Estatal de Querétaro, 1995).

En México, existe una amplia red de proveedores de servicios de planificación familiar tanto en el sector público (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Secretaría de Salud (SSA), como en el privado (MEXFAM / FEMAP) y otras instancias (consultorios médicos / farmacias). El sistema logístico del sector público de México distribuye anualmente a unos 6 millones de usuarios en todo el país anticonceptivos valorados en más de 3 millones de dólares, lo que permitió tener una tasa de prevalencia anticonceptiva de 53,0 por ciento (Programas de Planificación Familiar, 1995).

Los servicios de planificación familiar se ofrecen en los centros de atención primaria (rural-urbano) y en ellos la enfermera como parte del equipo de salud tiene un papel preponderante, pues sus actividades están encaminadas a la promoción-difusión, información-educación, consejería, selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos e identificación de casos de infertilidad y esterilidad (Norma Oficial, 1994); a su vez, la norma constituye un pilar para la capacitación del personal y promotores de salud.

A pesar de los esfuerzos anteriormente señalados el número de mujeres, en el estado de Querétaro, que no usan la planificación familiar es más elevado que hace algunos años y aunque el porcentaje de parejas que utilizan métodos anticonceptivos se incrementa notablemente ello sólo responde a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y no necesariamente a la planeación de los hijos que se desean tener. Al mismo tiempo, aún persisten algunas problemáticas como:

- * La escasa participación de la población rural en el programa de planificación familiar (Martínez, 1996; Gilmore y Morales, 1996)
- * La correspondencia entre bajos niveles educativos y alta natalidad (Programas de Planificación Familiar, 1995).
- * El incremento en la estructura poblacional joven que en los próximos años iniciará su etapa reproductiva (MASPA, 1996) y
- * El incremento de embarazos en adolescentes (MASPA, 1996).

Las consideraciones anteriores justifican la preocupación que en el momento actual existe sobre la evaluación de la calidad del programa de planificación familiar y el papel que la enfermera puede desempeñar en ello, como parte de sus funciones administrativas en dicho programa.

El concepto de calidad de los servicios de salud constituye el elemento clave para la prestación de servicios y la Organización Mundial de la Salud (Langer, Bronfman y Trostle, 1996) la define como:

- * Un alto nivel de excelencia profesional.
- * Uso eficiente de los recursos.
- * Un mínimo de riesgos para el paciente.
- * Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- * Impacto final en la salud.

La norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar (Norma Oficial, 1994) establece seis elementos sobre la calidad de sus servicios: "variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicios, relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y un conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar". De todos estos elementos al menos cuatro están orientados a la perspectiva del usuario y el resto al servicio mismo, lo cual guía a que el programa no se analice únicamente desde la óptica del prestador.

No obstante lo anterior, los numerosos estudios realizados sobre planificación familiar, se han dirigido a examinar estadísticamente los métodos de capacitación, los sistemas de información, la distribución comunitaria del uso de anticonceptivos, las tasas de continuidad, la satisfacción del usuario, la disponibilidad de acceso a los servicios, el suministro adecuado de métodos en los centros de atención y el uso de anticonceptivos relacionados con la enfermedad pélvica inflamatoria, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA (Ortega, Garza y Brambila, 1996; Guerrero, Flores y Trejo, 1996; Guzmán, Snow y Aitken, (1994). Al respecto se puede citar a Ortega y cols (1997),

quienes realizaron un experimento de segmentación de necesidades de servicios de planificación familiar para mejorar la eficacia del programa en el estado de Querétaro. Basándose en los grupos comunitarios determinaron dichas necesidades y concluyeron que la segmentación permitió controlar las actividades de los proveedores de servicios de acuerdo con los objetivos y programación de las mismas.

Por otra parte Guzmán y cols (1994) determinaron las preferencias por la tecnología anticonceptiva moderna en las mujeres que radican a lo largo de la frontera México – Estados Unidos, forman grupos de discusión entre parejas casadas o cohabitando encontrando que el método anticonceptivo de preferencia es el hormonal oral, por su popularidad los métodos de barrera no son tan utilizados. En conclusión las preferencias por algún método anticonceptivo tienen importantes implicaciones en la aceptación de un método. Guerrero en 1997 estudió la relación entre el conocimiento y uso de anticonceptivos en la mujer. Encontró que la escolaridad y ocupación de la mujer de área rural es un factor determinante en el bajo uso de los métodos además de que en los sujetos de estudio existe un desconocimiento general.

Algunos estudios de investigación incluyen indicadores de calidad, su objetivo no está dirigido a evaluar el programa de planificación familiar en forma más amplia desde su perspectiva de calidad.

En la experiencia del investigador la calidad en los servicios debe considerar la opinión del usuario para el funcionamiento del programa de planificación familiar, acerca de esta en la practica profesional muchas veces se observa una dicotomia entre el concepto de calidad del usuario y el de la enfermera.

Las consideraciones anteriormente expuestas justifican la preocupación que en el momento actual existe sobre la evaluación de la calidad del programa de planificación familiar y el papel que la enfermera puede desempeñar en ello, como parte de sus funciones administrativas, por lo que en este estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad del programa de Planificación Familiar según el personal de enfermería y la percepción de calidad que el usuario tiene del programa?

1.2 Objetivos

1.2.1 General

Determinar como la calidad del programa de planificación familiar según el personal de enfermería se relaciona con la percepción de calidad que tiene el usuario del servicio.

1.2.2 Específicos

1. Conocer la calidad del programa de planificación familiar en sus elementos estructura, proceso y resultado.
2. Identificar la percepción del usuario del programa de planificación familiar sobre la calidad a través de barreras y beneficios del programa.
3. Relacionar la calidad del programa en sus elementos estructura, proceso y resultado, según la opinión de enfermería con la percepción del usuario sobre la misma.

1.3 Justificación

Para este estudio el investigador desde de una perspectiva particular se interesó en determinar la calidad del programa de planificación familiar para brindar información de como lograr que el programa tenga un mejor impacto.

En este sentido, el estudiar la opinión sobre la participación del profesional de enfermería se torna necesario porque puede contribuir a la implementación y éxito del programa de planificación familiar. En algunos estudios quedó claro que la orientación que proporciona el personal de enfermería mejora la percepción de la eficacia y la susceptibilidad de los usuarios al programa de planificación familiar, así como las creencias con relación al mismo. Resulta necesario conocer la calidad de los servicios que presta el personal de enfermería desde su perspectiva lo que permitirá reorientar su práctica, para hacerlo más efectivo.

Por otro lado la percepción de calidad que tiene el usuario del programa de planificación familiar es sin duda un indicador de resultado muy importante, que sumado a los indicadores cuantitativos (p.e. tasa de prevalencia anticonceptiva, distribución de uso de métodos anticonceptivos por edades, etc.) permitirá evaluar de manera más integral la estructura, proceso y resultados del programa.

La aplicación de los conceptos beneficios y barreras derivados del modelo de creencias de salud de Rosenstock (1988), utilizados para evaluar la calidad del programa desde el punto de vista del usuario, permitió profundizar en la construcción y aplicación teórica del modelo y de la disciplina de enfermería en la educación, atención y administración.

El beneficio para el campo de la enfermería que aporta el presente estudio consiste en conocer la percepción que tiene el usuario del trabajo de enfermería dentro del programa de planificación familiar, lo que permitirá buscar nuevas formas de aportar y valorar al profesional en su disciplina.

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA

El problema de estudio de este trabajo se contextualiza en la teoría general de sistemas (TGS) para describir la atención proporcionada y la percepción del usuario del programa de planificación familiar que se dividió en cuatro partes para facilitar su comprensión: teoría general de sistemas y calidad, percepción de los beneficios y barreras, adaptación de la teoría y estudios relacionados. Finalmente, se presentan las hipótesis derivadas del marco teórico.

2.1 Teoría General de Sistemas

Uno de los iniciadores de la teoría de sistemas es Lodwig Von Bertalanffy (Bertalanffy, 1995) considerado como uno de los primeros teóricos de la época moderna que puso en boga el concepto de sistemas, así como su interpretación dentro de las diferentes teorías del conocimiento, el cual plantea que la teoría general de los sistemas que integra varias ciencias naturales y sociales, puede ser un recurso importante para buscar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia y conduce a una integración en la instrucción científica. Así, la teoría general de los sistemas es una ciencia general de la "totalidad" concepto que hasta hace poco se consideraba como vago, nebuloso y semi-metafísico, solamente aplicable a varias ciencias empíricas.

Boulding citado por Van Gigch John, concibe dos enfoques de la TGS, por un lado el que examina el universo empírico y escoge ciertos fenómenos generales y por otro el que consiste en arreglar los campos empíricos en una jerarquía organizada. Se propone dos enfoques "empírico y epistemológico" (Van Gigch, 1987)

Otras fuentes de la teoría de sistemas se originan a partir de un grupo de pensadores que en la década de los treinta, enfocaron el estudio de los sistemas a ejemplos de las ciencias naturales, ecología y sistema neurológico. La teoría de sistemas en su desarrollo histórico se remonta, a los orígenes de la ciencia y la filosofía antes de la cibernética de sistemas y al surgimiento de campos afines. Bertalanffy (1995).

La teoría general de sistemas ha tenido grandes contribuciones en la inteligencia artificial como son: teoría de la información, teoría de los juegos, teoría de la decisión, la cibernética, la teoría de la comunicación, de procesamiento de información y en la teoría de adaptación con un enfoque holístico. Estas últimas utilizadas en la época de los 50 y 60 por la sociología, el trabajo social y la enfermería (ejemplo: Parson - Teoría de Estructuras Sociales, Jhonson- Teoría de Enfermería).

Un sistema es una unidad dirigida hacia un objetivo y compuesta de partes interdependientes e interactuantes que permanecen durante cierto tiempo, el sistema reúne a un conjunto de elementos relacionados.

Los conceptos básicos de la teoría de sistemas son: sistemas, sistema abierto, sistema cerrado, jerarquía de sistemas, límites, entrada de potencia, insumos, estructura, transformación, proceso, salida de potencia, resultado, retroalimentación, adaptación, autorregulación, homeostasis ; se trata del equilibrio dinámico entre las partes del sistema, estabilidad, equilibrio, diferenciación y energía.

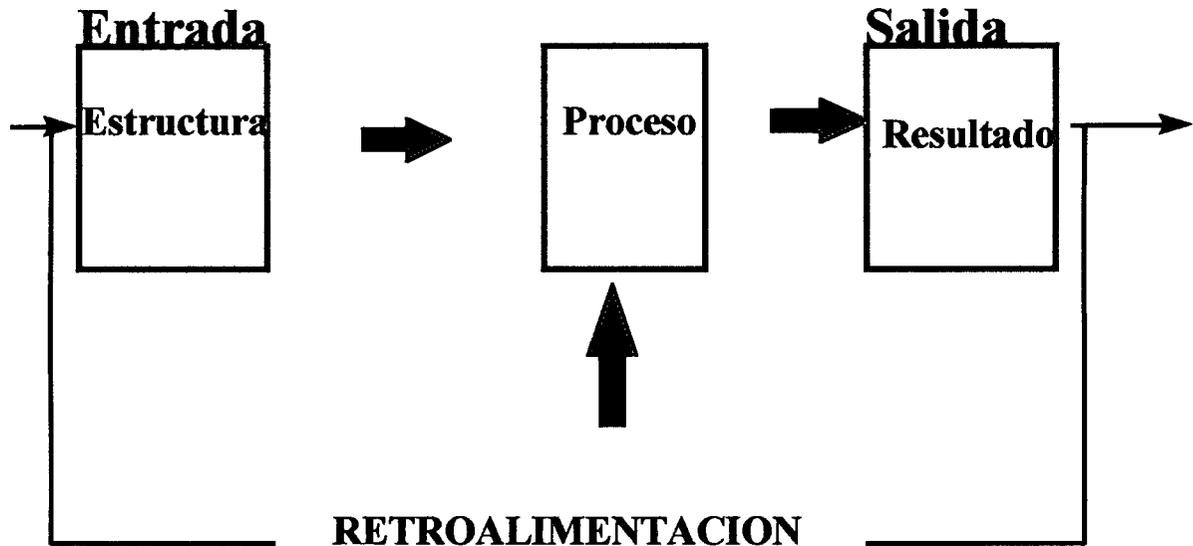
El sistema abierto se caracteriza en la base de su grado de interacción con el medio que le rodea, la interacción ambiental es necesaria para su supervivencia (Buckley, citado por Bertalanffy, 1995) todos los sistemas vivientes son sistemas abiertos, los que continuamente están adoptando nuevas posiciones relacionadas

con el problema que enfrentan; una organización es un sistema abierto y solo puede existir por el intercambio de materias y recursos con el medio ambiente, estos sistemas están compuestos por subsistemas, los que son interdependientes e interactúan dinámicamente. Las interacciones provocan un efecto sinérgico donde todo es mayor que la suma de sus partes.

Por otro lado, como sistema cerrado se reconoce a las entidades que se consideran aisladas de su medio ambiente circundante. (Bertalanffy 1995)en sus escritos proporciona varios ejemplos de unidades que se pueden caracterizar como sistemas cerrados, dichos ejemplos se ubican en las ciencias naturales. Sistema cerrado es una entidad que no tiene interacción con su medio ambiente.

Un sistema se analiza desde la organización e interacción de cada uno de sus componentes, es decir su funcionamiento dependerá del estado de cada uno de dichos componentes. Para comprender mejor la relación de estos conceptos, véase el siguiente esquema:

Teoría General de Sistemas



Esquema 1. Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1995)

2.2 Percepción de los beneficios y barreras como elementos de calidad.

Una de las variables a considerar en este estudio es la percepción de beneficios y barreras que el usuario tiene respecto al programa de planificación familiar. Taylor (1977) citado por Leddy y Pepper (1984) define a la percepción como la selección y organización de sensaciones de manera que adquieran un significado para adoptar una posición. Las percepciones son aprendidas y dependen de las experiencias que el Individuo tenga durante la socialización (Leddy y Pepper, 1984).

Bajo este contexto uno de los fundamentos teóricos es el modelo de creencias de salud (MCS) de Rosenstock (1988) el cual fue desarrollado a principios de los años cincuenta por un grupo de psicólogos sociales de servicio

de salud pública en los Estados Unidos. El MCS maneja tres grandes constructos, la percepción individual, los factores modificantes y la probabilidad de acción. En el primero incluye la percepción de susceptibilidad y severidad, en el segundo las variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales y las señales para la acción y en el tercero, los beneficios y barreras percibidos al tomar la acción. EL MCS se aplicó en estudios preventivos de cáncer, dentales, en adolescentes, programas de enfermedades crónico-degenerativas , por citar solo algunos.

Terán (1993) realizó un estudio para identificar las creencias de salud maternas en el uso de programas preventivos entre ellos, el de planificación familiar. Encontró una correlación significativa entre el beneficio de planificar y la continuidad en el programa de planificación familiar ($P < 0.001$). Además obtuvo una correlación significativa entre las barreras percibidas y la continuidad del programa ($p < 0.001$).

González en 1997 en un estudio sobre creencias de salud y uso de los servicios de detección oportuna de cáncer (DOC) en un área de Nuevo León encontró que existe relación significativa entre el número de exámenes de papanicolaou con los beneficios percibidos por el usuario ($r_s = .1874$, $p = < .001$), también resulto representativo el número de exámenes de cáncer (CA) de mama y beneficios ($r_s = .1654$, $p = < .001$). Con respecto a las barreras se observó que la decisión de ellas se relacionó positivamente con la fecha del último examen de DOC ($r_s = .3275$, $p = < .001$), de la misma manera la edad de la usuaria y la percepción de barreras también resultaron significativa ($r_s = .1794$, $p = < .001$).

Para esta investigación se consideraron los conceptos de beneficios y barreras. Entendiendo los beneficios como la percepción de las alternativas disponibles y efectivas que pueden influir en la toma de una acción y las barreras como la percepción de los inconvenientes que influyen al tomar una conducta de

salud, tales como las relacionadas con costo, horarios, accesibilidad, disponibilidad y continuidad.

2.3 Estudios Relacionados.

Los estudios relacionados en cuanto al programa de planificación familiar se centran en diversos aspectos, entre ellos el uso de métodos anticonceptivos, Guzmán García (1995) realizó un estudio para documentar las percepciones y preferencias de las mujeres de escasos recursos que viven a lo largo de la frontera México- Estados Unidos respecto a las tecnologías anticonceptivas. En dicho estudio se encontró que la efectividad del método es un indicador importante en la preferencia anticonceptiva. Razón por la cual los anticonceptivos hormonales tuvieron una mayor preferencia; permite a su vez mantener de manera regular los ciclos menstruales y a su vez incrementa la aceptabilidad hacia este método.

Guerrero y cols. (1997) analizaron el conocimiento y la tasa de uso de métodos anticonceptivos en 158 mujeres en edad fértil en una comunidad rural encontrando correlaciones estadísticamente significativas entre la escolaridad y ocupación como factores determinantes en la baja tasa de uso de anticonceptivos. Además de afirmar que existe un desconocimiento general sobre los métodos anticonceptivos en la población en general, Martínez y Farias (1995) evaluaron las practicas anticonceptivas y de comportamiento sexual en 42 pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria concluyendo que existen factores de riesgo bien caracterizados relacionados con el uso del dispositivo intrauterino (DIU), la falta de uso de métodos anticonceptivos así como el inicio de relaciones sexuales a temprana edad. Además los hallazgos muestran un escaso uso de métodos anticonceptivos y una mayor frecuencia solo en las mujeres casadas.

En estudios de investigación acerca de la cobertura del programa Ortega, Garza y Brambila (1997) estudiaron en el estado de Querétaro, a través de la segmentación de necesidades los servicios de planificación familiar, focalizándolo en la prestación de servicios para mejorar la eficacia de dicho programa. Después de identificar los grupos de población con necesidades específicas de planificación familiar identifico los grupos prioritarios para los que programaron visitas domiciliarias y consultas de consejería. Se proporcionaron 150 consultas en una fase experimental con lo cual se pudo concluir que la segmentación de necesidades permite programar las consultas y actividades del programa comprobando que es más efectiva esta forma de trabajo que el modo tradicional de operar al menos para el personal que lo implementa.

En lo referente a la satisfacción del usuario Gutiérrez y cols. (1997) a través de la realización de un estudio de corte transversal evaluaron la satisfacción del usuario del servicio de planificación familiar, considerando la satisfacción del usuario como el resultado de la percepción del mismo con relación a la oportunidad de atención, trato, capacidad en el servicio, respeto, capacidad técnica, relaciones interpersonales y mecanismos de seguimiento. El análisis bivariado demostró que la edad, el método de elección en la primera visita y el turno matutino se relacionaron significativamente con la satisfacción ($RM=0-61, IC.95, 0.40-0.93$) y con el modelo de regresión logística se confirmó dicha asociación, ($p<0.05$).

Idrobo y López (1997) estudiaron a 162 residentes de Quito, Ecuador y se enfocaron en el estudio de las diferencias de género en el uso de la planificación familiar, el rol de la pareja en la toma de decisión y las desigualdades en las actitudes de la planificación familiar. Encontraron que los varones dominaron la toma de decisiones en la reproducción y el número de hijos mientras que las mujeres fueron las responsables de cubrir las metas reproductivas. Concluyen que prevalecen las asimetrías de género entre los proveedores de salud de los

servicios de planificación familiar asociada a la estructuración y organización del sistema de salud que apoya a la mujer sin dar acceso al hombre para que comparta el bienestar familiar. Entre las expectativas hacia el uso de los servicios el mayor porcentaje de mujeres denota la necesidad de mayor información sobre los métodos en cambio cuatro hombres prefieren que mejore la calidad de la atención ($P < 0.05$).

Barillas (1990) realizó un estudio en Nuevo León para determinar la estructura organizacional, los procesos de comunicación y el logro de objetivos del programa de planificación familiar. Analizó 303 entrevistas de mujeres de 15 a 49 años y encontró que las variables que presentaron una asociación estadísticamente significativa con el logro de objetivos y la estructura del programa fueron los patrones de autoridad, responsabilidad, información sobre el programa y coordinación ($P < 0.05$). Por otro lado las variables que se asociaron con el conocimiento del programa fueron: información recibida y conocimiento del usuario.

Treviño (1992) realizó una investigación con la finalidad de conocer la influencia de la orientación y el uso de métodos anticonceptivos. Dentro de los hallazgos encontró una relación estadísticamente significativa entre la orientación proporcionada por el personal de enfermería y la percepción de eficacia en el uso de los métodos anticonceptivos ($P < 0.05$).

2.4 Ubicación del problema de investigación en la Teoría General de Sistemas.

El problema de investigación se ubica dentro de los conceptos de beneficios y barreras del modelo de creencias de salud y el concepto de

calidad, estos conceptos se consideraron apropiados para evaluar la calidad de los servicios de salud.

Donabedian (1991) utiliza un triple enfoque a partir de la teoría general de sistemas para medir la calidad: desde la estructura, proceso y resultado (insumo, proceso o funcionamiento y resultado) de un servicio de salud determinado.

El enfoque de Donabedian (1991), para evaluar la calidad del servicio se considera el grado de satisfacción de los profesionales, lo que favorece la productividad del mismo. Además hace un balance del concepto de calidad que debe ser considerado por el paciente: beneficios, daños a la salud y supresión del cuidado innecesario para bajar los costos monetarios. Brook y Williams citado por Donabedian mencionan que la calidad de atención de salud comprende la atención técnica donde se hace el diagnóstico y la terapéutica mas el arte de la atención, que consiste fundamentalmente en el manejo adecuado de las relaciones interpersonales . Así, la conducta del proveedor al impartir la atención y comunicarse con el paciente une al arte y la técnica que lleva a identificar los errores; con esto se retoma a manera de recordatorio tal y como se menciona en la teoría de sistemas, donde existe una retroalimentación.

Un servicio o programa de salud como el de PF, estaría constituido de la siguiente forma bajo la Teoría General de Sistemas y el concepto de calidad.

La **estructura** contiene las características del marco en que se prestan los servicios, entre los que están los recursos materiales, tales como las instalaciones, equipos y dinero, recursos humanos (número y las calificaciones del personal) de la estructura institucional, así como la organización del personal, métodos para la evaluación de colegas y métodos de reembolso. El **proceso**

contiene lo que en realidad se realiza para prestar y recibir servicios e incluye las acciones del paciente al buscar atención médica, tanto como las acciones del profesional para presentar un diagnóstico y recomendar o instrumentar el tratamiento. El **resultado** comprende los efectos de la atención para el estado de salud de los pacientes y poblaciones.

Otros de los factores analizados por Bertalanffy (1995) y que es considerado en el estudio de diferentes sistemas es la retroalimentación, se considera la homeostasis como una meta basada en cadenas causales y mecanismos que devuelven información acerca de desviaciones con respecto a la meta por alcanzar. Uno de los principios de la retroalimentación de acuerdo a Van Gigch (1995) es retroalimentar una porción de salida para controlar la entrada. Se puede tener una *retroalimentación positiva*, cuando la multiplicación entre la entrada y la salida es tal que la salida aumenta con incrementos en la entrada, o una *retroalimentación negativa* en la cual la salida disminuye al aumentar la entrada. En el presente estudio la retroalimentación se considera como el resultado de la relación de las enfermeras sobre la calidad del programa de PF y la percepción de las barreras y beneficios del usuario.

En lo referente a la **estructura y proceso** se incluye la opinión del personal de enfermería respecto a la calidad, de esta manera la estructura se mide através de : a) disponibilidad de material y equipo, b) existencia de métodos anticonceptivos, c) manual del programa de planificación familiar, d) plan de visitas domiciliarias, e) espacio físico, f) programa de capacitación del personal de enfermería, g) horario de servicio, h) tiempo dedicado a los usuarios e i) considerar la influencia socioeconómica y cultural. El proceso incluye: a) promoción y difusión del programa, b) captación de usuarios, c) confidencialidad, privacidad, respeto y comunicación con el usuario, d) orientación sobre los métodos anticonceptivos (ventajas y desventajas), e) recomendar el método

de acuerdo con el estado civil ,nivel educativo, número de embarazos, partos, experiencias previas, f) registro y control de tarjetas de usuarios, g) seguimiento de usuarios subsecuentes, h) relaciones entre los miembros del equipo de salud, i) provisión de métodos anticonceptivos y j) mantenimiento del área física.

En la parte de resultado se obtuvo información sobre la calidad del programa desde el punto de vista del usuario medido a través de las barreras y beneficios que él identifica, como son como: a) espaciamiento de embarazos b) mejorar su salud, c) comunicación con la pareja, d) disponibilidad de métodos, e) accesibilidad al servicio, f) horario y costos, g) información recibida, h) atención del personal de enfermería, i) material y equipo disponible y j) efectos secundarios de los métodos. En lo referente a los resultados acerca de la calidad y la satisfacción de trabajar en el programa de PF. (Esquema 2.2)

2.4.1 Contexto donde se estudio el problema de investigación

El programa de PF forma parte del modelo de atención a la salud para población abierta y se integra a la red de servicios de primer nivel de atención en ámbitos geográficos poblacionales definidos.

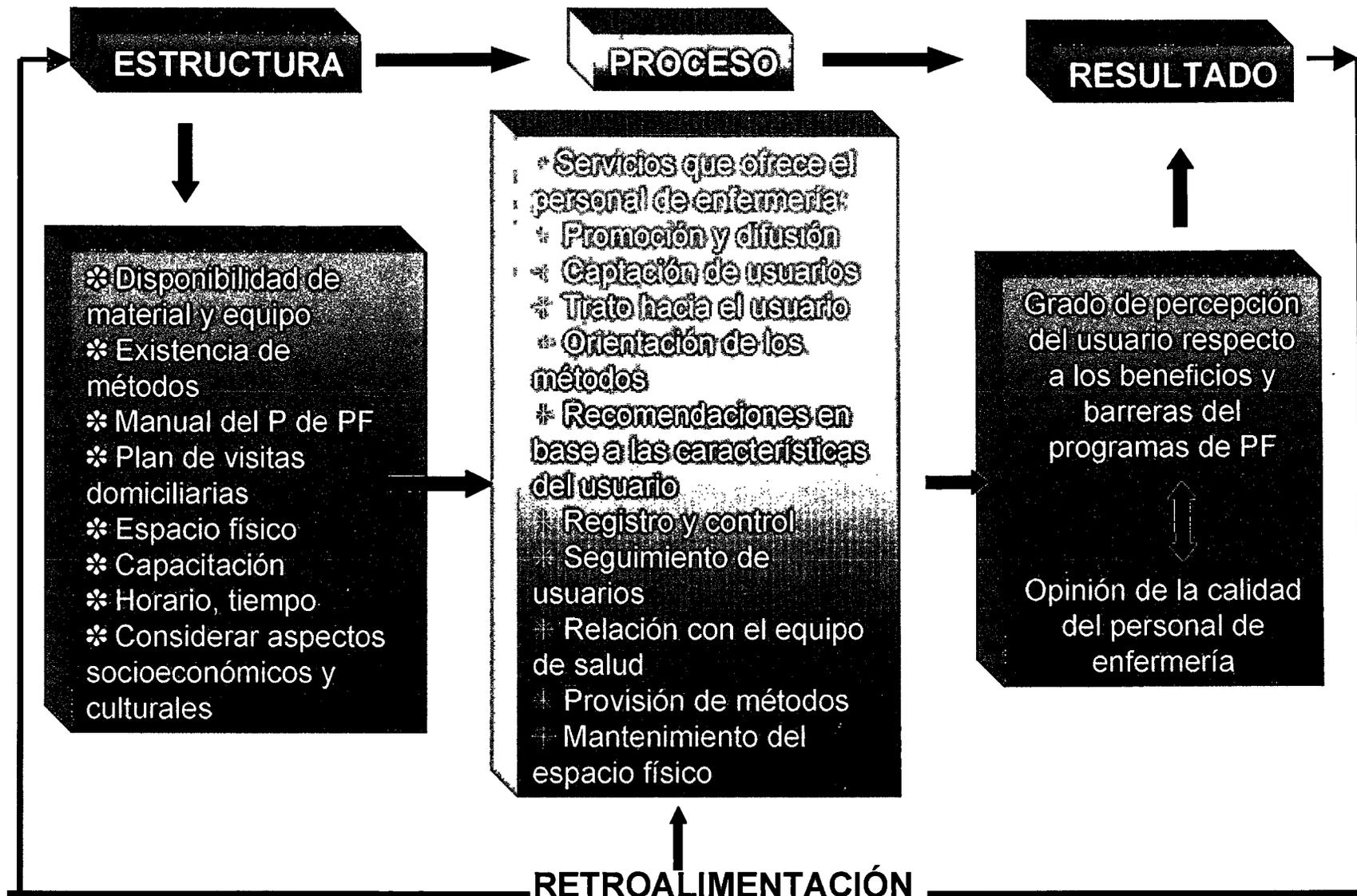
El objetivo de los servicios de primer nivel consiste en otorgar a la población una atención integral y de calidad con énfasis en la entrega del paquete básico de servicios de salud mediante acciones promocionales preventivas, curativas, rehabilitación, de participación comunitaria y autocuidado. En este paquete se incluye el programa de PF. Las unidades de primer nivel están conformadas por centros de salud de uno a 12 núcleos básicos, el presente estudio se realizó en las unidades del primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 en un total de 7 centros de salud urbanos que tienen las siguientes características: atienden localidades de 500 a 6000 familias, su organización se basa en la integración

de equipos de salud (núcleos básicos de servicios) que otorgan atención integral al individuo, familia y comunidad.

Los centros de salud cuentan con servicios de medicina familiar, laboratorio de patología clínica, servicio de radiodiagnóstico, vigilancia epidemiológica, atención estomatológica, estadística, promoción y participación comunitaria, rehabilitación simplificada, servicios de enfermería y servicios generales.

La aplicación del programa de PF es responsabilidad del médico y el personal de enfermería colabora en la promoción, supervisión de los tratamientos, visita domiciliaria, colaboración en la aplicación de métodos anticonceptivos y seguimiento de usuarios, este programa es evaluado en base a los sistemas de información y de la vigilancia epidemiológica en forma cuantitativa midiendo las coberturas del programa y en forma cualitativa a través de la supervisión de los procesos de prestación de los servicios. (SSA, 1997)

CALIDAD DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



21

Adaptación de la Teoría General de Sistemas al problema de investigación
(Franco, 1998)

Esquema 2-2

2.5 Hipótesis

H₀ = La calidad del programa de planificación familiar según el personal de enfermería no se relaciona con la percepción de calidad que tiene el usuario respecto a barreras y beneficios del mismo.

H₁ = La calidad del programa de planificación familiar según el personal de enfermería se relaciona con la percepción de calidad que tiene el usuario respecto a barreras y beneficios del mismo.

- *Variable independiente:* La calidad del programa de PF según el personal de enfermería.

- *Variable dependiente:* percepción del usuario (beneficios y barreras)

- *Variable interviniente:*
 - a) Personal de enfermería: Edad, estado civil, nivel de preparación, cargo que desempeña, antigüedad, tiempo de trabajar en el programa.
 - b) Usuario: Edad, estado civil, nivel educativo, espaciamiento de los embarazos, número de embarazos, métodos anticonceptivos que conoce, métodos anticonceptivos que usa actualmente.

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Es una investigación descriptiva y correlacional (Polit y Hungler, 1997) donde se describe cuantitativamente el fenómeno de la calidad del programa de PF, utilizando registros de información como punto de partida para los datos que se obtuvieron de los sujetos de estudio en un corte de tiempo.

La población de estudio estuvo conformada por las mujeres usuarias del programa de planificación familiar en siete centros de salud urbanos de la Jurisdicción No. 1 de los Servicios de Salud en el Estado de Querétaro y por el 100% (20) del personal de enfermería asignado al programa de PF como se muestra en la siguiente tabla:

CENTROS DE SALUD	USUARIOS	REGISTRADOS	PERSONAL DE
	Enero 1997	Diciembre	ENFERMERIA EN EL PROGRAMA DE PF
	Universo	Muestra	Universo
➤ Doctor Pedro Escobedo (Centro)	152	53	2
➤ Lomas de Casa Blanca (Suroeste)	181	63	4
➤ Carrillo Puerto (Oeste)	39	14	1
➤ Menchaca (Noroeste)	20	7	3
➤ San Antonio de la Punta (Oeste)	60	21	2
➤ San Pablo (Norte)	71	25	3
➤ Satélite (Oeste)	71	27	5
TOTAL	N=600	n=210	N= 20

La muestra se determinó a través de la siguiente fórmula

$$n = \frac{Npq}{(N-1)d + PE}$$

$$D = \left[\frac{B}{Z_{\alpha/2}} \right]^2$$

Considerando que el tamaño de la población es de 600 (N=600), que el nivel de significancia fue de .05 y un nivel de confianza de .95, los sujetos se seleccionaron en forma convencional usando las tarjetas de registro de los usuarios de planificación familiar considerando lo siguiente:

Criterios de inclusión: Todas las mujeres que hubieran acudido por primera vez al programa de planificación familiar en 1997 y todas las enfermeras de los centros de salud.

3.2 Material

En los siguientes puntos se describen los instrumentos que se aplicaron en esta investigación.

3.2.1 Instrumento: Guía de bolsillo adaptada para evaluar la calidad del programa de planificación familiar según el personal de enfermería (ICPPF)

Este instrumento se desarrolló a partir de la revisión que se hizo de la "guía de bolsillo para mejorar los servicios" publicada en un suplemento de la revista actualidad gerencial de planificación familiar, Vol. II Núm. 5, 1993. Es una guía de autoevaluación diseñada para identificar las oportunidades de optimizar los servicios de planificación familiar, contiene tres apartados enfocados a: 1) actividades clínicas, 2) administrativas y 3) del personal, esta misma guía a su vez

fue adaptada de una lista de verificación para la autoevaluación del proyecto INOPAL II del population council diseñado con el Ministerio de Salud de Guatemala para mejorar los servicios de planificación familiar.

Se obtuvo la autorización por escrito de los autores del mismo a través del Family Planning Management Development en Massachusetts, U.S.A. para su aplicación y adaptación. Se modificó la guía de bolsillo en los siguientes aspectos: se cambia el SI o NO por criterios de nunca, raras veces, algunas veces y siempre quedando como una escala de 108 reactivos, de igual manera se modificó la redacción de algunas preguntas por la diferencia de vocablos. (Ver Apéndice A, B y C)

3.2.2 Instrumento: Percepción de Beneficios y Barreras del Programa de Planificación Familiar (PBBPPF).

Este instrumento estuvo dirigido al usuario del programa de planificación familiar (PPF) y se dividió en tres apartados para explorar los beneficios y barreras de acuerdo con los conceptos del Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1988), consta de 28 ítems en escala tipo Likert de 3 puntos, este instrumento fue diseñado por la autora del estudio. (Ver Apéndice D)

Ambos instrumentos fueron sometidos a dos pruebas pilotos previa autorización por la Coordinación General del Sistema Universitario para el Bienestar Social, Unidad Santa Barbara y Santa Rosa Jauregui. En la primera prueba piloto se presentaron dificultades con la escala de medición dado que no mostró variabilidad en las respuestas, debido a esto se realizó la adaptación antes señalada y nuevamente se aplicó una segunda prueba piloto la cual permitió conocer la consistencia interna de los instrumentos. Para esto se contrató un encuestador al que se le adiestró en la aplicación de las encuestas. Se realizó en el 10% del total de la muestra, 25 usuarios y 3 enfermeras, con características

similares a los sujetos de estudio. El tiempo promedio de aplicación para el instrumento del personal de enfermería fue de 12 minutos, con un mínimo de 10 y un máximo de 15. Para el usuario fue de 5 minutos, previa explicación de la diferencia entre programa de PF y métodos anticonceptivos, esta explicación fue derivada de los resultados de las pruebas piloto, posterior a estas se realizaron las adecuaciones necesarias a los instrumentos.

En el Cuadro 3.1 se presentan los resultados del Alpha de Cronbach para la medición de la consistencia interna de los instrumentos.

Cuadro No 3.1

Alpha de Cronbach para las subescalas y escala total del instrumento de calidad del programa de planificación familiar.

Instrumento	Número de reactivos	Reactivos de la escala	Alpha Cronbach
Subescala Estructura	32	8 – 39	.4903
Subescala Proceso	37	40 – 76	.4277
Subescala Resultado	33	77 – 109	.8845
Escala Total	102	1 – 102	.6125

N= 20

En el cuadro anterior se puede observar que de las tres subescalas la que tiene un mejor nivel de confiabilidad es la de resultado y la escala total fue de 0.6125 lo que se considera adecuado, por ser la primera vez que se aplica con esta adaptación (Polit, 1997).

Cuadro No 3.2

Alpha de Cronbach para las subescalas y escala total del instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar

Instrumento	Número de reactivos	Reactivos de la escala	Alpha Cronbach
Subescala Beneficios	13	9 – 21	.3627
Subescala Barreras	8	22 – 29	.3516
Escala Total	21	1 – 21	.6990

n= 210

En el cuadro número 3.2 del instrumento de percepción de beneficios y barreras se observó un alpha de cronbach 0.6990 para las subescalas de beneficios y la escala total que también se considera aceptable en cuanto a su consistencia interna (Polit, 1997)

3.3 Procedimientos

Se solicitó autorización al director de la Jurisdicción No. 1 de donde corresponden los siete centros de salud urbanos de los Servicios de Salud en el Estado de Querétaro, así como a la subdirección de enseñanza e investigación. Obtenida la misma se visitaron dichos centros para informar del estudio a directores y jefas de enfermeras. Se obtuvo un oficio de autorización para cada uno de los centros de salud.

Para la recolección de datos se contrataron y adiestraron encuestadores, cuatro estudiantes del cuarto semestre de la licenciatura en enfermería y tres pasantes de la licenciatura en enfermería del servicio social.

Durante la recolección de datos se revisó diariamente cada una de las encuestas para verificar su llenado y codificarlas. El tiempo utilizado para la recolección de datos excedió lo planeado en virtud de las dificultades para localizar los domicilios de los usuarios y por algunos errores en los registros de los usuarios activos en los 7 centros de salud. El promedio de visitas realizadas para recolectar la información fue de tres . El total de ellas fue de 533 para una muestra de 210 usuarios, porque algunos domicilios fueron falsos o por cambios en los mismos.

El procesamiento de datos se realizó por medios electrónicos utilizando el programa de estadística SPSS versión 6.0 (Statistical Package for the Social Science) se obtuvieron estadísticas descriptivas tales como frecuencias, proporciones e índices que permitieron describir la población y medir las variables. Hubo necesidad de construir dos índices generales para cada población a fin de poderlos nivelar para relacionarlos entre sí y poder medir las hipótesis. Además se obtuvieron estadísticas inferenciales como Kruskal Wallis y la correlación de Spearman para prueba de hipótesis. La presentación de los datos se realizó por medio de tablas de contingencia.

3.4 Ética del estudio

Para el presente estudio se consideró el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud los siguientes artículos: capítulo primero, capítulo único, el artículo 1° contempla lo referente a la investigación para la salud en los sectores público, social y privado para todo el territorio nacional, en relación al artículo 2° se atenderá a la Ley General de Salud y a la investigación para la salud respectivamente, el 3° en su fracción I, II, V y VI que corresponde a los procesos biológicos y psicológicos en seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social,

al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud y la producción de insumos para la salud.

Se tomó en cuenta también el artículo 5° en sus fracciones I, II, III, IV y V las que señala que corresponde a la Secretaría de Salud emitir las normas técnicas que se sujeta a todo el territorio nacional, la realización de investigación para la salud y verificar su cumplimiento, organizar y operar las actividades, de investigación así como orientar, fomentar y apoyar la realización de las actividades investigativas en las entidades federativas del sistema nacional de salud

Se consideró el artículo 6° que se refiere a que la Secretaria de Salud y de Educación Pública en sus respectivas competencias podrán celebrar convenios de colaboración con las instituciones educativas para que realicen investigación en salud a fin de que estas sin perjuicio de la autonomía que por ley les corresponda. Se respeto el artículo 13° que corresponde a los aspectos éticos en investigación en seres humanos prevaleciendo el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Se aplicó el artículo 14° referente a la forma de desarrollar la investigación apuntando los principios éticos: se contó con el consentimiento informado y este se llevó a cabo cuando se tuvo la autorización del titular de la institución de la atención a la salud. El artículo 17° se refiere a riesgo de la investigación por lo que este estudio se considero sin riesgo por no hacer intervención alguna ni modificaciones de la variable física ,psicológica o social. Solamente se consideraron los cuestionarios, entrevistas y revisión de expedientes.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Los resultados del presente estudio están distribuidos en cuatro apartados:
.datos descriptivos, estadísticos descriptivos, estadísticos inferenciales y
.discusión.

4.1 Datos descriptivos.

A continuación se presentan los datos descriptivos que permiten caracterizar las poblaciones del estudio. El cuadro No. 4.1 corresponde al personal de enfermería que atiende el programa de planificación familiar, en relación con la variable edad se encontró que el 75 por ciento tiene de 31 años a más, en cuanto al estado civil un 65 por ciento tiene pareja y su nivel de preparación es auxiliar ó técnico en enfermería, en un 80 por ciento. Al referirnos a la antigüedad en la institución, un 35 por ciento tiene 10 años o menos y más de 20 años respectivamente de laborar en la institución, además se encontró que 21 años a más corresponde el 50 por ciento del tiempo de trabajar en el programa.

Al estudiar la información sociodemográfica de los usuarios del programa de planificación familiar, en lo referente a la edad el 41.9 por ciento tiene de 20 a 25 años, se muestra que en el estado civil sobresale con un 77.1 por ciento las que tienen pareja. En el nivel educativo se encontró que el 44.8 por ciento alcanzó estudios secundarios o nivel técnico, al analizar el espaciamiento entre los embarazos el 36.7 por ciento refirió como promedio dos años de diferencia. Finalmente un 55.8 por ciento han tenido de uno a dos embarazos y el 51.4 por ciento indicó utilizar el DIU como método de anticoncepción actual.(Ver Cuadro No. 4.2)

Cuadro No 4.1

Datos sociodemograficos del personal de enfermería que atiende el programa de planificación familiar

Variable	F	%
Edad		
Menor de 30 años	5	25.0
31 a más años	15	75.0
Estado Civil		
Con pareja	7	35.0
Sin pareja	13	65.0
Nivel de Preparación		
Enfermera General	4	20.0
Auxiliar ó técnica en Enfermería	16	80.0
Antigüedad en la Institución		
Menos de 10 años	7	35.0
11 a 20 años	6	30.0
Más de 20 años	7	
Tiempo de trabajar en el programa		
5 años o menos	5	25.0
6 a 20 años	5	25.0
21 a más años	10	50.0

N= 20

Cuadro 4.2

Datos sociodemográficos de los usuarios del programa de planificación familiar.

Variable	F	%
Edad		
Menor de 20 años	21	10.0
20 a 25 años	88	41.9
26 a 30 años	64	30.5
31 a más años	37	17.6
Estado Civil		
Sin pareja	48	22.9
Con pareja	162	77.1
Nivel Educativo		
Analfabeta	7	3.3
Primaria completa ó incompleta	86	41.0
Secundaria/Técnico	94	44.8
Estudios superiores	23	11.0
Espaciamiento de los embarazos		
Cada año		
Cada 2 años	70	33.3
Cada tres años	77	36.7
Más de tres años	15	7.1
Sin hijos	41	19.5
	7	3.3
Número de embarazos		
1 a 2 embarazos	117	55.8
3 a 4 embarazos	75	35.7
4 a más embarazos	18	8.6
Métodos anticonceptivos que conoce		
De 1 a 2 métodos		
De 3 a 4 métodos	23	11.0
De 5 a 6 métodos	126	60.0
De 7 a más métodos	54	25.7
	7	3.3
Métodos anticonceptivos que usa actualmente		
Inyectable		
Orales	24	11.4
DIU	25	11.9
Salpingoclasia	108	51.4
Preservativo	15	7.1
Combinación	12	5.7
	26	12.4

n=210

4.2. Estadísticos descriptivos

A continuación se presentan las medidas descriptivas de los instrumentos utilizados en el estudio como se citó en la metodología.

Cuadro No 4.3

Beneficios percibidos por el usuario del programa de planificación familiar

Variables	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	F	%	F	%	F	%
Ayuda a tener menos hijos para cuidarlos mejor	2	1.0	8	3.8	200	95.2
Ayuda a mejorar la comunicación con mi pareja	8	3.8	23	11.0	179	85.2
Ayuda a tener menos problemas de salud	16	7.6	33	15.7	161	76.7
Brinda orientación sobre la salud reproductiva	42	20.0	47	22.4	121	57.6
Ayuda a mejorar la economía	5	.5	7	3.3	202	96.2
La calidad del servicio parece buena y me da confianza	139	2.4	32	15.2	173	82.4
El personal pide mi opinión para mejorar la calidad del programa de PF	8	66.2	32	15.2	39	18.6
Me siento satisfecha de los servicios que la enfermera proporciona del programa de PF		3.8	49	23.3	153	72.9

n= 210

En el cuadro No. 4.3 se observan los beneficios percibidos por el usuario del programa de planificación familiar, en el cual se encontró que el 95.2 por ciento consideró que dicho programa siempre ayuda a tener menos hijos para ofrecer mejor cuidado. Al enfocarnos a la ayuda que el programa ofrece para mejorar la comunicación con su pareja, un 85.2 por ciento así lo consideró.

De esta manera el 76.7 por ciento refirió que siempre ayuda a tener menos problemas de salud. Dentro de sus beneficios se obtuvo, que siempre brinda orientación a cerca de la salud reproductiva de la población para un 57.6 por ciento, así ayuda a mejorar su economía siempre en un 96.2. Siendo siempre buena y confiable la calidad del servicio en un 82.4 por ciento. El 66.2 por ciento refirió nunca el personal pide opinión al usuario para mejorar la calidad del programa. Finalmente el 72.9 por ciento se siente satisfecha de los servicios prestados por la enfermera de este programa.

Cuadro No 4.4

Barreras percibidas por el usuario del programa de planificación familiar

Variables	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	F	%	F	%	F	%
Tiempo que espera para recibir consulta de PF adecuada	13	6.2	75	35.7	122	58.1
Cuando acude a control de PF la dotan del método que utilizó	20	9.5	15	7.1	175	83.3
El equipo con que cuenta el centro de salud para su atención es suficiente	17	8.1	65	31.0	128	61.0
Cuando olvida una cita de control de PF el personal de enfermería le visita a su casa	163	77.6	12	5.7	35	16.7
El personal cuando la atiende cuida su privacidad y la respeta como persona.	4	1.9	10	4.8	196	93.3

n= 210

En el cuadro No. 4.4 se describen las barreras percibidas por el usuario y se encontró que el tiempo que espera para recibir consulta de planificación familiar es siempre el adecuado en un 58.1 por ciento , el 83.3 por ciento cuando acude a control de planificación familiar siempre la dotan del método que utiliza, referente a la suficiencia de equipos con que cuenta el centro de salud para su atención el 61 por ciento correspondió rango de siempre. El 77.6 por ciento manifestó que nunca el personal de enfermería la visita en su casa cuando olvida una cita y se señala el 93.3 por ciento que siempre el personal de enfermería atiende su privacidad y la respeta como persona.

En el cuadro No. 4.5 se observan las variables relacionadas a la estructura del programa en opinión de las enfermeras. Con relación a la disponibilidad de los métodos de planificación familiar , un 75 por ciento dijo que siempre están las píldoras, un 90 los inyectables y un 90 por ciento que esta disponible el DIU.

En cuanto a la capacidad técnica referente al seguimiento de las normas para la prestación del servicio por el personal, y el 100 por ciento indicó que siempre, en lo correspondiente a si reciben capacitación sobre los métodos anticonceptivos el 90 por ciento mencionó que siempre; en relación a si las normas del programa de planificación familiar se actualizan periódicamente el 80 por ciento dijo que siempre.

Cuadro No 4.5

Estructura: Disponibilidad del método y capacidad técnica en opinión de las enfermeras.

Variables	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	F	%	F	%	F	%
<u>Disponibilidad del método</u>						
Disponibilidad de píldora en el centro de salud	1	5.0	4	20.0	15	75.0
Disponibilidad de inyectables	1	5.0	1	5.0	18	90.0
Disponibilidad de DIU	2	10.0	-	-	18	90.0
<u>Capacidad técnica</u>						
Sigue las normas del centro de salud para la prestación de servicios de PF	-	-	-	-	20	100.0
Ha recibido capacitación sobre métodos anticonceptivos	1	5.0	1	5.0	18	90.0
Se actualizan periódicamente las normas correspondientes al programa de PF	1	5.0	3	15.0	16	80.0

N= 20

Cuadro No 4.6

Proceso: Información y orientación para los usuarios: información para usuarios potenciales, actividades de administración y planta física en opinión de las enfermeras.

Variables	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	F	%	F	%	F	%
<u>Información y orientación</u>						
Realiza usted actividades educativas sobre PF en usuarios activos	-	-	4	20.0	16	80.0
Informa al usuario sobre procedimientos diarios que se realizan	1	5.0	2	10.0	17	85.0
<u>Actividades administrativas</u>						
Los usuarios reciben siempre el servicio de PF que ellos desean el mismo día y la misma hora de su visita.	1	5.0	3	15.0	16	80.0
Piensa que los usuarios esperan mucho tiempo, ha examinado formas de reducir el tiempo de espera	3	15.0	5	25.0	12	60.0
<u>Planta física</u>						
Está limpio el centro de salud	-	-	4	20.0	16	80.0
Existe espacio limpio, seguro y bien ventilado para almacenar los anticonceptivos y otros suministros.	1	5.0	-	-	19	95.0

N= 20

En el cuadro No. 4.6 en lo referente al proceso que sigue en el programa de planificación familiar, las enfermeras en un 80 por ciento señalaron que realizan actividades de orientación y en un 85 por ciento informa al usuario sobre los procedimientos que le realiza. Según con el aspecto administrativo un 80 por ciento señala que siempre el usuario es atendido el día y la hora que asiste, y en un 60 por ciento considera que ha examinado formas de reducir los tiempos de espera para reducir la atención. Finalmente que en relación con la planta física el 80 por ciento de las enfermeras mencionó que el centro de salud esta limpio y el 95 por ciento considera que este se encuentra limpio, seguro y bien ventilado.

En el cuadro No. 4.7 se muestra los resultados del programa de planificación familiar donde se observa que el 100 por ciento de los usuarios siempre tienen una tarjeta de registro, por otro lado un 60 por ciento de las enfermeras siempre reciben información del supervisor sobre la calidad de las visitas domiciliarias. En relación a si enfermería pregunta al usuario sobre la calidad del programa, un 75 por ciento de ellos dijo que siempre lo hacia y un 70 por ciento dijo que los usuarios dan ideas para mejorar la calidad del programa. El 100 por ciento indicó que cuando se les examina siempre se les da privacidad en su atención y un 95 por ciento de las enfermeras considera que siempre es agradable trabajar en el centro de salud.

Cuadro No 4.7

Resultado: Supervisión y uso de datos, actividades del personal y la relación con el cliente en opinión de las enfermeras.

Variables	Nunca		Algunas Veces		Siempre	
	F	%	F	%	F	%
<u>Supervisión y uso de datos</u>						
Tiene el usuario una tarjeta de registro	-	-	-	-	20	100.0
Recibe usted información del supervisor sobre la calidad de las visitas domiciliarias que usted realiza	1	5.0	7	35.0	12	60.0
<u>Actividades del personal</u>						
Pregunta usted a los usuarios sobre la calidad del programa	1	5.0	4	20.0	15	75.0
Los usuarios le dan ideas para mejorar la calidad del programa	14	70.0	3	15.0	3	15.0
<u>Relación del personal con el usuario</u>						
Tienen los usuarios privacidad cuando se les examina	-	-	-	-	20	100.0
Es agradable trabajar en su centro de salud	-	-	1	5.0	19	95.0

N= 20

En relación a los índices de las subescalas del instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar, se encontró que un valor mínimo de 42.308 y un valor máximo de 100.00, en cuanto a la media fue de 78.700 y además se observó una mediana de 80.769 , mostrándose un rango de 57.692 y una desviación estándar de 11.845 de variabilidad.

De las barreras percibidas se encontró un valor mínimo de 25.00 y un índice máximo de 100, considerando que la media es de 75.893 y la mediana de 78.125 con un rango de 75.00 y una desviación estándar de 14.697. (Ver Cuadro No. 4.8)

En cuanto a los resultados descriptivos de los índices de instrumentos de calidad del programa de planificación familiar se encontró un valor mínimo más alto de la subescala proceso con 82.883 , al igual que en el valor máximo de 100.00. En relación con las medias la mas alta fue de 92.658 para proceso, la mediana fue de 93.243 también en proceso y el rango mayor se encuentra en resultado con un 46.465 la desviación estándar más alta fue para proceso con 11.461 de variabilidad. Los resultados descriptivos observados más altos correspondieron en su mayoría a proceso. (Ver Cuadro No. 4.9)

Cuadro No. 4.8

Datos descriptivos de los índices de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar

Variables	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	Rango	Desv. Estanda r
Indice de beneficios percibidos	42.308	100.00	78.700	80.769	57.692	11.845
Indice de barreras percibidas	25.000	100.00	75.893	78.125	75.000	14.697

n= 210

Cuadro No 4.9

Datos descriptivos de los índices de estructura, proceso y resultado del programa de planificación familiar

Variables	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	Rango	Desv. Estanda r
Indice de estructura	65.625	89.583	79.427	80.208	23.958	7.341
Indice de proceso	82.883	100.00	92.658	93.243	17.117	4.136
Indice de resultado	52.525	98.990	84.545	87.879	46.465	11.461

N= 20

En el cuadro No 4.10 se muestra el índice general del instrumento de calidad del programa del programa de planificación familiar aplicado a las enfermeras obteniendo se un valor mínimo de 75.82 y un valor máximo de 92.00, se muestra una media de 85.5434 y una variabilidad de 4.0109.

En el cuadro No. 4.11 se muestra en el índice general del instrumento de percepción del usuario un valor mínimo de 45.67 y un valor máximo de 100.00 , la media obtenida fue de 77.2962 y una desviación estándar 11.3728

Cuadro No. 4.10

Indice general del instrumento calidad del programa de planificación familiar según el personal de enfermería

	Valor Mínimo	Valor Máximo		
Indice de calidad del programa	75.82	92.00	85.5434	+ - 4.0109

N=20

Cuadro No. 4.11

Indice general

del instrumento de percepción en beneficios y barreras del usuario del programa de planificación familiar

	Valor Mínimo	Valor Máximo		
Indice de percepción de beneficios y barreras	45.67	100.0	77.2962	+ - 11.3728

n=210

4.3 Estadísticos inferenciales

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron de las correlaciones de Spearman y las pruebas de Kruskal Wallis con el fin de probar las hipótesis del estudio.

Al correlacionar los índices del instrumento de calidad del programa de planificación familiar de enfermería se observó una r_s de Spearman de .540 en el índice de proceso con estructura y una significancia de $p= .01$, de igual manera al correlacionar el índice de estructura con índice de proceso se obtuvo una r_s de .540 y una $p= .01$. (Ver Cuadro No. 4.12)

Al correlacionar los índices del instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar del usuario entre sí mismos se obtuvo una correlación significativa $r_s.454$ y una significancia $p= .00$. (Ver Cuadro No. 4.13) entre ambos.

Cuadro No. 4.12

Correlación de los índices del instrumento calidad del programa de planificación familiar

Indice	Indice de Estructura	Indice de Proceso	Indice de Resultado
Indice de estructura	1.000 .000	.540 .014	-.302 .196
Indice de proceso	.540 .014	1.000 .000	-.397 .083
Indice de resultado	-.302 .196	-.397 .083	1.000 .000

Correlación de Spearman

n= 20

Cuadro No. 4.13

Correlación de los índices del instrumento percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar

Indice	Indice de Beneficios	Indice de Barreras
Indice de beneficios	1.000 .000	.454 .000
Indice de barreras	.454 .000	1.000 .000

Correlación de Spearman

n= 210

Para las estadísticas inferenciales se utilizó la prueba de Kruskal - Wallis para la relación de los índices de estructura, proceso y resultados con la edad del personal de enfermería donde sólo se observó significancia entre el índice de estructura con la edad, con un valor de chi cuadrada de 7.583 y significancia de $p = .006$ lo que muestra diferencias entre lo obtenido y lo esperado. (Ver Cuadro No. 4.14)

Al estudiar la variable edad del usuario con beneficios y barreras y el índice total del instrumento se encontró como se muestra en el Cuadro No. 4.15 una relación significativa entre el índice general y la edad donde se obtuvo una chi cuadrada de 7.982 con tres grados de libertad y una $p = .046$ por lo que existe diferencia significativa entre estas dos variables.

En el cuadro No. 4.16 se presentan los índices de barreras y beneficios del usuario en función con el espaciamiento de los embarazos, encontrando diferencia significativa, con una chi cuadrada de 10.287 con cuatro grados de libertad y una $p = 0.36$ entre el índice general de beneficios y barreras con el espaciamiento de embarazos.

Cuadro No. 4.14

Diferencias significativas de los índices del instrumento de calidad del programa de planificación familiar con edad del personal de enfermería

Indice	Chi Cuadrada	df	Significancia
Indice de estructura	7.583	1	.006
Indice de proceso	1.610	1	.204
Indice de resultado	1.191	1	.275

Prueba de Kruskal Wallis

N= 20

Cuadro No. 4.15

Diferencias significativas de los índices del instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar con la edad del usuario

Indice	Chi Cuadrada	df	Significancia
Indice de beneficios	6.475	3	.091
Indice de barreras	5.473	3	.140
Indice general (beneficios y barreras)	7.982	3	.046

Prueba de Kruskal Wallis

n= 210

Cuadro No. 4.16

Diferencias significativas de los índices del instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar con espaciamiento de embarazos

Indice	Chi Cuadrada	df	Significancia
Indice de beneficios	9.481	4	10.287
Indice de barreras	7.019	4	.135
Indice General (beneficios y Barreras)	10.287	4	.036

Prueba de Kruskal Wallis

n= 210

En relación a la variable de número de embarazos se encontró una diferencia significativa con el índice de beneficios ($\chi^2 = 7.617$ $p=.022$), y con el índice general de usuario ($\chi^2 = 6284$ y $p=.044$) con 2 grados de libertad. (Ver Cuadro No. 4.17)

En el cuadro No. 4.18 se presentan los coeficientes de correlación de Spearman entre barreras y beneficios con estructura, proceso y resultado observando correlación positiva y significancia entre barreras y beneficios ($r_s = .846$ y $p=.000$) y correlación positiva significativa ($r_s = .540$ y $p=.014$) entre proceso y estructura.

Al comparar los índices del instrumento de calidad con el de percepción del usuario tomando en cuenta los valores promedio se encontró una media de 85.5434 mayor que la del usuario con un valor de 77.9198 encontrándose una desviación estándar de 4.0109 para el índice del personal de enfermería y 4696 para el índice del usuario. (Ver Cuadro No. 4.19)

Finalmente la correlación entre el índice de calidad del personal de enfermería y el índice de percepción del usuario fue negativa de $-.320$ y una significancia de $.169$ entre ambos por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación. (Ver Cuadro No. 4.20)

Cuadro No. 4.17

Diferencias significativas de los índices del instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar con número de embarazos del usuario.

Indice	χ^2	gl	p
Indice de beneficios	7.617	2	.022
Indice de barreras	5.599	2	.061
Indice de usuarios	6.284	2	.044

Prueba de Kruskal Wallis

n= 210

Cuadro No. 4.18

Correlación de los índices de los instrumentos de calidad del programa de planificación familiar, instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar.

Indice	Indice de Barreras	Indice de Beneficios	Indice de Estructura	Indice de Proceso	Indice de Resultado
Indice de barreras	1.000 .000	.846 .000	.037 .878	-.236 .318	-.085 .721
Indice de beneficios	.846 .000	1.000 .000	.054 .821	-.076 .749	-.169 .477
Indice de estructura	.037 .878	.054 .821	1.000 .000	.540 .014	-.302 .196
Indice de proceso	-.236 .318	-.076 .749	.540 .014	1.000 .000	-.397 .083
Indice de resultado	-.085 .721	-.169 .477	-.302 .196	-.397 .083	1.000 .000

Correlación de Spearman

N=20

Cuadro No. 4.19

Valores descriptivos de instrumento de calidad del programa de planificación familiar y percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar con valores promedios.

	N	Media	Desv. Estándar
Indice de personal de enfermería	20	85.5434	4.0109
Indice de usuarios	20	77.9198	6.4696

Cuadro No. 4.20

Correlación de los índices de los instrumentos de calidad del programa de planificación familiar y percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar.

	Indice de Personal de Enfermería	Indice de Usuarios
Indice de personal de enfermería	1.000 .000	-.320 .169
Indice de usuarios	-.320 .169	1.000 .000

Correlación de Spearman (r= No Significativa)

4.4 Discusión

De los resultados obtenidos del perfil sociodemográfico de enfermería es importante destacar, que el 75 por ciento tiene 31 años y más de edad, esto coincide con lo reportado por Amador (1998) cuando estudio la calidad del cuidado de enfermería y la satisfacción de los usuarios.

El 65 por ciento de las enfermeras se encuentran sin pareja y esto no coinciden con lo reportado por Amador (1998) ya que su estudio reporta que el 83 por ciento de las enfermeras tienen pareja en el estado de Nuevo León. Según la American Nurses Association (ANA,1998) un método de acercamiento para asegurar la calidad de la atención corresponde a la experiencia laboral, los grados académicos y los diferentes tipos de preparación, en este sentido el 80 por ciento del personal de enfermería que trabaja en el Programa de Planificación Familiar es auxiliar o técnico y el 65 por ciento de ellas tiene menos de 20 años de antigüedad.

En relación con las características sociodemográficas de los usuarios del Programa de Planificación Familiar se encontró que el 61.1 por ciento tiene menos de 25 años de edad esto coincide con lo reportado por Barillas (1990) que observó que la frecuencia mayor a este programa tenía menos de 29 años de edad, en relación con el estado civil 77.1 por ciento de las usuarias tienen pareja y el 44.3 por ciento tiene primaria completa o incompleta o no tienen escolaridad. Estas características coinciden según el INEGI al pertenecer a un estrato social bajo ya que estos representan la demanda del programa en el sector salud de población abierta.

Con relación al número de embarazos de las mujeres usuarias del programa, el 55.8 por ciento tuvo entre uno y dos embarazos, esto coincide con lo

reportado por Terán (1993) quien señala que las usuarias del programa de planificación familiar tienen entre uno y tres hijos en un 66 por ciento de los casos.

Al analizar el conocimiento que la madre tiene sobre los métodos anticonceptivos se observó que el 60 por ciento conoce de tres a cuatro métodos de planificación familiar esto coincide con lo reportado por Terán (1993) y Barbillas (1990) señaló que el 70 por ciento de la población usuaria conoce los distintos métodos de planificación familiar debido al efecto que tiene la orientación masiva y la que otorga el personal de salud.

Se estudiaron los beneficios percibidos por las usuarias del programa de planificación familiar y a los que otorgaron mayor importancia fueron, ayuda a mejorar la economía en un 96.2 por ciento, permite tener menos hijos para cuidarlos mejor, 95.2 por ciento y mejora la comunicación con la pareja en un 85.2 por ciento esto coincide con lo reportado por Terán (1993) quien señaló que el 88 por ciento de las madres coincidieron que el programa les permite beneficios en cuanto al cuidado de los hijos y la relación de pareja. Estos beneficios también son señalados en las normas oficiales del programa de planificación familiar (1994). En este mismo sentido Rosenstock (1988) señaló que los individuos al percibir los beneficios de las acciones de salud que desarrolla continuarán reforzando estas conductas en este caso y según aumente la percepción de los beneficios permanecerá dentro del programa de planificación familiar.

En relación con las barreras percibidas por los usuarios del programa de planificación familiar se observó que el 77.6 por ciento de ellas cuando olvida una cita para el control del programa no son visitadas por la enfermera en sus domicilios, acción que está claramente definida como una responsabilidad de enfermería del programa de planificación familiar.

Otras de las barreras señaladas por las usuarias fueron: espera tiempo para recibir consulta de planificación familiar en un 58.1 por ciento de ellas y un 61 por ciento señala que el equipo y material requerido para su atención no es suficiente en algunas ocasiones, estos resultados coinciden con lo reportado por Téran (1993) en donde las mujeres estudiadas reportaron como barrera del programa la espera de tiempo y la falta de materiales para su atención. Rosenstock (1988) habla respecto de la percepción de barreras y las plantea como limitantes de la aceptación y desarrollo de acciones de salud por la población. Estos argumentos son para medir la calidad bajo el enfoque de Donabedian (1991).

Bertalanffy (1995) señala que para evaluar un servicio de un programa de salud es recomendable hacerlo a la Teoría de Sistemas que incluye los elementos de estructura, proceso y resultado en este sentido se estudiaron estos elementos en el programa de planificación familiar respecto a la opinión de las enfermeras que lo llevan a cabo. Con relación a la estructura se consideró la disponibilidad de los métodos, donde el 90 por ciento de las enfermeras consideran que existe disponibilidad de ellos sin embargo los usuarios identifican este factor como una barrera que limita la calidad del programa. El 100 por ciento de las enfermeras señala también que siguen las normas oficiales del Programa de Planificación Familiar y un 90 por ciento de ellas reconocen haber sido capacitadas en este sentido Di Vicenti (1989) refiere que la capacitación forma parte de la responsabilidad de enfermería para proporcionar calidad del cuidado del paciente ya que el uso de los conocimientos y las habilidades deben de ser usados para satisfacer las necesidades de los clientes.

Proceso. el 80% afirma que realiza los procedimientos, las actividades planteadas y que los pacientes son recibidos en el día y la hora que solicitan.

Según las normas oficiales el 100 por ciento da orientación al usuario. El personal de enfermería considera que el 60 por ciento busca distintas formas para disminuir el tiempo de espera del paciente, este dato se corrobora con lo que los pacientes tardan para recibir atención. Von Bertalanffy al indicar el desarrollo de las acciones en la etapa de proceso señala que son fundamentales para influir en el paciente con respecto a su opinión sobre la calidad.

Sobre la relación de los índices de estructura proceso y resultado con la edad del personal de enfermería, sólo se encontró significancia con el índice de estructura, Donabedian señala que la estructura contempla los insumos, organización en la estructura y contenido, configuración y punto final del procedimiento y el resultado.

En lo concerniente a los índices de beneficios y barreras con la edad del usuario y la escolaridad se identificaron diferencias significativas entre estas dos variables, al respecto Rosenstock (1988) supone que las diversas variables demográficas y sociopsicológicas pueden afectar la percepción del individuo e influenciar la conducta relacionada con la salud, González (1997) en su estudio sobre la edad no encontró relación con ninguna de las variables del Modelo de Creencias de Salud. Sin embargo si se encontró una correlación significativa entre la frecuencia del autoexamen de mamas y los años de escolaridad por lo que los usuarios de mayor nivel educativo percibían mayores beneficios y menos barreras con una $p = < .001$

Según los resultados del estudio en la variable de número de embarazos se encontró diferencia significativa con el índice de beneficios $p < .02$, Ortega (1997) menciona en sus resultados que identificó subgrupos de la población con necesidades específicas de servicios de planificación familiar a nivel comunitario, grupos prioritarios según edad, paridad, estado civil y deseos de tener más hijos,

entre lo que destaca mujeres de alta paridad que no de sean tener más hijos, jóvenes recién casadas con poco hijos que desean controlar el tamaño de su familia y mujeres casadas de edad media que prefieren espaciar los embarazos lo que denominaron segmentación de necesidades de planificación familiar.

De acuerdo con los resultados de este estudio, las correlaciones de la calidad del programa de planificación familiar desde la postura de las enfermeras con la percepción del usuario no se encontraron asociación. Gutiérrez (1997) en su estudio opina como la satisfacción del usuario en planificación familiar es resultado de la percepción del usuario con relación a la oportunidad de atención, trato con amabilidad, capacidad en el servicio, trato con respeto, capacidad técnica, relaciones interpersonales, mecanismos de seguimiento, teniendo como resultado que medir el nivel de satisfacción en el servicio de PF permite conocer los factores que afectan el nivel de satisfacción.

El resultado de no encontrar correlación en el estudio del índice general del personal de enfermería y el índice del usuario significa que las expectativas de unos y otros son totalmente diferentes con respecto a como evaluar la calidad del programa. Esto difiere con lo señalado por Bertalanffy en el modelo de la Teoría General de Sistemas establece que la dimensión de resultados que mide la calidad de un proceso y un servicio debe considerar la opinión del paciente y de enfermería por lo tanto en el proceso de prestación de servicios deben estarse mutuamente influyendo tanto las expectativas del paciente como las de la enfermera. Esto concuerda con lo establecido por Van Gelder y Rpsenthal citado por Mahon (1996)

4.5 Conclusiones

La Teoría General de Sistemas de Vonn Bertalanffy es un marco teórico que sirve de base para conducir estudios que muestran la calidad de un programa de salud ya que permitió operacionalizar los elementos del estudio y someterlos a prueba.

Los conceptos utilizados del modelo de creencias de salud de Rosenstock (1988) de barreras y beneficios fueron útiles para conocer la percepción de estos aspectos sobre el programa de planificación familiar y se pudieron definir con precisión, sin embargo no se encontró asociación entre ellos y la calidad del programa en opinión de las enfermeras se midió a través de los elementos estructura, proceso y resultado.

Con relación a la calidad del programa de planificación familiar en sus elementos de estructura, proceso y resultado, estos se pudieron precisar y fueron significativos entre sí mismos en estructura con proceso y mostraron significancia cuando se examinaron en relación con la edad del personal de enfermería y la estructura únicamente.

En cuanto a la percepción del usuario con respecto a la calidad medida a través de barreras y beneficios estos fueron posibles de precisarse y se encontró correlación significativa entre barreras y beneficios. Se mostró significación estadística entre la edad del usuario y el índice general de barreras y beneficios, así mismo entre el espaciamento de embarazos y el número de embarazos con el índice general de barreras y beneficios.

4.6 Recomendaciones

Continuar utilizando la Teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy (1995) dado que permite hacer retroalimentaciones de las dimensiones del modelo.

Realizar estudios observacionales para medir la calidad de los procesos de trabajo seguidos por las enfermeras, así como la relación que tiene con los usuarios.

Hacer un estudio cualitativo utilizando grupos focales mediante el diferencial semántico en cuanto a la percepción, para conocer con mayor precisión los elementos que el usuario considera prioritarios en la evaluación de la calidad de un programa para ubicarlos en su contexto cultural.

Modificar el actuar, con relación a la práctica de la administración de enfermería, recomendando utilizar los resultados del estudio para desarrollar programas de calidad, tomando en cuenta a la enfermera y al usuario.

V. LITERATURA CITADA

Amador Cuca Cennia Luz 1998. La calidad del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente. Inédita de maestría FEUANL Monterrey N.L.

American Nurses Association 1996. Nursing quality indicators (Definitions and implications) Patient safety nursing quality, Washintong D.C.

Barillas, R. 1990 Estructura organizacional, procesos de comunicación y logros de objetivos del Programa de Planificación Familiar. Inédita de maestría. FEUANL Monterrey, N.L.

Comité Estatal por una Maternidad sin Riesgos en Querétaro 1995. Maternidad sin Riesgos en Querétaro. México, D.F. pp.14-16.

Coordinación de Salud en el Estado de Querétaro 1996. Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta. (MASPA). Querétaro, Qro.

Cuadernos de Población Mundial 1996 Datos y Estadísticas Demográficas de los Países y Regiones del Mundo. Population Reference Bureau ed. Especial

Di Vincenti 1989, M. Administración de los servicios de enfermería. Limusa. México.

Donabedian 1991. La calidad de la atención médica, Editorial La Prensa Medica Mexicana, S.A. de C.V. México.

Gilmore, C.Y. Moraes, H. Manual de Gerencia de la Calidad OPS/OMS. Serie Paltex, Vol III.

Gómez, O. Y García, J. 1994 Monitoreo y evaluación de Calidad de los Servicios de Planificación Familiar Salud Pública México. 36 (2): 180-189.

González 1997 Creencias de salud de la mujer y uso de servicios de detección oportuna de cáncer. Inédita de maestría FEUANL. Monterrey, N.L.

Guerrero, M; Flores B.J. Y Trejo, M 1996. Conocimiento y uso de anticonceptivos en la mujer del área rural. (Resumen, pag.100). Memorias de VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Morelos.

Gutiérrez, S.; García, C.; Escobedo, J.; Fernández, I. Y Zárate, A. 1997. Evaluación de la satisfacción del usuario del servicio de Planificación Familiar (Resumen, pag.109). Memorias de VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Morelos.

Guzmán, S.; Snow, R. y Aitken, I. 1995. Modern Contraceptive Technologies and Attributes: Preferences of women along the US-Mexico Border Region. (Resumen). Memorias de la Conferencia en Salud de la Mujer, South Padre Island, Texas.

Idrobo B. y López 1996 Investigación Completa " Género, cliente femenino y los proveedores del servicio de Planificación Familiar en Quito.. Ecuador

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 1999. La Mujer en México. Aguascalientes, Ags. pp. 1-23.

Instituto Nacional de Estadística del Estado de Querétaro (INEGI) 1999. Aguascalientes, Ags. p.p. 36

Langer, A.; Bronfman, M y Trostle, J. (1996). Enlaces entre la investigación y las políticas de salud: el SIDA, la Planificación Familiar y las Inmunizaciones en México. (Resumen, pag.14). Memorias de VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Morelos.

Leddy S. y Pepper, J 1985. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Editorial OPS 1ra. Edición en Español.

Mahon P.Y. 1996 Un Analisis del concepto " Satisfacción del paciente y su relación con la atención de enfermería contemporánea" .Resumen de tesis doctoral. Nueva York.

Martínez Velasco and Farias Pineyro 1995, Practicas anticonceptivas de comportamiento sexual en pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria (resumen) Ibídem.

Martínez, I. Y Farías, H. 1995. Prácticas anticonceptivas en pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria. (Resumen). Memorias de la Conferencia en Salud de la Mujer, South Padre Island, Texas.

Martínez, S. 1996. Investigación y toma de decisiones en la planificación familiar.(Resumen, pag.13). Memorias de VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, 1997.

Ortega, D.; Garza, S. y Brambila, C. 1997. Estrategias para extender los servicios de salud reproductiva en áreas rurales. (Resumen, pag. 22). Memorias de VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.

Polit -Hungler 1997 Investigación Científica en ciencias de la Salud. (5ta Ed.) México, Editorial Mc. Graw Hill Interamericana.

Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000 Poder Ejecutivo Federal. México, D.F.

Programas de Planificación Familiar: Diversas soluciones a un desafío mundial 1995 Population Reference Bureau. Washington , D.C., USA.

Rosenstock, I. , Strecher, J. y Becker, M 1988 Social Learning theory and health belief model health education quartely 15(2) 175-183.

Secretaría de Salud 1994. Norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar. mayo 1994.

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Dirección General de Rgulación de los Servicios de Salud (1997) Manual de organización del centro de salud de uno a doce. núcleos básicos de servicio de salud. Santiago de Querétaro, Qro.

Servicios de Salud del Estado de Querétaro 1997. Programa de planificación familiar. Querétaro, Qro.

Terán, G. 1993 Influencia de las creencias maternas de salud en el uso de programas preventivos de materno infantil. Inédita de maestría. FEUANL. Monterrey, N.L.

Treviño, Gpe. 1992 Papel que desempeña enfermería y los medios de comunicación para percibir la eficacia de los métodos anticonceptivos. Inédita de maestría. FEUANL. Monterrey, N.L.

Van Gigch John. 1987 Teoría general de sistemas, Ed. Trillas México Primera reimpresión.

Van Gigch John. 1995 Teoría general de sistemas, Ed. Trillas México Cuarta reimpresión.

Von Bertalanffy 1995 Teoría general de los sistemas. Fondo de la Cultura Económica México Reimpresión.

Apéndice A

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CONCEPTO TEÓRICO	DIMENSIONES	INDICADORES	EJEMPLOS
<p>Calidad del Programa de Planificación Familiar según personal de enfermería</p> <p>Es el grado en que los medios materiales, técnicos, interpersonales y sociales se utilizan para alcanzar las mayores mejorías en la fertilidad, el tamaño de las familias, el espaciamiento, la satisfacción de los usuarios, y los indicadores de salud reproductiva en una determinada población. (Gómez & García, 1994) Existen tres maneras de medirla, estructura, proceso y resultado.</p>	<p>ESTRUCTURA Son todos los atributos materiales y organizacionales del programa de PF identificados por el personal de enfermería.</p> <p>PROCESO Incluye las actividades que el personal de enfermería realiza para el usuario del programa de PF</p>	<p>a) Disponibilidad de material y equipo b) Existencia de métodos c) Manual de programa de PF d) Plan de visitas domiciliarias e) Espacio físico f) Capacitación g) Horario y tiempo h) Considerar aspectos socioeconómicos y culturales del usuario</p> <p>Servicios que ofrece el personal de enfermería</p> <p>a) Promoción y difusión del programa b) Captación de usuarios c) Confidencialidad, privacidad, respeto y comunicación con el usuario d) Orientación sobre los métodos anticonceptivos (ventajas y desventajas) e) Recomendaciones en base a las características del usuario f) Registro y control de usuarios g) Seguimiento de usuarios h) Relación con el equipo de salud i) Provisión de métodos j) Mantenimiento del espacio físico</p>	<p>Guía de bolsillo adaptada para evaluar la calidad del programa de planificación familiar</p> <p>I. Estructura. A. Disponibilidad del método 7-18 B. Capacidad técnica 19-38</p> <p>II. Proceso C. Información y orientación para los usuarios potenciales 39-40 D. Orientación para los usuarios del 41 al 43 E. Orientación para los usuarios 44-56 F. Actividades administrativas 57-64 G. Planta física 65-75</p>

CONCEPTO TEÓRICO	RELACIONES	INDICADORES	RELATIVOS
<p><u>Variable dependiente:</u> Percepción del usuario de la calidad del programa de planificación familiar.</p> <p>Es la opinión del usuario sobre la atención recibida en el programa de planificación familiar y se define como la selección y organización de sensaciones de manera que adquiera un significado.</p>	<p>RESULTADO Se refiere a la percepción que tiene el usuario del programa de PF. Relacionado con los beneficios, barreras y participación de enfermería.</p> <p>BENEFICIOS Son las creencias del usuario acerca de la efectividad y ventajas del servicio de planificación familiar.</p> <p>BARRERAS Obstáculos percibidos o reales que impiden o dificultan al usuario a utilizar los servicios ofrecidos en el programa de planificación familiar</p>	<p>a) Métodos anticonceptivos (ventajas y desventajas)</p> <p>b) Información recibida</p> <p>c) Espaciamiento de los hijos,</p> <p>d) Comunicación en la pareja</p> <p>e) Mejora su economía</p> <p>f) Mejora la salud</p> <p>g) Satisfacción con la atención recibida por parte del personal de enfermería</p> <p>h) Disponibilidad de métodos y facilidad para cambiarlos</p> <p>i) Distancia del centro de salud</p> <p>j) Horario, tiempo, costos del servicio</p> <p>k) Disponibilidad y equipo en el centro de salud para el servicio de planificación familiar</p> <p>l) Continuidad en el programa</p>	<p>III. RESULTADO</p> <p>H. Supervisión y uso de datos 76-91</p> <p>I. Actividades del personal 92-99</p> <p>J. Relaciones entre los usuarios y el personal que presta servicios 100-108</p> <p>Instrumento de percepción de beneficios y barreras del programa de planificación familiar 8-20</p>

Apéndice B

Universidad Autónoma de Querétaro
 Facultad de Enfermería
 División de Estudios de Posgrado

Guía de Bolsillo Adaptada
 Para Evaluar la Calidad del Programa de Planificación
 Familiar según Personal de Enfermería

No. Encuesta _____

Fecha: _____

Datos de Identificación

1.- Edad

- | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------|
| 1. Menor de 20 años | <input type="checkbox"/> | 3. 26 a 30 años | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. 20 a 25 años | <input type="checkbox"/> | 4. 31 a más | <input type="checkbox"/> | _____ |

2.- Estado Civil

- | | | | | |
|------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Soltera | <input type="checkbox"/> | 3. Separada/Divorciada | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Casada | <input type="checkbox"/> | 4. Viuda | <input type="checkbox"/> | _____ |

3.- Nivel de Preparación

- | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Licenciada en Enfermería | <input type="checkbox"/> | 2. Enfermera General | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Enfermera Especialista | <input type="checkbox"/> | 4. Auxiliar ó Técnica de Enfermería | <input type="checkbox"/> | _____ |

4.- Cargo que Desempeña: _____

5.- Antigüedad en la Institución

- | | | | | |
|--------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------|
| 1. Menos de 5 años | <input type="checkbox"/> | 4. 16 a 20 años | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> | 5. Más de 20 años | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. 11 a 15 años | <input type="checkbox"/> | | | |

6.- Tiempo de Trabajar en el programa _____

Encierre en un círculo el número de la respuesta que considere mas adecuada a cada enunciado de la izquierda de acuerdo a los criterios que se le dan a continuación.

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. Nunca | 3. Algunas Veces |
| 2. Raras veces | 4. Siempre |

I. ESTRUCTURA

A. Disponibilidad del Método

Se encuentra disponibles en su Centro de Salud los métodos de Planificación Familiar (P.F.) que se ofrecen:

	N	R	A	S
7. Píldoras	1	2	3	4
8. Condones	1	2	3	4
	N	R	A	S
9. Espuma espermicida	1	2	3	4
10. Inyectables	1	2	3	4

11. DIU	1	2	3	4
12. Normoplan	1	2	3	4
13. ¿Se brinda información sobre los métodos de P.F. que no ofrece su Centro de Salud?	1	2	3	4
¿Refiere usted a los usuarios a otros Centros de Salud o clínicas para que obtengan los métodos que no ofrece su Centro de Salud?				
14. Inyectables	1	2	3	4
15. DIU	1	2	3	4
16. Normoplan	1	2	3	4
17. Esterilización femenina	1	2	3	4
18. Vasectomía	1	2	3	4
B. Capacidad Técnica				
19. ¿Cuenta usted con el manual del Programa de P.F. donde se describen las normas para ofrecer los servicios y métodos?	1	2	3	4
20. ¿Sigue usted las normas del Centro de Salud para la prestación de servicios de P.F.?	1	2	3	4
¿Cuenta usted con normas escritas a las cuales puede hacer referencia para el manejo de complicaciones debidas:				
21. Píldoras	1	2	3	4
22. Inyectables	1	2	3	4
23. DIU	1	2	3	4
24. Normoplan	1	2	3	4
25. ¿Cuenta usted con un sistema para hacer el seguimiento de los usuarios que han presentado complicaciones a los métodos de P.F.?	1	2	3	4
26. ¿Sigue usted las normas del Centro de Salud para la esterilización del instrumental?	1	2	3	4
Ha recibido usted capacitación sobre:				
27. ¿Métodos anticonceptivos en general?	1	2	3	4
28. ¿Inyectables?	1	2	3	4
29. ¿Inserción /extracción de DIU?	1	2	3	4
30. ¿Inserción /extracción de normoplan?	1	2	3	4

	N	R	A	S
31. ¿Anticoncepción quirúrgica voluntaria?	1	2	3	4
32. ¿Riesgo reproductivo?	1	2	3	4
33. ¿Se actualizan periódicamente las normas correspondientes al programa de P.F.?	1	2	3	4
34. ¿Se examinan los senos de las mujeres en la consulta en el Centro de Salud?	1	2	3	4
35. ¿Se enseña a las mujeres a realizar un auto-examen de senos?	1	2	3	4
36. ¿Se diagnostican y tratan infecciones urinarias y enfermedades de transmisión sexual?	1	2	3	4
37. ¿Suficiente el horario de servicio del Centro de Salud para atender las demandas del usuario de P.F.?	1	2	3	4
38. ¿El tiempo que dedico para atender al usuario es suficiente?	1	2	3	4

II. PROCESO

C. Información y orientación para los usuarios. Información para usuarios potenciales

39. ¿Realiza usted actividades educativas sobre P.F. en usuarios activos?	1	2	3	4
40. ¿Realiza usted actividades educativas sobre P.F. en usuarios potenciales?	1	2	3	4

Información para los usuarios

41. ¿Informa usted a los usuarios sobre los procedimientos clínicos que se realizan?	1	2	3	4
42. ¿Explica usted a cada usuario como debe utilizar el método que ella ha seleccionado?	1	2	3	4
43. ¿Informa usted a los usuarios conforme a su nivel educativo sobre las ventajas y desventajas, riesgos y efectos secundarios de cada método?	1	2	3	4

D. orientación para los usuarios

Al atender al usuario y al dar orientación:

44. ¿Escucha usted sus preocupaciones?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

	N	R	A	S
45. ¿Aclara dudas o rumores?	1	2	3	4
46. ¿Hace preguntas?	1	2	3	4
47. ¿Da ejemplos?	1	2	3	4
48. ¿Discute alternativas?	1	2	3	4
49. ¿Utiliza un lenguaje simple?	1	2	3	4
50. ¿Comparte información?	1	2	3	4
51. ¿Establece relación interpersonal?	1	2	3	4
¿Utiliza usted en la orientación al usuario los siguientes materiales?				
52. Trípticos	1	2	3	4
53. Folletos	1	2	3	4
54. Muestra los métodos anticonceptivos	1	2	3	4
55. Rotafolios	1	2	3	4
56. Material audiovisual	1	2	3	4
F. Actividades Administrativas				
57. ¿Hay procedimientos para registrar la visita domiciliaria de control de los usuarios?	1	2	3	4
58. ¿Se dan citas de control posterior a las visitas domiciliarias de P.F.?	1	2	3	4
59. ¿Se dan citas para que los usuarios se reprovionen de anticonceptivos?	1	2	3	4
60. ¿Existe algún tipo de seguimiento a los usuarios que no han regresado al programa de P.F.?	1	2	3	4
61. ¿Los servicios de P.F. son ofrecidos todos los días en su Centro de Salud?	1	2	3	4
62. ¿Los usuarios reciben siempre el servicio de P.F. que ellos desean el mismo día y a la misma hora de su visita?	1	2	3	4
63. ¿Usted piensa que los usuarios esperan durante un tiempo razonable para ser atendidos por el personal de salud?	1	2	3	4
64. Si usted piensa que los usuarios esperan mucho tiempo ¿Ha examinado formas de reducir el tiempo de espera?	1	2	3	4

G. Planta Física

	N	R	A	S
65. ¿Está limpio el Centro de Salud?	1	2	3	4
66. ¿Hay sillas suficientes para que los usuarios se sienten mientras esperan?	1	2	3	4
67. ¿Están las áreas de espera protegidas del Sol y la lluvia?	1	2	3	4
68. ¿Hay servicios higiénicos disponibles para el uso del usuario?	1	2	3	4
69. ¿Hay agua potable disponible?	1	2	3	4
70. ¿Hay suficiente iluminación?	1	2	3	4
71. ¿Existe un espacio limpio, seguro y bien ventilado para almacenar los anticonceptivos y otros suministros?	1	2	3	4
72. ¿Existe una ficha actualizada de la existencia para cada producto anticonceptivo?	1	2	3	4
73. ¿Verifica usted periódicamente las fechas de expiración de los anticonceptivos para entregar los que están más cercanos a su fecha de expiración?	1	2	3	4
74. ¿Sabe usted donde debe de hacer los pedidos de anticonceptivos?	1	2	3	4
75. ¿Cuenta usted con el equipo adecuado disponible para la inserción y extracción del DIU?	1	2	3	4

III. RESULTADO**H. Supervisión y uso de datos**

76. ¿Tiene cada usuario una tarjeta de registro?	1	2	3	4
77. ¿Se actualiza la tarjeta de cada usuario en cada visita?	1	2	3	4
78. ¿Cuenta usted con un suministro adecuado de formularios para registrar la información sobre el usuario y el programa?	1	2	3	4
79. ¿ Hay instrucciones disponibles para el personal sobre la forma de como deben de llenarse los formularios del Centro de Salud?	1	2	3	4

	N	R	A	S
80. ¿Revisa, discute y compara con el equipo de salud la información de los registros del usuario y del programa?	1	2	3	4
81. ¿Recibe usted información del supervisor sobre la calidad de las visitas domiciliarias que usted realiza?	1	2	3	4
Recibe del supervisor apoyo para:				
82. Detectar problemas en el usuario	1	2	3	4
83. Para encontrar soluciones a los problemas del usuario	1	2	3	4
84. Para mejorar la atención que usted ofrece	1	2	3	4
85. Para detectar y satisfacer sus necesidades laborales	1	2	3	4
86. ¿Tomar en cuenta su opinión sobre los temas que se incluyen en las reuniones y discusiones?	1	2	3	4
87. ¿Discute con el supervisor cómo hacer más adecuados y aceptables los servicios de P.F.?	1	2	3	4
88. ¿Revisar alternativas para mejorar la calidad de los servicios?	1	2	3	4
89. ¿Elaborar material educativo?	1	2	3	4
90. ¿La capacitación que usted requiere?	1	2	3	4
91. ¿Coordinarse con otras unidades para resolver problemas del programa de P.F.?	1	2	3	4
I. Actividades del Personal				
a) Cómo conocer al Cliente				
92. ¿Pregunta usted a los usuarios sobre la calidad del programa?	1	2	3	4
93. ¿Los usuarios opinan que la calidad del programa es satisfactoria?	1	2	3	4
94. ¿Los usuarios le dan ideas para mejorar la calidad del programa?	1	2	3	4
95. ¿Cuenta usted con un sistema para averiguar si los usuarios están satisfechos con el método anticonceptivo que usan y con los servicios de P.F. del Centro de Salud?	1	2	3	4
Al iniciar una visita de P.F.				
96. ¿Determina cuáles son las necesidades de métodos anticonceptivos del usuario?	1	2	3	4
97. ¿Pregunta si el usuario desea espaciar los nacimientos y limitarlos?	1	2	3	4

	N	R	A	S
98. ¿Pregunta si el usuario está amamantando a su niño?	1	2	3	4

99. ¿Pregunta si el usuario desea cambiar de método?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

J. Relaciones entre los usuarios y el personal que presta servicios

100. ¿Tienen los usuarios privacidad cuando se les examina?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

101. ¿Se informa a los usuarios que todos los datos que proporciona son confidenciales?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

102. ¿Considera usted que el equipo de salud lo tratan respetuosamente al usuario?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

103. ¿Es agradable trabajar en su Centro de Salud?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

104. ¿Cree usted que el trabajo del Centro de Salud está distribuido equitativamente?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

105. ¿Piensa usted que los miembros del equipo de salud se comunican bien y que los problemas pueden ser discutidos y resueltos?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

106. ¿Se realiza en forma regular reuniones del equipo de salud?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

107. ¿Se discute y se resuelven problemas en las reuniones del equipo de salud?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

108. ¿Piensa usted que se da reconocimiento a aquellos miembros del personal que realizan buen trabajo?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Observaciones

Gracias por su valiosa colaboración
Lic. Alejandrina Franco

Apéndice C



MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

a non-profit organization strengthening health management worldwide

29 de julio de 1998

A: Lic. Alejandrina Franco Esguerra
De: Claire Bahamon, Editora Asociada, *Actualidad Gerencial*

Estimada Lic. Franco,

Por medio de lo presente quiero saludarle y expresar que estamos contentos que usted ha podido utilizar nuestras publicaciones.

Nosotros le otorgamos el permiso de modificar nuestra guía según sus necesidades. Hay que mencionar que su guía fue adaptada de INOPAL y de la "Guía de Bolsillo para Mejorar los Servicios," un suplemento de *Actualidad Gerencial*, Volumen II, Numero 5, 1993 del proyecto FPMD.

Atentamente,

Claire Bahamon
Editora Asociada, *Actualidad Gerencial*



FPMD Project, Management Sciences for Health, Inc.
891 Centre Street · Boston, Massachusetts 02130-2796 USA
Tel: 617-524-7766 · Fax: 617-524-1363 · E-mail: fpmd@msh.org · URL: <http://www.msh.org>

** TOTAL PAGE.02 **

Apéndice D.

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
División de Estudios de Posgrado
Percepción de Beneficios y Barreras del Programa de
Planificación Familiar

No. Encuesta _____

Fecha _____

Centro de Salud _____

No. de Enfermera _____

Datos de Identificación

1. Edad

1. Menor de 20 años 3. 26 a 30 años _____2. 20 a 25 años 4. 31 a más años

2. Estado Civil

1. Soltera 3. Separada/Divorciada 2. Casada 4. Viuda _____

3. Nivel Educativo

1. Analfabeta 3. Secundaria/Técnico _____2. Primaria completa
o incompleta 4. Estudios superiores

4. Espaciamiento de los embarazos

1. Cada año 4. Más de tres años 2. Cada dos años 5. Sin hijos _____3. Cada 3 años

5. Número de embarazos

1. 1 a 2 emb. 2. 3 a 4 emb. 3. 4 a más emb. _____

6. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que conoce?

- | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------------|
| 1. Inyectables | <input type="checkbox"/> | 4. Ovulos | <input type="checkbox"/> | 7. DIU | <input type="checkbox"/> |
| 2. Orales | <input type="checkbox"/> | 5. Jaleas | <input type="checkbox"/> | 8. Normoplan | <input type="checkbox"/> _____ |
| 3. Salpingoclasia | <input type="checkbox"/> | 6. Vasectomía | <input type="checkbox"/> | 9. Ritmo | <input type="checkbox"/> |

7. ¿Cuáles métodos anticonceptivos usa usted actualmente?

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------------|--------------------------------|
| 1. Inyectables | <input type="checkbox"/> | 4. Jaleas | <input type="checkbox"/> | 7. Ritmo | <input type="checkbox"/> _____ |
| 2. Orales | <input type="checkbox"/> | 5. DIU | <input type="checkbox"/> | 8. Salpingoclasia | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ovulos | <input type="checkbox"/> | 6. Normoplan | <input type="checkbox"/> | | |

II. Encierre en un círculo el número de la respuesta que considere más adecuada a cada enunciado de la izquierda, de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Nunca 2. Algunas Veces 3. Siempre

Beneficios:

	N	A	S
El programa de Planificación Familiar (P.F.) me ayuda:			
8. A tener menos hijos para cuidarlos mejor	1	2	3
9. Mejora la comunicación con mi pareja	1	2	3
10. Me ayuda a tener menos problemas de salud a causa de embarazos	1	2	3
11. Se me detectan otros problemas de salud tempranamente	1	2	3
12. Me brindan orientación sobre mi salud reproductiva	1	2	3
13. Me informan sobre las ventajas y desventajas del método anticonceptivo que usted usa.	1	2	3

	N	A	S
14. Planificar la familia me ayuda a mejorar mi economía	1	2	3
15. El hecho de que el programa de Planificación Familiar sea de bajo costo o gratuito es importante para decidir estar en el programa	1	2	3
16. El hecho de que el Centro de Salud esté limpio, bien iluminado con suficientes áreas para esperar la consulta me motiva a ir al programa.	1	2	3
17. La calidad del servicio me parece buena y me da confianza para acudir a control al programa de Planificación Familiar	1	2	3
18. El personal pide mi opinión para mejorar la calidad del programa de Planificación Familiar.	1	2	3
19. Me siento satisfecha con los servicios que la enfermera me proporciona en el programa de Planificación Familiar.	1	2	3
20. El personal del Centro de Salud respeta mi decisión si deseo cambiar el método de Planificación Familiar.	1	2	3
Barreras			
21. Los horarios de consulta para Planificación Familiar son accesibles para que asista a control.	1	2	3
22. El tiempo que espero para recibir consulta de Planificación Familiar es adecuado.	1	2	3
23. Cuando acudo a control de Planificación Familiar me dota del método que utilizo.	1	2	3
24. El equipo con que cuenta el Centro de Salud para mi atención es suficiente.	1	2	3
25. Cuando olvido una cita de control de Planificación Familiar, el personal de enfermería me visita a mi casa, para recordarme que asista.	1	2	3
26. El personal cuando me atiende cuida de mi privacidad y me respeta como persona.	1	2	3

	N	A	S
27. ¿Ha recibido usted la explicación suficiente para el control del método de Planificación Familiar?	1	2	3
28. El hecho de que el Centro de Salud está cercano a mi domicilio, me facilita el control de Planificación Familiar.	1	2	3

Observaciones:

Nombre del Encuestador:

Favor de dar las gracias al entrevistado de parte de usted y de la Lic. Alejandrina Franco.

Apéndice E

MEMORANDUM

DR. ALEJANDRO H. PEREZ PADILLA
PARA: JEFE DE LA JURISDICCION S. N° 1

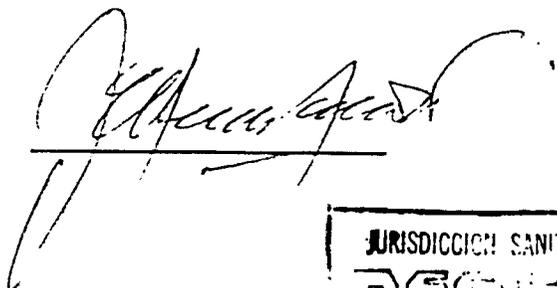
FECHA: 29/07/98

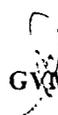
DR. JESUS FLAVIO MENCHACA MORALES
DE: SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Por este conducto me permito presentarle a la Lic. Alejandrina Franco Esguerra.- Directora de la Facultad de Enfermería de la U.A.Q. y alumna de la Maestría de Ciencias de Enfermería de Universidad Autónoma de Querétaro, quien desarrolla el proyecto de tesis "PERCEPCION DEL USUARIO COMO INDICADOR DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR" que se llevará a cabo en diferentes Centros de Salud pertenecientes a esa Jurisdicción a su cargo. Lo anterior para que se le otorgue las facilidades y el apoyo necesario para llevar a cabo dicho proyecto.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE



 GVM*snt.

