

Estrategia para la Gestión de los Servicios de Planificación Familiar en el Instituto Hondureño de Seguridad Social

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Salud Materna e Infantil]

[Junio 2013]

Palabras Clave:

[Diagnóstico; Estrategia; Planificación Familiar; Seguro Social; Gestión; Género; Promoción; Conducción; Atención; Servicios; Subrogado; Empresa; Métodos; Programación; Oferta; Demanda; Hospital; Proteger; Médico; Consejería; Señalización; Consejería.]

Key words:

[analysis, strategy, family planning, social security, management, gender, leadership, care, services, subrogate, enterprise, methods, programing, supply and demand, hospital, safeguard, doctor, consulting.]

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of [The United States Agency for International Development (USAID) under the USAID/Honduras] Number [AID-522-C-11-000001]. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
Tegucigalpa M.D.C.
Honduras C.A.
Telephone: (504) 2235-5919
www.msh.org



***Estrategia para la Gestión de los
Servicios de Planificación Familiar
en el Instituto Hondureño de
Seguridad Social***

Mayo 2013

“La elaboración de este documento ha sido posible gracias al generoso apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos”.

Autoridades del Instituto Hondureño de Seguridad Social

Dr. Mario Roberto Zelaya Rojas

Director Ejecutivo IHSS

Dr. Hugo Rodríguez Medina

Director Médico IHSS

Dra. Irma Zacapa

Coordinadora de Salud Sexual y Reproductiva IHSS

Dra. Pastora Segura

Jefa de la Unidad de SILOSS

Equipo técnico conductor para la elaboración de la estrategia por parte del IHSS.

Dra. Irma Zacapa

Coordinadora de Salud Sexual y Reproductiva IHSS

Dra. Clara Victoria Nolasco M.

Técnico en Servicios Farmacéuticos de la UTF DMN IHSS

Dra. Doris Henríquez

Coordinadora de Licenciamiento y Acreditación del IHSS

Dra. Adriana Arita

Coordinadora de Programa de VIH SIDA

Lic. Sergia Núñez

Enfermera Coordinadora Nacional de Investigación, Promoción y Prevención - IHSS

Ing. Rina Cáceres

Coordinadora de Gestión de SME IHSS

Dra. Pastora Segura

Jefa de la Unidad de SILOSS

Dra. Nolvía Velásquez

Coordinadora de Farmacia del SME IHSS

Dra. Ada Rivera

Directora Médica de la sub gerencia de Servicios de Salud

Dr. Orlando Ventura

Coordinador Regional del SME IHSS

Dra. Julia María Gonzales

Epidemióloga Regional

Lic. Cecilia Mendoza

Coordinadora del Área de Mercadeo, Unidad de Comunicación Institucional y Marca, IHSS.

Asistencia Técnica por parte de ULAT/USAID

Dr. Juan de Dios Paredes

Director Proyecto ULAT/USAID

Dr. Álvaro Gonzales Mármol

Consultor Proyecto ULAT/USAID

Dr. José C. Ochoa Vásquez

Coordinador del Componente Salud Materna e Infantil Proyecto ULAT/USAID

Dr. Arturo Gutiérrez Ardón

Asesor Técnico del Componente Salud Materna e Infantil Proyecto ULAT/USAID

Dra. Doris Mariela Medina Rojas

Asesora Técnica del Componente Salud Materna e Infantil Proyecto ULAT/USAID

Dra. Karen Yulissa Córdova Laínez

Asesora Técnica del Componente Salud Materna e Infantil Proyecto ULAT/USAID

Dr. David Castellanos

Project Management Specialist. Health Nutrition and Population Office

Dr. Gustavo Ávila

Project Management Specialist Health, Population and Nutrition Office

Instituciones Colaboradoras

Secretaria de Salud Honduras

Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA

Asociación Hondureña de Planificación de Familia - ASHONPLAFA

**Comité Interinstitucional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos
Anticonceptivos - CIDAIA**

Unidades Institucionales y Empresas Participantes en los Procesos de Validación

Coordinación del Sistema Médico de Empresa.

Representantes de las Empresas de la Región Nor-Occidental.

Hospital de Especialidades.

Hospital Nor-Occidental

Clínicas periféricas # 1, 2 y 3 de Tegucigalpa

Clínicas del SME: ZIP San José, Technology Research Company, Garan San José y Bay Island

Tabla de Contenidos

Glosario de términos	4
Introducción	5
Capítulo 1 Marco legal y Político	6
Capítulo 2 Marco Conceptual.....	7
Capítulo 3 Diagnóstico de la situación de los servicios de PF en el IHSS.....	9
Capítulo 4 Descripción General de la EGSPF	11
a) Definición	11
b) Objetivo.....	11
c) Ejes transversales.....	11
1. Promoción de la Salud.....	11
2. Equidad de Género	12
3. Gestión de la calidad.....	12
d) Descripción del funcionamiento de la EGSPF y sus Componentes.....	13
e) Niveles de conducción y atención y modalidades de prestación de servicios.....	14
1) Niveles de Conducción	14
2) Niveles de Atención:.....	14
3) Modalidad de prestación de servicios:.....	14
f) Relacionamientos para operar la estrategia entre las diferentes Modalidades de prestación de servicios.....	15
2) Servicios Subrogados	15
3) Sistema Médico de Empresa.....	15
Capítulo 4.....	16
Programación	16
a) Conceptos Operativos.....	16
b) Definición.....	17
C) Conducción del proceso de programación	17
d) Momentos de programación en las tres modalidades de atención.....	17
1. Primer momento: acopio de la información de las tres modalidades de atención.....	17
2. Segundo momento: Programación de actividades.....	18
e) Mecanismo de Programación de parejas a proteger con métodos de PF en los servicios propios del primer y segundo nivel del IHSS.....	19
1. Programación en base a demanda	20
2. Programación en base a capacidad de oferta.....	21

3. Análisis de la brecha.....	21
f) Mecanismo Programación de Parejas a Proteger con métodos de PF en las clínicas de primer nivel de los servicios subrogados.....	22
g) Mecanismo Programación de Parejas a Proteger con métodos de PF en las clínicas del Sistema medico de empresa.....	22
h) Programación de las parejas a proteger y de la mezcla de métodos en los hospitales propios y subrogados.....	23
Capítulo 5: Organización de los Servicios.....	45
a) Conceptos Operativos.....	45
b) Definición	45
c) Descripción de la organización de los servicios.....	45
1) Aspectos Generales	45
2) Consejería.....	47
3) Señalización.	48
4) Flujos de atención:.....	48
5) Descripción de los Flujos por modalidad de prestación de Servicios.....	48
Capítulo 6: Sistema Logístico.	55
a) Conceptos Operativos.....	55
b) Introducción	55
c) Ciclo Logístico:.....	56
1) Selección de los productos.....	56
2) Estimación de Necesidades.	56
3) Adquisiciones	57
4) Almacenamiento y Distribución.....	57
5) Uso	58
d) Logística en las unidades propias.....	58
e) Logística en las unidades Subrogadas.....	58
f) Logística en los servicios del Sistema Medico de Empresa.	58
1) Distribución (abastecimiento).....	59
2) Almacenamiento.....	59
3) Dispensación.....	59
Capítulo 7: Componente de Capacitación.....	67
a) Conceptos Operativos.....	67
b) Definición.....	67
c) Capacitaciones para el desarrollo de la EGPF.....	67

d) Capacitaciones clínicas	68
e) Tipos de capacitaciones	68
f) Estimación y presupuestación de necesidades de capacitación.....	69
g) Descripción de los principales temas y sus mecanismos para capacitación de PF	69
1) Tema: Guías clínicas de Gineco Obstetricia para el primer y segundo nivel	69
2) Tema: Consejería en planificación familiar.....	69
3) Tema : Inserción de DIU de intervalo	70
Capítulo 8: Equipamiento e infraestructura de las unidades de salud para actividades de Planificación Familiar.....	81
a) Conceptos Operativos.....	81
b) Definición.....	81
c) Equipo básico.....	81
d) Estimación y presupuestación de necesidades de equipos.....	83
Equipamiento en los servicios subrogados.....	83
Equipamiento en las unidades del SME:.....	85
Capítulo 9: Sistema de Información.....	93
a) Conceptos Operativos.....	93
b) Definición.....	93
c) Instrumentos del Sistema	94
d) Flujo de la Información	96
e) Herramienta Consolidadora de datos logísticos (HCDL).....	96
Capítulo 10:	97
Supervisión, Monitoria y Evaluación de las actividades de planificación familiar.....	97
a) Conceptos Operativos.....	97
b) Definición	97
c) Proceso de Supervisión.....	98
d) Momentos para la Monitoria y Evaluación de la Estrategia.....	99
e) Supervisión, Monitoria y Evaluación en los servicios propios del IHSS	100
f) Supervisión, Monitoria y Evaluación en los servicios subrogados del IHSS.....	102
g) Supervisión, Monitoria y Evaluación en los servicios del SME.....	102
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL.....	112
Unidad de Comunicación Institucional y Marca.....	112
ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	112
Comprendo lo siguiente:.....	124

Glosario de términos

A/E	Auxiliar de Enfermería
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
ASHONPLAFA	Asociación Hondureña de Planificación Familiar
CIDAIA	Comité Interinstitucional para la disponibilidad asegurada de Insumos anticonceptivos.
DIU	Dispositivo Intrauterino
DMN	Dirección Médica Nacional
EM	Régimen de Enfermedad Maternidad
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EGSPF	Estrategia para la Gestión de Servicios de Planificación Familiar
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
IEC	Información Educación Comunicación
INAM	Instituto Nacional de la Mujer
ITS/VIH	Infección de Transmisión Sexual, Virus de la Inmunodeficiencia H
IVM	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
MOFIHSS	Modernización Financiera y Hospitalaria del IHSS
MSH	Management Sciences for Health
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAISFC	Programa de Atención Integral en Salud Familiar y comunitaria
PEO	Pos Evento Obstétrico
PF	Planificación Familiar
POA	Plan Operativo Anual
RNO	Región Noroccidental
RP	Régimen de Riesgos Profesionales
SESAL	Secretaría de Salud
SIAFI	Sistema Integrado Administrativo Financiero
SILOSS	Sistemas Locales de Seguridad Social.
SME	Sistema Médico de Empresa
SSS	Servicios de Salud Subrogados
ULAT	Unidad local de Asistencia Técnica en Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPEG	Unidad de Planeación y Evaluación de la Gestión
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UTF	Unidad Técnica de Farmacia

Introducción

La Estrategia para la Gestión de los Servicios de PF en las tres modalidades de atención del IHSS ha sido diseñada y validada con la participación de los equipos de salud de las distintas instancias administrativas, de conducción y proveedores de los servicios; y surge como una respuesta a la necesidad de sistematizar y fortalecer los procesos técnico normativos, de gestión y provisión de los servicios de planificación familiar dirigidos a la población derechohabiente.

El punto de partida para diseñar la EGSPF fue la realización de un diagnóstico de la situación a través de una investigación de los aspectos técnicos y administrativos vinculados con las actividades de planificación familiar en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), así como la identificación de las principales características de la demanda potencial, en los derechohabientes de los servicios de PF. En dicha investigación se pudo determinar que el IHSS constituye el segundo estrato de mercado más importante para la distribución de métodos de PF en el país, sin embargo sólo brinda cobertura a un 22% de la población derechohabiente en edad reproductiva, esta situación ha obligado a los derechohabientes a la búsqueda de otros nichos de mercado en perjuicio de sus propios bolsillos o generando inequidad por el desplazamiento de los potenciales usuarios en los servicios públicos, por tal razón y como miembro activo del comité interinstitucional para la disponibilidad asegurada de Insumos anticonceptivos (CIDAIA), las autoridades del IHSS gestionaron ante la USAID apoyo para el abordaje de este problema a través de asistencia técnica de la Unidad Local de Apoyo Técnico (ULAT).

El presente documento describe los distintos componentes de la Estrategia para la Gestión de los Servicios de PF en el IHSS y orienta a los tomadores de decisión de los distintos niveles acerca de la forma en que se deben realizar los procesos de programación, supervisión, monitoria y evaluación, de cómo se deben organizar los servicios para atender la demanda, además contempla la identificación de necesidades de equipo y fortalecimiento de los recursos humanos, a través de capacitación para que puedan brindar servicios de PF con calidad y con enfoque de género.

Para efectos de facilitar la comprensión del documento, este se ha estructurado en cuatro secciones, las que se enuncian a continuación:

- Sección I: Marco Legal, Político y Conceptual: contiene la descripción general de los aspectos políticos, legales y conceptuales en los que la intervención que se va a realizar se basa y se respalda.
- Sección II: “Abordaje Estratégico” contiene un resumen del diagnóstico de la situación de PF y la descripción general de la estrategia.
- Sección III: Abordaje operativo. Contiene la descripción específica de cada uno de los siete componentes de la estrategia y la manera en que estos se operan en cada nivel de gestión y atención y en cada modalidad de prestación de servicios.
- Sección IV: Anexos: contiene los anexos necesarios para la comprensión y operación de la estrategia.

Sección I: Marco Legal, Político y Conceptual

Capítulo 1 Marco legal y Político

Honduras es un estado de derecho, soberano, constituido como república libre, democrática e independiente para asegurar a sus habitantes el goce de la justicia, la libertad, la cultura y el bienestar económico y social, garantizando en el artículo 59 de la Constitución de la República que el fin supremo de la sociedad y del Estado es la persona humana, teniendo la obligación de respetarla y protegerla a través de mecanismos que promuevan su plena realización. En el Artículo 145 se enuncia que “la dignidad del ser humano es inviolable y que se reconoce el derecho a la protección de la salud y el deber de todos a participar en su promoción y preservación”. La carta magna también expresa en el Artículo 142: “Toda persona tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de seguridad social serán prestados y administrados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social que cubrirá los casos de enfermedad, maternidad, subsidio de familia, vejez, orfandad, paros forzosos, accidentes de trabajo, desocupación comprobada, enfermedades profesionales y todas las demás contingencias que afecten la capacidad de producir”.

La prevención de las defunciones maternas y de menores de cinco años se reconoce actualmente como prioridad internacional y nuestro país se ha comprometido a mejorar y ampliar los servicios de salud materna e infantil. Algunas de las instancias en las cuales se ha ratificado el compromiso de país son: La Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos (1987), la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia (1990), La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995). Honduras es uno de los 189 Estados Signatarios de la Declaración del Milenio (2000), en la que se ponen de manifiesto las inquietudes y compromisos a favor de la paz, la seguridad y el desarrollo. Sobre esa base, se han propuesto los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio (ODM), que plantean para el año 2015:

- Objetivo 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Objetivo 2 Lograr la enseñanza primaria universal.
- Objetivo 3 Promover la igualdad entre los sexos.
- Objetivo 4 Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.
- Objetivo 5 Mejorar la salud materna.
- Objetivo 6 Combatir el VIH/SIDA, El Paludismo y otras enfermedades.
- Objetivo 7 Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Objetivo 8 Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

El cumplimiento de objetivos 4 y 5 están vinculados con la atención a la salud sexual y reproductiva e indudablemente la PF tiene un importante papel en este tema.

El marco jurídico internacional ratificado por el Estado de Honduras y referente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y específicamente la salud sexual y reproductiva, incluye una serie de elementos que ratifican el derecho a la información sobre la planificación familiar, la necesidad de disponer de servicios de planificación familiar con calidad y oportunidad, para mujeres y hombres y la protección de la salud sexual y reproductiva.

Existe un marco jurídico internacional que protege los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres y obliga a los países que lo han ratificado, a cumplir con los lineamientos del mismo. En este caso, Honduras ha ratificado diferentes instrumentos tales como: la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que declara la maternidad como función social y acceso a servicios; la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing 1995; la Conferencia sobre Población, Desarrollo y Salud de la Mujer y la Maternidad sin Riesgo, Derechos y Salud Reproductiva; la Cumbre del Milenio del año 2000: Objetivos de Desarrollo del Milenio; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El país cuenta con un marco jurídico nacional, entre ellos el II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010-2022 PIEG II, que fue aprobado por el Congreso Nacional de la República en el 2010. Dicho Plan, comprende seis ejes de derechos priorizados, con sus respectivos lineamientos de política y objetivos estratégicos para su cumplimiento. Aunque los 6 ejes tienen relación con la salud de las mujeres, el eje 2 se refiere específicamente a la promoción, protección y garantía del derecho de las mujeres, niñas y adolescentes, a la paz y a una vida libre de violencia y el eje 3 a la promoción, protección y garantía de la salud de las mujeres durante todo el ciclo de vida y de los derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte en 1991 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) definió la *Seguridad Social* como: “La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”.¹

En seguimiento a esta definición el gobierno de Honduras crea el IHSS mediante la “Ley del Seguro Social y sus reglamentos” emitida bajo decreto 140-1959 que rige todo el accionar de la institución. A partir del año 2002 el IHSS planteó la necesidad de reorientar la atención en el primer nivel, en el marco de la atención primaria en salud, con una sólida base en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad cambiando su enfoque individual a uno orientado a la familia con la participación de la comunidad, para lo cual el reglamento General de la Ley del Seguro Social establece lo siguiente:

“Artículo 52: Para el otorgamiento de las prestaciones en salud, el IHSS organizará los servicios según niveles de atención que corresponden a las divisiones definidas para categorizar los diferentes grados de complejidad en la atención que el cuidado médico requiera.

ARTÍCULO 53. El Primer Nivel de Atención en salud se asocia a un cuidado de atención dirigida a la población asegurada, con servicios que promueven una práctica clínica y de la salud en el contexto familiar y comunitario, que consolida la prevención de enfermedades y la promoción de la salud de la familia, la comunidad y la sociedad. Se debe considerar también que el Segundo Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010 – 2022, brinda lineamientos de política, relacionados a la salud sexual y reproductiva en el eje tres, por lo que se convierte en un mandato para todas las instituciones que abordan la salud en el país.

Capítulo 2 Marco Conceptual

El acceso a servicios de planificación familiar sigue constituyendo un problema para la población hondureña, si bien la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es de 65% entre las mujeres en unión, existen marcadas diferencias al segmentar la población, en la población rural esta prevalencia es solo de 60%, y en el quintil inferior de riqueza es de 53, por otra parte la necesidad insatisfecha de planificación familiar es de 17% en todo el país, (ENDESA 2005-2006).

La mortalidad y la morbilidad grave en madres y recién nacidos son problemas importantes de salud en Honduras y por ende en el IHSS, se estima que cada día mueren en el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, el 99% de éstas muertes ocurren en los países en desarrollo lo que refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud. La razón de Mortalidad Materna en Honduras es de 74 por 100,000 n.v. para el año 2010, el 6% de las muertes maternas ocurrieron en el IHSS y según el Sistema Informático Perinatal (SIP), en el año 2012 la razón de mortalidad materna en el IHSS fue de 95 x 100,000 n.v. Por otra parte la tasa de mortalidad infantil para el año 2005-2006 fue de 23 por 1,000 n.v. siendo el 61% muertes neonatales. Las causas principales de las muertes maternas son las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones, la hipertensión gestacional y los abortos peligrosos. La mayoría de las muertes maternas son evitables y para evitar esas muertes es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o en las mujeres con factores de riesgo a través de brindarles acceso a información y a métodos de planificación familiar.

En la población general existen diversas barreras que limitan el acceso a los servicios de planificación familiar, muchas de ellas tienen su origen en nuestra cultura y en la ausencia de educación en sexualidad, es así como diversos condicionantes de género afectan la salud de las mujeres y los hombres, un estudio cualitativo sobre la Mortalidad materna realizado en 2003, encontró la siguiente información relacionada con la Planificación Familiar:

¹ Administración de la Seguridad Social, Organización Internacional del Trabajo, 1991

al comentar sobre el embarazo en adolescentes, las mujeres mayores de 40 años señalaron que su primer embarazo ocurrió después de los 18 años y atribuyen esto a que sus padres y madres las criaron de manera más “rígida”. De la misma manera señalan que entonces los padres y madres tenían mayor autoridad sobre las hijas e hijos.

En Honduras la mayoría de las mujeres adolescentes refieren que le gustaría tener menos hijas e hijos que los que tuvieron sus madres y sus abuelas. En general aceptan como ideal tener entre dos y cuatro hijos e hijas. En las zonas más urbanizadas las prestatarias reportaron que las mujeres buscaron activamente “medicinas” en los Centros de Salud para interrumpir embarazos no deseados. A los temores por los peligros que conllevan el embarazo y el parto, muchas mujeres han agregado en la actualidad el temor de ser infectadas por el VIH, sobre todo en las zonas de mayor incidencia de esta epidemia.

Con el fin de contribuir a reducir el problema de la mortalidad materna y neonatal los países miembros de la OPS/OMS realizaron una consulta técnica sobre la iniciativa de una maternidad sin riesgo con la participación del sector gubernamental, países cooperantes, organismos no gubernamentales y expertos técnicos quienes acordaron el fortalecimiento de intervenciones claves para la reducción de la mortalidad materna y neonatal entre las que destacan: El diseño de políticas públicas para impulsar los derechos humanos y la mejoría de las condiciones socio económicas de la mujer, promover el retraso del matrimonio y del nacimiento del primer hijo mediante el incremento a la educación y el acceso asegurado de métodos de PF, el reconocimiento de que todo embarazo conlleva un riesgo por lo que se debe de asegurar la atención prenatal y la atención calificada del parto, y finalmente se debe mejorar la calidad y cobertura de la atención en salud entre otros aspectos.

Con relación a la aplicación de dichas intervenciones Honduras ha mostrado avances en materia de incrementar el acceso a los servicios de PF de la población, observándose que en el periodo 2001 al 2006, se aumentó el uso actual de métodos de planificación familiar entre las mujeres en unión de 62% al 65% respectivamente.²

El Comité Interinstitucional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (CIDAIA) realizó en el país, un análisis de segmentación de mercado que mostró que el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) posee la segunda población potencialmente demandante de servicios de planificación familiar (PF), y que sin embargo cubre solamente un 18% de su población derechohabiente con dichos servicios.³

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2005-2006), mostró que el 44% de los asegurados satisface su demanda de servicios de P.F. en las unidades de la Secretaría de Salud, un 25% en ASHONPLAFA, y un 26 % en centros privados y otras fuentes, creando un problema de inequidad en el aseguramiento de la población.⁴

Para el diseño de esta estrategia de gestión se realizó una investigación cualitativa para analizar los aspectos administrativos y técnicos de las actividades de PF. Asimismo se realizó la caracterización de la demanda en el IHSS la que permitió establecer que la demanda actual de métodos de PF en el IHSS es de 63 %, y el 21% de los que en este momento no usan un método expresaron su intención de hacerlo, por otro lado se observó que el 88 % de las mujeres que se encontraban en las salas Post Evento Obstétrico (PEO) expresaron que desearían utilizar un método de planificación familiar.

Sin embargo se observó que el sector privado sigue teniendo un papel importante en el suministro de anticonceptivos entre los demandantes del IHSS ya que cerca del 49 % de los usuarios los obtienen en farmacias privadas o en ASHONPLAFA, solo el 22.45 % de los usuarios actuales de un método de PF lo obtienen en los servicios del IHSS y alrededor del 13% en el sistema público nacional.

Es importante destacar que en el IHSS en el año 2011 se atendieron un total de 16,339 partos, en los cuales se estima que alrededor de 2,400 presentaron alguna complicación. Además el 2% de los nacidos vivos en el IHSS presentaron algún tipo de asfixia, y entre el total de muertes ocurridas en el IHSS en el año 2011 la sepsis neonatal ocupa el séptimo lugar, las malformaciones congénitas del corazón el onceavo y otras malformaciones congénitas el puesto 16. También en ese mismo año se internaron 2,249 niños con alguna afección perinatal 723 con malformaciones congénitas. La mortalidad Perinatal fue de 8.7 x mil. Todas estas condiciones, que causan gastos importantes al instituto, pudieran disminuirse con la planificación familiar.

² Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDESA 2005-2006. Instituto Nacional de Estadística de la República de Honduras

³ Análisis del Mercado de Anticonceptivos en Honduras. USAID/DELIVER, Julio 2006

⁴ Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2006, Instituto Nacional de Estadística (INE)

La situación anteriormente expuesta parece ser la consecuencia de la falta de una estrategia de gestión que organice en forma sistemática las actividades de planificación familiar en las tres modalidades de prestación de servicios del IHSS, por lo que la Dirección Médica Nacional decidió diseñar e implementar la presente Estrategia.

Sección II: Abordaje Estratégico

Capítulo 3 Diagnóstico de la situación de los servicios de PF en el IHSS

Para poder diseñar la presente estrategia se realizó un diagnóstico de la situación actual de la gestión de los servicios de PF en el IHSS, que incluyó una investigación cualitativa para evaluar los aspectos técnicos y administrativos y una investigación cuantitativa para determinar las características más importantes de la demanda.

El diagnóstico fue muy participativo, los análisis de los aspectos técnicos y administrativos se hicieron a través de grupos focales, en los que participaron profesionales de todas las áreas y de la mayoría de unidades de salud y representantes del Sistema Médico de Empresa. La información de la demanda se obtuvo a través de un estudio realizado por la Unidad de Comunicación Institucional y Marca del IHSS en una muestra representativa de derechohabientes, que fue diseñada por el Departamento de Estadística.

Los resultados más importantes con respecto a los aspectos administrativos fueron:

- En el IHSS existe un proceso de planificación estratégica institucionalizado, que es participativo y que concluye con la elaboración del POA presupuesto, sin embargo, no hay participación de la Dirección Médica Nacional, regiones o unidades locales en la reformulación del presupuesto después de conocida su aprobación por parte del congreso nacional, por lo que la asignación del presupuesto queda a criterio de la de la Gerencia Administrativa y Financiera con la aprobación de la Junta Directiva del IHSS.
- La estructura organizativa vigente del IHSS no identifica puntualmente las actividades de PF en los servicios propios, lo que también se refleja en el SME y los SSS por lo que la programación y adquisición de insumos presenta dificultades.
- El IHSS a través de su Director Ejecutivo suscribe contratos de SSS en los tres niveles de atención, dichos contratos incluyen la prestación de servicios de PF, pero no se especifican los productos contratados, por lo que el proveedor realiza las actividades a su propio criterio.
- En el SME, las actividades de PF no son consideradas dentro de la cartera de servicios y dependen de la voluntad de los proveedores, pero existe la disponibilidad de realizar la promoción de los servicios de PF, aunque hay empresas que por iniciativa propia estimulan las actividades de PF, la mayoría de ellas está dispuesta a implementarlas siempre y cuando el IHSS tenga una política definida al respecto.
- Existen problemas de espacio físico, quirófanos y recursos humanos para implementar las actividades de PF en todos los servicios de salud del IHSS.
- Actualmente no está sistematizada la recolección de información de las actividades de PF en el IHSS, hay información pero esta es variable, se recoge en diferentes instrumentos y no esta automatizada.
- El IHSS no cuenta con un proceso sistemático de supervisión para las actividades de PF en los distintos niveles y tipos de servicio.
- No se abordan las barreras de género a nivel institucional ni en las personas que demandan atención.
- No existe un equipo que impulse el proceso de transversalización de género en SSR en el IHSS.
- Existe poco personal formado en el tema de género.

En relación al análisis de la demanda se encontraron los siguientes hallazgos de importancia:

- Demanda Efectiva: de métodos de PF en el IHSS es de 63.3 %.
- Demanda Potencial: Los encuestados que en este momento no se encuentra utilizando ningún método de PF y representa un 36 %.
- Demanda Insatisfecha: son los no usuarios de métodos pero que expresaron la intención de usarlo y son el 21 % de los encuestados.
- Demanda Potencial Post Evento Obstétrico (PEO): Un 88 % de las mujeres PEO encuestadas expresaron que desearían utilizar un método de PF.

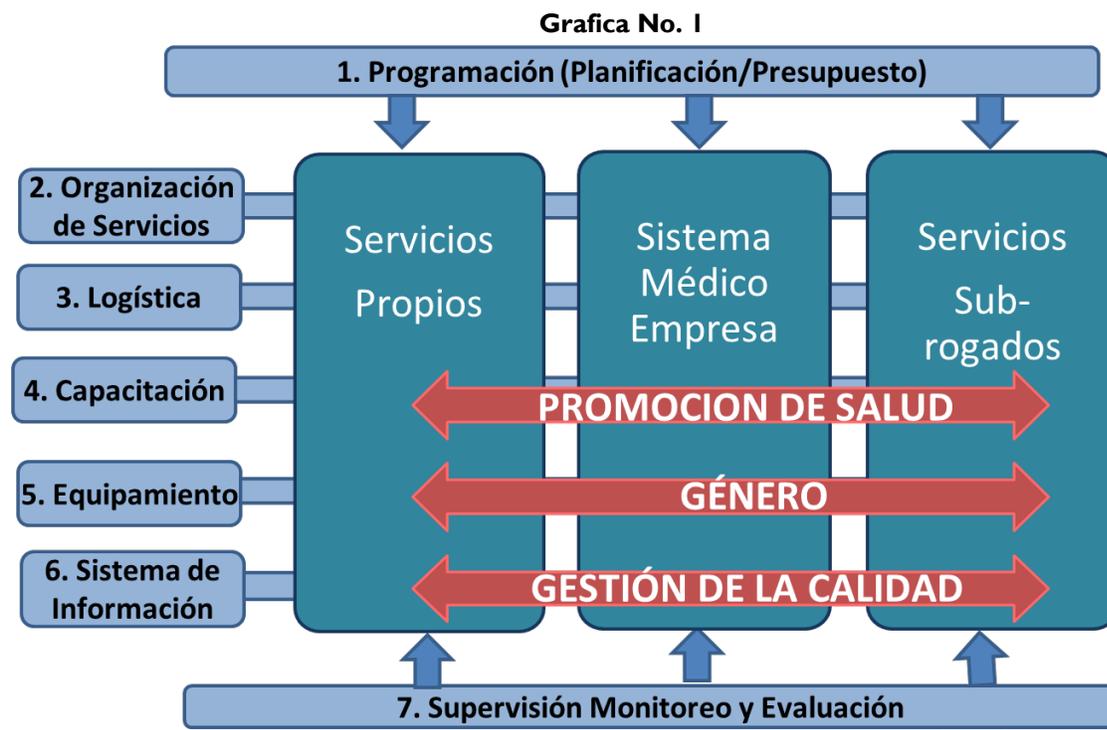
En relación a las fuentes de suministro de métodos de PF se observó que el sector privado sigue teniendo un papel importante en el suministro de anticonceptivos entre los demandantes ya que cerca del 49 % de los usuarios los obtienen en farmacias privadas o en ASHONPLAFA, realizando gastos de bolsillo. El 22.45 % lo hace en los Servicios del IHSS y alrededor del 13% de las personas derechohabientes actuales los obtienen en el sistema público nacional, no se logró estimar el número de métodos entregados en el IHSS ya que estos fueron donados por la SESAL u otras instituciones, lo que implica distorsiones en el mercado nacional de anticonceptivos e inequidad.

A raíz de los resultados obtenidos se identificaron recomendaciones sobre los abordajes estratégicos, contenidos y mecanismos de trabajo y coordinación que debería contener la EGSPF que en los siguientes capítulos se describe.

Capítulo 4 Descripción General de la EGSPF

a) Definición

La Estrategia de Gestión de los Servicios de PF (EGSPF) es una herramienta gerencial que permitirá fortalecer dentro del IHSS, la gestión de todos los procesos relacionados con la prestación de servicios de PF en las distintas modalidades de atención y niveles de prestación de servicios del IHSS. Consta de tres ejes transversales y siete componentes, que actúan de manera integral y sinérgica, tal como se esquematiza en la siguiente gráfica:



b) Objetivo

Establecer los elementos estratégico-gerenciales que permitan fortalecer la gestión de los servicios de PF en todos los niveles de conducción y operativos del IHSS, para mejorar la capacidad de oferta de los servicios con calidad e incrementar el acceso de los derechohabientes a los mismos.

c) Ejes transversales

Para garantizar el desarrollo armónico e integral de la presente estrategia se ha considerado la incorporación de tres aspectos que deben estar presentes continuamente en el proceso y que hacen que los servicios de PF se presten de manera integral, estos tres ejes transversales son la promoción de la salud, el enfoque de género y la gestión de la calidad, a continuación una descripción de cómo cada uno de ellos se operativiza en EGSPF.

1. Promoción de la Salud

La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes de: equidad, participación de la comunidad, Intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costos permisibles.

La carta de Ottawa para la promoción de la salud expresa que se debe poner énfasis en la atención médica preventiva y promotora en lugar de la atención médica curativa. Es necesario que los servicios y los sistemas de salud se reorienten hacia la atención promotora de la salud y a la atención primaria,

Bajo este marco y de acuerdo a los mandatos que la ley le otorga al IHSS, se cuenta con un modelo de atención con una sólida base en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, orientada a la familia y con la participación de la comunidad.

Para el desarrollo y fortalecimiento de la EGSPF en el IHSS, la promoción de la salud se constituye en un eje transversal que contribuye a lograr la equidad y el desarrollo de las capacidades de los equipos para abordar los problemas de salud sexual y reproductiva, asegurando la articulación de los diversos niveles, lo que implica que los servicios de salud se centrarán en el abordaje de la PF como un tema de derechos. El enfoque de promoción incluirá la construcción de alianzas entre los que participan en la gestión de la seguridad social en el país (Trabajadores, empresarios e industriales, gobierno central y local, profesionales y comunidades) para la planificación y coordinación operativa de estrategias de información, educación y comunicación social.

2. Equidad de Género

La perspectiva de género, es igualmente un eje transversal de la estrategia, que actuando sinérgicamente con el de promoción de la salud y el de calidad, Es igualmente un eje transversal de la estrategia y permite enfatizar en la importancia de la igualdad de oportunidades para hombre y mujeres haciendo realidad lo establecido formalmente en la normativa del IHSS, la Estrategia para la Gestión de los Servicios de PF establece que debe haber en los servicios un trato justo y equitativo, e igualdad de oportunidades para que las mujeres y hombres puedan recibir la información necesaria que les permita poder demandar libremente el método de PF de su elección, esto significa la formulación de planes, programas e intervenciones que apunten a un impacto diferenciado y eficiente, y su aplicación, significará el reconocimiento de diferentes realidades, intereses y necesidades de salud de los servicios por parte de mujeres y hombres derechohabientes.

La EGSPF aborda el tema de igualdad de género desde distintas perspectivas:

- **Fortalecimiento del análisis de género:** en los servicios de PF por lo que se incluye un sistema de información con datos desagregados por sexo, diseño de indicadores de género, vigilancia de la igualdad en la oportunidad que tienen hombres y mujeres de recibir información y oferta de métodos de PF
- **Incidencia política:** La EGSPF se constituye en un documento de incidencia política para el tema PF en el IHSS y permite identificar mecanismos para la difusión de la información entre los tomadores de decisiones para sensibilización en el tema y generar la toma de decisiones por el nivel político.
- **Abordaje de las barreras** que limitan el acceso de las personas a la PF, tanto a nivel institucional, como en las personas que demandan el servicio en la institución.
- **Capacitación** de las personas proveedoras y trabajadoras de salud, para integrar la perspectiva de género en los servicios, la estrategia considera la necesidad de capacitar a las personas proveedoras en la perspectiva de género.
- **Organización de los servicios de PF** que aseguren un trato con iguales oportunidades para mujeres y hombres a la atención de calidad y en el marco del derecho de obtener la información requerida para la obtención de un método de PF e inclusión de la perspectiva de género en los diferentes protocolos e instrumentos que se elaboren para la operacionalización de ésta estrategia.

3. Gestión de la calidad.

Para efectos de este documento y con base en el Sistema de Gestión de Calidad Total del Instituto, entendemos la **CALIDAD** como la satisfacción de las necesidades de las personas derechohabientes a un costo razonable, en la cantidad y tiempo convenidos y con un alto grado de confiabilidad, a través de cinco elementos fundamentales: Organización, supervisión, monitoria, evaluación y mejora continua de los servicios de planificación familiar. La EGSPF considera que el desarrollo transversal de la calidad y su aplicación en todos los niveles del proceso y modalidades de atención es indispensable para garantizar su éxito.

d) Descripción del funcionamiento de la EGSPF y sus Componentes

La EGSPF consta de siete componentes complementarios de forma sinérgica que están directamente relacionados con los tres ejes transversales ya enunciados.

Los componentes de la EGSPF son:

1. Programación de las actividades de planificación familiar en las tres modalidades de atención.
2. Organización de los servicios.
3. Sistema logístico.
4. Capacitación.
5. Equipamiento.
6. Sistemas de información.
7. Supervisión, monitoria y evaluación.

El éxito de la estrategia se centra en la implementación continua, sinérgica y armónica de todos sus componentes, con el fin de favorecer la mejora continua de los procesos de gestión y prestación de los servicios garantizando así el acceso de las parejas a información, consejería y métodos de PF a libre elección.

La programación es el primer eslabón de la cadena del cual se desprenden el resto de actividades y componentes de la EGSPF, las unidades de salud de las tres modalidades de prestación de servicios hacen la programación de las actividades siguientes: a) las parejas a proteger, b) la cantidad de métodos a entregar en el año y por mes, c) los recursos humanos, d) las capacitaciones a desarrollar y e) los equipos que se necesitan para la entrega de las atenciones de PF, esta programación se convierte en las “metas físicas” que se incorporan a la planificación para efectos de presupuestación del IHSS.

Para lograr el cumplimiento de la programación realizada, es necesario organizar los servicios en función de garantizar el acceso de los derechohabientes a atención de PF con calidad, en ese sentido las unidades de salud de las tres modalidades de prestación de servicios deben aplicar los flujos que fueron diseñados para ello y que incluyen la promoción de las actividades de PF a través de diferentes acciones como la IEC y las ferias de la salud, la captación a través de la consejería y la entrega del servicio en la unidad demandada o en caso necesario en aquella a la cual sea referida.

Para que la entrega de los métodos sea oportuna y efectiva se debe asegurar que todas las US de los 3 niveles de atención cuenten con todos los insumos necesarios, ya sean medicamentos o materiales, lo cual se debe lograr a través de la operación adecuada del ciclo logístico tanto en los procesos de estimaciones y adquisiciones como en el almacenamiento y la distribución.

La entrega de estos servicios de PF con calidad también requiere de recursos humanos debidamente capacitados y los equipos necesarios por lo que la EGSPF establece los lineamientos para estimar las necesidades de capacitación y equipamiento.

Todas estas actividades deben ser documentadas, por lo cual la estrategia establece los instrumentos para el registro y consolidación de los datos y define de qué manera estos se consolidan y fluyen entre los diferentes niveles para convertirse en información necesaria para la toma de decisiones gerenciales y logísticas.

Finalmente, dado que es necesaria la implementación adecuada de la EGSPF y los procesos clínicos complementarios, la misma define los mecanismos mediante los que se supervisa el desempeño de los recursos, se monitorea el cumplimiento de la programación y se evalúan los resultados de tal manera que, en función de estos, pueda continuar estimulando las actividades si son adecuadas o replantear la ejecución si no lo son.

e) Niveles de conducción y atención y modalidades de prestación de servicios.

Para una mejor comprensión de los contenidos de la estrategia, es necesario conocer la organización del IHSS, en cuanto a sus diferentes niveles de conducción, modalidades de prestación de servicios y niveles de atención, lo que se explica a continuación.

1) Niveles de Conducción

La conducción de la estrategia está íntimamente vinculada a la estructura organizativa del IHSS. Los niveles de conducción son:

- Nivel Central: la DMN.
- Nivel Regional: Dirección Médica Regional, Coordinaciones Regionales, Gerencias, Jefaturas regionales
- Nivel Local: Gerencias de las unidades de salud.

La Dirección Médica Nacional es la responsable, en el nivel central de la implementación de la estrategia, debiendo garantizar el cumplimiento de todos sus componentes, tanto en los niveles gerenciales como operativos, como de realizar las coordinaciones necesarias con todas las unidades participantes en su ejecución, tales como la UPEG, farmacia y otras unidades involucradas. Específicamente consolida la programación de todo el país, supervisa, monitorea periódicamente el funcionamiento correcto de la estrategia y evalúa sus resultados. Gestiona a nivel superior y decide, cuando está a su alcance, los recursos necesarios para su implementación.

Las instancias regionales son responsables de conducir y consolidar la programación, supervisar, monitorear y evaluar el cumplimiento de la estrategia en todos sus componentes en las unidades que tienen asignadas y de gestionar los recursos necesarios para que sus unidades de salud puedan brindar atenciones en planificación familiar de calidad a todos los derechohabientes de su competencia.

Los niveles locales son responsables de Operativizar la estrategia en todos sus componentes, programan, se auto supervisan y monitorean, evalúan y prestan servicios de calidad a todas sus personas usuarias.

2) Niveles de Atención:

El Reglamento General de la Ley del IHSS establece para la organización de los servicios tres niveles de atención:

- El Primer Nivel de atención en salud se asocia a un cuidado de atención dirigida a la población asegurada, con servicios que promueven una práctica clínica y de la salud en el contexto familiar y comunitario, que consolida la Prevención de enfermedades y la promoción de la salud de la familia, la comunidad y la sociedad.

-El Segundo Nivel de atención en salud comprende las especialidades médicas disponibles en el IHSS y prestados en los establecimientos de salud debidamente certificados por el Instituto.

- El Tercer Nivel de atención comprende todos los cuidados médicos especializados de alta complejidad, por lo cual normalmente se atienden solamente en Hospitales especializados del Instituto; así como aquellos que el Instituto certifique y autorice para efectos de atención de los asegurados.

3) Modalidad de prestación de servicios:

Existen tres modalidades de prestación de servicios en el IHSS:

I - Servicios propios:

Son las clínicas periféricas, clínicas materno infantil y hospitales, que son gerenciados por el mismo IHSS.

II - Sistema Médico de Empresa: Es una modalidad de atención del IHSS que brinda servicios médicos de primer nivel dirigido a personas derechohabientes en su propio centro de trabajo, en donde la empresa aporta los servicios de uno o más médicos de medicina general o de especialidades, personal de apoyo y las instalaciones físicas debidamente equipadas, necesarias para brindar consulta médica sin menoscabo de la calidad, cantidad y oportunidad en la prestación de los servicios médicos, servicios auxiliares de diagnóstico y de abastecimiento de medicamentos e insumos, que el IHSS brinda en sus propias instalaciones.

III – Servicios de Salud Subrogados: Son unidades prestadoras de servicios de salud por terceros contratados por el IHSS, para satisfacer las necesidades de salud de las personas derechohabientes en cualquiera de los tres niveles de atención, bajo la normativa institucional y en las ciudades dónde el IHSS no cuenta con servicios propios completos.

f) Relacionamientos para operar la estrategia entre las diferentes Modalidades de prestación de servicios

Para que el derechohabiente tenga acceso a los diferentes métodos de PF, incluidos en la mezcla de métodos del IHSS, es necesario hacer las aclaraciones siguientes:

1) Servicios Propios

En los tres niveles de atención se entregarán todos los métodos temporales incluidos en la mezcla (Anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales de progestina pura, inyectables hormonal trimestral, aplicación de DIU y condones), y en el tercer nivel se realizarán las vasectomías y las AQV-F de sus usuarias y cuando las condiciones lo permitan las que sean referidas del SME en las ciudades dónde no hay servicios subrogados.

2) Servicios Subrogados

En el primer nivel de atención se entregarán todos los métodos temporales incluidos en la mezcla y se referirá la vasectomía y la AQV-F a los servicios subrogados de nivel III, en las localidades donde no hay hospital propio, en el nivel II se referirán los métodos temporales al nivel I y los permanentes al nivel III. En el nivel III se entregarán únicamente los métodos permanentes.

3) Sistema Médico de Empresa

Todas sus clínicas son de primer nivel, en ellas se entregarán todos los métodos temporales de la mezcla y se referirán los permanentes a hospitales propios en las ciudades donde existan (Cuando las condiciones lo permitan) y a los servicios hospitalarios subrogados del III nivel en las localidades donde no hay hospitales propios. Eventualmente se podrán referir para métodos permanentes a clínicas subrogadas en los lugares donde hay hospitales propios, cuando por razones especiales así lo decida el IHSS.

Sección III: Abordaje operativo

Capítulo 4 Programación

a) Conceptos Operativos

Para el adecuado funcionamiento del proceso de programación resulta necesario el entendimiento de los conceptos que a continuación son descritos:

1. **Edad reproductiva:** Derechohabientes del IHSS hombres y mujeres entre las edades de 12 a 49 años.
2. **Demanda Total:** Es la cantidad total de derechohabientes, carnetizados que tienen derecho a recibir atenciones en general y de PF en especial
3. **Demanda potencial:** Es la cantidad de derechohabientes que son candidatos o posibles usuarios de métodos de P.F. en los tres tipos de modalidad de servicios del IHSS. Resulta de restar de la Demanda Total los derechohabientes que no demandan y la población no elegible.
4. **Demanda potencial post evento obstétrico (PEO):** Es el conjunto de mujeres derechohabientes que después de un parto o aborto desean utilizar un método anticonceptivo.
5. **Demanda insatisfecha de los servicios de PF:** “Las mujeres y hombres de 12-49 años de edad, derechohabientes que desean utilizar métodos de planificación familiar pero que no han accedido a ellos por cualquier razón”.
6. **Población no elegible:** Son hombres, mujeres o parejas que usan un método de planificación familiar permanente, que desean un embarazo pronto o que utilizan un método natural.
7. **Demanda efectiva o Número de Parejas a Proteger:** Es la demanda real, es decir la cantidad de derechohabientes que son sujetos de programación para que obtengan un método de PF en cualquiera de las tres modalidades de servicios del IHSS.
8. **Brecha de la demanda:** es la cantidad de derechohabientes que falta programar para cubrir con métodos de PF en el IHSS, resulta de restar la demanda efectiva a la demanda potencial.
9. **Accesibilidad a la atención en planificación familiar y prevención de ITS/VIH Sida:** Derechohabiente en edad reproductiva, interesadas en reducir las probabilidades de embarazo no deseado y prevención de ITS/VIH Sida y que reciben un método de PF mediante una atención de calidad.
10. **Egresos post evento obstétrico:** Son las mujeres que egresan de los servicios de salud del IHSS después de ser atendidas por un parto vaginal, cesárea o aborto.
11. **Metas Físicas:** Expresión de un objetivo en términos cualitativos y cuantitativos, es el método a seguir para llegar al producto, el cual se convierte en el resultado institucional, que son los bienes y servicios generados por los programas, subprogramas y proyectos mediante un proceso de producción específico para satisfacer la demanda de la sociedad.
12. **Mezcla de métodos:** Es la variedad de métodos e insumos anticonceptivos que oferta el IHSS a las personas derechohabientes que están incluidos en el listado oficial de medicamentos y el catálogo maestro de existencias.
13. **Género:** Es una construcción social que se refiere a los atributos, las oportunidades y las limitaciones económicas, sociales políticas y culturales relacionadas con ser hombre o mujer y las relaciones entre ambos, cruzadas por el ejercicio del poder.
14. **Igualdad de género:** cuando hombres y mujeres tiene iguales derechos, libertades, condiciones, oportunidades, para realizarse a su potencial máximo, para contribuir y beneficiarse del desarrollo económico, social, cultural y político. Es el resultado de los procesos de equidad de género
15. **Transversalización de género:** Es el proceso de identificar y luego abordar las diferencias e inequidades de género durante la planificación, diseño, implementación, monitoreo y evaluación de programas y proyectos.
16. **Barreras de género:** Actitudes y comportamientos resultantes de las expectativas, normas y valores tradicionales que impiden a las mujeres y los hombres acceder a servicios de salud reproductiva y que se presentan tanto a nivel institucional como en las personas que solicitan los servicios.

b) Definición

La programación de las actividades de PF es el proceso participativo mediante el cual se definen, para cada Unidad de salud de los tres niveles de atención, independientemente de la modalidad de servicios, la población a cubrir con atenciones de PF y las necesidades de métodos anticonceptivos, recursos humanos y financieros, infraestructura, equipo y capacitación, para el adecuado funcionamiento de los servicios de PF a fin de garantizar el acceso, que por derecho tienen las personas derechohabientes a recibir información y métodos de planificación familiar.

Esta programación resulta del **análisis de la demanda potencial de los derechohabientes y de la capacidad resolutive o de oferta de los servicios de PF**. Se espera que la programación realizada en base a la capacidad de oferta sea igual o superior a la realizada en base a la demanda. Sin embargo, cuando en los análisis resulte que la programación en base a la oferta es inferior a la hecha en base a demanda, se debe establecer “la brecha” entre la demanda que es necesario satisfacer para garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas derechohabientes y la cobertura que la unidad de servicios está en capacidad de dar con los recursos con que cuenta actualmente, para solicitar a la alta gerencia lo necesario para poder cumplir con los objetivos del IHSS.

C) Conducción del proceso de programación

La planificación de las distintas actividades en el IHSS es conducida por la Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG), quien define los lineamientos de programación, la programación de las actividades de PF es incorporada a esta planificación general y es la Dirección Médica Nacional la que conduce el proceso para efectos de EGSPF. Las gerencias y los equipos regionales se encargan de conducir, en su ámbito geográfico, la programación de las distintas unidades promoviendo el trabajo en equipo y la participación de los involucrados en las actividades de PF.

d) Momentos de programación en las tres modalidades de atención

Se han definido 5 momentos de programación de acuerdo a las modalidades y niveles de atención y son los siguientes:

1. Acopio de la información de las tres modalidades de atención
2. Programación de actividades de PF
3. Entrega, negociación y consolidación de la programación de las Unidades de salud con la región
4. Consolidación de la programación en el nivel regional.
5. Consolidación de la programación en el nivel nacional.

1. Primer momento: acopio de la información de las tres modalidades de atención.

La elaboración del POA presupuesto es conducida en el IHSS por la UPEG quien capacita en los lineamientos de planificación estratégica y programación en los meses de Junio y Julio. En este marco, para dar inicio a la implementación de la EGSPF en el IHSS, la dirección Médica Nacional ha definido que las gerencias regionales y de las unidades de salud procedan a recopilar la información necesaria para elaborar la programación. Dado que no se cuenta con datos reales del consumo de métodos, en el año 2013, se utilizarán los siguientes parámetros para programar:

- La población carnetizada de derechohabientes en edad reproductiva de responsabilidad programática de las distintas unidades de atención del IHSS, para servicios propios y subrogados.
- El total de las personas derechohabientes de las empresas que trabajan y por ende son derechohabientes del IHSS en las clínicas del SME.
- Distribución porcentual de la mezcla de métodos encontrada en la investigación para caracterizar la demanda de PF en el IHSS (2012).

Las unidades propias serán las encargadas de recolectar su propia información y la de las clínicas del SME. La información de los servicios subrogados es responsabilidad de los coordinadores regionales de salud.

La información requerida para este primer momento de programación por unidad y modalidad de atención será:

- Número de hombres y mujeres derechohabientes con edades entre los 12-49 años por unidad de salud y modalidad de atención, para cada una de las unidades en las tres modalidades de atención.
- El documento de la EGSPF del IHSS y sus instrumentos
- Información de consumo de métodos en las unidades de los tres niveles de servicios y las tres modalidades de atención. En Hospitales es fundamental la información sobre AQV-F con énfasis en parto y trans cesárea.
- Número de recursos humanos por tipo (Especialistas, Médicos Generales, Enfermeras y otros) vinculados a la prestación de servicios de PF.
- Capacitación de sus recursos humanos en los aspectos vinculados con los servicios de PF tales como consejería, guías clínicas de PF, género y otras que sean necesarias.
- Inventario actualizado de equipo para actividades de PF por unidad de salud.
- Disponibilidad de espacios físicos para brindar atención en PF, tales como consultorios, quirófanos y otros espacios que sean necesarios para brindar las atenciones.

Esta información debe estar disponible para el momento y lugar en que se realice la programación.

2. Segundo momento: Programación de actividades

Este es el momento más importante del componente, pues en él se realizan los cálculos para definir el número de parejas que se van a proteger con métodos de PF y las necesidades de recursos e insumos para cumplir esa programación.

El insumo principal de este momento clave lo constituye la información descrita en el primer momento de la programación. Para realizar este trabajo de los equipos de las clínicas y hospitales se convoca a los responsables para programar las actividades de PF utilizando los **Instrumentos de programación del I.1.1 al I.1.4, I.2.1, I.3.1 y I.3.2 con sus instructivos**, para los respectivos niveles de atención.

3. Tercer momento: Entrega y consolidación de la programación de las Unidades de salud en los diferentes niveles de gestión

Una vez que cada unidad de salud, de los diferentes niveles atención y modalidades de prestación de servicios, ha realizado su programación la debe entregar a su nivel inmediato superior para su consolidación y uso en los procesos de presupuestación y adquisiciones. La información relativa a la programación de actividades de PF en las unidades será utilizada como las metas físicas (unidad programática para el presupuesto) para la estimación de presupuesto anual e incluye las tres modalidades de prestación de servicios en el IHSS, estas metas serán incorporadas en la matriz estratégica básica del POA presupuesto de la institución.

La programación que la Unidad de Salud entregará a su nivel inmediato superior es la que resulta del proceso realizado en base a la capacidad de oferta, la cual debe ser aprobada por el responsable de coordinar el proceso.

Para efectos de cubrir la brecha existente entre la programación en base a oferta y la programación en base a demanda, la unidad de salud debe solicitar los recursos físicos, humanos y materiales, equipos e insumos necesarios que ha identificado en el análisis de su capacidad de oferta.

4. Cuarto Momento: Consolidación de la programación en el nivel regional.

La DMN para la Región Centro Sur Oriente (mientras se conforma y comience a funcionar la Dirección Regional para esta zona) y los responsables de la regiones en el resto del país, convocan a una reunión a los gerentes de las unidades de salud y realizan el análisis de la programación en base a oferta y demanda y con esta base se realiza el proceso de consolidación y aprobación. El responsable regional coordina la reunión con la participación de los coordinadores regionales de cada una de las modalidades de atención, consolida las actividades en el

Instrumento 1.5 y aprueba la programación de las clínicas y los hospitales en las tres modalidades. La programación de los servicios del SME debe estar incluida en la de las Unidades propias a las que están adscritas.

El resultado de este proceso es un insumo para la elaboración de los POA presupuesto, que es realizada en el IHSS.

5. Quinto momento: Consolidación de la programación en el nivel nacional.

Las regiones de salud envían los consolidados regionales que contienen las programaciones de las tres modalidades a la Dirección Médica Nacional, quien hará la revisión y consolidación en el **Instrumento 1.6**, para ser incorporada en el POA presupuesto de la unidad ejecutora correspondiente.

Como se mencionó anteriormente, dado que no hay estándares de consumo confiables de PF, en 2013 se realizó un estimado de la programación, basado en la decisión de la DMN de cubrir el 30% de la población derechohabiente y los resultados de la caracterización de la demanda; esta programación debe ser revisada y ajustada con el consumo que vaya ocurriendo en el transcurso del año.

La programación resultante del proceso desarrollado en estos 5 momentos fortalece la toma oportuna y adecuada de decisiones por parte de los gerentes y proveedores de los servicios de PF, como surge de un análisis cuidadoso de la oferta y la demanda, conduce al establecimiento de compromisos para mejorar la calidad y cobertura de los servicios. Por el lado de los proveedores se establecen compromisos en cuanto al número de métodos y servicios a entregar para el incremento de la cobertura y la calidad de entrega, y por parte de los tomadores de decisiones el compromiso está vinculado al apoyo en la distribución oportuna y suficiente de insumos, métodos, equipamiento de los servicios, capacitación de los recursos y el acompañamiento en la identificación y solución de problemas de gestión.

e) Mecanismo de Programación de parejas a proteger con métodos de PF en los servicios propios del primer y segundo nivel del IHSS

El proceso de programación aquí descrito aplica para las unidades de salud siguientes:

- Clínicas Periféricas propias o subrogadas
- Consultas externas de Clínicas Materno Infantil propias o subrogadas
- Consultas externas de hospitales propios o subrogados

La atención en salud de los derechohabientes del IHSS son brindados mediante tres modalidades: Servicios propios, subrogados y del sistema médico de empresa, cada uno con características propias y dinámicas diferenciadas de programación, las cuales son considerados en esta sección del documento.

El ejercicio de programación debe realizarse en forma participativa involucrando los distintos niveles administrativos y de servicios, así como a todas las modalidades de atención del IHSS, quienes definirán aspectos tales como:

1. La población derechohabiente en edad reproductiva, diferenciada por sexo y distribuida por cada unidad de salud en las distintas modalidades de atención, así como la estimación de la demanda de métodos por tipo y mezcla de estos.
2. Identificación de necesidades de los servicios para promover la consejería y la oferta de métodos de PF con un enfoque de género y de respeto al derecho a utilizar la información para decidir cuándo, dónde y que tipo de método o métodos pueden ser utilizados por las parejas.
3. Necesidad que las unidades de salud tienen para el desarrollo de sus recursos humanos en la utilización del conocimiento y las herramientas requeridas para brindar atenciones de calidad incluyendo la promoción de la salud y perspectiva de género.
4. Análisis del comportamiento de la oferta y la demanda de los servicios de PF, estimación de patrones de consumo de métodos e identificación de mecanismo para aprovechar las oportunidades de ofertar los servicios.

5. Estimación de la disponibilidad y necesidades de equipo para el funcionamiento de los servicios de PF con calidad.
6. Identificación de mecanismos que faciliten el adecuado funcionamiento de sistemas de información logística que aseguren la disponibilidad de métodos de acuerdo con las necesidades de las personas usuarias. En unidades propias se podrá a través de la aplicación del Sistema de Modernización Financiera y Hospitalaria del IHSS (MOFIHSS).

Recuerde:

Que una correcta programación es un factor clave para que el resto de componentes de la Estrategia funcionen adecuadamente y así garantizar servicios de PF de calidad.

El proceso descrito en el presente capítulo es para aplicar los años 2013 y 2014, ya que idealmente la programación se basa en datos de consumo, sin embargo históricamente el IHSS no cuenta con estos datos en sus unidades de salud de las tres modalidades de atención, debido a que los métodos anticonceptivos se han obtenido vía donaciones, por lo que la programación se basará en la demanda potencial y los resultados obtenidos en la investigación para caracterizar la demanda de los servicios de PF del IHSS.

Para garantizar la disponibilidad de métodos de PF en el año 2013, en las bases de licitación se hizo la inclusión en base a la decisión del nivel normativo de incrementar la cobertura de 22% a 30% en el primer año de implementación y en la mezcla de métodos encontrada en la caracterización de la demanda de PF en el IHSS realizada en 2012. La parejas a proteger, las necesidades de personal y equipo se establecerán como resultado de la programación que se hará inmediatamente después de aprobada la presente estrategia por la Junta Directiva. A partir del año 2014 se pretende realizar en base a datos de consumo, análisis de la demanda y la capacidad de oferta.

1. Programación en base a demanda

La programación con base a la demanda se enfoca en los derechos que tiene toda la población asegurada en recibir servicios de salud con calidad. En la Ley del Seguro Social, en su artículo 53, establece que la atención primaria en salud se asocia al cuidado de la población asegurada, con servicios que promueven una práctica clínica y de la salud en el contexto familiar y comunitario, que consolida la prevención de enfermedades y la promoción de la salud de la familia, la comunidad y la sociedad, y que respalda la creación del PAISFC, lo que garantiza el cumplimiento de esos derechos y sus beneficios.

Bajo esta premisa todas las unidades de salud de los tres niveles de atención, independientemente de la modalidad a que pertenezca, deben programarse para brindar de PF a todas las personas derechohabientes que lo soliciten o lo requieran, estas constituyen la demanda potencial de atenciones en PF.

El objetivo de esta programación es determinar la cantidad de parejas que se van a proteger con métodos de PF en el año que se programa y la cantidad de métodos, por año y por mes que les serán entregados a esas parejas.

Para estimar o calcular las parejas que se van a proteger se requiere llenar el instrumento I.I.1 que contiene en forma resumida los pasos siguientes:

- Establecer la población total asegurada directa (cotizante) que está asignada a cada unidad de salud, esta es una responsabilidad de la oficina de Sub gerencia de afiliación
- Calcular la “Demanda Potencial” aplicando el 35% a la población total, que es la que demanda por lo menos una atención cada año en el IHSS y que por lo tanto tiene acceso a que se le puedan brindar atenciones de PF. Se debe recordar que el 65% restante de los derechohabientes que poseen carnet y que está en pleno en goce de sus derechos NO demanda servicios al IHSS.
- Calcular la población “NO ELEGIBLE”: Derechohabientes no sujetos a programación que son todas aquellas mujeres y hombres que por cualquier razón no desean utilizar un método de PF y por tanto no son sujetos a programación por los servicios, está integrada por:
 - El 20 % derechohabientes mujeres y 2% de los derechohabientes hombres son usuarias y usuarios de un método permanente y que por tanto no desean planificar

- Derechohabientes que no desean planificar
- El 7% de la población que desea tener un embarazo pronto
- Los derechohabientes que desean planificar con métodos naturales 5 % para hombres y 6 % para mujeres
- Población de derechohabientes con método natural (Para la columna mujer multiplique la fila 2 x 0.05 y anótela, para la columna de hombres multiplique la fila 2 X 0.06 y anótelo)
- Hombre cuya pareja es la que usaría de un método de PF (Multiplique la fila 2 X 0.4)
- Los hombres cuya pareja es la que planifica es de 6 %

NOTA: los porcentajes aquí utilizados provienen de la investigación para caracterizar la demanda de PF en el IHSS realizada por la DMN en 2012.

- Calcular las parejas a proteger restando de la demanda potencial la población no elegible.
- Calcular la distribución porcentual de parejas a proteger por tipo de método (mezcla de métodos)
- Calcular la cantidad de métodos a entregar por año y por mes.
- En las unidades que cuentan con un CAI (Centro de atención Integral) y/o practican ultrasonidos vaginales se debe calcular la cantidad de condones a utilizar utilizando el instrumento 1.1.2 para registrar la población de hombres y mujeres viviendo con el VIH atendidas el año anterior. Se debe considerar que de acuerdo con los datos del IHSS el crecimiento anual de la población viviendo con VIH es prácticamente de cero, y de acuerdo con los datos de consumo histórico cada persona utiliza 138 condones anuales.

2. Programación en base a capacidad de oferta

En el acápite anterior se ha descrito como calcular la población a cubrir en base a la satisfacción de los derechos que es un objetivo del IHSS, sin embargo, no se puede desconocer que existe una realidad actual en los servicios de salud, que puede o no responder al cumplimiento de ese objetivo, por esa razón, en esta sección se explica cómo realizar la programación en base a la capacidad de oferta.

El análisis de la capacidad de oferta se realiza, principalmente en función del personal capacitado para actividades de PF con que cuenta la unidad de salud.

El objetivo de este proceso es el mismo del anterior: determinar las parejas a proteger y el número de métodos a entregar a esas parejas.

Para realizar los cálculos necesarios para cumplir el objetivo se debe seguir el procedimiento siguiente:

- Determinar la disponibilidad de horas médico anuales para actividades de PF: El proceso se inicia con la decisión del gerente de la unidad para asignar recursos médicos a las actividades de PF. Se parte de la premisa que toda persona usuaria de PF debe ser atendida inicialmente por un médico especialista o general, es decir cada año, una persona usuaria nueva de PF debe recibir una atención por médico a fin de garantizar el acceso a servicios de calidad. En este sentido, el gerente de la unidad debe recibir cuantas horas y de cuantos médicos se van a dedicar a brindar atenciones en PF, esta decisión parte del análisis de la demanda que la unidad de salud debe atender en todos los aspectos, es decir atención de la demanda de morbilidad, de atenciones de salud pública, de atenciones específicas como prenatal, alto riesgo, atenciones de brotes y otros. Una vez hecho este análisis el gerente debe decidir el total de horas médico general y médico especialista que dedicará a las actividades de PF y registrarlas en el instrumento 1.1.3
- Determinar la cantidad de horas médico disponibles por tipo de método, utilizando los porcentajes de la mezcla de métodos definida en los resultados de la caracterización de la demanda de servicios de PF
- Calcular el número de parejas a proteger por tipo de método utilizando el instrumento 1.1.3
- Determinar la cantidad de métodos a entregar por año y por mes, incluyendo la cantidad de condones de doble propósito que serán distribuidos en el año y por mes.

3. Análisis de la brecha

Una vez realizada la programación en base a la demanda y en base a la capacidad de oferta, es necesario realizar el cálculo de la brecha existente entre ambas, si el resultado es que la programación en base a capacidad de oferta es igual o mayor a la hecha en base a la demanda, esta es la programación oficial que la US va a realizar y a enviar a los niveles superiores.

Si el resultado es que la programación en base a capacidad de oferta es menor que la hecha en base a demanda, la US utilizará este dato como insumo para negociar con los respectivos gerentes de todo nivel, la provisión de los recursos necesarios para garantizar el cumplimiento de los derechos de la población asegurada.

Para realizar estos cálculos se debe utilizar el instrumento 1.1.4 y su instructivo.

f) Mecanismo Programación de Parejas a Proteger con métodos de PF en las clínicas de primer nivel de los servicios subrogados

Los coordinadores regionales de los servicios subrogados son los responsables de elaborar la programación de estas unidades, en coordinación con los responsables de cada una de ellas designados por los proveedores, la definición de la programación, de la misma manera que en los servicios propios se hará en base al análisis de la demanda y de la capacidad de oferta, pero la programación definitiva será la que se acuerde entre los coordinadores y los proveedores y sea aprobada por la Jefatura de la unidad SILOSS, esta se consignará en los contratos. Para el desarrollo del proceso utilizará los mismos parámetros e instrumentos de los servicios propios.

g) Mecanismo Programación de Parejas a Proteger con métodos de PF en las clínicas del Sistema medico de empresa

La programación en las clínicas del SME será elaborada por los gerentes de la clínica periférica propia y/o las coordinaciones médicas regionales a la que está adscrita, utilizando el instrumento 1.2.1. La resultante será consolidada con la programación del servicio propio y enviada a la regional para continuar con la consolidación por niveles de atención y modalidades de prestación de servicios.

Basados en los lineamientos generales descritos para la programación, en el SME se deben considerar los siguientes lineamientos operativos:

- El gerente de la Unidad y/o la coordinación médica regional definirá que instancia será la responsable de acopiar la información necesaria de acuerdo a los instrumentos para realizar la programación en el SME (idealmente debe ser el mismo que recopila la información para la programación propia de la unidad).
- La programación del SME debe realizarse con la participación del equipo de la unidad, Gerente, jefes de farmacia, epidemiólogos y otros de importancia para la realización de la misma.
- Cuando la empresa cuenta con un número menor de 2,000 empleados, la programación debe ser el 100% de acuerdo a los criterios del **Instrumento 1.2.1**, cuando el número de empleados es mayor de 2,000, se debe programar únicamente el 50% del total resultante de acuerdo a los criterios.
- En el caso de la programación de AQV-F la cantidad a programar dependerá de la capacidad resolutoria del Instituto.

Recuerde:

Estos criterios serán modificados de acuerdo a la experiencia que se obtenga en el transcurso de los primeros dos años.

- Es fundamental aclarar que la cantidad de métodos programados son cantidades de referencia y únicamente sirve para tener un criterio gerencial con el cual realizar la monitoria, de hecho el reabastecimiento se realizará de acuerdo al consumo.
- Una vez elaborada y aprobada la programación, el gerente de las unidades de salud deben convocar a una reunión de trabajo al equipo de la clínica para:
 - Capacitar en los contenidos de la EGSPF.
 - Socializar las programaciones aprobadas por las autoridades del IHSS.
- Las empresas con más de 2,000 empleados que consideren tener capacidad para cubrir más del 50%, la programación debe ser modificada de común acuerdo entre la empresa y los gerentes de las unidades.

Importante:

Cada vez que se adscriba una empresa al SME, la unidad de salud de adscripción con el apoyo de la coordinación, debe realizar todo el proceso de programación como está establecido en este documento.

h) Programación de las parejas a proteger y de la mezcla de métodos en los hospitales propios y subrogados.

Los contenidos de este acápite aplican para las salas de internamiento de los hospitales, ya sean propios o subrogados. Existen dos tipos de población que deben ser atendidas:

- Las mujeres que egresan por un evento obstétrico (aborto, parto por vía vaginal o cesárea)
- Las mujeres y hombres referidos de los servicios ambulatorios (niveles I y II) para que les provea un método permanente.

La programación de métodos a entregar se basa en los resultados de la investigación de la caracterización de la demanda, que establece que al menos el 20% de las mujeres que egresan por un evento obstétrico desean recibir un método de PF antes de salir del Hospital. Se debe hacer una consideración especial en el caso de hospitales propios que en el proceso de validación expresaron que ellos realizan más AQP de las que resultan aplicando el proceso de cálculo establecido en el **Instrumento 1.3.1**, en ese caso se debe ajustar la programación al dato más alto.

El análisis de la capacidad de oferta y el establecimiento de la Brecha, es fundamental en los hospitales sobre todo para la práctica de las AQP. La aplicación de DIU pos placenta o pre alta y la entrega de los otros métodos temporales no necesitan recursos adicionales, porque forman parte de la atención integral en estos momentos clave del proceso reproductivo. Para elaborar estos análisis, los responsables de la programación se deben apoyar en el uso del **Instrumento 1.3.2**.

Durante la consolidación, los coordinadores regionales deben agregar a la programación del hospital, la cantidad de AQP-F y vasectomías que han sido programadas en las unidades primero y segundo nivel, a fin de someter al análisis de la capacidad de oferta.

INSTRUMENTOS E INSTRUCTIVOS DE PROGRAMACION

INSTRUMENTO I.1.1
PROGRAMACION EN BASE A LA DEMANDA DE PAREJAS A PROTEGER CON METODOS DE PF EN LOS
SERVICIOS PROPIOS Y SUBROGADOS DEL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DEL IHSS.

Nombre de la Unidad _____ Tipo de modalidad de atención _____

Ciudad _____ Región _____ Año a programar _____

SECCION I. ESTIMACION DE PAREJAS A PROTEGER		Cotizantes		Total			
		Mujer	Hombre				
1.1	Población asignada de Derechohabientes						
1.2	Demanda potencial (Multiplique la fila 1.1 X 0.35)						
Sección II. Derechohabientes no sujetos a programación							
2.1	Derechohabientes con métodos permanentes (Para la columna mujer multiplique la fila 1.2 x 0.2 y anótela, y para la columna de hombres multiplique la fila 1.2 X 0.11 y anótelo)						
2.2	Derechohabientes que no desean planificar (Para la columna mujer multiplique la fila 1.2 x 0.06 y anótela, para la columna de hombres multiplique la fila 1.2 X 0.07 y anótelo)						
2.3	Embarazos esperados en derechohabientes (Multiplique la fila 1.2 X 0.07)						
2.4	Población de derechohabientes con método natural (Para la columna mujer multiplique la fila 1.2 x 0.05 y anótela, para la columna de hombres multiplique la fila 1.2 X 0.06 y anótelo)						
2.5	Hombre cuya pareja es la que usaría de un método de PF (Multiplique la fila 1.2 X 0.4)						
2.6	Total de derechohabientes no sujetos a programación (Sumar las filas 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 y 2.5 y anotar)						
SECCION III Total de parejas a proteger							
3.1	Total de parejas a proteger (Restar fila 2.6 de la fila 1.2)						
Sección IV Mezcla de métodos							
Tipo de método programado de acuerdo al total de parejas a proteger		Parejas a proteger			Factor de conversión (D)	Método por año (E)	Método por mes (F)
		Mujer (A)	Hombre (B)	Total (C)			
4.1	Condomes (fila 3.1M X 0.13 y 3.1H X 0.95)				X 120		
4.2	Condomes todo uso (copie de la fila 4.1 del instrumento I.1.2)						
4.3	Orales combinados (fila 3.1 M X 0.25)				X 15		
4.4	Orales progestina sola (fila 3.1 M x 0.01)				X 15		
4.5	Inyectables (fila 3.1 M X 0.23)				X 4		
4.6	DIU (fila 3.1 M X 0.18)				X 1		
4.7	Vasectomía (fila 3.1 H X 0.05)				X 1		
4.8	AQV-F (fila 3.1 M X 0.2)				X 1		
Total							

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 1.1.1
PROGRAMACION EN BASE A LA DEMANDA DE PAREJAS A PROTEGER CON METODOS DE PF EN LOS SERVICIOS
DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DEL IHSS**

Nombre de la unidad: Anotar el nombre y ubicación de la unidad de salud
Tipo de modalidad de atención: Anote si se trata de un servicio propio o subrogado
Ciudad: La que corresponda a la ubicación de la unidad.
Región de salud o instancia de quien depende: Anotar el nombre de la región de salud.
Año a programar: Es el año fiscal que se programa.

SECCION 1 ESTIMACION DE PAREJAS A PROTEGER

1.1 Población asignada derechohabiente: anote en esta casilla el grupo poblacional de 12 a 49 años, los hombres, mujeres y el total de asegurados que en términos de ley tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones debidas del instituto y que están asignadas o carnetizadas en la unidad que está programando.

1.2 Demanda potencial: Multiplique la población total de hombre y mujeres asignada de derechohabiente a la unidad que esta programando X 0.35 (considerando que el 35% de los derechohabientes hombres, mujeres y total, demandan atención por cualquier motivo por lo menos una vez en el año),

SECCION 2 DERECHOHABIENTES NO SUJETOS A PROGRAMACION

- 2.1 Derechohabientes hombres y mujeres con métodos permanentes de PF:** En la columna "mujer" anote el resultado de multiplicar la fila 1.2 X 0.2 y en la columna hombre multiplique la fila 1.2 X 0.11 y anote. En la columna total sume la cantidad de hombres y mujeres y anótela.
- 2.2 Derechohabientes hombres y mujeres que no desean planificar:** Multiplique la población de mujeres de la fila 1.2 X 0.06 y anote el resultado, la población de hombres de la fila 1.2 multiplíquela por 0.07 y anote. En la columna total sume la cantidad de hombres y mujeres y anótela.
- 2.3 Embarazos esperados:** El dato de la población de mujeres derechohabientes de la fila 1.2 multiplíquelo por 0.07 y anote el resultado en esta casilla, copie esta cantidad en la columna total.
- 2.4 Derechohabientes hombres y mujeres que desean planificar con un método natural:** Multiplique la demanda potencial de mujeres de la fila 1.2 y multiplíquelo X 0.05, Seguidamente multiplique la demanda potencial de hombres de la fila 1.2 y multiplíquelo por 0.06 y anótelo. En la columna total sume la cantidad de hombres y mujeres y anótela.
- 2.5 Hombre cuya pareja es la usuaria de un método de PF:** Multiplique la demanda potencial de hombres de la fila 1.2 X 0.4 copie la cantidad en la columna total.
- 2.6 Total de derechohabientes no sujetos a programación:** Son todas aquellas mujeres y hombres que por cualquier razón no utilizan un método de PF y por tanto no son sujetos a programación por los servicios, resulta de sumar las filas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 y 3.5 para hombres y mujeres. En la columna total sume la cantidad de hombres y mujeres y anótela.

SECCION 3 TOTAL DE PAREJAS A PROTEGER

3.1 El total de parejas a proteger se obtiene de restar la fila 2.6 de la fila 1.2 en cada columna.

Sección 4 MEZCLA DE METODOS

Observaciones Generales:

1. Los números que aparecen en la columna D son los factores de conversión (Estándares internacionales)
2. En la Columna E, exceptuando la fila 4.2 anote el resultado de multiplicar la Columna C por D.
3. En la Columna F anote el resultado de dividir la Columna E entre 12.
4. En la columna C filas 4.1 y total sume las cantidades de las columnas A y B.
5. En la Columna de la 4.2 a la 4.8 copie las cantidades de la fila A o B

4.1 Condones:

Columna (A): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de mujeres a proteger (3.1 mujer) por 0.13

Columna (B): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de hombres a proteger (3.1 hombre) por 0.95

4.2 Condones para todo uso:

Para completar la programación anual de condones se deben incluir los condones para prevención de ITS VIH SIDA y para Ultra Sonido vaginal, en la Columna E, copie la cantidad total de condones anotadas en la fila 4.1 del instrumento 1.1.2.

4.3 Orales combinados:

Columna (A): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de mujeres a proteger (3.1 mujer) por 0.25

4.4 Orales progestina sola

Columna (A): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de mujeres a proteger (3.1 mujer) por 0.01

4.5 Inyectables

Columna (A): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de mujeres a proteger (3.1 mujer) por 0.23

4.6 Dispositivo intrauterino DIU

Columna (A): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de mujeres a proteger (3.1 mujer) por 0.18

4.7 Vasectomía

Columna (B): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de hombres a proteger (3.1 hombre) por 0.05

4.8 AQV F

Columna (A): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de mujeres a proteger (3.1 mujer) por 0.2

Total: Sume para totalizar las columnas A, B y C.

INSTRUMENTO 1.1.2

PROGRAMACIÓN DE CONDONES PARA TODO USO EN LOS SERVICIOS PROPIOS Y SUBROGADOS DEL IHSS

Unidad de Salud: _____ Modalidad _____ Año _____

Sección 1. Programación de condones para personas que viven con VIH		
No.	Criterios	Total
1.1	Población femenina mayor de 15 años con VIH atendida en la unidad de salud	
1.2	Población masculina mayor de 15 años con VIH atendida en la unidad de salud	
1.3	Total de la población a programar (<i>Sume la fila 1.1 más la fila 1.2</i>)	
1.4	Total de Condones que la población usara durante el año (<i>Multiplique la fila 1.3 X 138 que es el promedio de condones que usa esta población en el año</i>)	
Sección 2: Programación de condones para eventos especiales		
2.1	Población de derechohabientes mayores de 15 años asignados a la unidad de salud	
2.2	Total de condones a programar por cada evento especial (Fila 2.1 X 3 condones)	
2.3	Número Total de condones a programar para eventos especiales en el año (Fila 2.2 X 2 eventos)	
Sección 3. Programación de condones otros usos		
3.1	USG Vaginal	
Sección 4: Total de programación de condones en el año		
4.1.	Total de Condones a programar (Sume las filas 1.4 + 2.4 + 3.1)	

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 1.1.2
PROGRAMACIÓN DE CONDONES PARA TODO USO EN LOS SERVICIOS PROPIOS Y SUBROGADOS
DEL IHSS**

Datos Generales:

Unidad de Salud: anote el nombre de la unidad de salud que está programando, sea propia o subrogada
Modalidad: anote la modalidad de prestación de servicios, si es propia o subrogada
Año: anote el año que está programando

Sección 1: Programación de condones para personas que viven con VIH

Aplica únicamente a las unidades de salud que atienden personas VIH positivas

- 1.1:** Anote el total de mujeres mayores de 15 años con VIH que son atendidas en la unidad de salud
- 1.2:** Anote el total de hombres mayores de 15 años con VIH que son atendidos en la unidad de salud
- 1.3:** La población total a atender resulta de sumar las filas 1.1 y 1.2, que es el total de hombres y mujeres mayores de 15 años con VIH que son atendidas en la unidad de salud
- 1.4:** La cantidad total de condones que se entregarán a esta población, resulta de multiplicar su valor (1.3) por 138 que es el promedio anual de relaciones sexuales que tienen.

Sección 2: Programación de condones para eventos especiales

Aplica a todas las unidades de salud

- 2.1:** Anote la cantidad de derechohabientes mayores de 15 años que están asignados a la unidad, este dato lo provee la oficina de Sub gerencia de afiliación
- 2.2:** La cantidad de condones a distribuir en cada evento resulta de multiplicar la población asignada (2.1) por 3 que es la cantidad de relaciones sexuales que se espera tengan las personas en la semana que se produce el evento
- 2.3:** La cantidad total de condones a distribuir en el año en eventos especiales resulta de multiplicar la cantidad de cada evento (2.2) por dos que son los eventos que se celebran en el año (verano saludable y día mundial del Sida)

Sección 3: Programación de condones otros usos

Aplica para las unidades de salud en las que se practica ultrasonido por vía vaginal

- 3.1:** Anotar la cantidad de condones que se usan anualmente para practicar ultrasonidos por vía vaginal según los registros de la unidad

Sección 4: Total de programación de condones en el año

- 4.1:** Es el total de condones para todo uso que se distribuirán por la unidad de salud en el año y resulta de sumar las filas 1.4, 2.3 y 3.1. Este valor además lo debe copiar en la fila 4.2 del instrumento 1.1.1 y fila 3.2 del instrumento 1.1.3

INSTRUMENTO 1.1.3

PROGRAMACION DE PAREJAS A PROTEGER CON METODOS DE PF EN BASE AL ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DE OFERTA DE LOS SERVICIOS PROPIOS Y SUBROGADOS DEL IHSS

Nombre de la Unidad _____ Ciudad _____
 Región de salud _____ Año Programado _____

Sección 1.- Disponibilidad de horas anuales por tipo de recurso capacitado para suministrar métodos de PF								
Recursos		ACO 21%	Inserción de DIU 13%	Condón 27%	Inyectable Trimestral 22%	AQV-F 15%	Vasectomí a 2%	Total
1	Médicos Especialistas							
2	Médicos Generales							
3	Total Horas Médico							
4	Auxiliar de enfermería							

Sección 2: Estimación del total de parejas a proteger por tipo de método en el año				
Tipo de método		Disponibilidad de horas anuales por médico para brindar atenciones en PF (A)	Parámetro de programación en horas X Medico (B)	Total parejas a proteger en el año (C)
1.1	Condomes		/ 0.25	
1.2	Orales		/ 0.25	
1.3	Inyectables		/ 0.25	
1.4	DIU		/ 0.25	
1.5	AQV/Mujeres		/ 0.25	
1.6	Vasectomía		/ 0.25	
Total				

Sección 3: Estimación de la cantidad de métodos a programar en el año					
Tipo de método programado de acuerdo al total de parejas a proteger		Parejas a proteger Total (A)	Factor de conversión (B)	Método por año (C)	Método por mes (D)
3.1	Condomes		X 120		
3.2	Condomes todo uso (copie de la fila 4.1 del instrumento 1.1.2)				
3.3	Orales combinados		X 15		
3.4	Inyectables		X 4		
3.5	DIU		X 1		
3.6	AQV/Mujeres		X 1		
3.7	Vasectomía		X 1		
3.8	Total				

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 1.1.3
PROGRAMACION DE PAREJAS A PROTEGER CON METODOS DE PF EN BASE AL ANÁLISIS DE LA
CAPACIDAD DE OFERTA DE LOS SERVICIOS PROPIOS Y SUBROGADOS DEL IHSS**

Datos Generales:

Nombre de la Unidad de Salud: anote el nombre de la unidad de salud que está programando, sea propia o subrogada

Ciudad: anote la ciudad donde está ubicada la Unidad de Salud

Región de Salud: anote la instancia que la coordina o reporta, por ejemplo Coordinación, Gerencias y otros

Año Programado: anote el año que está programando

Sección 1: Disponibilidad de horas anuales por tipo de recurso capacitado para suministrar métodos de PF

El llenado se inicia en la columna total, el gerente/Director/responsable de la US debe tomar la decisión del número de horas diarias que cada recurso va a dedicar a las actividades de PF esa cantidad se anota en la columna "Total" de las filas 1 a 5. Esta decisión la debe tomar como resultado del análisis de la demanda total que tiene que atender la US y los recursos con que cuenta. La cantidad de horas anuales que va a anotar en cada casilla de la columna total resulta de multiplicar el número de horas diarias asignadas a cada recurso por 240 días hábiles que tiene el año.

Para calcular el número de horas que cada recurso dedicará a entregar por tipo de método se seguirá lo siguiente:

- Los porcentajes que aparecen consignados en la casilla de cada método resultaron de la caracterización de la demanda de PF del IHSS realizada en 2012 y constituye la mezcla de métodos del instituto.
- Para llenar cada casilla de tipo de recurso por tipo de método se multiplica el porcentaje de uso de cada método por el total de horas anuales asignadas a cada recurso, Por ejemplo:

Fila 1: ACO multiplique las horas asignadas (fila 1/ columna Total) por 0.21. Significa que si el total de horas anuales por especialista es 480, multiplica esta cantidad por 0.21, el resultado, 101, anótelos en la casilla de la fila 1/columna ACO.

- **Fila 3:** Sume el valor de la filas 1 y 2 de cada columna

Sección 2: Estimación del total de parejas a proteger por tipo de método en el año

La programación de las parejas a proteger se hará únicamente con el total de horas/médico disponibles (Fila 3) ya que son los que atienden a los derechohabientes por lo menos una vez en el año para prescribirles métodos de PF.

La información de las enfermeras y auxiliares de enfermería le servirá al gerente/director/responsable de la US para realizar el análisis de la brecha y negociar en caso de que sea necesario.

En la columna A copiar los valores de la fila 3 de la sección 1.

En la columna B se consigna el tiempo en horas que el médico debe dedicar para brindar una atención nueva de acuerdo al estatuto del empleado médico.

Para llenar cada fila de la columna C, multiplique los valores correspondientes de la columna A por los de la B.

Sección 3: Estimación de la cantidad de métodos a programar en el año

Para llenar los valores de la columna A: la fila 3.1 y de la 3.3 a 3.7 copiarlos de la columna C de la sección 2. La fila 3.2 copie el valor de la fila 4.1 del instrumento 1.1.2.

Para llenar los valores de la columna D: dividir los valores de la columna C entre 12.

INSTRUMENTO 1.1.4

CALCULO DE LA BRECHA DE PAREJAS A PROTEGER Y ESTIMACION DE NECESIDADES PARA CUBRIR LA PROGRAMACIÓN EN BASE A DEMANDA

Nombre de la Unidad _____ Ciudad _____

Región de salud _____ Año Programado _____

Sección 1: Cálculo de la brecha				
METODO		TOTAL DE PAREJAS A PROTEGER EN BASE A DEMANDA (A)	TOTAL DE PAREJAS A EN BASE A CAPACIDAD DE OFERTA (B)	BRECHA (C)
1	Condomes			
2	Orales			-
3	Inyectables			
4	DIU			
5	AQV/Mujeres			
6	Vasectomía			
TOTAL				

Sección 2.- Estimación de la Necesidad de horas anuales por tipo de recurso capacitado para suministrar métodos de PF							
TIPO DE METODO	ACO	Inserción de DIU	Condón	Inyectable Trimestral	AQV-F	Vasectomía	Total
BRECHA DE PAREJAS A PROTEGER							
1 Médicos (x 0.25)							
2 Auxiliar de enfermería(x 0.25)							

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO I.1.4
CALCULO DE LA BRECHA DE PAREJAS A PROTEGER Y ESTIMACION DE NECESIDADES PARA CUBRIR
LA PROGRAMACION EN BASE A LA DEMANDA**

Datos Generales:

Nombre de la Unidad de Salud: anote el nombre de la unidad de salud que está programando, sea propia o subrogada

Ciudad: anote la ciudad donde está ubicada la Unidad de Salud

Región de Salud: anote la instancia que la coordina o reporta, por ejemplo Coordinación, Gerencias y otros

Año Programado: anote el año que está programando

Sección I: Calculo de la Brecha

Columna A: Total de parejas a proteger en base a la demanda.

Fila 1: Copie el valor de la columna C, fila 4.1 de la sección 4 del instrumento I.1.1

Fila 2: sume las cantidades de las fila 4.3 y 4.4 de la columna C de la sección 4 del instrumento I.1.1

Filas 3 a 6: copie los valores que corresponden de las filas 4.5 a 4.8 de la columna C de la sección 4 del instrumento I.1.1

Columna B: Total de parejas a proteger en base a la capacidad de oferta

Copie los valores que corresponden de la columna C del Instrumento I.1.3

Columna C: Calculo de la Brecha

Anote los valores que resulten de restar los de la columna B a los de la A ($A - B$)

Sección 2: Estimación de la necesidad de horas anuales por tipo de recurso capacitado para suministrar métodos de PF.

Brecha de parejas a proteger: Copie los datos de la Columna C de la sección I, a esta fila según el método que corresponda.

Filas 1 y 2: Multiplique los datos de la fila Brecha de parejas a proteger para cada uno de los métodos X 0.25 y anótelos en la casilla que corresponde.

El gerente debe utilizar el total de horas/recurso resultante para negociar con los niveles superiores.

INSTRUMENTO 1.2.1

PROGRAMACION DE PAREJAS A PROTEGER CON METODOS DE PF EN LAS CLINICAS DEL SISTEMA MEDICO DE EMPRESA

Unidad De Salud _____ Nombre de la Empresa _____
 Ciudad _____ Región de salud _____ Año a programar _____

Sección 1: ESTIMACION DE LA DEMANDA POTENCIAL							
Cotizantes		Mujer (M)	Hombre (H)	Total (T)			
1.1	Demanda potencial = población asignada de derechohabientes (100% si el # de empleados es menos de 2000 y 50% si es mayor)						
Sección 2: Calculo de derechohabientes no sujetos a programación							
2.1	Derechohabientes con métodos permanentes (Multiplique 1,1 M x 0.2, 1.1 H X 0.11y sume 2.1M más 2.1H)						
2.2	Derechohabientes que no desean planificar (Multiplique 1,1 M x 0.06, 1.1 H X 0.07y sume 2.2M más 2.2H)						
2.3	Embarazos esperados en derechohabientes (Multiplique la fila 1.1 X 0.07)						
2.4	Población de derechohabientes con método Natural (Multiplique 1,1 M x 0.05 1.1 H X 0.06y sume 2.4M más 2.4H)						
2.5	Hombres cuya mujer usa otro método (Multiplique la fila 1.1 X 0.4)						
2.6	Total de derechohabientes no sujetos a programación (En las tres columnas Suma las filas de la 2.1 a la 2.5)						
Sección 3: Total de Parejas a Proteger							
3.1	Total de parejas a proteger (Reste la fila 1 menos la fila 2.6)						
Sección 4: Mezcla de métodos							
Tipo de método programado de acuerdo al total de parejas a proteger		Parejas a proteger			Factor de conversión (D)	Método por año (E)	Método por mes (F)
		Mujer (A)	Hombre (B)	Total (C)			
4.1	Condomes M X 0.13 H X 0.95				X 120		
4.2	Orales combinados X 0.25				X 15		
4.3	Orales progestina sola 0.01				X 15		
4.4	Inyectables X 0.23				X 4		
4.5	DIU X 0.18				X 1		
4.6	Vasectomía X 0.05				X 1		
4.7	AQV X 0.2				X 1		
Total							

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 1.2.1
PROGRAMACION DE PAREJAS A PROTEGER CON METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS CLINICAS DEL
SISTEMA MEDICO DE EMPRESA**

Datos Generales:

Nombre de la Unidad de Salud: anote el nombre de la unidad de salud que está programando, sea propia o subrogada

Nombre de la Empresa: anote el nombre de la empresa que está programando.

Ciudad: anote la ciudad donde está ubicada la Unidad de Salud

Región de Salud: anote la instancia que la coordina o reporta, por ejemplo Coordinación, Gerencias y otros

Año a Programar: anote el año que está programando

SECCION I ESTIMACION DE LA DEMANDA POTENCIAL

1.1 Demanda potencial es igual a la población de hombres y mujeres mayores de 15 años que la empresa tiene registrada como empleada. Si la empresa tiene menos de 2000 empleados anote el 100% de hombres, mujeres y total en la casilla correspondiente, si tiene más de 2000 empleados anote solo el 50% de hombres, mujeres y total.

SECCION 2 CALCULO DE DERECHOHABIENTES NO SUJETOS A PROGRAMACION

2.1 Derechohabientes hombres y mujeres con métodos permanentes de PF: En la columna "mujer" anote el resultado de multiplicar la fila 1.1M X 0.2 y en la columna hombre" anote el resultado de multiplicar la fila 1.1H X 0.11, en la columna Total anote la suma de ambas.

2.2 Derechohabientes hombres y mujeres que no desean planificar: En la columna "mujer" anote el resultado de multiplicar la fila 1.1M X 0.07, en la columna hombre" anote el resultado de multiplicar la fila 1.1H por 0.06 y en la columna total anote la suma de ambas.

2.3 Embarazos esperados: En la columna "mujer" anote el resultado de multiplicar la fila 1.1M X 0.07 y copie el mismo dato en la columna de total.

2.4 Población derechohabiente con método natural: En la columna "mujer" anote el resultado de multiplicar la fila 1.1M X 0.05 y en la columna hombre" anote el resultado de multiplicar la fila 1.1H X 0.06, en la columna Total anote la suma de ambas.

2.5 Hombres cuya mujer usa otro método de PF: En la columna hombres anote el resultado de multiplicar la fila 1.1H X 0.4, copie este dato en la columna 2.5 total.

2.6 Total de derechohabientes no sujetos a programación: Sume las tres columnas de la fila 2.1 a la 2.5.

SECCION 3 TOTAL DE PAREJAS A PROTEGER:

3.1 Anote el resultado restar las cantidades de las filas 2.6 M, 2.6H y 2.6T de las filas 1.1M, 1.1H y 1.1T.

SECCION 4 MEZCLA DE METODOS

Observaciones Generales:

- Los números que aparecen en la columna D son los factores de conversión (Estándares internacionales)
- En la Columna E, exceptuando la fila 4.2 anote el resultado de multiplicar la Columna C por D.
- En la Columna F anote el resultado de dividir la Columna E entre 12.
- En la columna C filas 4.1 y total sume las cantidades de las columnas A y B.
- En la Columna de la 4.2 a la 4.8 copie las cantidades de la fila A o B

4.1 Condones:

Columna (A): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de mujeres a proteger (3.1 mujer) por 0.13

Columna (B): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de hombres a proteger (3.1 hombre) por 0.95

4.2 Condones para todo uso:

Para completar la programación anual de condones se deben incluir los condones para prevención de ITS VIH SIDA y para Ultra Sonido vaginal, en la Columna E, copie la cantidad total de condones anotadas en la fila 4.1 del instrumento 1.1.2.

4.3 Orales combinados:

Columna (A): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de mujeres a proteger (3.1 mujer) por 0.25

4.4 Orales progestina sola

Columna (A): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de mujeres a proteger (3.1 mujer) por 0.01

4.5 Inyectables

Columna (A): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de mujeres a proteger (3.1 mujer) por 0.23

4.6 Dispositivo intrauterino DIU

Columna (A): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de mujeres a proteger (3.1 mujer) por 0.18

4.7 Vasectomía

Columna (B): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de hombres a proteger (3.1 hombre) por 0.05

4.8 AQV F

Columna (A): Anote el resultado de multiplicar la cantidad de mujeres a proteger (3.1 mujer) por 0.2

Total: Sume para totalizar las columnas A, B y C.

INSTRUMENTO No. 1.3.1
PROGRAMACION EN BASE A DEMANDA DE LAS PAREJAS A PROTEGER Y DE LA MEZCLA DE
METODOS EN LOS HOSPITALES PROPIOS Y SUBROGADOS

Nombre de la unidad _____ Modalidad de prestación de Servicios _____

Ciudad _____ Región _____ Año a programar _____

Sección 1: Estimación de la demanda total anual (Número de egresos PEO estimados en el año a programar)					
		Egresos Postparto (A)	Egresos post aborto (B)	Total de egresos PEO (C)	
1.1	Egresos PEO del año anterior				
1.2	Demanda Total = Egresos PEO esperados en al año a programar (Fila 1.1 x 1.01)				
Sección 2 Estimación del Número de parejas a proteger					
Parejas a Proteger			Egreso pos parto (A)	Egreso pos aborto (B)	Total (C)
2.1	Demanda potencial (Fila 1.2 X 0.2)				
2.2	Parejas no sujetas a programación por su intención de usar métodos naturales (Multiplicar fila 2.1 columnas A y B y multiplicar el u por 0.04)				
2.3	Demanda Real (Restar fila 2.1 – fila 2.2)				

Sección 3: Mezcla de métodos							
		Número de parejas		Total de parejas (C)	Factor de conversión (D)	Número de métodos	
		Pos parto (A)	Pos aborto (B)			Anual (E)	Mensual (F)
3.1	AQV (PP 34%, PA 25%)				Por 1		
3.2	DIU (PP 54%, PA 40%)				Por 1		
3.3	ACO (PA 7 %)				Por 15		
3.4	Inyectables (PA 9%)				Por 4		
3.5	Condomes (PP 12%, PA 9%)				Por 120		
Total							

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 1.3.1

Datos Generales:

Nombre de la Unidad de Salud: anote el nombre de la unidad de salud que está programando, sea propia o subrogada

Modalidad de Prestación de Servicios: anote si es propia o subrogada

Ciudad: anote la ciudad donde está ubicada la Unidad de Salud

Región de Salud: anote la instancia que la coordina o reporta, por ejemplo Coordinación, Gerencias y otros

Año a Programar: anote el año que está programando

Sección 1: Estimación de la demanda total anual (Número de egresos PEO estimados en el año a programar)

I.1 A: anote el número total de mujeres que en el año anterior egresaron por un parto, ya sea por vía vaginal o por cesárea

I.1 B: anote el número total de mujeres que en el año anterior egresaron por un aborto

I.1 C: sume los valores de las secciones I.1 A y B

I.2 A y B: anote el resultado de multiplicar las cantidades de las casillas I.1 A y B por I.01

I.2 C: sume las cantidades de A y B.

Sección 2: Estimación del Número de parejas a proteger

Fila 2.1 A y B: Anote el resultado de multiplicar las cantidades de las casillas 1.2A y 1.2B por 0.2 que significa el 20% de las mujeres que quieren usar un método de PF antes de salir del hospital.

Fila 2.1 C: sume las casillas 2.1 A y 2.1 B.

Fila 2.2 A y B: Anote el resultado de multiplicar cada una de las cantidades de las columnas A y B por 0.04

Fila 2.2 C: sume los valores de 2.2 A y B

Fila 2.3: Anote el resultado de restar las cantidades de las casillas 2.2 A, B y C de las 2.1 A, B y C respectivamente.

Sección 3: Mezcla de métodos

Aquí se hace la distribución porcentual de las parejas a proteger por tipo de método

Fila 3.1 A: Anote el resultado de multiplicar la cantidad de la casilla 2.3 A por 0.34 que es el porcentaje de mujeres que después de un parto quieren planificar con AQV

Fila 3.1 B: Anote el resultado de multiplicar la cantidad de la casilla 2.3 B por 0.25 que es el porcentaje de mujeres que después de un aborto quieren planificar con AQV

Fila 3.1 C: Anote el resultado de sumar las casillas 3.1 A y B

Fila 3.2 A: Anote el resultado de multiplicar la cantidad de la casilla 2.3 A por 0.54 que es el porcentaje de mujeres que después de un parto quieren planificar con DIU

Fila 3.2 B: Anote el resultado de multiplicar la cantidad de la casilla 2.3 B por 0.40 que es el porcentaje de mujeres que después de un aborto quieren planificar con DIU

Fila 3.2 C: Anote el resultado de sumar las casillas 3.2 A y B

Fila 3.3 B: Anote el resultado de multiplicar la cantidad de la casilla 2.3 B por 0.07 que es el porcentaje de mujeres que después de un aborto quieren planificar con ACO

Fila 3.3 C: Copie la cantidad de la casilla 3.3 B

Fila 3.4 B: Anote el resultado de multiplicar la cantidad de la casilla 2.3 B por 0.09 que es el porcentaje de mujeres que después de un aborto quieren planificar con inyectables

Fila 3.4 C: Copie la cantidad de la casilla 3.4 B

Fila 3.5 A: Anote el resultado de multiplicar la cantidad de la casilla 2.3 A por 0.12 que es el porcentaje de mujeres que después de un parto quieren planificar con condón

Fila 3.5 B: Anote el resultado de multiplicar la cantidad de la casilla 2.3 B por 0.09 que es el porcentaje de mujeres que después de un aborto quieren planificar con condón

Fila 3.5 C: Anote el resultado de sumar las casillas 3.5 A y B

Fila Total: sume para totalizar todas las casillas de cada columna

Columna E: para llenar las casillas de columna "E", multiplique los valores de cada casilla de la columna "C" por los factores de conversión que aparecen en la columna "D" respectivamente

Columna F: divida los valores de la columna "E" entre I2

INSTRUMENTO No. 1.3.2
PROGRAMACION EN BASE A CAPACIDAD DE OFERTA DE LAS PAREJAS A PROTEGER CON AQV-F EN
LOS HOSPITALES PROPIOS Y SUBROGADOS Y ESTIMACION DE LA BRECHA ENTRE
PROGRAMACIONES

Nombre de la Unidad _____ Modalidad de Prestación de Servicios _____

Ciudad _____ Región de salud _____ Año Programado _____

Sección 1.- Disponibilidad de Horas Anuales por tipo de Recurso y Estimación de Parejas a Proteger con AQV - F				
	Recursos (A)	Horas Disponibles para AQV-F (B)	Parámetro de Programación (C)	Total de Parejas a Proteger (D)
1.1	Médicos Especialistas		/0.75	
1.2	Médicos Generales		/0.75	
1.3	Auxiliar de enfermería Instrumentista		/0.75	
1.4	Auxiliar de enfermería Circulante		/0.75	
1.5	Técnico de Anestesia		/0.75	
1.6	Total			

Sección 2: Cálculo de la brecha entre programaciones				
	Tipo de Método (A)	Total de parejas a proteger en base a demanda (B)	Total de parejas a proteger en base a capacidad de oferta (C)	Brecha de la Programación (D)
2.1	AQV			

Sección 3.- Cálculo de la necesidad de horas por tipo de recurso para cubrir la brecha entre programaciones				
	Recursos (A)	Brecha de Parejas a Proteger (B)	Parámetro de Programación (C)	Total de Horas necesarias por tipo de recurso (D)
3.1	Médicos Especialistas		X 0.75	
3.2	Médicos Generales		X 0.75	
3.3	Auxiliar de enfermería Instrumentista		X 0.75	
3.4	Auxiliar de enfermería Circulante		X 0.75	
3.5	Técnico de Anestesia		X 0.75	

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO I.3.2

PROGRAMACION EN BASE A CAPACIDAD DE OFERTA DE LAS PAREJAS A PROTEGER CON AQV-F EN LOS HOSPITALES PROPIOS Y SUBROGADOS Y ESTIMACION DE LA BRECHA ENTRE PROGRAMACIONES

Nombre de la Unidad de Salud: anote el nombre de la unidad de salud que está programando, sea propia o subrogada.

Modalidad de Prestación de Servicios: anote si es propia o subrogada

Ciudad: anote la ciudad donde está ubicada la Unidad de Salud

Región de Salud: anote la instancia que la coordina o reporta, por ejemplo Coordinación, Gerencias y otros

Año a Programar: anote el año que está programando

Sección I.- Disponibilidad de Horas Anuales por tipo de Recurso y Estimación de Parejas a Proteger con AQV – F

En este instrumento se va a calcular las necesidades de recursos humanos para realizar las AQV – F en base a la necesidad de horas Médico Especialista, ya que el resto de recursos forman parte del mismo equipo de trabajo, en el mismo tiempo; sin embargo es necesario calcular el tiempo de estos recursos con el propósito de establecer las diferencias para que el director pueda negociar la adquisición de los que hagan falta. El tiempo que se necesita para suministrar los otros métodos está incluido en la atención integral del aborto, el parto y el puerperio.

El llenado se inicia en la columna B de la sección I, en la cual el Gerente/Director del Hospital debe tomar la decisión del número de horas diarias que cada recurso va a dedicar a la realización de las AQV – F; esa cantidad la debe multiplicar por 240 que corresponde a los días hábiles que tiene el año; el resultado se anota en la columna “B” de las filas 1 a 5. Esta decisión la debe tomar teniendo en consideración su criterio personal para atender esta actividad o la disponibilidad actual de recursos con que cuenta.

Columna C: Es un estándar que hace referencia el tiempo en horas necesarias para realizar una AQV – F.

Columna D: Anote el resultado de dividir los valores de la columna B entre el estándar descrito en la Columna C.

Fila 1.6 – Columna D: Copie la cantidad de la fila 1.1 de la columna D. Este es el número total de parejas a proteger en base a la capacidad de oferta.

Sección 2: Cálculo de la brecha entre programaciones

Columna B, Fila 2.1 Copie el dato de parejas a proteger con AQV – F en base a demanda de la casilla correspondiente a la fila 3.1, Columna E, sección 3 del instrumento I.3.1

Columna C, Fila 2.1 Copie el dato de parejas a proteger con AQV – F en base a oferta de la casilla correspondiente a la fila 1.6, Columna D, sección I de este instrumento

Columna D, Fila 2.1 Reste la cantidad descrita en la columna B menos la cantidad de la columna C y copie el resultado en la fila 2.1 de la columna D. Este dato corresponde a la brecha de la programación.

Sección 3.- Cálculo de la necesidad de horas por tipo de recurso para cubrir la brecha entre programaciones

Columna B: Copie el dato obtenido en la columna D fila 2.1 de este instrumento en las filas de la 1 a la 5.

Columna C: Es un estándar que hace referencia al tiempo en horas necesarias para realizar una AQV – F.

Columna D: Anote el resultado de multiplicar los valores de la columna B por el estándar descrito en la Columna C. Esta es la cantidad en horas anuales por recurso, necesarias para cubrir la brecha entre las dos programaciones y debe servir de insumo a la Dirección para la negociación con los niveles superiores.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO I.4**CONSOLIDADO DE LA PROGRAMACIÓN EN LA UNIDAD DE SALUD PROPIA**

Nombre de la Unidad de Salud: anote el nombre de la unidad de salud propia que está consolidando.

Modalidad de Prestación de Servicios: anote si es propia.

Ciudad: anote la ciudad donde está ubicada la Unidad de Salud

Región de Salud: anote la instancia que la coordina o reporta, por ejemplo Coordinación, Gerencias y otros

Año a Programar: anote el año que está programando.

Sección 1: Consolidado de las Clínicas del SME

Columna A Clínica/Empresa: anote el nombre de las unidades del SME que están adscritas a la unidad propia que consolida, anote una unidad de salud en cada fila.

Columnas B, C, D, E, F, G, H: escriba la información de las cantidades programadas para cada método por unidad de salud del SME. Esta información debe ser obtenida del instrumento de programación que se elaboró para cada unidad del SME.

Fila Sub total clínicas SME: sume las cantidades programadas por cada tipo de método en las unidades del SME y anótelos en esta fila.

Sección 2: Programación de la propia Unidad

Fila Programación de la US por tipo de método: para cada método anote el dato de las cantidades programadas por la unidad de salud propia en el espacio asignado de las columnas B, C, D, E, F, G, H. Esta información debe ser obtenida del instrumento de programación que se elaboró para la unidad de salud propia.

Sección 3: Total de la Programación por tipo de método

Fila Total Consolidado: Para cada método sume el dato de la Fila Sub total clínicas SME más el dato de la Fila Programación de la US por tipo de método y anote el resultado en el espacio en blanco.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO I.5 CONSOLIDADO DE LA PROGRAMACIÓN A NIVEL REGIONAL.

Región de Salud: anote la instancia que la coordina o reporta, por ejemplo Coordinación, Gerencias y otros

Año a Programar: anote el año que está programando.

Ciudad: anote la ciudad donde está ubicada la región.

Sección I:

Columna A Unidad de Salud: coloque el nombre de las unidades de salud propias que están adscritas a la región, para cada unidad de salud ocupe una fila.

Columnas B, C, D, E, F, G, H: escriba la información de las cantidades programadas para cada método por cada unidad de salud propia adscrita a la región que está consolidando. Esta información debe ser obtenida del instrumento de programación que se elaboró para cada unidad de salud propia.

Fila Total Consolidado: Para cada método sume los datos programados por las unidades de salud propias y anote el resultado en el espacio en blanco. Ese dato corresponde a la cantidad de métodos que la región programa entregar para el próximo año (incluye las unidades propias y del SME)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO I.6

CONSOLIDADO DE LA PROGRAMACIÓN A NIVEL NACIONAL.

Año Programado: Anote el año que está programando.

Sección I:

Columna A Región: Coloque el nombre de las regiones de salud que informan al nivel superior. Para cada región ocupe una fila.

Columnas B, C, D, E, F, G, H: Escriba la información de las cantidades programadas para cada método por cada región de salud adscrita al nivel central. Esta información debe ser obtenida del Consolidado de programación que se elaboró para región de salud.

Fila Total Consolidado: Para cada método sume los datos programados por las regiones que informan al nivel central y anote el resultado en el espacio en blanco. Ese dato corresponde a la cantidad de métodos que la institución se programa entregar a nivel nacional para el próximo año.

Capítulo 5: Organización de los Servicios

a) Conceptos Operativos

- **Promoción de los servicios:** Son las actividades orientadas a informar a los derechohabientes sobre la importancia de la planificación familiar para su salud y la de su familia, así como de la oferta de atenciones y métodos de PF que la institución pone a su disposición.
- **Oferta de Servicios de PF:** Es la gama de atenciones en PF que el IHSS pone a disposición de los derechohabientes
- **Provisión de los servicios:** Es la entrega de las atenciones y métodos a las personas derechohabientes por parte del personal de las unidades de salud.

b) Definición

La organización de los servicios en las modalidades de prestación se opera a través de la implementación de los “Flujos de Atención en PF”. Estos esquematizan la forma en que las diferentes unidades de salud, se deben organizar para promover, ofertar y proveer con calidad cada una de las atenciones en planificación familiar.

Las actividades se promueven en el marco de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos a través de la estrategia de Información, Educación y comunicación, de las ferias de la salud y otras oportunidades de contacto con los derechohabientes, la oferta y captación se realiza mediante la consejería y la provisión a través de la aplicación de las Guías Clínicas del IHSS.

c) Descripción de la organización de los servicios

1) Aspectos Generales

La oferta de servicios del IHSS esta provista por una red de unidades con particularidades que impiden la estandarización de un solo flujograma de provisión de servicios, ya que estos son brindados por tres modalidades de atención distintos. Para el diseño de los flujos de atención fue necesaria la identificación de esas características de cada modalidad, ya que los puntos de entrada de los usuarios son distintos y la capacidad resolutive de los servicios también. Los modelos de flujo diseñados parten de reconocer el proceso que inicia con la captación de derechohabientes que buscan o no la obtención de información acerca de los métodos de PF.

Los distintos puntos desde los cuales se puede originar la demanda de los servicios de PF obligan a la definición de las funciones que el personal de apoyo como encargados de archivo, admisión, preclínica, admisión, atención al cliente, enfermeras, médicos, encargados de farmacia y otro personal tienen en la captación de potenciales demandantes de los servicios.

Para los servicios propios y subrogados del primer y segundo nivel de complejidad se ha diseñado el flujo de acuerdo a las denominadas “Avenidas o circuitos” los cuales se describen a continuación:

Circuito I: Promoción de los servicios de PF

El punto de entrada para la demanda potencial lo constituye la promoción de los servicios de salud aprovechando todas las ocasiones en las que las personas proveedoras de servicios tienen contacto con los derechohabientes del IHSS. Se deberá de proporcionar información a hombres y mujeres con respecto al mosaico de opciones con relación a los métodos de PF, para tal fin se cuenta con la “Estrategia de Comunicación para PF” (Anexo I) que será la herramienta de referencia para uso de todos los trabajadores de salud en los siguientes sitios:

- Centros de trabajo de los derechohabientes a través de altoparlantes, de acuerdo a disponibilidad.
- Ferias de la salud.

- Medios masivos de comunicación.
- Material impreso como hojas volantes, trifolios, banners etc.
- Visitas domiciliarias por parte de los ESAF (equipos de salud familiar), donde se encuentren y funcionen.
- En las salas de espera y consultorios de las unidades de salud.
- Mediante la referencia desde unidades de mayor o menor complejidad dependiendo del método escogido o la capacidad resolutoria de los servicios de atención.
- Durante las visitas de los derechohabientes a los servicios de salud, utilizando los servicios de atención al cliente, trabajo social, médicos y enfermeras en los consultorios.

La definición precisa del flujo de los demandantes de atención de PF y la identificación de los actores institucionales con quienes los potenciales usuarios tienen contacto previo, durante y después de la atención son elementos clave para la captación de los derechohabientes que acuden a las unidades de salud por cualquier motivo de consulta pero que se constituyen en demandantes potenciales de servicios de PF.

La estrategia define que los gerentes deben asegurarse de que todo el personal como vigilantes, unidad de atención al cliente, archivo, servicios de apoyo, enfermeras, médicos y farmacia entre otros, tenga el conocimiento de los flujos para que brinde capacitación permanente, orientando de manera eficiente a los potenciales usuarios y contribuyendo a acortar los tiempos de espera e incrementar la satisfacción de los derechohabientes,

La Unidad de Comunicación y Marca será la instancia encargada de garantizar que el personal pueda responder las interrogantes de los potenciales usuarios, tales como:

- Horarios de atención.
- Métodos de PF disponibles.
- Tipo de personal encargado de la atención.
- Servicios de consejería.
- Requisitos para optar a un servicio o referencia a otro servicio.
- Ubicación de los sitios de atención.

Para esta labor de orientación preliminar a los potenciales usuarios es muy importante el papel del personal de atención al cliente, quienes deben contar con material informativo como hojas volantes, trifolios y otros.

Por otro lado el personal de educación y promoción de las unidades deberán dar charlas educativas que orienten acerca de la cartera de servicios de la unidad y los sitios precisos de donde obtenerlos.

Es importante considerar que el elemento nuclear para el diseño de la EGSPF lo constituyen las personas derechohabientes del IHSS, a quienes se dirigen las acciones de provisión de servicios de salud integrales, la promoción de la salud y prevención mediante la participación activa de las personas derechohabientes y proveedoras en el desarrollo de los servicios de PF, según expresa en el documento de la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.

Para tal fin la EGSPF considera, complementariamente, la implementación de la Estrategia de Comunicación para PF en el IHSS, que promociona la oferta de servicios de consejería y entrega de métodos.

En los SME se utilizarán los lineamientos de la estrategia de comunicación para PF en todos los contenidos que apliquen de acuerdo a los siguientes mecanismos:

- Todas las actividades de esta estrategia deben estar total y claramente identificadas para que se reconozca que son intervenciones del IHSS y no de la empresa
- El gerente de la Unidad es el responsable de comunicar a la clínica del SME sobre los contenidos de la estrategia de comunicación que les concierne implementar.
- El personal de la clínica será capacitado por la Unidad de salud del IHSS con el apoyo técnico de la Coordinación Regional del SME y/o personal de la Unidad de Comunicación y Marca.

Circuito 2. Clínica de Promoción de la salud sexual y reproductiva: Todas las unidades de salud deberán instalar o adecuar un espacio físico, tipo consultorio, con privacidad, para que funcione el Centro de Promoción de la Salud Sexual y reproductiva, el que deberá ser atendida por una enfermera o trabajadora social y sus funciones

principales son:

- Brindar consejería integral que incluya los métodos modernos y naturales de PF para lo cual utilizarán la herramienta para la toma de decisiones (HTD)
- Dispensar los métodos temporales de PF como condones y ACOS.
- Aplicar los inyectables.
- Mantener un stock de DIU para cuando los médicos los demanden.
- Referir a los derechohabientes que presenten o que crean tener algún problema con el uso de los métodos.

Este centro debe estar adecuado de tal forma que brinde la información a los derechohabientes en un área que garantice privacidad y que cuente con los materiales educativos requeridos. En esta unidad se realizará la consejería sobre métodos modernos y naturales, y adicionalmente se manejará un stock de condones y DIU, los cuales serán distribuidos entre aquellos usuarios que han recibido una receta de uso continuo, de forma que el derechohabiente pueda tener fácil y rápido acceso a los métodos prescritos por el médico. El Centro de Promoción de la salud sexual y reproductiva deberá organizar además un plan de IEC para ejecutar y evaluar las acciones educativas que cubran todas las áreas de servicio como la difusión de charlas, videos, distribución de material impreso etc., colocación de afiches y banners en sitios estratégicos.

Circuito 3. Consultorio médico.

Es importante puntualizar que las actividades de PF se harán en el marco de una atención integral a todos los derechohabientes en **TODOS** los espacios de atención y consultorios médicos. Por lo cual de acuerdo con las guías clínicas del IHSS, los médicos generales y especialistas serán los encargados de brindar la primera atención integral de primera vez a todos los hombres y mujeres que después de recibir la información y consejería decidan libremente obtener un método de PF, emitirá una receta para uso continuo en los casos que el método de elección sea ACOs, inyectables o condones y en el caso de que el método elegido sea DIU lo colocará en la clínica. Los inyectables serán aplicados en la clínica de inyectables o en la Clínica de Promoción de la salud sexual y reproductiva.

Circuito 4. Hospital: Para la obtención de los métodos quirúrgicos los potenciales usuarios serán referidos(as) al hospital o a las clínicas que cuenten con dichos servicios (Cirugía Ambulatoria).

2) Consejería.

Consejería es la acción mediante la cual el profesional responsable apoya a la persona potencial usuaria de métodos de PF, a definir y decidir qué es lo mejor en su caso con respecto al método de PF que puede utilizar. Durante esta atención se le escucha y se trata de entender, que desarrolle confianza en sí mismo y se brinda la información suficiente para que pueda identificar sus necesidades y decidirse por un método.

Para apoyar la labor de consejería se utilizará la “Herramienta para la Toma de Decisiones” la cual está alineada con las guías clínicas, y proporciona un mosaico de opciones para elegir un método, permite evacuar las preguntas de los potenciales usuarios y facilita la prestación de un servicio integral acerca de distintos problemas vinculados con la Salud Sexual y Reproductiva. En la aplicación de esta herramienta se consideran los criterios médicos de elegibilidad y el enfoque de derechos.

En caso que el usuario potencial se decida por un método, éste es referido al consultorio médico para ser evaluado(a) y para que le sea proporcionada la receta o para que se le inserte el DIU. En caso que el método elegido sea la AQV femenina o masculina debe referirse al hospital y orientar a la persona potencial usuaria acerca de la necesidad de autorizar a la institución para que se le practique tal procedimiento, esta autorización debe de ser registrada en el instrumento denominado “Consentimiento Informado”, antes de la firma de este documento el consejero(a) deberá asegurarse que se le ha brindado TODA la información y que su decisión es de libre voluntad.

La consejería en el SME se realizará utilizando la herramienta para la toma de decisiones, la cual es la norma oficial del IHSS. La Unidad de salud correspondiente capacitará a todo el personal médico y de enfermería del SME.

Las Clínicas del SME que lo requieran, respaldaran la decisión de las personas derechohabientes, de usar un método anticonceptivo mediante un documento de Consentimiento Informado, el que deberá ser anexado al expediente clínico. El diseño de este documento está bajo la responsabilidad del IHSS y la reproducción de los mismos debe estar a cargo de la empresa.

3) Señalización.

La señalización de las áreas de atención tiene como objetivo informar y orientar a las personas usuarias y fortalecer la imagen del servicio. Una amplia gama de productos se usan para tareas de señalización como carteles, banners y rótulos.

Las Unidades de salud a través de la Unidad de Comunicación y Marca Institucional deben de colocar rótulos para la identificación de los sitios dónde se brindan los servicios y en las distintas áreas se colocaran señales como flechas para guiar a las personas que lo demanden hacia el local dónde se brinda dicha atención.

Los sitios que principalmente deben contar con rótulos son:

- Clínica de Promoción de la salud sexual y reproductiva
- Los Consultorios propios y del SME

4) Flujos de atención:

Para facilitar el entendimiento de la ruta que las personas usuarias potenciales de PF deben seguir en la unidad de salud, desde su llegada hasta obtener la atención y/o los métodos de PF, se han diseñado los tres flujos siguientes:

- Flujo para los Servicios Propios y Subrogados de los niveles I y II.
- Flujo Para los Servicios Propios y Subrogados del nivel III.
- Flujo para las clínicas del Sistema Médico de Empresa.

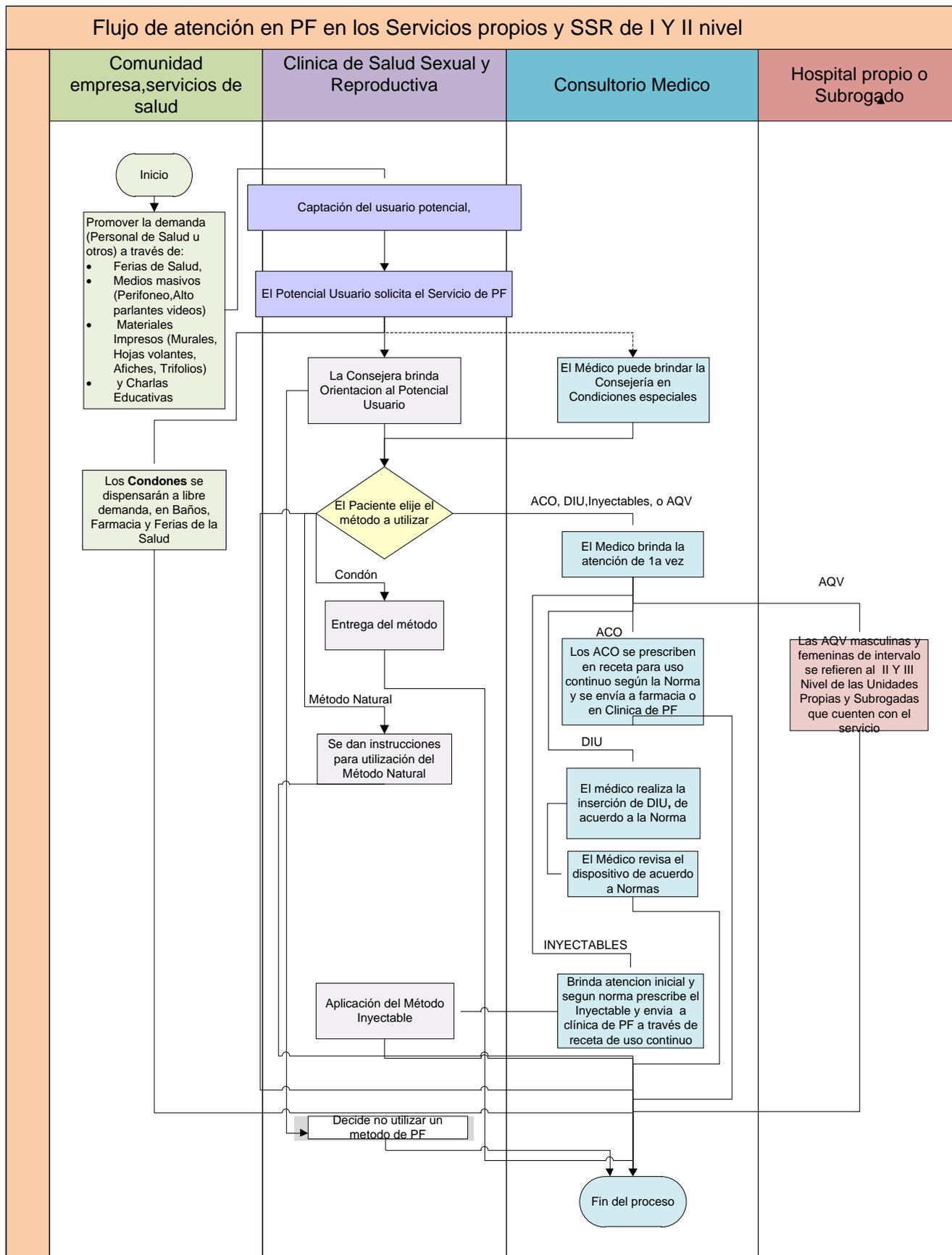
El uso de estos flujos por parte del personal de las unidades de salud facilitará que las personas usuarias sean correctamente orientadas hacia donde se deben dirigir para cada tipo de atención y al personal institucional los pasos que debe seguir y la identificación de donde y quien realiza cada actividad.

5) Descripción de los Flujos por modalidad de prestación de Servicios

Flujo para los Servicios Propios y Subrogados de los niveles I y II

EL flujo de atención para las Unidades de salud propias y subrogadas define la manera en que las clínicas deben organizar el servicio para asegurar la atención oportuna y de calidad a las personas derechohabientes.

A continuación el diagrama del flujo de atención y su respectiva descripción:



Descripción del flujo

Paso 1. Las actividades de promoción de la salud se realizarán de la siguiente manera:

- Las Unidades de Salud desarrollaran ferias de la salud según lo programado.
- Se aprovechará toda oportunidad de contacto con las personas usuarias potenciales para promover la PF
- Se implementará la Estrategia de IEC con todos sus instrumentos de comunicación para promover la PF
- Los afiches, hojas volantes y otros materiales impresos de la estrategia IEC, deben ser distribuidos o ubicados en lugares visibles.
- El personal de la US debe brindar charlas educativas relacionadas con la PF en los horarios y tiempos identificados como más oportunos.

Paso 2: La captación del potencial usuario se realiza en cualquier espacio de la US: pre y pos clínica, consultorios y otros

Paso 3: La persona usuaria que ha sido captada recibirá consejería en la Clínica de Promoción de la salud sexual y reproductiva y en casos especiales el médico le brindará consejería (se considera caso especial cuando la persona usuaria tiene una enfermedad preexistente que requiera de valoración médica antes de prescribir el anticonceptivo).

Paso 4: Si el método que eligió, es Condón la enfermera del centro de promoción se lo suministrará tal como indica la norma, si es método natural le brindará las instrucciones del mismo. Los condones también pueden ser puestos a disposición de los usuarios en sitios estratégicos, como baños, áreas de comedor y otros.

Paso 5: Si el método elegido es ACO, DIU, INYECTABLE O AQV, la persona usuaria recibe la consulta por parte del médico de la clínica quien le brindará la receta para la entrega de su ACO o inyectable. Si eligió el DIU en ese mismo instante se procederá a realizar la inserción previa evaluación médica. Para la realización de la AQV el Médico evaluará a la persona que solicita y lo enviará con una referencia al siguiente nivel de atención II y III de las Unidades propias o subrogadas que cuenten con el servicio.

Flujo Para los Servicios Propios y Subrogados del nivel III

El flujo de atención para las Unidades de salud propias y subrogadas del tercer nivel define la manera en que los hospitales deben organizar el servicio para asegurar la atención oportuna y de calidad a los usuarios. A continuación el diagrama del flujo de atención y su respectiva descripción:

Descripción del Flujo

Paso 1: La promoción de los Servicios del Tercer Nivel de atención se hará a través de:

- Consejería en las unidades de I y II nivel durante el control prenatal.
- Consejería pos-parto
- Medios masivos (Alto parlantes, videos)
- Materiales Impresos (Murales, Hojas volantes, Afiches, Trifolios)
- Charlas Educativas
- Taller de madres
- Ferias de salud
- Visitas domiciliarias.
- Referencias del I y II nivel
- Trabajo Social

Paso 2: la captación se realiza en cualquiera de las salas del hospital

Paso 3: la consejería la brinda el personal que ha sido capacitado para ello

Paso 4: Si el método elegido es el condón, el personal de todo tipo lo entrega a libre demanda

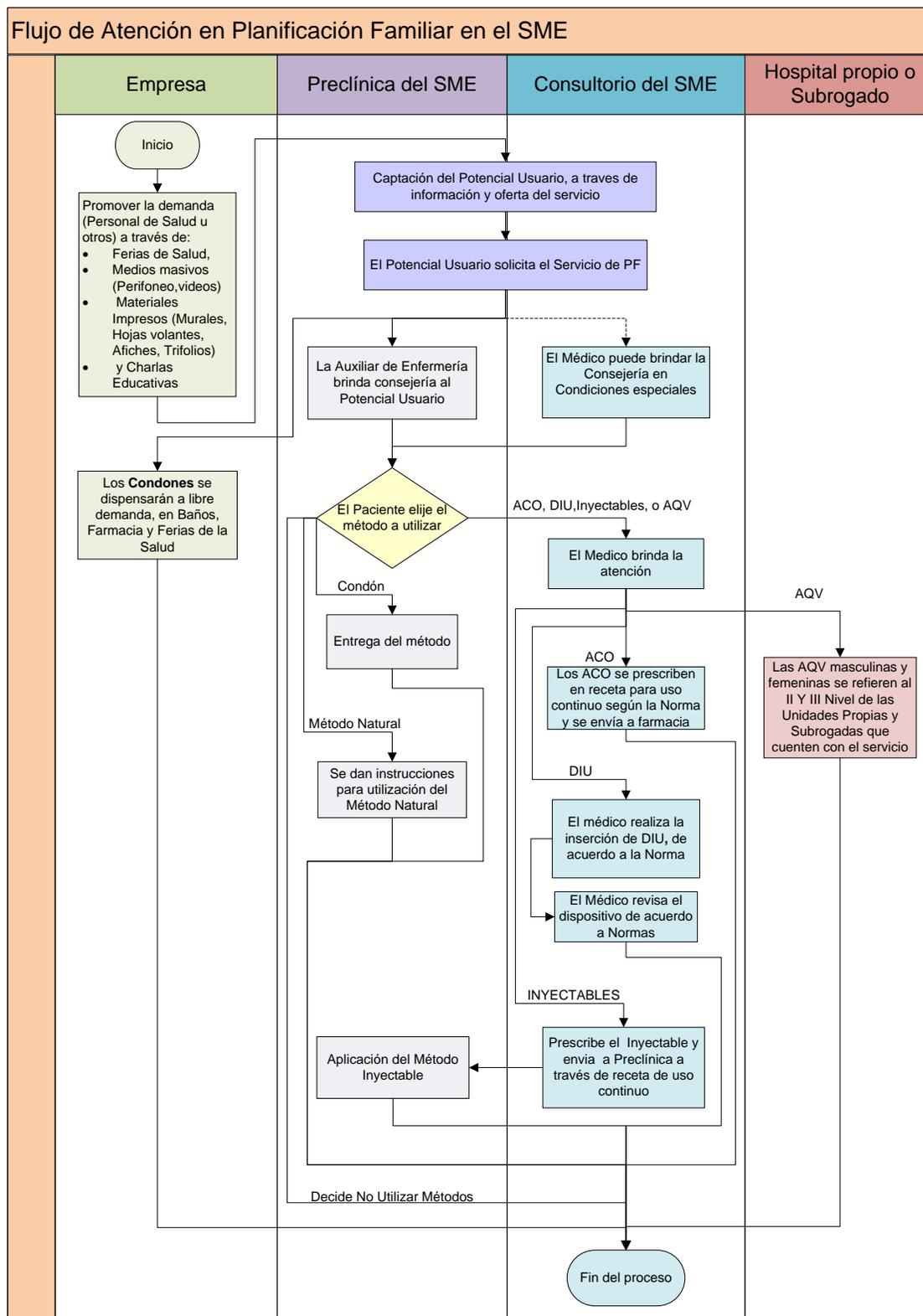
Paso 5: Si el método elegido son los anticonceptivos hormonales, en el caso de aborto el médico entrega la receta, en el caso de parto refiere a los niveles I y II

Paso 6: si el método elegido es el DIU, el médico que atiende el parto lo aplica, pos placenta

Paso 7: Si el método elegido es la AQV, se instruye y firma el consentimiento informado de acuerdo a las disposiciones del IHSS y el médico especialista realiza la cirugía.

Flujo para las clínicas del Sistema Médico de Empresas.

EL flujo de atención para las clínicas del SME define la manera en que las clínicas deben organizar el servicio para asegurar la atención oportuna y de calidad a los usuarios. A continuación el diagrama del flujo de atención y su respectiva descripción:



Descripción del flujo

Paso 1. Las actividades de promoción de la salud se realizarán de la siguiente manera:

- Las empresas desarrollaran al menos 1 feria de la salud al año, las empresas con personal superior a 500 empleados deberán de realizar al menos 2. Durante las cuales se deberá entregar métodos a las personas que los soliciten
- El IHSS aportara cuñas radiales para que las empresas las divulguen en sus sistemas de perifoneo al menos dos veces al día en los horarios más convenientes de acuerdo a las actividades de la misma, las empresas pueden hacer uso de otros medios de comunicación que consideren conveniente, siempre y cuando sean con mensajes aprobados por el IHSS.
- Los afiches, hojas volantes y otros materiales impresos que el IHSS defina, deben ser distribuidos o ubicados en lugares visibles para los empleados.
- El personal de la clínica debe brindar charlas educativas relacionadas con la PF en los horarios y tiempos destinados para tal fin o cuando las personas derechohabientes lo soliciten. La clínica puede solicitar apoyo a la Unidad de salud cuando considere necesario.

Paso 2: La captación de las personas que son potenciales usuarias se realiza a través de la promoción de salud realizada previamente por la clínica y posteriormente asiste a consulta. Esta captación es responsabilidad de la enfermera y/o el médico.

Paso 3: La persona usuaria previamente recibirá consejería por parte de la enfermera de la clínica y en caso especiales el médico le brindara consejería (se considera caso especial cuando la persona usuaria tiene una enfermedad preexistente que requiera de valoración médica antes de prescribir el anticonceptivo).

Paso 4: Si el método que eligió, es Condón la enfermera le suministrara tal como indica la norma, si es método natural le brindara las instrucciones del mismo. Los condones también pueden ser puestos a disposición de los usuarios en sitios estratégicos, como baños, áreas de comedor y otros

Paso 5: Si el método elegido es ACO, DIU, INYECTABLE O AQV, la persona usuaria recibe la consulta por parte del médico de la clínica quien le brindara la receta para la entrega de su ACO o inyectable. Si eligió el DIU en ese mismo instante se procederá a realizar la inserción previa evaluación médica. Para la realización de las AQV, el médico evaluará a la persona que lo solicite y lo remitirá con una referencia al siguiente nivel de atención II y III de las Unidades propias o a subrogado que cuenten con el servicio. En casos especiales que la Clínica no cuente con las condiciones para la inserción de DIU, podrá referir a las unidades propias o subrogadas que cuenten con el servicio

Capítulo 6: Sistema Logístico.

a) Conceptos Operativos.

- **Estimación:** es el proceso mediante el cual se calculan las cantidades de insumos anticonceptivos que se espera necesitar en el año que se programa, a partir de los datos de consumo real.
- **Adquisición:** proceso por el cual se hace la compra de las cantidades de insumos que se han estimado, ya sea mediante licitación o cualquier mecanismo definido por el instituto.
- **Almacenamiento:** Es un componente básico del ciclo logístico que se define como la acción de custodiar los insumos anticonceptivos, previo a la dispensación a los derechohabientes, el cual debe garantizar:
 - La integridad de los medicamentos e insumos anticonceptivos, para que conserven su eficacia.
 - Que los medicamentos e insumos estén disponibles cuando se necesiten.
 - Prevención de pérdidas y daños de los medicamentos e insumos.
 - Su uso previo a la fecha de caducidad
- **Distribución:** Es el componente del ciclo logístico que se relaciona con la entrega de los insumos anticonceptivos desde el almacén central hasta las unidades de salud.
- **Transporte:** Es el medio mediante el cual el almacén realiza la distribución a las unidades de salud
- **Consumo:** es el dato logístico que reporta la cantidad de insumos anticonceptivos dispensados al derechohabiente en un período determinado, que en el caso de esta estrategia es de un mes.
- **Nivel Máximo:** Para la unidad de salud es la cantidad necesaria de insumos anticonceptivos, para cubrir el consumo de dos meses. Para el almacén central es de la cantidad necesaria para cubrir la demanda de 18 meses.
- **Nivel Mínimo:** Para la unidad de salud es la cantidad necesaria de insumos anticonceptivos, para cubrir el consumo de un mes. Para el almacén central es de la cantidad necesaria para cubrir la demanda de 6 meses.
- **Ajustes Positivos:** Es la consignación de movimientos de insumos anticonceptivos que no es abastecimiento por parte del almacén, pero que reflejan entradas, por ejemplo donaciones, traspasos entre unidades y otros
- **Ajustes Negativos:** Es la consignación de movimientos de insumos anticonceptivos que no son consumo, pero que reflejan salidas, por ejemplo: traspasos entre unidades, deterioro de insumos, vencimiento y otros
- **Saldo Inicial:** Es la cantidad de insumos con los que la unidad de salud, cuenta al inicio del período de abastecimiento, en este caso el día 1 de cada mes.
- **Saldo final:** Es la cantidad de insumos con los que la unidad de salud, cuenta al finalizar el período de abastecimiento, en este caso el último día de cada mes.
- **Período de Abastecimiento a las Unidades de Salud:** Período de tiempo establecido para que el almacén central envíe los insumos anticonceptivos a cada unidad de salud, el cual es de un mes.
- **Herramienta Consolidadora de Datos Logísticos:** Es un instrumento electrónico que captura y consolida los datos logísticos, que se producen en los Servicios subrogados y en el sistema médico de empresas.
- **Dispensación:** Es la entrega del método de parte de la unidad encargada al derechohabiente.

b) Introducción

Un elemento de extrema importancia para el éxito de la estrategia radica en el funcionamiento de un sistema de logística que permita la dotación oportuna y sostenible de insumos anticonceptivos, en las cantidades requeridas de acuerdo a la demanda y que cumplan con los requisitos de calidad que garanticen una adecuada prestación de los servicios de planificación familiar, para ello se requiere que el IHSS cuente con un proceso logístico eficiente y los recursos financieros necesarios para la compra de los anticonceptivos.

De acuerdo con la evidencia encontrada en el IHSS, la demanda insatisfecha es muy significativa, condicionada por la insuficiente oferta de métodos anticonceptivos en los servicios de salud de las tres modalidades de atención y

los periodos de desabastecimiento de los anticonceptivos en los servicios, provocado por la falta de programación y definición del presupuesto para su compra.

El responsable de la logística de suministros en el nivel central es la Unidad Técnica de Farmacia en conjunto con la sub gerencia de materiales, compras y suministros, con visto bueno de la DMN, quienes se encargarán de la selección, estimaciones, adquisición y distribución de los anticonceptivos. A nivel local los responsables de farmacia de cada una de las unidades de salud son los responsables de recepcionar, almacenar adecuadamente, dispensar y llevar el registro de los movimientos en los instrumentos diseñados para tal fin.

c) Ciclo Logístico:

Para garantizar la disponibilidad oportuna y permanente de los anticonceptivos en las unidades de salud es necesario implementar adecuadamente el ciclo logístico, lo cual es responsabilidad de todos los actores involucrados a todo nivel, a continuación describimos los elementos del ciclo logístico.

1) Selección de los productos

Los productos definidos por el instituto para uso como métodos de planificación, han sido seleccionados en base a dos antecedentes: a) el consumo histórico de la población general, para lo cual el instituto ha recibido donaciones de la Secretaría de Salud, casas farmacéuticas o de organismos internacionales y b) solicitudes de los comités de farmacoterapia locales para incluir medicamentos al listado oficial de medicamentos. Como resultado se ha obtenido la mezcla de métodos siguiente:

Métodos que prescriben todos los médicos y que están incluidos en el listado oficial de medicamentos: los anticonceptivos orales combinados, orales de progestágeno puro y el inyectable trimestral de progestágeno puro, en el futuro se podrá incluir los hormonales combinados en inyectables mensuales.

Métodos que prescriben todos los médicos y que están incluidos en la Data Maestra de Materiales: los DIU no liberador de hormonas y los condones.

Métodos que prescriben los médicos especialistas y que están incluidos en el listado oficial de medicamentos y que se usa para tratamiento de otras patologías ginecológicas: DIU liberador de hormonas y anticonceptivo oral combinado compuesto por acetato de ciproterona más etinilestradiol.

En el proceso de selección de medicamentos se aplican los criterios siguientes:

- Reglamentación existente en el listado oficial de medicamentos del IHSS
- Anticonceptivos incluidos en el listado oficial de la OMS
- Medicina basada en evidencias
- No reproductibilidad,
- Fundamentos de los médicos ante el comité de farmacoterapia
- Que sea comercializable en Honduras

2) Estimación de Necesidades.

Mediante este proceso se calcula la cantidad de métodos que se requieren para el periodo (1 año), las que se convertirán en las metas físicas a las cuales se les deberá asignar un presupuesto.

Para el año 2013 las necesidades se estimaron en base a la decisión de la Dirección médica nacional de cubrir el 30% de los derechohabientes (población carnetizada en edad reproductiva) y a los resultados de la caracterización de la demanda. A partir del 2014 el elemento fundamental para las estimaciones serán los datos logísticos, estos alimentarán el programa Pipeline para obtener las proyecciones para la compra.

Todo este proceso se realiza en el nivel central.

Los niveles locales hacen sus estimaciones basados en el consumo mensual, niveles máximos y mínimos, saldos iniciales y finales con los que determinan la cantidad a solicitar.

3) Adquisiciones

La Unidad Técnica de Farmacia de la DMN en conjunto con la Sub Gerencia de Compras serán las encargadas de incluir en los listados para solicitud de compra de insumos anticonceptivos respectivamente, cada unidad ejecutora incluirá el presupuesto de la compra de insumos anticonceptivos en el POA.

La adquisición de los insumos anticonceptivos se realizara por cualquier mecanismo de compra (Licitación Pública Nacional, Licitación Privada, Compra por cotización, Compras a través de instancias u organismos internacionales, etc.) según las necesidades requeridas por el instituto, tomando en cuenta la Ley de Contratación del Estado de Honduras, ley del Seguro Social y demás leyes pertinentes.

4) Almacenamiento y Distribución.

El IHSS cuenta únicamente con almacén central a nivel nacional, no existen almacenes regionales, por tanto la distribución a las unidades de salud es centralizada.

El almacén cuenta con dos áreas, una para medicamentos y otra para materiales, en ambas hay espacio físico suficiente y buenas condiciones de almacenamiento para los anticonceptivos.

Los responsables de las farmacias y almacenes serán los encargados de garantizar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento para mantener la calidad de los productos, por lo que deberá asegurar la integridad de los insumos anticonceptivos de acuerdo con los estándares internacionales.

El almacenamiento debe garantizar:

- La integridad de los medicamentos e insumos de salud, para que conserven su eficacia.
- Que los medicamentos e insumos estén disponibles cuando se necesiten.
- Prevención de pérdidas y daños de los medicamentos de insumos.
- Su uso antes de la fecha de vencimiento.

Además el responsable de almacén debe preparar un plan de mantenimiento anual que establezca los mecanismos de limpieza general y control de roedores y plagas, así como para reparación de techos y ventanas del almacén.

Este plan debe contener, pero no limitarse, a las tareas siguientes:

- Limpieza de las zonas de recepción, almacenamiento, embalaje y despacho.
- Limpieza de pisos, anaqueles armarios, ventanas y puertas.
- Eliminación de cualquier tipo de basura o desechos que pueda atraer roedores o insectos.
- Inspección de los equipos de ventilación (ventiladores y/o aires acondicionados) y refrigeración (si fuera el caso) para que estén funcionando correctamente.
- Revisión de las condiciones de puertas, ventanas y techos para identificar las necesidades de reparación y solicitar su reparación si fuera necesario.
- Verificación del apilamiento correcto de las cajas.
- Inspección de las condiciones físicas de los anticonceptivos y condones.
- Revisión de las fechas de caducidad de los anticonceptivos y condones
- Inspección de los productos vencidos y separación del resto, iniciando a la vez el proceso de descarga del inventario, de acuerdo a lo establecido en los reglamentos y leyes correspondientes.
- Revisión de los extinguidores de incendio para verificar la carga

Las condiciones extremas de temperatura y humedad dañan, destruyen y reducen la vida útil de los medicamentos e insumos en general. Los principios básicos de calidad en Orden, Disciplina y Limpieza, deben ponerse como premisa para que el almacén o lugar de almacenamiento pueda disponer de condiciones ambientales y físicas adecuadas para garantizar la integridad de los medicamentos e insumos de salud.

Para garantizar la integridad de los anticonceptivos y condones es necesario que sus condiciones de almacenamiento cumplan con los estándares mínimos internacionales.

Las condiciones sugeridas de temperatura para los anticonceptivos y condones se presentan a continuación:

METODO	CONDICIONES DE TEMPERATURA
ORALES	Entre 20 y 25°C, lejos de la luz directa del sol.
INYECTABLE TRIMESTRAL	Entre 20 y 25°C protegidos de la luz directa del sol, evitando condiciones muy frías (no congelar). Cuidar que los frascos se almacenen en posición vertical, para evitar su cristalización en la tapa del frasco y por ende, disminuir la el volumen aplicado según la dosis recomendada
DIU	Entre 20 y 25 °C, protegidos de humedad y calor extremos (superior a 40°C).
CONDONES	Menor a 40°C protegidos de la humedad y la luz directa del sol / luz fluorescente

Adicionalmente los almacenes deben contar con las fichas técnicas para cada uno de los insumos anticonceptivos.

5) Uso

El aspecto logístico del uso de los anticonceptivos lo constituye el registro de los datos sobre los métodos entregados a los derechohabientes en los instrumentos respectivos, los cuales deben fluir según se establece en el componente de sistema de información.

d) Logística en las unidades propias

En las unidades de salud propias la captura de datos logísticos se hará a través del Sistema de Aplicaciones y Productos (SAP) que forma parte del proyecto MOFIHSS.

La distribución se hace de forma centralizada, desde el almacén central hasta cada una de las unidades de salud, inicialmente se hará en base a la programación establecida al inicio de la implementación de la EGSPF, sin embargo, se deben realizar los ajustes en base al consumo que se vaya produciendo en el transcurso del tiempo.

En el caso específico de los DIUs y Condones la Subgerencia de Materiales, Suministros y Compras indica al Almacén Central las cantidades que debe distribuir a cada unidad de salud, en las que la unidad d Suministros recepciona y distribuye a las clínicas.

e) Logística en las unidades Subrogadas.

La captura de datos logísticos y estadísticos se realiza en el instrumento 5.1, el cual será consolidado en la Herramienta Consolidadora de datos logísticos del IHSS, que es una aplicación electrónica diseñada para tal fin, ya que el proyecto MOFIHSS, será implementado únicamente en las unidades propias.

La adquisición de los métodos anticonceptivos la realiza el gestor/proveedor de preferencia comprando al IHSS, para efectos de ahorro. Las cantidades a adquirir se basan en el consumo y se determinan en el proceso de llenado del Instrumento 5.1

f) Logística en los servicios del Sistema Medico de Empresa.

1) Distribución (abastecimiento).

El abastecimiento y reabastecimiento de métodos anticonceptivos a las clínicas del SME seguirá las siguientes directrices:

- La solicitud de reabastecimiento se debe realizar en base al consumo del mes anterior.
- La clínica del SME solicitará los métodos a través del Instrumento 5.1, la cantidad solicitada se debe definir siguiendo las instrucciones para llenado del mismo y esta se especifica en la casilla "G". A la reunión mensual se debe llevar el original debidamente firmado y sellado y dos copias

Importante:
El instrumento 5.1 sustituye a la "requisición de medicamentos" únicamente para solicitar los métodos anticonceptivos.

- La cantidad solicitada y los métodos serán abastecidos durante la reunión mensual en la Unidad de Salud a la cual la empresa está adscrita. Las unidades del SME podrán ser abastecidas a través de dos vías: de la Jefatura de Farmacia de la Unidad a la que está adscrita o directamente del almacén central, basándose en la información contenida en los Instrumentos 5.1 o en el Consolidado 4.2 .
- Sera responsabilidad de la empresa el traslado de los anticonceptivos a la clínica.

La consolidación de esta información logística es responsabilidad de la unidad de salud del IHSS lo cual se hará siguiendo las instrucciones en este documento.

2) Almacenamiento.

El almacenamiento de los métodos anticonceptivos en las clínicas del SME será en las farmacias de cada empresa y en las farmacias centralizadas de los parques industriales, ellas deberán cumplir las regulaciones establecidas en este documento de acuerdo a las unidades propias, esto incluye las responsabilidades del control de vencimientos.

3) Dispensación.

Para la dispensación de los anticonceptivos a nivel del SME en las farmacias de cada empresa y en las farmacias centralizadas de los parques industriales, se realizará bajo los siguientes lineamientos:

- Todo método despachado debe ser respaldado con recetas, excepto los condones que se dispensarán a libre demanda, los cuales deberán ser registrados en el Kardex.
- En las farmacias de empresas se despacharán directamente de la farmacia al paciente.
- En las farmacias centralizadas de los parques industriales:
 - Los ACO e inyectables serán despachados de acuerdo a las mismas normas de medicamentos.
 - Los condones de acuerdo a requisición y el número a solicitar por la clínica será el calculado para un mes.
 - Para la solicitud de DIU, la primera vez se solicitará el equivalente a un mes de acuerdo a la programación, cada vez que se solicite una nueva, se despacharán de acuerdo a la cantidad de DIU entregados el mes anterior.

INSTRUMENTOS DE LOGISTICA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 4.1

CONTROL DE EXISTENCIA DE MÉTODOS DE PF (KARDEX)

DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA UNIDAD: Anote el nombre de la unidad

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Escriba la modalidad de atención de la unidad

CIUDAD: Escribir la ciudad adonde se encuentra la unidad de salud **REGIÓN:** Escriba el nombre de la región.

I. **COLUMNAS:** Llenar las columnas descritas a continuación de la siguiente forma:

FECHA: Consignar en esta columna la fecha (día/mes/año) en que se realiza cada acción

VALOR UNITARIO: Anote acá el costo unitario del producto a recibir o entregar.

PROVEEDOR: Anotar el origen desde adonde se recibe en producto por concepto de compra o donación.

No. DE LOTE: Anotar el número del lote del producto recibido o dispensado.

FECHA DE EXPIRACION: Anotar el día, mes y año de caducidad del producto.

DESTINO: Anotar acá el sitio donde se hará la dispensación del producto a entregar al usuario como la clínica de inyecciones, clínica de PF, consultorio, ferias de la salud, días especiales, colocación de métodos como condón en dispensadores públicos.

ENTRADA: Anotar acá las cantidades de producto ingresado a la unidad de salud desde el almacén central, farmacia o departamento de suministros

SALIDA: Anote los productos que son descargados del inventario de la unidad de salud por concepto de recetas por entrega a usuarios/as, requisiciones de otros servicios como clínicas de PF, departamento de inyecciones, clínicas del SME,

AJUSTE POSITIVO: Anotar las “entradas adicionales” a las recibidas del almacén central como por ejemplo: Los remanentes o sobrantes después de realizado el inventario, o los productos no utilizados durante las ferias de la salud o días especiales.

AJUSTE NEGATIVO: Descargar del inventario anotando los productos faltantes por : Productos vencidos, perdidas por daño o empaque en mal estado, o los faltantes cuando se realiza el inventario

SALDO ACTUAL: Resulta del registro diario de las operaciones realizadas durante el día y que incluyen, entradas, salidas, ajustes positivos y negativos, esto será lo que determine el saldo actual.

II. **FILAS:** En la parte inferior del instrumento se deberán llenar las siguientes casillas:

CODIGO: Anote el código de registro del producto recibido descartado o entregado.

DESCRIPCION DEL PRODUCTO: Anotar el nombre con el cual el producto recibido descartado o entregado se registra. Escribir el nombre del anticonceptivo: Inyectable Trimestral de Progestina sola, Anticonceptivos Orales Combinados, Condomes Masculinos y Dispositivo intrauterino

UNIDAD DE MEDIDA: Escribir ciclos (para orales combinados), unidades (para condones masculinos y DIUs) y Ampolla (para Inyectable trimestral de progestina sola)

OBSERVACIONES: Esta casilla deberá de ser utilizada para anotaciones que aclaren las entradas, salidas y ajustes positivos o negativos.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 4.2**CONSOLIDADO DE LAS CANTIDADES DE METODOS A SOLICITAR PARA CADA UNA DE LAS UNIDADES PROPIAS****DATOS GENERALES**

NOMBRE DE LA REGIÓN: Escriba el nombre de la región a la cual pertenece.

CIUDAD: Escribir la ciudad donde se encuentra la unidad de salud.

Sección 1 Unidades del SME: En esta sección se recopilará la información de los métodos que las unidades del SME que estén adscritas a la unidad propia soliciten.

Columna A: Nombre de las unidades del SME: En esta columna anote los nombres de las unidades del SME que están adscritas a la unidad propia encargada de consolidar.

Columnas B, C, D, E y F: En estas columnas anote la cantidad de métodos por tipo que cada unidad está solicitando.

Fila Subtotal 1: Sume el total de los métodos que están siendo solicitados por las unidades del SME.

Sección 2 Salas y servicios de la unidad propia: En esta sección se recopilará la información de las salas y/o servicios de la unidad de salud propia, quien será responsable de consolidar ambos datos (El de las unidades del SME y el de las salas o servicios de la unidad propia).

Columna A Nombre de las salas y/o servicios de la unidad propia: En esta columna anote los nombres de las diferentes salas y/o servicios que conformen a la unidad de salud propia y que hacen entrega de métodos de PF.

Columnas B, C, D, E y F: En estas columnas anote la cantidad de métodos por tipo que cada sala o servicio de la unidad propia están solicitando.

Fila Subtotal 2: Sume el total de los métodos que están siendo solicitados por las salas y/o servicios de la unidad propia.

Fila Total: Sume las filas de sub total 1 y subtotal 2 para cada método de planificación familiar y obtener el dato del total de métodos que solicita la unidad de salud.

El responsable de realizar el consolidado de las necesidades de métodos a solicitar y el Gerente de la Unidad deben de firmar y sellar el instrumento como un acto de compromiso.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 4.3

CONSOLIDADO DE CANTIDAD DE METODOS A SOLICITAR POR REGION.

DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA REGIÓN: Escriba el nombre de la región que está consolidando.

CIUDAD: Escribir la ciudad donde se encuentra la región.

Sección I: En esta sección se recopilará la información del total de métodos que cada unidad de salud propia esté solicitando. El insumo para el llenado de este instrumento será el consolidado de las cantidades de métodos a solicitar para cada una de las unidades propias.

- **Columna A Nombre de la unidad propia:** En esta columna anote los nombres de las unidades propias adscritas a la región de salud y que hacen entrega de métodos de PF.
- **Columna B:** En esta columna anote la cantidad de métodos por tipo que cada unidad propia está solicitando, según esté descrito en el instrumento que entrega la unidad consolidado de las cantidades de métodos a solicitar.
- **Fila Total Región:** Sume las cantidades solicitadas por las unidades de salud para cada método de planificación familiar para obtener el dato del total de métodos que solicitará la región al almacén central.

El responsable de realizar el consolidado de las necesidades de métodos a solicitar y el Gerente de la Región deben de firmar y sellar el instrumento como un acto de compromiso.

Capítulo 7: Componente de Capacitación.

La operativización de la EGPF, requiere que los recursos humanos que laboran en los diferentes niveles y modalidades del IHSS tengan los conocimientos y habilidades para la provisión de servicios de PF con calidad. Para lo cual es necesario que se identifiquen aquellos recursos que necesitan adquirir estos conocimientos y habilidades a fin de implementar los mecanismos necesarios para su capacitación. La transmisión de los conocimientos y las habilidades, se desarrollan a través de capacitaciones debidamente estructuradas y sistemáticamente implementadas.

a) Conceptos Operativos.

- **Capacitación:** Proceso mediante el cual se hace desarrollan conocimientos, habilidades y destrezas en la persona que los necesita para realizar su trabajo.
- **Capacitación en servicio:** Proceso de desarrollo de capacidades que se lleva a cabo mientras los recursos se desempeñan en su sitio o lugar de trabajo.
- **Criterios Médicos de Elegibilidad:** Los Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud consiste en una recopilación de información que orienta al proveedor sobre las indicaciones y recomendaciones para el uso de los métodos anticonceptivos por personas usuarias con distintas características; representan el consenso de las agencias que trabajan en salud reproductiva y se establecieron en reuniones de expertos en el tema a nivel intercional.
- **Herramienta para la toma de decisiones:** Es una herramienta a manera de rotafolio, que es utilizada por el proveedor de servicios para ayudar a las personas usuarias a tomar decisiones informadas sobre el uso de métodos de planificación familiar y prevención de ITS/VIH. Los objetivos que se persiguen con el uso de esta herramienta son:
 - Hacer participar a las personas en la toma de decisiones
 - Mejorar la calidad de la información técnica suministrada por los proveedores
 - Mejorar las habilidades de orientación y comunicación de los proveedores

b) Definición.

El componente de Capacitación de la EGPF, está orientado a favorecer e impulsar la transmisión de conocimientos y las habilidades necesarias para la entrega de métodos de PF a las personas usuarias que lo deseen ya sea por demanda espontánea o después de la Consejería. Dichas acciones se desarrollan a través de capacitaciones debidamente estructuradas y sistemáticamente implementadas. Estas capacitaciones, están orientadas a desarrollar en los recursos humanos:

- La capacidad de gestión y gerencia a través de la programación, monitoria y evaluación de las actividades, la gestión de los suministros de anticonceptivos y la negociación y adquisición de equipo, que se consigue con la capacitación en la implementación de la presente estrategia.
- Los conocimientos y habilidades técnicas que permitan brindar una atención oportuna y de calidad que se consigue a través de la capacitación para aplicación de las guías clínicas de PF, los criterios médicos de elegibilidad, la herramienta para toma de decisiones, inserción de DIU y la entrega de los métodos de corto plazo: anticonceptivos orales, inyectables, condones y métodos naturales.

c) Capacitaciones para el desarrollo de la EGPF.

En la descripción del componente para la organización de servicios se plantea que el recurso nuclear de la estrategia lo constituyen los proveedores de servicios de PF en las tres modalidades de atención en el IHSS, por lo que se debe asegurar que cuenten con los conocimientos, habilidades y destrezas para que puedan brindar servicios con calidad.

El punto de partida será la elaboración de un diagnóstico de las necesidades de capacitación para el fortalecimiento de los recursos en técnicas que les permitan adquirir los conocimientos y habilidades requeridos para una atención con calidad, por lo que la estrategia plantea la realización de capacitaciones utilizando varias metodologías de acuerdo a la situación, tales como capacitación en servicio, talleres de capacitación, ejercicios de simulación y prácticas supervisadas entre otras.

En el proceso de programación cada unidad de salud, de los diferentes niveles de atención y modalidades de prestación de servicios, identificarán las necesidades de capacitación de sus recursos humanos, utilizando para ello el **Instrumento 2.1.1**, esta información debe ser consolidada por niveles, hasta el nivel central en los instrumentos **2.2.1 para la unidad de salud propia, Instrumento 2.2.2 para que consolide el nivel regional y el Instrumento 2.2.3 para que consolide el nivel central.**

Con esta información la persona encargada del área de docencia e investigación de la Dirección Médica Nacional será la instancia responsable de proponer o elaborar los planes de capacitación junto con las personas encargadas del área de capacitación en las clínicas y hospitales y además con la participación de la encargada de desarrollo de recursos humanos y enfermería de la DMN.

Los temas que deben de considerarse para la elaboración de los planes de capacitación de las tres modalidades de prestación de servicios en el IHSS serán:

- Fortalecimiento de la capacidad de gestión, a través de la aplicación de la EGSPF dirigida a gerentes y equipos involucrados en la prestación de servicios de PF de las unidades propias.
- Incrementar la capacidad de programación, supervisión monitoria y evaluación de las actividades de PF.
- Manejo de guías clínicas, conocimiento clínico, habilidades, destrezas y criterios médicos de elegibilidad.
- Aplicación de la Estrategia para la Gestión de los Servicios de PF en temas como:
 1. Organización de los servicios y atención al cliente
 2. Registro y flujo de la información.
 3. Transversalización de género.
 4. Garantía de la calidad
 5. Gestión logística de métodos de PF y suministros.
 6. Equipamiento de las unidades de salud.
 7. Consejería a través del manejo de la herramienta para la toma de decisiones.

d) Capacitaciones clínicas

Consiste en el desarrollo de habilidades y destrezas necesarias para que los recursos humanos puedan hacer una entrega efectiva de los metodos de planificación familiar a quienes lo soliciten, ya sea por demanda espontanea o despues de un proceso de consejería. Los temas en que el personal debe ser capacitado son:

- Aplicación de las Guías Clínicas oficiales del IHSS
- Inserción de DIU
- Criterios Médicos de Elegibilidad
- Vasectomía sin Bisturi
- Planificación familiar con métodos naturales

e) Tipos de capacitaciones

Las capacitaciones deben ser brindadas por personal de reconocido prestigio profesional identificado dentro o fuera de la institución, debe tener un amplio manejo de los temas a capacitar y habilidades de comunicación, debido a la dinámica de los servicios y con el fin de no entorpecerla deben identificarse las técnicas pedagógicas apropiadas a cada caso pero se sugieren las siguientes:

- I. **Capacitación en servicio:** la cual es brindada generalmente a personal que directamente realiza la atención, en el mismo lugar de trabajo, por ejemplo en el manejo de las guías clínicas o la técnica para inserción del DIU dirigido a los médicos generales, se utilizan demostraciones, simulaciones y charlas magistrales entre otros. Esta modalidad permite también brindar reforzamiento o dar seguimiento a las capacitaciones por concentración.

2. **Capacitación en talleres o por concentración:** idealmente se hacen ejercicios prácticos para la utilización de instrumentos e instructivos o charlas magistrales y demostraciones, la relación entre los que participan en el proceso de capacitación puede ser menos personalizado pero permite la capacitación de un mayor número de recursos a la vez. Esta forma de capacitación se utiliza generalmente cuando se introducen en la institución nuevas metodologías o normas de atención y se prefiere la formación de facilitadores para que posteriormente multipliquen el conocimiento. Las reuniones de monitoria mensual son momentos que pueden ser utilizados para la capacitación de los recursos

f) Estimación y presupuestación de necesidades de capacitación

Durante la realización de la programación de actividades de PF, existe un momento para que las unidades de salud estimen la necesidad de capacitación en que los recursos humanos necesitan adiestrarse para poder realizar una entrega efectiva y con calidad de los servicios de PF. Para ello emplearán el **Instrumento 2.1.1** el que les permitirá hacer un análisis de las capacidades que tienen los recursos humanos que brindan atenciones en la unidad de salud, pero además, podrán estimar la cantidad de recursos que aún necesitan desarrollar sus capacidades. Una vez hecho este análisis, se entrega la información al nivel que corresponde para que estas puedan ser consideradas e incluidas dentro del presupuesto de la unidad.

g) Descripción de los principales temas y sus mecanismos para capacitación de PF

1) Tema: Guías clínicas de Gineco Obstetricia para el primer y segundo nivel

Objetivo: Brindar a los proveedores de los servicios de PF los conocimientos para brindar atención estandarizada y de acuerdo a las normas institucionales para garantizar calidad a las personas usuarias.

Participantes: Con énfasis será dirigido a médicos generales y especialistas en GO.

Metodología: Capacitación en servicio generalmente dirigido por un GO, mediante una lectura dirigida y dialogada.

Tiempo de duración: 8 horas de capacitación.

Unidades para capacitar: Clínicas del primer y segundo nivel de los servicios propios y subrogados.

2) Tema: Consejería en planificación familiar.

Objetivo: Brindar al personal relacionado con la atención en PF, a través de la capacitación en el uso de la Herramienta para la Toma de Decisiones, conocimientos y habilidades para asesorar a las personas usuarias potenciales, para que estos puedan tomar decisiones informadas en el marco del derecho acerca del método de PF a escoger y el momento de su utilización informada.

Participantes: La capacitación ira dirigida con énfasis en los recursos que hacen esta labor en los servicios propios y subrogados como enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, y psicólogas, pero debe de extenderse a personas de atención al cliente, y médicos

Tiempo de duración: taller por concentración de 3 días.

Proceso metodológico: Talleres por concentración dirigida a los recursos de los servicios propios y subrogados de primer y segundo nivel.

Unidades para capacitar: Clínicas del primer y segundo nivel de los servicios propios y subrogados.

3) Tema : Inserción de DIU de intervalo.

Objetivo: Capacitación en la técnica para inserción de DIU de intervalo de forma que se desarrollen las habilidades y destrezas de los recursos que brindan esa atención

Tiempo de duración: 3 días para todos los niveles.

Proceso metodológico: Capacitación en servicio.

Personal a capacitar: Médicos generales

Las necesidades de capacitación se registran el instrumento I.I.6 presentado a continuación y que será el insumo principal para la elaboración del plan regional y nacional a desarrollarse durante el año que se hace la programación.

INSTRUMENTOS E INTRUCTIVOS DE CAPACITACIÓN

INSTRUMENTO 2.1.1

Estimación de las necesidades de capacitación en servicios propios, subrogados y SME.

Nombre de la Unidad _____ Ciudad _____

Región de salud _____ Año Programado _____

Estimación de las necesidades de capacitación						
RECURSOS		EGSPF	Guías clínicas de PF	Inserción de DIU	Consejería	Género
1 Médicos Especialistas						
1	Capacitados					
1						
1						
1	No capacitados					
1						
1						
1	Total					
1						
1						
2 Médicos Generales						
2	Capacitados					
2						
2						
2	No capacitados					
2						
2						
2	Total					
2						
2						
3 Enfermeras						
3	Capacitados					
3						
3						
3	No capacitados					
3						
3						
3	Total					
3						
3						
4 Auxiliar de enfermería						
4	Capacitados					
4						
4						
4	No capacitados					
4						
4						
4	Total					
4						
4						

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 2.1.1

ESTIMACION DE LAS NECESIDADES DE CAPACITACION EN SERVICIOS PROPIOS, SUBROGADOS Y SME

I. DATOS GENERALES

Nombre de la unidad: Anotar el nombre de la clínica propia, subrogada o del SME

Ciudad: Anote el nombre donde está ubicada la clínica.

Región: Anotar el nombre de la región a la que pertenece la clínica.

Año a programar: Escriba el año fiscal que se programa.

II. ESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DE OFERTA

Esta sección mide la capacidad de oferta de los servicios en cuanto a la cantidad, tipo y capacitación de los recursos en los temas relacionados con los temas los servicios de planificación familiar. Llene cada una de las secciones de acuerdo con las instrucciones que a continuación se describen:

1. **Médicos especialistas:** Se refiere a médicos especialistas en Gineco-obstetricia que prestan sus servicios en planificación familiar en las clínicas y hospitales del IHSS.
 - 1.1- Anote en la columna que corresponda el número de médicos especialistas en Gineco-obstetricia capacitados en la EGSPF, guías clínicas, consejería, y género. En esta sección no se llena la casilla de capacitación en inserción de DIU ya que están capacitados en su proceso de formación educativa como especialistas.
 - 1.2 - Anote en la columna correspondiente el número de médicos especialistas en Gineco-obstetricia que no están capacitados en la EGSPF, Guías Clínicas, Consejería, y género. En esta sección no se llena la casilla de capacitación en DIU ya que están capacitados en su proceso de formación educativa como especialistas.
 - 1.3 En esta fila anote para cada uno de los temas de capacitación (EGSPF, Consejería, Género, y Guías Clínicas) anote la suma de los médicos especialistas en GO capacitados y no capacitados.
2. **Médicos Generales:** Son los médicos generales con funciones para la prestación de servicios de PF asignados a las clínicas y hospitales del IHSS en sus tres modalidades de atención
 - 2.1 Anote en la columna que corresponda el número de médicos generales capacitados en la EGSPF, Guías Clínicas, inserción de DIU, Consejería y Género.
 - 2.2 Anote en la columna correspondiente el número de médicos generales no capacitados en la EGSPF, Guías Clínicas, inserción de DIU, Consejería y Género.
 - 2.3 En esta fila anote para cada uno de los temas de capacitación (EGSPF, Guías Clínicas, inserción de DIU, Consejería y Género) anote la suma de los médicos generales capacitados y no capacitados.
3. **Enfermeras:** Son las profesionales de la enfermería asignadas a las unidades de salud en las tres modalidades de atención en el IHSS
 - 3.1 Anote en la columna que corresponda el número de enfermeras capacitadas en la EGSPF, consejería, y género. No se incluyen las capacitaciones en inserción de DIU y Guías Clínicas porque no es parte del perfil funcional de la enfermera del IHSS para la entrega de estos servicios.
 - 3.2 Anote en la columna correspondiente el número de enfermeras no capacitadas en la EGSPF, Consejería y Género.
 - 3.3. En esta fila anote para cada uno de los temas de capacitación y anote la suma de las enfermeras capacitadas y no capacitadas.
4. **Auxiliares de enfermería asignadas a las unidades de salud en las tres modalidades de atención en el IHSS**
 - 4.1 Anote en la columna que corresponda el número de auxiliares de enfermería capacitadas en la EGSPF, Consejería y género. No se incluyen las capacitaciones en inserción de DIU y guías clínicas porque no es parte de su perfil funcional en el IHSS la entrega de estos servicios.
 - 4.2 Anote en la columna correspondiente el número de auxiliares de enfermería no capacitadas en la EGSPF, Consejería y Género.
 - 4.3. En esta fila anote para cada uno de los temas de capacitación y SME la suma de las auxiliares de enfermería capacitadas y no capacitadas.

INSTRUMENTO 2.2.I

Consolidado de las necesidades de capacitación en la unidad de salud propia.

Nombre de la unidad que consolida: _____

Año: _____ Región a la que pertenece: _____

Ciudad: _____

A - Nombre de la Unidad	B - Modalidad	C - Tipo de recursos	D - EGSPF	E- Guías clínicas de PF	F - Inserción de DIU	G- Consejería	H- Género
TOTAL RECURSOS A CAPACITAR POR TEMA							

Firma del Responsable de Consolidar

Firma del Gerente de la Unidad

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 2.1.1

CONSOLIDADO DE LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN EN LA UNIDAD DE SALUD PROPIA.

DATOS GENERALES

Nombre de la unidad: Anotar el nombre de la clínica propia.

Ciudad: Anote el nombre donde está ubicada la clínica.

Región: Anotar el nombre de la región a la que pertenece la clínica.

Año a programar: Escriba el año fiscal que se programa.

SECCION II: Consolidado de las necesidades de capacitación

Esta sección mide las necesidades de capacitación de la unidad de salud para que los recursos brinden servicios de planificación familiar.

Llene cada una de las secciones de acuerdo a las instrucciones que a continuación se describen:

Columna A Nombre de la unidad: Utilice el primer renglón para anotar el nombre de la unidad propia y los siguientes renglones para colocar los nombres de las unidades del SME adscritas a esa unidad propia.

Columna B Modalidad: Al par del nombre de la unidad, escriba la modalidad a la cual corresponde (Unidad propia o del SME).

Columna C Tipo de recursos: Utilice este espacio para anotar el tipo de recurso que requiere ser capacitado, utilizando las siguientes siglas: ME para Médico Especialista, MG para Médico General, EP para Enfermera Profesional y A/E para Auxiliar de Enfermería. Cada unidad debe emplear un renglón para especificar la necesidad de capacitación que necesita por cada tipo de recurso.

Columna D, E, F, G, H - Tipo de recursos: En estas columnas debe de marcar con una X el tema de capacitación en el cual los recursos necesitan ser capacitados.

Fila Total de Recursos a capacitar por tema: Sume el total de los recursos que requieren ser capacitados por tema.

El responsable de realizar el consolidado de las necesidades de capacitación y el Gerente de la Unidad deben de firmar y sellar el instrumento como un acto de compromiso.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 2.2.2
CONSOLIDADO DE LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN A NIVEL REGIONAL

DATOS GENERALES

Nombre de la Región: Anotar el nombre de la región que consolida.

Ciudad: Anote el nombre donde está ubicada la región.

Año a programar: Escriba el año fiscal que se programa.

SECCION II: Consolidado de las necesidades de capacitación

Esta sección resume las necesidades de capacitación para que los recursos brinden servicios de planificación familiar en las unidades de salud propias que pertenecen a dicha región.

Llene cada una de las secciones de acuerdo a las instrucciones que a continuación se describen:

- **Columna A Nombre de la unidad:** Utilice esta columna para anotar el nombre de las unidades propias adscritas a la región que consolida.

- **Columnas B, C, D, E, F, Tipo de capacitación por recurso:** En estas columnas debe de anotar el número de recursos por tema de capacitación en el cual necesitan ser capacitados. **Para esos efectos las siglas significan lo siguiente:**
ME: Médico Especialista **MG:** Médico General **EP:** Enfermera Profesional **AE:** Auxiliar de Enfermería.

- **Fila Total de Recursos a capacitar por tema:** Sume el total de los recursos que requieren ser capacitados por tema.

SECCION III: En los espacios asignados al final del instrumento, anote las fechas tentativas en las que se desarrollaran las capacitaciones programadas, con la finalidad de dar seguimiento a la realización de las mismas.

El responsable de realizar el consolidado de las necesidades de capacitación con visto bueno de la Jefatura de la Dirección Médica Nacional deben de firmar y sellar el instrumento como un acto de compromiso.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 2.2.3 CONSOLIDADO DE LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN A NIVEL NACIONAL

DATOS GENERALES

Dirección Médica Nacional: es el nivel responsable y encargado de consolidar las necesidades de capacitación a nivel nacional. La información será obtenida de los consolidados de capacitación de las regiones.

Año a programar: Escriba el año fiscal que se programa.

SECCION II: Consolidado de las necesidades de capacitación a nivel nacional

Esta sección resume las necesidades de capacitación a nivel nacional. La información obtenida del consolidado de las necesidades de capacitación a nivel nacional será el insumo para el llenado de este instrumento.

Llene cada una de las secciones de acuerdo a las instrucciones que a continuación se describen:

- **Columna A Nombre de la Región:** Utilice esta columna para anotar el nombre de las regiones del IHSS.
- **Columnas B, C, D, E, F, Tipo de capacitación por recurso:** En estas columnas debe de anotar el número de recursos por tema de capacitación en el cual necesitan ser capacitados de acuerdo al informe regional.

Para esos efectos las siglas significan lo siguiente:

ME: Médico Especialista **MG:** Médico General **EP:** Enfermera Profesional **AE:** Auxiliar de Enfermería.

- **Fila Total de Recursos a capacitar por tema:** Sume el total de los recursos que requieren ser capacitados por tema a nivel nacional.

SECCION III: En los espacios asignados al final del instrumento, anote las fechas tentativas en las que se desarrollaran las capacitaciones programadas, con la finalidad de dar seguimiento a la realización de las mismas.

El responsable de realizar el consolidado de las necesidades de capacitación y el Gerente de la Unidad deben de firmar y sellar el instrumento como un acto de compromiso.

Capítulo 8: Equipamiento e infraestructura de las unidades de salud para actividades de Planificación Familiar.

a) Conceptos Operativos.

- **Equipamiento básico:** Proveer del equipo necesario a los establecimientos para la realización de las actividades de planificación familiar con calidad.
- **Infraestructura:** Conjunto de elementos y espacios físicos que se consideran necesarios para la creación y funcionamiento de una organización o servicio.
- **Licenciamiento:** Acción de extender un permiso o licencia para la realización de una actividad específica en salud.

b) Definición.

El componente de Equipamiento se implementa a través del diagnóstico de la existencia de los equipos necesarios para brindar los servicios de planificación familiar a fin de asegurar la calidad de atención, especialmente con los métodos que requieren equipos médicos como el DIU y la AQV. A continuación se describen los mecanismos que se utilizarán para desarrollar el proceso de diagnóstico, negociación y adquisición de los equipos necesarios para la operativización exitosa de la estrategia de planificación familiar.

c) Equipo básico

La EGSPF plantea como una necesidad la actualización periódica del inventario del equipo requerido para poder brindar atenciones de PF con calidad, adelante se define el listado de insumos requerido para equipar adecuadamente las clínicas de atención.

Para garantizar la dotación oportuna de los equipos necesarios se requiere del fortalecimiento de una serie de funciones descritas a continuación y que no necesariamente son responsabilidad directa de la estrategia:

- Difundir la política y normas técnicas del equipamiento en el marco de las normas para el licenciamiento de establecimientos.
- Establecer y mantener actualizado el registro de los equipos y sus especificaciones técnicas.
- Evaluar el estado de conservación y operatividad de los equipos nuevos, usados y repotenciados.
- Definir mecanismos para supervisar, monitorear y evaluar la aplicación y cumplimiento de las normas técnicas, estándares y especificaciones técnicas relacionadas con el equipamiento.
- Identificar formas para la asistencia, asesoramiento técnico especializado en aspectos relacionados con el equipamiento.
- Contar con las especificaciones técnicas del equipamiento en salud para la adquisición, uso y reposición.

De acuerdo con los lineamientos para el licenciamiento de establecimientos y las necesidades identificadas en las guías clínicas de atención se define que el equipo básico necesario por unidad de salud propia o subrogada para la entrega de métodos se describe a continuación:

1. **Inyectables trimestrales, orales, condón y naturales:** El equipo requerido para brindar una atención con la suficiente privacidad, es el necesario para la operación de una clínica : un escritorio con su respectiva silla, sillas para usuarias(os), camilla para examen clínico, basurero, mesita para ubicar los equipos y materiales. En el “Centro de Promoción de la salud sexual y reproductiva” debe haber un armario con llave para resguardar los métodos y un archivador.
2. **Inserción de DIU de intervalo en las clínicas de primer y segundo nivel propias y subrogadas.** Este es un procedimiento que es aplicado por los médicos de la institución y por tanto se realizará en los consultorios médicos e igualmente debe contar con las condiciones de privacidad y comodidad necesaria y debe de estar equipada con:

- Espéculo
- Copa o riñonera
- Tenáculo
- Histerómetro
- Pinza de anillo
- Tijera larga
- Mesa ginecológica.
- Lámpara cuello de cuello flexible (de ganso).
- Banquillo giratorio.
- Grada de doble peldaño.
- Balde de acero inoxidable.
- Mesa de Mayo.

3. Inserción de DIU post evento obstétrico: Es un procedimiento que se efectúa en las pacientes pos parto o pos aborto en una clínica materno infantil u hospital en las salas de labor y parto y el equipo que se requiere es: una pinza Forester o de anillo y una pinza Kelly de placenta

4. AQV Femenina

Para realizar este procedimiento es necesario que el quirófano cuente con el equipo mínimo de sala de operaciones. Este equipo es el siguiente:

- Oxímetro de Pulso
- Mesa Quirúrgica
- Mesa de Mayo
- Lámpara Cielítica
- Lámpara de Pié de Emergencia
- Aspirador
- Cauterio
- Baldes para descontaminación

El instrumental quirúrgico para realizar la Mini laparotomía se describe a continuación:

- Pinza hemostática curva Kelly clásica
- Mango de bisturí corto No. 4
- Tijera de Mayo curva clásica
- Tijera para hilo recta
- Pinza de anillo porta esponja recta
- Separador de Richardson doble
- Separador de Farabeuf
- Cubeta para solución.
- Tenáculo uterino recto Schoroeder
- Tijera de Metzenbaum curva
- Pinza de disección con diente
- Pinza de disección sin diente
- Pinza de Babcock Standard line
- Porta aguja Mayo-Hegar
- Elevador uterino
- Localizador de trompas

5. Vasectomía sin bisturí

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

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

d) Estimación y presupuestación de necesidades de equipos.

Como parte del ejercicio de elaboración del POA presupuesto los equipos de las unidades deben de iniciar con la realización de un diagnóstico de las necesidades en los servicios de PF de acuerdo a los criterios contenidos en el **Instrumento 3.1**, en el que se describe el equipo necesario para cada una de las actividades de PF.

En dicho instrumento se hace la descripción del equipo necesario, su situación actual (buen estado o completo) y las necesidades por encontrar equipo en mal estado o inexistente, lo que permite la estimación de las necesidades de equipo. Con relación a la infraestructura debe de considerarse el tamaño del espacio físico, la privacidad que se brinde y la cantidad de espacios dependiendo de la demanda de servicios.

La Región debe consolidar las necesidades de equipo de las unidades que tiene adscritas, utilizando el **Instrumento 3.2**, así mismo el nivel central debe hacer el consolidado nacional de necesidades de equipo en el **Instrumento 3.3**.

La definición de las necesidades de equipo definidas en el levantamiento del diagnóstico por unidad se convierten en las metas físicas que serán incluidas en las matrices estratégicas y operativas definidas por la UPEG del IHSS para la elaboración del POA presupuesto, el cual se convierte en un instrumento de gestión para que los gerentes puedan realizar la negociación correspondiente con los niveles superiores.

Deberá darse seguimiento al equipamiento de las unidades y servicios de PF mediante los siguientes mecanismos:

- Verificar las condiciones del equipo asignado a las unidades incluyendo este aspecto en las visitas de supervisión.
- Incluir el aspecto de la situación del equipamiento de las unidades de salud en la discusión de las reuniones mensuales de monitoria.

El consolidado regional de necesidades de equipo deberá adjuntarse al consolidado regional de programación de actividades de planificación familiar que se envía al nivel central a fin de que la DMN realice un consolidado nacional y promueva las gestiones pertinentes de incluir las necesidades de equipo en el presupuesto anual para la compra de los mismos, para dar respuesta a las necesidades propuestas con el objetivo de garantizar la disponibilidad de los equipos necesarios para la prestación del servicio.

Equipamiento en los servicios subrogados

Las bases de licitación y el contrato para prestación de servicios subrogados establecen que las clínicas deben de operar con el equipamiento requerido para brindar una atención de calidad. A continuación se presenta un listado de equipo básico definido por el IHSS cuyo cumplimiento es obligatorio ya que de no hacerlo dará lugar a rescindir el contrato:

**REQUERIMIENTOS BASICOS DE EQUIPO MÉDICO PARA LAS CINICAS DE LOS SERVICIOS
SUBROGADOS DEL IHSS**

<u>En el establecimiento de salud en general</u>
Archivos para expedientes y documentos
Teléfono fax, con su respectiva línea
Televisor
Sillas
Computadora
Oasis
Módulos de butacas
VHS ó DVD
<u>En área de Enfermería</u>
Equipo para parto (casos de emergencia que no puedan transferirse al III nivel)
Nebulizador
Balanza para adultos
Balanza de lactantes
Balanza portátil
Esfigmomanómetro
Estetoscopio
Refrigeradora para biológicos
Termo para vacunas
Esterilizador de material médico
<u>Centralizado en el ambiente de curaciones</u>
Camilla de curaciones
Mesas de Mayo
Set de curaciones básico **
Set para retirar puntos **
Set de suturas **
Set para extracción de uñas **
<u>Debe haber un equipo por clínica</u>
Esfigmomanómetro *
Estetoscopios *
Lámpara de cuello de ganso *
Martillo de reflejos *
Mesa de exploración ginecológica *
Banco giratorio
Set de diagnóstico portátil (Otoscopio y Oftalmoscopio) *
Biombo
<u>En las clínicas de Gineco- Obstetricia y Medicina General</u>
Set para la colocación de DIU ***
Espéculos
<u>En clínica de odontología</u>
Equipo Dental Completo (Ver Anexo J)
Instrumental (Ver Anexo J)
<u>Equipo Diagnóstico</u>
Ultra sonógrafo

* De acuerdo a la población adscrita a esa unidad de salud, será la cantidad de equipo solicitado.
Los equipos regionales realizarán supervisión periódica (idealmente mensual) para garantizar que el equipo se encuentre de acuerdo a la cantidad requerida y en buen estado.

Equipamiento en las unidades del SME:

El equipamiento básico para la inserción de DIU deberá ser adquirido por la Empresa de acuerdo a la normativa del IHSS.

INSTRUMENTOS E INTRUCTIVOS DE EQUIPAMIENTO

INSTRUMENTO 3.1 Estimación de las necesidades de equipo.

Nombre de la Unidad: _____ Ciudad: _____
 Región de salud: _____ Año Programado: _____

Sección I. Infraestructura y Equipo: Inventario de existencia y necesidades para los niveles I y II			
Infraestructura			
I	Consultorios o espacios físicos	Disponibles	Necesidad
2	Equipo	Buen estado	Necesidad
2.1	Equipo P/ inserción de DIU		
2.2	Mesa ginecológica		
2.3	Lámpara cuello flexible		
2.4	Banquillo giratorio		
2.5	Grada doble peldaño		
2.6	Mesa de Mayo		

Sección II. Infraestructura y Equipo: Inventario de existencia y necesidades para el Nivel III			
Infraestructura			
I	Horas Quirófano	Disponibles	Necesidad
2	Equipo	Buen estado	Necesidad
2.1	Mesa de Operaciones		
2.2	Lámpara Cielítica		
2.3	Máquina de anestesia		
2.4	Mesa de Angulo		
2.5	Equipo de Mini Laparotomía		
2.6	Camilla para transporte		
2.7	Camas de Hospitalización		
2.8	Equipo P/ inserción de DIU		
2.9	Mesa ginecológica		
2.10	Lámpara cuello flexible		
2.11	Banquillo giratorio		
2.12	Grada doble peldaño		
2.13	Mesa de Mayo		
2.14	Autoclave		

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO 3.I

Estimación de las necesidades de equipo.

Nombre de la Unidad: _____
 Ciudad: _____
 Región de salud: _____ Año Programado: _____

Sección I. Infraestructura y Equipo: Inventario de existencia y necesidades para los niveles I y II

Fila 1 Consultorios o espacios físicos: En la columna “Disponibles”, anote el número de consultorios o espacios disponibles para brindar los servicios de planificación familiar, En la columna “Necesidad” escriba el dato de los espacios necesarios o requeridos para poder lograr la programación de PF de su unidad.

Fila 2 Equipos: En esta sección se enlistan los equipos requeridos para la adecuada operación de los servicios de PF, coloque en la columna “existencia” la cantidad de equipo disponible y en buen estado. En la columna “necesidades” deberá anotar todos los equipos inexistentes o en mal estado y que se requieran para el adecuado funcionamiento de los servicios de PF en las unidades del nivel I y II.

Sección II. Infraestructura y Equipo: Inventario de existencia y necesidades para el Nivel III

Fila 1 Horas Quirófano: En la columna “Disponibles”, anote el número de horas quirófano disponibles para realizar los procedimientos quirúrgicos de planificación familiar. En la columna “Necesidad” escriba el dato de las horas quirófano disponible para realizar los procedimientos quirúrgicos de planificación familiar

Fila 2 Equipos: En esta sección se enlistan los equipos requeridos para la adecuada operación de los servicios de PF, coloque en la columna “existencia” la cantidad de equipo disponible y en buen estado. En la columna “necesidades” deberá anotar todos los equipos inexistentes o en mal estado y que se requieran para el adecuado funcionamiento de los servicios de PF en unidades del nivel III del IHSS.

Para mayor información para el llenado de esta sección consulte el componente de equipamiento de esta estrategia.

El responsable de realizar el consolidado de las necesidades de equipamiento y el Gerente de la Unidad deben de firmar y sellar el instrumento como un acto de compromiso.

INSTRUMENTO 3.2

Consolidado de las necesidades de equipamiento a nivel Regional.

Región: _____

Ciudad: _____

Año: _____

Columna A- Nombre de las unidades pertenecientes a la región	Columna B Nivel de atención	Columna C Necesidad de equipo												
		Lámpara Cielítica	Máquina de anestesia	Mesa de Angulo	Equipo de Mini Laparotomía	Camilla para transpor te	Equipo inserción de DIU	Mesa ginecológica	Lámpara cuello flexible	Banquillo giratorio	Grada doble peldaño	Mesa de Mayo	Mesa de operacio nes	Camas hospitali zación
Total de equipo necesario para las actividades de PF en la Región.														

Firma Encargado Región

Firma Coordinador Regional

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO 3. 2

CONSOLIDADO DE LAS NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO A NIVEL REGIONAL

DATOS GENERALES

Nombre de la Región: Anotar el nombre de la región que consolida.

Ciudad: Anote el nombre donde está ubicada la región.

Año a programar: Escriba el año fiscal que se programa.

Consolidado de las necesidades de equipamiento a nivel regional

Este instrumento consolida las necesidades de equipamiento que las unidades de salud de cada región requieren para brindar las atenciones de planificación familiar.

Llene cada una de las secciones de acuerdo a las instrucciones que a continuación se describen:

- **Columna A Nombre de las unidades pertenecientes a la Región:** Utilice esta columna para anotar el nombre de las unidades propias adscritas a la región que consolida.
- **Columna B Nivel de atención:** Junto al nombre de cada unidad propia escriba el nivel de atención al cual pertenece dicha unidad (Nivel I, II o III)
- **Columna C Necesidad de equipo:** En estas columnas debe de anotar la cantidad de equipo solicitado por cada unidad, según como esté descrito en el instrumento de necesidades de equipo para cada unidad propia.
- **Fila total de equipo necesario para las actividades de PF en la Región:** Sume el total de los equipos que se requieren para la realización de las actividades de PF en la Región.

El responsable de realizar el consolidado de las necesidades de equipamiento y el Gerente de la Unidad deben de firmar y sellar el instrumento como un acto de compromiso.

INSTRUMENTO 3.3

Consolidado de las necesidades de equipo de los servicios propios a nivel Nacional.

Dirección Médica Nacional.

Año: _____

Columna A- Nombre de la Región	Columna B Necesidad de equipo												
	Lámpara Cielítica	Máquina de anestesia	Mesa de Angulo	Equipo de Mini Laparotomía	Camilla para transporte	Equipo inserción de DIU	Mesa ginecológica	Lámpara cuello flexible	Banquillo giratorio	Grada doble peldaño	Mesa de Mayo	Mesa de operaciones	Camas hospitalización
Total de equipo necesario para las actividades de PF en la Región.													

Firma Responsable de Consolidar

Firma de la DMN

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO 3.3

Consolidado de las necesidades de equipo a Nivel Nacional.

DATOS GENERALES

Dirección Médica Nacional: es el nivel responsable y encargado de consolidar las necesidades de capacitación a nivel nacional. La información será obtenida de los consolidados de capacitación de las regiones.

Año a programar: Escriba el año fiscal que se programa

SECCION II: Consolidado de las necesidades de equipamiento a nivel nacional.

Este instrumento consolida las necesidades de equipamiento que cada región requiere para brindar las atenciones de planificación familiar. El insumo para el llenado de este instrumento será el consolidado de las necesidades de equipo del nivel regional.

Llene cada una de las secciones de acuerdo a las instrucciones que a continuación se describen:

- **Columna A Nombre de la Región:** Utilice esta columna para anotar el nombre de las regiones del IHSS.
- **Columna B Necesidad de equipo:** En estas columnas debe de anotar la cantidad de equipo solicitado por cada región, según como esté descrito en el instrumento de necesidades de equipo del nivel regional.
- **Fila total de equipo necesario para las actividades de PF a nivel nacional:** Sume el total de los equipos que se requieren para la realización de las actividades de PF a nivel nacional.

El responsable de realizar el consolidado de las necesidades de equipamiento y la persona representante de la Dirección Médica Nacional deben de firmar y sellar el instrumento como un acto de compromiso.

Capítulo 9: Sistema de Información

La toma de decisiones en las instituciones proveedoras de servicios de salud dependen de la posibilidad de disponer oportunamente de datos sólidos y confiables a través de un sistema de información que permita generar, analizar y difundir tales datos, por lo que la EGSPF define los mecanismos para incorporar la información de PF en los sistemas oficiales del instituto y complementa con los instrumentos y herramientas que hacen falta para que dicho sistema funcione adecuadamente bajo criterios de calidad y de oportunidad, contribuyendo a asegurar la equidad de género y la disponibilidad de los suministros necesarios para la prestación de los servicios de PF con calidad. A continuación se describen los detalles del funcionamiento del registro y flujo de información para efectos de la implementación de esta estrategia.

a) Conceptos Operativos.

- **Kardex:** es el instrumento para registrar los movimientos (entradas, salidas y ajustes) de los productos anticonceptivos en todos los almacenes y farmacias del IHSS.
- **Instrumentos:** son los documentos o herramientas electrónicas que sirven para el registro y consolidación de información de las actividades de PF.
- **MOFIHSS:** Sistema de Modernización Financiera y Hospitalaria del IHSS.
- **Herramienta Consolidadora de Datos Logísticos:** es la aplicación electrónica en la que se manejan los datos de entrega de métodos y los inventarios en las unidades de los servicios subrogados y del SME.
- **Informe diario de atenciones:** Es un instrumento que registra las atenciones diarias que se brindan a las personas derechohabientes en las clínicas médicas y de promoción de la salud.

b) Definición

El sistema de información oficial del IHSS es el MOFIHSS, en el que se ha incluido una “sección” para el registro de la información de PF, de manera que la generación y captura de la información en las unidades de salud propias se efectúa mediante expediente electrónico y todos los consultorios cuentan con computadoras conectadas a servidores centrales por lo que es registrada y consolidada diariamente por el departamento de estadística donde procesan la información.

En el caso de los servicios subrogados y del SME las atenciones de PF se registran en el formato del informe diario del médico proporcionado por el departamento de estadística, estos datos serán digitados y consolidados en una aplicación electrónica diseñada para tal fin.

La información de las atenciones de PF es de dos tipos: estadística y logística. La operación de la estrategia se basa en la información logística, a partir de la cual se calculan las cantidades de métodos y las parejas protegidas y a proteger. La información estadística es utilizada para los efectos de monitoreo y evaluación de la producción de servicios en el IHSS. En los servicios subrogados y del SME se utilizan para los fines de las relaciones del convenio o del contrato.

Cada unidad de salud, deberá disponer de un recurso que se encargue de recoger, recopilar, consolidar y procesar la información de producción de las actividades de PF definidas en la EGSPF así como la consolidación mensual de las atenciones de PF por parte de la persona encargada de estadística de la unidad.

c) Instrumentos del Sistema

Cinco de los siete componentes de la estrategia cuentan con instrumentos para el registro y consolidación de información, para su fácil reconocimiento a cada uno de ellos se les ha asignado un código numérico, en el cual el primer número corresponde al componente de la estrategia, el segundo al nivel de atención o modalidad de servicios y el tercero es el correlativo de ese grupo de instrumentos, los instrumentos de consolidación, solo tienen el primer número del componente y el correlativo.

Para los componentes los números asignados son: 1 programación, 2 Capacitaciones, 3 Equipamiento, 4 Logística y 5 Supervisión, Monitoria y Evaluación. Para nivel de atención o modalidad de servicios el 1 es para Propios y subrogados de los niveles 1 y 2, el 2 para SME y el 3 para hospital.

En los cuadros siguientes se muestran todos los instrumentos de la estrategia:

INSTRUMENTOS DE PROGRAMACION

Código	Nombre	Donde se usa
I.1.1	PROGRAMACION EN BASE A LA DEMANDA DE PAREJAS A PROTEGER CON METODOS DE PF EN LOS SERVICIOS PROPIOS Y SUBROGADOS DEL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DEL IHSS.	En la Unidad de Salud
I.1.2	PROGRAMACIÓN DE CONDONES PARA TODO USO EN LOS SERVICIOS PROPIOS Y SUBROGADOS DEL IHSS	
I.1.3	PROGRAMACION DE PAREJAS A PROTEGER CON METODOS DE PF EN BASE AL ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DE OFERTA DE LOS SERVICIOS PROPIOS Y SUBROGADOS DEL IHSS	
I.1.4	CALCULO DE LA BRECHA DE PAREJAS A PROTEGER Y ESTIMACION DE NECESIDADES PARA CUBRIR LA PROGRAMACIÓN EN BASE A DEMANDA	
I.2.1	PROGRAMACION DE PAREJAS A PROTEGER CON METODOS DE PF EN LAS CLINICAS DEL SISTEMA MEDICO DE EMPRESA	
I.3.1	PROGRAMACION EN BASE A DEMANDA DE LAS PAREJAS A PROTEGER Y DE LA MEZCLA DE METODOS EN LOS HOSPITALES PROPIOS Y SUBROGADOS	
I.3.2	PROGRAMACION EN BASE A CAPACIDAD DE OFERTA DE LAS PAREJAS A PROTEGER CON AQV-F EN LOS HOSPITALES PROPIOS Y SUBROGADOS Y ESTIMACION DE LA BRECHA ENTRE PROGRAMACIONES	
I.1	CONSOLIDADO DE LA PROGRAMACION EN LA UNIDAD DE SALUD PROPIA.	
I.2	CONSOLIDADO DE LA PROGRAMACIÓN A NIVEL REGIONAL.	En la Región
I.3	CONSOLIDADO DE LA PROGRAMACIÓN A NIVEL NACIONAL.	En la DMN

INSTRUMENTOS DE CAPACITACION:

Código	Nombre	Donde se usa
2.1.1	Estimación de las necesidades de capacitación en servicios propios y subrogados.	En la Unidad de Salud
2.1	Consolidado de las necesidades de capacitación en la unidad de salud propia.	
2.2	Consolidado de las necesidades de capacitación a nivel Regional.	En la Región
2.3	Consolidado de las necesidades de capacitación a nivel Nacional.	En la DMN

INSTRUMENTOS DE EQUIPAMIENTO:

Código	Nombre	Donde se usa
3.1.1	Estimación de las necesidades de equipo para los niveles I y II	En la Unidad de Salud
3.3.2	Estimación de las necesidades de equipo en el nivel III (Hospitales propios y subrogados)	
3.1	Consolidado de las necesidades de equipo en la unidad de salud propia.	
3.2	Consolidado de las necesidades de equipo a nivel Regional.	En la Región
3.3	Consolidado de las necesidades de equipo a nivel Nacional.	En la DMN

STRUMENTOS DE LOGISTICA:

Código	Nombre	Donde se usa
4.1	CONTROL DE EXISTENCIA DE METODOS DE PF (KARDEX)	En la Unidad de Salud
4.2	CONSOLIDADO DE LAS CANTIDADES DE METODOS A SOLICITAR POR LA UNIDAD PROPIA	
4.3	CONSOLIDADO REGIONAL DE LAS CANTIDADES DE METODOS A SOLICITAR PARA CADA UNA DE LAS UNIDADES DE SALUD	En la Región
4.4	CONSOLIDADO NACIONAL DE CANTIDAD DE METODOS A SOLICITAR POR REGION.	En la DMN

INSTRUMENTOS DE SUPERVISION, MONITORÍA Y EVALUACION:

Código	Nombre	Donde se usa
5.1	Informe y solicitud mensual de suministros/monitoria de producción de servicios en unidades de salud.	En la Unidad de Salud
5.2	Consolidado regional de la monitoria mensual de programación y ejecución de actividades de Planificación familiar	En la Región
4.3	Consolidado Nacional del cumplimiento de la Programación.	En la DMN

d) Flujo de la Información

Los datos de las atenciones de PF se generan en las clínicas dónde se atienden las personas usuarias, los médicos generales y especialistas hacen el registro respectivo, bien en el expediente electrónico en las unidades propias o en el Informe diario en los servicios subrogados o las clínicas del SME. El siguiente paso es la consolidación que, en las unidades propias se realiza automáticamente en el MOFIHSS y en las otras modalidades se describe a continuación.

En los servicios subrogados todas las Unidades de salud entregan sus instrumentos a los coordinadores regionales, quienes consolidan en los instrumentos respectivos diseñados para tal fin. Las Clínicas del SME envían sus instrumentos a la unidad de adscripción, quien la consolida e incorpora al instrumento de consolidación correspondiente, posteriormente estas unidades entregan los instrumentos en las reuniones de monitoria o programación para que sean consolidadas por los gerentes regionales y/o la persona que se delegue en la DMN. Los coordinadores regionales enviarán copia de los consolidados a las coordinaciones nacionales del SME.

Finalmente los consolidados regionales son enviados a la DMN quien se encarga de consolidar la información nacional y utilizarla para la toma de decisiones.

e) Herramienta Consolidadora de datos logísticos (HCDL)

El IHSS ha diseñado una aplicación electrónica en base EXCELL la cual consolida toda la información logística que se produce en las unidades de salud y almacenes, esta base es alimentada con los datos del instrumento 5.1.

La aplicación está ubicada en las oficinas regionales y en las Unidades propias que tengan adscritas otras clínicas propias, de los servicios subrogados o del SME, también estará ubicada en la DMN en donde se tendrán los datos de todo el país.

Dicha aplicación produce toda la información logística que se necesita para los procesos de programación, monitoria, evaluación, redistribución de métodos y adquisiciones, así como la necesaria para construir indicadores como los relacionados con el abastecimiento, coberturas y otros.

Capítulo 10: Supervisión, Monitoria y Evaluación de las actividades de planificación familiar

Para que la EGSPF sea exitosa, no basta con la elaboración de una adecuada programación de actividades; se requiere además de mecanismos que permitan disponer de la información apropiada, en el momento oportuno, para la toma adecuada de decisiones, lo que supone la puesta en marcha de un conjunto de procesos interrelacionados, organizados convenientemente y encausados para conseguir los objetivos deseados. La EGSPF define ese conjunto de procesos interrelacionados y organizados en un sistema de supervisión, monitoria y evaluación de las actividades de PF.

a) Conceptos Operativos

Supervisión: Proceso de asesoría técnica y directa que permite verificar el desempeño adecuado de las personas que prestan las atenciones, con el fin de tomar (si es necesario) acciones correctivas o complementarias para lograr los objetivos propuestos. La supervisión debe realizarse en periodos de tiempo cortos de forma continua y puntual.

La supervisión se realiza al personal en todos los niveles, sean estos gerenciales o de servicios y también se hace a todos los procesos, es decir se supervisa la programación, la monitoria, las atenciones clínicas, la planta física, los equipos y todos los aspectos relacionados con la prestación de servicios de PF, esta acción la desarrollan los expertos en cada tema. Se puede decir que en cierta manera se supervisa el desempeño de los recursos humanos en las diferentes fases del proceso.

Monitoria: Es una herramienta de gestión para controlar el avance de proyectos, programas o planes en ejecución proporcionando información sistemática, uniforme y confiable. Se efectúa con la información registrada por las unidades de los distintos niveles y su objetivo es el de identificar logros y barreras, determinar su importancia, analizar sus causas y adoptar correctivos en forma inmediata. En resumen, se monitorea el proceso a través del cumplimiento de la programación de las actividades de PF.

Evaluación: Conjunto de procedimientos usados en forma periódica para analizar el desarrollo de la estrategia y obtener información acerca del cumplimiento y validez de sus objetivos, actividades, costos resultados e impacto, permitiendo la identificación de experiencias exitosas y de introducir correctivos en el corto y mediano plazo.

En resumen, se puede decir que: se supervisa el desempeño de las personas que prestan las atenciones, se monitorea el proceso a través del cumplimiento de la programación de actividades y se evalúa el impacto de las acciones.

b) Definición

La supervisión, monitoria y evaluación son actividades fundamentales para el seguimiento de las acciones en las unidades de salud, ya que a través de ellas se vigila y se asegura que el camino trazado en los objetivos se está recorriendo en la dirección correcta y en los tiempos esperados.

Este proceso contribuye de manera importante a que las actividades de planificación familiar sean una prioridad en las rutinas diarias de las unidades de salud, sin embargo para el cumplimiento de estas rutinas, se presentan dificultades presupuestarias, de tiempo, de actitud y compromiso en los diferentes niveles. Para minimizar dicha problemática la EGSPF plantea implementar, de manera obligatoria y ordenada las siguientes actividades complementarias:

- Inclusión del seguimiento de las actividades de planificación familiar en los procesos de supervisión interna de las unidades de salud, que se hará a través de guías de verificación.

- Monitoría mensual en las unidades de salud.
- Monitoría a nivel regional.
- Monitoría del nivel central.
- Evaluación de la EGSPF.

c) Proceso de Supervisión

Se deben supervisar tanto las actividades gerenciales como las clínicas. Las gerenciales incluyen básicamente la supervisión del proceso de programación, la organización de los servicios y el proceso logístico.

La supervisión de las actividades clínicas se realizará a través de guías de supervisión que serán diseñadas para tal fin y que incluyen los siguientes aspectos:

- Análisis del desempeño del personal en la aplicación de habilidades y destrezas en la atención de Planificación Familiar (consejería, supervisión de las técnicas de aplicación de DIU y otras prácticas clínicas relacionadas).
- Verificación de que se realiza la captación de usuarias potenciales y el grado de funcionamiento de las rutinas que deben asegurar el acceso a los métodos por parte de las personas usuarias.
- Verificación de la calidad en la consejería de planificación familiar.
- Verificación del respeto de los derechos de lo(a)s usuario(a)s.
- Comprobación del cumplimiento de las normas relacionadas con la selección de las usuarias potenciales y los procedimientos de distribución, entrega y aplicación de los anticonceptivos.
- Verificación de la existencia de las condiciones mínimas relacionadas con suministros, equipos, almacenamiento e infraestructura.
- Verificación de la calidad del dato registrado en los informes mensuales de suministro, solicitud y monitoría de las actividades de PF en todos los niveles e inclusive en la Herramienta Consolidadora de Datos Logísticos.

El proceso de supervisión debe incluir la observancia de mecanismos que garanticen la toma de decisiones informadas por parte de las personas usuarias potenciales o actuales de métodos basados en el respeto al derecho, también se debe verificar la aplicación de normas de PF en la atención las personas usuarias de los servicios de consejería, aplicación y revisión de DIU, farmacia, laboratorio, almacenamiento de métodos y otras atenciones relacionadas.

Mecanismo para la aplicación de las guías de supervisión.

- Las guías deben ser aplicadas periódicamente en cada unidad de salud, de acuerdo a la programación de visitas de supervisión.
- La aplicación de las mismas es responsabilidad de los gerentes regionales y gerentes de las unidades,
- Se deben definir los compromisos y correctivos a las fallas identificadas.
- La jefatura regional aplicará las guías cuando lo considere necesario, sin embargo es obligación que las guías sean aplicadas al menos una vez cada cuatro meses.
- Los niveles regionales y la Dirección Médica Nacional (donde no hay regional) deben de aplicar las guías de supervisión cada tres meses a las clínicas y hospitales.
- Con las guías de supervisión se hará la verificación de los mecanismos establecidos por la unidad para la captación de la demanda potencial, y de personas usuarias continuas de métodos.

Recuerde que la SUPERVISIÓN es el mejor momento para identificar las debilidades gerenciales, administrativas y logísticas de los servicios y al mismo tiempo identificar las limitaciones técnicas de los recursos humanos relacionadas con conocimientos y prácticas, por lo tanto, es el momento oportuno para corregir los problemas o al menos identificar y comprometer acciones futuras para corregirlos.

d) Momentos para la Monitoria y Evaluación de la Estrategia

La monitoria de la estrategia de planificación familiar se realizará en cada una de las unidades de salud, en la región y a nivel central, en diferentes momentos sucesivos, en donde tendrán participación todas las personas involucradas en la implementación de la EGSPF.

Para una mejor comprensión del proceso de Monitoria y Evaluación, se han identificado cuatro momentos que se detallan a continuación:

➤ **Primer momento: Monitoreo en la Unidad**

Debe de ser de cumplimiento obligatorio la realización de la monitoria mensual en las unidades de salud de las tres modalidades de prestación de servicios, con el fin de revisar el cumplimiento de la programación de las actividades de PF y los avances en la implementación y fortalecimiento de la estrategia de planificación familiar, así como para facilitar la identificación de limitantes y/o barreras para el cumplimiento de la programación.

Este primer momento consta de dos actividades complementarias:

a.- Auto monitoreo de la unidad: se debe realizar en los servicios propios y subrogados, es conducida por el responsable de la estrategia en la unidad, se realiza utilizando el instrumento 2.1, que permitirá conocer los logros obtenidos en el mes y compararlos con lo programado. También servirá para hacer los cálculos logísticos que concluyen en la respectiva solicitud de métodos para el siguiente mes. Debe realizarse los primeros días del mes siguiente.

b.- Monitoreo del SME: La unidad propia es responsable de realizar la monitoria en los servicios del SME que tengan a su cargo, ya sea visitando la clínica de la empresa o que esta última envíe la información a la unidad para que la persona encargada pueda hacer los análisis necesarios y la consolidación de la información recibida, para enviarla a la regional. Debe realizarse los primeros 3 días del mes siguiente.

➤ **Segundo momento: Monitoreo del Nivel Regional.**

Los gerentes de las clínicas y hospitales y los encargados del área de seguimiento, monitoreo y evaluación de los servicios de las unidades enviarán en los primeros cinco días del mes siguiente, al encargado regional de monitoria y evaluación un informe narrativo con los principales hallazgos en el análisis de la información mensual y además adjuntará los instrumentos cuantitativos de la monitoria (Tantos instrumentos como unidades existan en la región). El encargado regional elaborara un consolidado de la monitoria de todas sus unidades utilizando el **Instrumento 5.2**. Tomando como base los resultados logrados por las diferentes unidades, el responsable en el nivel regional debe felicitar a las unidades que están cumpliendo con lo programado, alentándolos a seguir igual o mejorar si fuera posible, pero también debe proponer acciones de mejora para aquellas unidades que no estén cumpliendo con lo programado, brindándoles el apoyo requerido para poder mejorar.

El Director de la Región correspondiente convocará a una reunión de monitoria en la sede regional en la que participaran los siguientes recursos:

1. Gerentes de las clínicas y hospitales.
2. Supervisora jefe de enfermería.
3. Encargado de monitoria, evaluación y seguimiento de los servicios.
4. Coordinador regional del SME
5. Coordinador regional de SILOSS
6. Jefe de almacén regional.
7. Administrador regional.
8. Educadora regional

Los encargados de seguimiento, monitoreo y evaluación de los servicios del nivel regional harán un resumen de la información recibida utilizando los datos provenientes del MOFIHSS para los servicios propios y los de la Herramienta Consolidadora de Datos Logísticos de PF para los subrogados y del SME.

➤ **Tercer momento: Monitoreo del Nivel Central.**

La Dirección Médica Nacional, debe recibir los consolidados de la Monitoria Regional en los primeros siete días del mes siguiente, con un informe adjunto que describa las situaciones encontradas en las unidades y por las cuales no se logró el cumplimiento de la programación, debe incluir el detalle de los acuerdos y compromisos que se hagan en aquellas unidades que necesitan mejorar.

➤ **Cuarto momento: Evaluación de la Estrategia.**

La evaluación de la estrategia se debe realizar cada seis meses en todas las unidades de salud; debe ser conducida por la Dirección Médica Nacional. Dicha reunión servirá para verificar el nivel de avance en el cumplimiento de la estrategia, así como el logro de los objetivos propuestos. El objetivo final es evaluar el impacto de la implementación de la Estrategia.

Para realizar la evaluación de la Estrategia se medirán los indicadores siguientes:

- Parejas Protegidas: Consolidado y por tipo de método.
- Cumplimiento de la Programación.
- Entrega de métodos.
- Consentimiento Informado.
- % de unidades de salud que están implementando la Estrategia en las diferentes modalidades.
- % de cobertura con métodos anticonceptivos en los derechohabientes.
- % de personal capacitado en temas de la Estrategia.

e) Supervisión, Monitoria y Evaluación en los servicios propios del IHSS.

La estrategia ha elaborado una serie de instrumentos e indicadores para realizar la monitoria mensual al interior de las clínicas y hospitales de los servicios propios e instruye a que se realicen reuniones mensuales de monitoria en las que participa el personal involucrado en la implementación de la estrategia y el gerente de la unidad.

Supervisión

El proceso de supervisión se llevara a cabo tal como se describe en la sección c) de este capítulo utilizando las guías de supervisión.

Monitoria

Se realizará mediante el llenado del **Instrumento 5.1** y el análisis del proceso en reuniones mensuales, cuyos lineamientos se describen a continuación.

Lineamientos para las reuniones de monitoria mensual en las unidades de salud.

La realización de reuniones de monitoria mensual en las unidades de salud propias es cumplimiento obligatorio, con el fin de revisar el cumplimiento de la programación de las actividades de PF y los avances en la implementación y fortalecimiento de la estrategia de planificación familiar, así como de garantizar el proceso logístico.

Participantes de las reuniones de monitoria mensual al interior de las unidades.

1. Gerente de la clínica periférica, CMI u Hospital
2. Administrador (a)
3. Supervisora jefe de enfermería
4. Jefatura del servicio de G.O.

5. Supervisora jefe de enfermería de las salas de labor y partos, puerperio y ginecología. (En el caso de los hospitales)
6. Persona encargada del Centro de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva
7. Coordinadora de educación.
8. Coordinadora de comunicación.
9. Jefe de almacén
10. Responsable de la farmacia
11. Coordinadora de atención al cliente

Fecha y duración de la reunión de monitoria mensual.

La reunión mensual de monitoria de las unidades de salud se realizará **la primera semana de cada mes**. Es responsabilidad del gerente de la unidad realizar la convocatoria a los involucrados y coordinar la reunión. Se debe designar una secretaria técnica que será desempeñada por la persona responsable de la implementación de la EGSPF en la US y tendrá como responsabilidad llevar un registro de los análisis de la situación de las actividades de PF en la unidad, el cumplimiento de la programación de las actividades de PF y de los acuerdos, compromisos, avances en los objetivos propuestos, y las lecciones aprendidas durante el mes. El promedio de duración deberá ser de dos horas.

Puntos de agenda de la reunión de monitoria mensual:

1. **Apertura y objetivos de la reunión:** El gerente de la unidad enfatiza que el objetivo fundamental de la reunión es el de conocer los avances, logros y barreras encontradas, analizar sus causas y adoptar correctivos en forma inmediata. Seguidamente el gerente hará una revisión de los acuerdos y compromisos de la reunión anterior, verificando su cumplimiento.
2. **Informe de producción:** El encargado de monitoria de la unidad (clínica u hospital) presentará de forma dialogada los datos de producción de los servicios de PF identificando entre todos el grado de avance de acuerdo con la programación y los objetivos propuestos, en caso de no cumplir con la programación se analizará la situación para determinar las causas por las que no se cumplió la programación estimada para el periodo (vacaciones, falta de métodos, insumos o equipo suficiente, dificultades con la promoción u organización de los servicios etc.). La información que se reporta es la producción del mes anterior que fue registrada en el instrumento 5.1.
3. **Acuerdos y compromisos:** Después de realizado el análisis descrito en los numerales 1 y 2, la persona encargada de la Secretaria técnica leerá las anotaciones hechas en el libro de registro de los principales hallazgos del análisis y el listado de acuerdos y compromisos que se hayan tomado durante la realización de la reunión, los cuales deberán ser abordados para revisar su cumplimiento en la siguiente reunión de monitoria mensual.
4. **Cierre de la reunión:** El gerente de la unidad cierra la reunión, felicitando a los servicios (salas) que logren cumplir con la programación y las alienta a permanecer así e invita a las unidades que no alcanzaron la programación a mejorar para la próxima reunión. Deben definir una fecha tentativa para reunirse el siguiente mes, recordándoles cumplir con los acuerdos y compromisos adquiridos para la mejora del servicio.

Evaluación

La evaluación se hará con el levantamiento y análisis semestral de los indicadores que permitan evaluar el impacto de la implementación de la EGSPF y que están definidos en la sección d)l de este capítulo.

f) Supervisión, Monitoria y Evaluación en los servicios subrogados del IHSS.

Supervisión

Se realizará de acuerdo a los procesos establecidos por el gestor proveedor, garantizando que se cumplan los requerimientos establecidos en el contrato.

Monitoria:

Los gerentes de las clínicas y hospitales y los responsables designados por el gestor/proveedor, son los encargados de llenar los instrumentos correspondientes para hacer el análisis del cumplimiento de la programación y del proceso logístico, seguidamente en los primeros siete días del mes siguiente enviarán, al coordinador regional de los servicios subrogados, los instrumentos de monitoria de las unidades bajo su cargo y un informe narrativo con los principales hallazgos en el análisis de la información producida en el mes. El encargado regional elaborará un consolidado de la monitoria con la producción de las unidades bajo su responsabilidad, utilizando el **Instrumento 5.2**, lo que le servirá como insumo para el análisis de la producción de los servicios de PF. Este proceso se realizará para efectos de monitoria del contrato.

Evaluación

La evaluación se realizará en el marco del cumplimiento de los parámetros establecidos en el contrato, los resultados de cumplimiento de la programación deben ser informados a la Gerencia de SILOSS y esta a su vez a la Dirección Médica Nacional, para que sean incorporados a los datos globales del instituto para que pueda medir el logro total.

g) Supervisión, Monitoria y Evaluación en los servicios del SME.

Supervisión.

La supervisión de la EGSPF, es responsabilidad del gerente de la unidad con el apoyo técnico de la Coordinación Regional del SME, para ello se utilizara una lista de chequeo, mediante la cual se valorará el desempeño de la clínica con respecto a las actividades de PF. Estas listas de chequeo deben contener la supervisión al menos de:

- Aplicación de las normas de consejería y entrega de métodos (esto debe incluir como están organizados los servicios, capacitación y equipo).
- Manejo de los insumos anticonceptivos.
- Realización de las actividades de promoción
- Sistema de referencia y respuesta

Importante:

La auditoría del SME es responsabilidad exclusiva de la Coordinación Regional y central del SME, y la misma debe contener el seguimiento a las actividades y programaciones relacionadas con la EGSPF.

Monitoria y Evaluación.

Como ya se explicó, todos los meses se realizará una reunión de monitoria en la sede de la unidad de salud del IHSS en la que las empresas están adscritas, a continuación se describen los lineamientos para preparar y realizar la reunión:

- El gerente de la Unidad de salud es responsable de preparar la agenda de la reunión considerando todos los temas pendientes de discusión e incluyendo la monitoria de la estrategia de PF.

Importante:

Siempre los dos primeros puntos de agenda serán a) apertura, entrega y explicación de la agenda, b) Revisión de los compromisos de la reunión anterior

- Para la preparación de la agenda debe considerar la opinión del coordinador regional del IHSS para el SME y conciliar juntos la misma. Un miembro del equipo regional debe participar en dicha reunión.
- La reunión se celebrara en las unidades de salud de acuerdo al siguiente calendario el que podrá discutirse con los médicos del SME :

○ Calpules	Martes primera semana del mes
○ Tepeaca	Martes primera semana del mes
○ Villanueva	Miércoles primera semana del mes
○ Choloma (incluye Puerto Cortes)	Miércoles primera semana del mes
○ Progreso (incluye Tela)	Jueves primera semana del mes
○ Naco	Jueves primera semana del mes
○ Ceiba	Viernes primera semana del mes
○ Periférica 1	Miércoles primera semana del mes
○ Periférica 2	Viernes primera semana del mes
○ Periférica 3	Jueves primera semana del mes
○ Choluteca	Martes primera semana del mes
○ Danlí y El Paraíso	Lunes primera semana del mes
○ Comayagua	Lunes primera semana de cada mes
- El gerente convoca a la reunión por vía electrónica o telefax incluyendo la agenda con al menos siete días calendario de anticipación.

En la clínica del SME se debe preparar la reunión mensual de monitoria de la siguiente manera:

- El médico del SME debe asistir obligatoriamente.
- El médico debe preparar lo que se le solicite de acuerdo a la agenda enviada.
- El médico de la clínica, o en ocasiones especiales el personal de enfermería, debe preparar y llevar a la reunión el Instrumento 5.1 original y dos copias debidamente firmadas y selladas. También se llevará en formato electrónico para la discusión grupal durante la monitoria.

La reunión mensual se realizara de acuerdo a los siguientes pasos:

- La sede de la reunión será la unidad de salud del IHSS, sin embargo, esta puede ser modificada de acuerdo con los participantes siempre y cuando el lugar reúna las condiciones necesarias para cumplir con los objetivos de la misma.
 - La reunión durará 10 am a 1 pm (Para no afectar la atención a los derechohabientes; sin embargo el horario podrá cambiarse de acuerdo a las necesidades de los médicos de la empresa.)
- En la reunión deben participar:
 - El gerente de la unidad de salud del IHSS.
 - El personal responsable del seguimiento del SME dentro de la unidad.
 - Regente de la unidad
 - Los médicos de las clínicas del SME.
 - Cualquier otro personal de la unidad del IHSS o del SME que esté involucrado y/o convocado de acuerdo a la agenda.
- La dinámica de la reunión será:
 - El gerente de la unidad del IHSS coordina la reunión y es el responsable de aperturarla dando la bienvenida, entregando y explicando la agenda.
 - Revisión de los compromisos de la reunión anterior.
 - Los temas serán tratados de acuerdo al orden establecido en la agenda.
 - La monitoria de la EGSPF debe ser primer punto de la agenda durante el primer año, a partir del segundo año esta se programará de acuerdo a la importancia de los temas que se definan.

- Cada empresa entregara al responsable designado por el gerente de la Unidad del IHSS el original y las copias del cuadro 2.1 y la copia electrónica para ser proyectada y discutida, el responsable debe almacenar las copias electrónicas en un archivo identificándolo con el mes del informe.
- La discusión del informe se basará en la parte **“Monitoria de producción de servicios” (columnas H, I y J)**.

Importante:

El resto de columnas del Instrumento 5.1 son para uso exclusivo de la persona encargada de farmacia y sirven para desarrollar el procedimiento logístico de reabastecimiento.

- El informe debe ser discutido empresa por empresa de la siguiente manera:
 - Cada empresa expondrá lo logrado en base a lo programado argumentando las razones para el cumplimiento positivo o negativo del mes.
 - La regente debe identificar y discutir los errores relacionados con la parte logística (**“Informe de suministros” y “Solicitud de suministro”**)
- Para cada empresa se identificaran los compromisos que permitan mejorar la gestión de la prestación de los servicios de PF. Estos compromisos deberán ser anotados en una bitácora definida para tal fin pro el responsable designado por el gerente de la unidad.
- Al final de la reunión los compromisos deben ser leídos y aprobados en conjunto entre el gerente de la unidad y los médicos de las clínicas del SME.
- Al final de la reunión se debe entregar a los médicos de las empresas los anticonceptivos solicitados en el cuadro 2.1. en caso de que la reunión termine y no se han preparado los pedidos por clínica. La empresa debe enviar a recogerlos a más tardar el día siguiente.

INSTRUMENTOS E INTRUCTIVOS DE MONITORIA Y EVALUACION

INSTRUMENTO NO. 5.I

INFORME Y SOLICITUD MENSUAL DE SUMINISTROS/MONITORIA DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS EN UNIDADES DE SALUD.

Región: _____ Unidad de Salud: _____ Modalidad de atención _____

Mes y año _____ Fecha de elaboración _____

Producto	Informe de suministros					Solicitud de suministro		Monitoria de producción de servicios			
	A	B	C	D Ajustes		E (A+B- C+ ó -D)	F (Columna Cx2)	G	H	I	J (H/I)
	Saldo Inicial	Cantidad Recibida	Consumo	+	-	Saldo Final	Cantidad Máxima	Cantidad a solicitar	Cantidad Programada	Ejecutado (Consumo)	%Ejecutado
Orales combinados											
Orales de Progestina sola											
Inyectable trimestral de progestina sola											
DIU de Cobre											
Condomes masculinos											

Observaciones _____

Elaborado por: _____ Autorizado por: _____

Recibido por: _____ Entregado por: _____

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO NO. 5.1

INFORME Y SOLICITUD MENSUAL DE SUMINISTROS/MONITORIA DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS EN UNIDADES DE SALUD.

DATOS GENERALES:

REGION: Escribir el nombre de la Región

UNIDAD DE SALUD Escribir el nombre y tipo del establecimiento

MODALIDAD DE ATENCION escriba si se trata de un servicio propio o subrogado

MES y AÑO Escribir el mes y año que está reportando

COLUMNAS “INFORME DE SUMINISTROS”

PRODUCTO: Anotar individualmente los datos por cada producto anticonceptivo tomando siempre en consideración las diferentes marcas, concentraciones, dosificación y presentación de los distintos productos, por lo que debe de utilizar una fila para cada uno de los productos.

A. SALDO INICIAL: Escribir la existencia en la unidad, el primer día del mes que está reportando. La cantidad debe ser igual al saldo final del mes anterior y coincidir con el inventario físico de la unidad.

B. CANTIDAD RECIBIDA Escribir la cantidad que recibió la unidad del almacén regional o central.

C. CONSUMO Escribir la suma total de anticonceptivos entregados en el mes a los usuarios (as)

D. AJUSTES Registre todos los ajustes positivos y negativos según los criterios definidos a continuación. Estos ajustes los obtiene del Kardex, bajo entradas y salidas que se resalten en “**Observaciones**”:

Ajuste positivo (+): Registre o escriba las cantidades de producto que entran a la unidad como por ejemplo: excedentes encontrados hacer inventario físico

Ajuste negativo (-): Escribir las salidas de producto de la unidad de salud por ejemplo: Faltante cuando se hace el inventario físico, devolución al almacén central, vencimiento del producto, pérdida por extravío, daño o empaque en mal estado

E. SALDO FINAL Es el la existencia física que tiene la farmacia al finalizar el mes reportado. Resulta de la siguiente operación: **A (Saldo Inicial) + B (Cantidad Recibida) – C (Consumo) + ó - D (Ajustes) = SALDO FINAL**

COLUMNAS SECCION “SOLICITUD DE SUMINISTROS”

F. CANTIDAD MAXIMA Multiplique la Columna C “Consumo” por 2, que es el nivel máximo indicado en el encabezado del Cuadro. Esto le indicará la cantidad máxima que la unidad debe tener en existencias.

G. CANTIDAD SOLICITADA Reste la Cantidad Máxima (Columna F) del Saldo Final (Columna E). Solo si la cantidad máxima es mayor al saldo final, necesita pedir la cantidad que resulta de restar la Columna F menos la Columna E. Por el contrario, si para un insumo la cantidad máxima es menor que el saldo final, anote cero (0) en esta columna, ya que en ese caso no necesita pedir ese insumo.

H. CANTIDAD RECIBIDA Anote la cantidad que el almacén le surtió o despachó, con base en su solicitud de suministros. Esta cantidad, idealmente, debe coincidir con la “Cantidad Solicitada”. Esta columna la completa la persona que surte la solicitud de suministros en el nivel superior

SECCION “MONITORIA PRODUCCION DE SERVICIOS”

I. CANTIDAD PROGRAMADA Escribir la cantidad mensual programada de orales, Depoprovera, DIU y condones.

Fuente de información: Instrumento X Sección Y, columna “Programación próximo año”

J. EJECUTADO (CONSUMO) Registrar, por método, la cantidad total entregada a usuarios en el mes.

Fuente de información: Columna C, Instrumento 3.1.

K. % EJECUTADO Dividir, por método, la cantidad ejecutada entre la cantidad programada (Col. J ÷ Col. I) y multiplicar por 100.

OBSERVACIONES Este espacio se utiliza para escribir cualquier explicación o aclaración que la persona responsable del llenado de este Cuadro quiera realizar, para explicar mejor el contenido de los datos registrados. Por ejemplo, el motivo de los ajustes debe explicarse claramente en esta sección.

ELABORADO POR Nombre y firma de la persona que completa el Cuadro.

AUTORIZADO POR Nombre y firma de la persona que revisa y autoriza el contenido del Cuadro

SOLICITADO POR Nombre y firma de la persona que presenta la solicitud de suministros

ENTREGADO POR Nombre y firma de la persona que surte la solicitud de suministros

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO 5.2

CONSOLIDADO REGIONAL DE LA MONITORIA MENSUAL DE PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DATOS GENERALES:

REGION Escribir el nombre de la Región

MES Anotar el mes en el que se está haciendo la consolidación regional de la monitoria mensual.

AÑO Anote el año correspondiente

SECCION I “MONITORIA PRODUCCION DE SERVICIOS”

A. Unidad de salud: Anote el nombre de las unidades de las distintas modalidades que se encuentran en la región de salud que realiza el consolidado

B. CANTIDAD PROGRAMADA: Escribir para cada uno de los métodos de PF descritos la cantidad programada por cada una de las unidades de salud de la región.

C. EJECUTADO O ENTREGADO Para cada uno de los métodos descritos en las columnas registre la cantidad de métodos entregados por cada una de las unidades de la región.

D. PORCENTAJE (%): Esta columna se refiere al porcentaje de ejecución para cada uno de los métodos entregados por las unidades de la región y se calcula dividiendo lo ejecutado entre lo que fue programado y se multiplica $\times 100$

TOTAL: Es la fila que está en el extremo inferior izquierdo del instrumento, sume **primero las** cantidades programadas para cada uno de los métodos y luego las cantidades ejecutadas o entregadas y anótelas en las casillas correspondientes.

Para obtener los porcentajes de cobertura regional para cada uno de los métodos divida lo ejecutado entre lo programado y multiplíquelo $\times 100$

OBSERVACIONES: Anote acá algún hecho relevante que explique, aclare una situación especial o que requiera retomarlo en el futuro por la que la persona responsable del llenado de este Cuadro

RESPONSABLE: Es la persona encargada del llenado de éste instrumento, quien debe firmar y sellar este instrumento como un acto de compromiso.

INSTRUMENTO NO. 5.3 CONSOLIDADO NACIONAL DEL CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN.

Dirección Médica Nacional.

Año: _____

Región (A)	Orales combinados (B)			DIU (C)			Condomes (E)			Depoprovera (F)			AQV (G)			Vasectomía (H)		
	Pr.	Ej.	%	Pr.	Ej.	%	Pr.	Ej.	%	Pr.	Ej.	%	Pr.	Ej.	%	Pr.	Ej.	%
Total																		

Observaciones: _____

Responsable: _____

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INSTRUMENTO NO. 5.3
CONSOLIDADO NACIONAL DEL CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN.

DATOS GENERALES

Dirección Médica Nacional: es el nivel responsable y encargado de consolidar las necesidades de capacitación a nivel nacional. La información será obtenida de los consolidados de capacitación de las regiones.

AÑO Anote el año correspondiente.

SECCION I “MONITORIA PRODUCCION DE SERVICIOS”

A. Nombre de la Región: Anote el nombre de la región de salud que realiza el consolidado.

B. CANTIDAD PROGRAMADA: Escribir para cada uno de los métodos de PF descritos la cantidad programada por cada una de las regiones.

C. EJECUTADO O ENTREGADO Para cada uno de los métodos descritos en las columnas registre la cantidad de métodos entregados por cada una de las regiones.

D. PORCENTAJE (%): Esta columna se refiere al porcentaje de ejecución para cada uno de los métodos entregados por las unidades de la región y se calcula dividiendo lo ejecutado entre lo que fue programado y se multiplica $\times 100$

TOTAL: Es la fila que está en el extremo inferior izquierdo del instrumento, sume primero las cantidades programadas para cada uno de los métodos y luego las cantidades ejecutadas o entregadas y anótelas en las casillas correspondientes.

Para obtener los porcentajes de cobertura regional para cada uno de los métodos divida lo ejecutado entre lo programado y multiplíquelo $\times 100$

OBSERVACIONES: Anote acá algún hecho relevante que explique, aclare una situación especial o que requiera retomarlo en el futuro por la que la persona responsable del llenado de este instrumento.

RESPONSABLE: Es la persona encargada del llenado de éste instrumento, quien junto al Representante de la DMN deben firmar y sellar este instrumento como un acto de compromiso.

ANEXOS

ANEXO I

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Unidad de Comunicación Institucional y Marca

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR 2012

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) es una institución comprometida con los trabajadores y trabajadoras de Honduras y sus familias, por lo que ha establecido retos que contribuyan al desarrollo del país desde una perspectiva integral en seguridad social, garantizando acceso a servicios que cimiente la prosperidad de la sociedad; es así como se ha identificado dentro de la cartera de servicios de salud, la necesidad de impulsar el Programa de Planificación Familiar (PF), con el propósito de mejorar todo lo concerniente a la salud sexual y reproductiva del hombre y la mujer.

Por ello, las autoridades del IHSS gestionaron ante la USAID a través de la asistencia técnica de la Unidad Local de Apoyo Técnico (ULAT), la realización de una investigación de campo, cuyos resultados han identificado las debilidades del sistema en la prestación de servicios de PF, que servirá como base para el diseño de la presente Estrategia de Comunicación que permitirá mejorar las atenciones en PF a la población derechohabiente del IHSS.

La Estrategia de Comunicación tiene como meta principal, aumentar el bienestar de la población derechohabiente que demande atención de planificación familiar, estableciendo objetivos que contribuyen a mejorar los servicios actuales, y marcando un precedente a nivel nacional, de manera que el IHSS sea una institución referente en el tema.

Como parte de este compromiso, el Seguro Social a través de la Unidad de Comunicación Institucional y Marca está implementando una Estrategia de Comunicación para la Planificación Familiar, enfocándose en dos grandes objetivos: 1. Dar a conocer la EGSPF, ya que el IHSS constituye el segundo estrato de mercado más importante para la distribución de métodos de PF en el país; y 2. Contribuir en la reducción de la mortalidad materna, mediante el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva.

Además, en esta Estrategia se establecen los lineamientos para la ejecución de los esfuerzos de propaganda, promocionales, de relaciones públicas y de imagen, basadas en propuestas a realizarse en el periodo 2012-2013, con las que se tendrá mayor impacto en la población derechohabiente y paulatinamente al resto de la sociedad.

Es importante recalcar, que este trabajo no sólo contempla la Estrategia de Comunicación, sino que incluye un estudio de la industria, así como un análisis del Plan de Medios, propuestas de mensajes y medición de resultados.

Desarrollo de la Estrategia de Comunicación

Este trabajo se debe visualizar a partir de las necesidades de PF identificadas en el IHSS, basándose principalmente en el Diagnóstico situacional de las actividades de planificación familiar y estimación de la demanda de los servicios del Instituto Hondureño de Seguridad Social, elaborado por la ULAT, así como otras fuentes de información. Además, a través de este documento, Comunicación y Marca propone la planificación, ejecución de tareas en materia de comunicación y propaganda, con la participación de otras dependencias institucionales (Dirección Médica Nacional, Unidades de Salud, etc.) y el acompañamiento de los Asesores de la USAID.

Sin embargo, teniendo como base que el IHSS sólo brinda cobertura a un 22% de la población derechohabiente en edad reproductiva, de acuerdo con el estudio realizado en el año 2006, que constituye el segundo estrato de mercado más importante para la distribución de métodos de PF en el país; deja entrever, que hay mucho por hacer, pero con la oportunidad de integrar a todos los actores involucrados en este sensible tema social para crear una estrategia consensuada y homologada. Considerado esto, se ha determinado realizar una importante clasificación de las actividades, resultando dos aspectos determinantes para el éxito de la Estrategia de Comunicación: 1) la imagen de PF (en las tres modalidades de atención del IHSS) y 2) material educativo.

Por lo que a continuación, se presenta un análisis del Servicio de Planificación Familiar del IHSS desde un contexto histórico y actual, para dar a conocer cuál ha sido el camino recorrido institucionalmente y ubicarnos aún más en la estrategia de comunicación.

Análisis de Situación

Contexto histórico

En 1959, mediante el Decreto Legislativo n° 140, sustenta la Ley del Seguro Social y crea el Instituto Hondureño de Seguridad Social, durante sus tres primeros años, se estructuran sus servicios –a nivel administrativo-, ya en 1962, es cuando inicia operaciones en la parte de salud.

La creación del IHSS, es resultado de las peticiones que los trabajadores exigieron al Estado en la Huelga del 54, como un derecho que venía tomando fuerza en el resto de la región centroamericana. A partir de esto, el IHSS es estructurado con servicios de seguridad social orientados a la población trabajadora, por lo que se concretaron tres seguros obligatorios tripartitos, es decir, sus cotizaciones serían pagadas entre trabajadores, empleadores y el Estado.

El Seguro Social tiene 54 años de existencia, y durante este tiempo su imagen y trayectoria se había fundamentado en la prestación de servicios para los seguros de Enfermedad y Maternidad (EM), Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y más recientemente Riesgos Profesionales (RP); aunque también ya se implementado un Régimen Especial de Afiliación Progresiva para sectores de la sociedad autónoma e independiente, migrantes en Estados Unidos y domésticos.

Dentro de la cartera de servicios del Seguro de EM, está considerada la planificación familiar, aunque no se tiene un registro exacto de cuándo comenzó a brindarse este servicio dentro del IHSS*, pero desde hace varios años existen clínicas exclusivas de PF dentro de algunas periféricas y hospitales propios.

A nivel institucional, la comunicación y promoción de PF, encontramos que siempre se han hecho esfuerzos independientes y aislados en cada unidad operativa, Comunicación y Marca ha tenido una pequeña participación en el diseño y elaboración de material informativo, pero nunca se ha establecido una estrategia institucional en este sentido. Además, para la impresión de algunos de los materiales informativos,

se ha contado con el apoyo de otras instituciones nacionales y extranjeras, como la Secretaría de Salud y UNFPA, así como también se obtienen donaciones de otras instituciones como droguerías y ASHONPLAFA. .

En cuanto a los servicios subrogados, el servicio de PF, al parecer, sí está contemplado dentro de los contratos de subrogación, pero no se ha podido obtener información pormenorizada de los mismos. Y para el Sistema Médico de Empresa, entendemos que el tema de planificación familiar queda a discreción de las empresas, quienes dan la orientación del tema de acuerdo a sus intereses y necesidades.

Contexto actual

Las necesidades de la población derechohabiente, han llevado una revisión del servicio de PF, por ende al contemplar la posibilidad de mejorar este programa, pues actualmente la cobertura del IHSS se extiende a 19 ciudades a nivel nacional, a través de tres modalidades de atención que incluyen los servicios propios, los servicios subrogados y el Sistema Médico de Empresa (SME), mediante una red de servicios constituida por 209 clínicas periféricas y regionales y del SME, así como hospitales propios y subrogados.

En total, estos servicios cuentan con 41 ginecólogos-obstetras (1 por cada 16,000 asegurados) 39 médicos generales y 19 enfermeras, la mayoría de los recursos permanentes. Estas clínicas y hospitales asisten a 1,258,195 habitantes (48% de la población asalariada del país), de los cuales alrededor de un 50% se encuentra en la edad fértil de 15-49 años.⁵

A nivel de IEC's, el IHSS ha realizado en los últimos cinco años trífolios, hojas volantes y afiches sobre:

1. Planificación familiar
2. Lactancia materna
3. Riesgo reproductivo
4. Prueba de VIH vertical
5. El condón
6. Prueba ELISA (VIH)
7. Métodos anticonceptivos

Dicho material ha sido colocado y entregado en lugares estratégicos para las personas derechohabientes – como ferias de la salud, charlas brindadas por el personal de Educación en Salud y Oficiales de Atención al Derechohabiente-; sin embargo, actualmente no hay existencia de los mismos, por lo que previo a realizar una solicitud para su impresión, consideramos oportuno realizar una revisión a la información que contiene todo este material, para sus respectivas actualizaciones; incluso se deben incluir nuevos temas que estén directamente relacionados con PF, para su abordaje desde diferentes aspectos o necesidades de la población, sobretodo lo relacionado con la salud reproductiva del hombre.

Siguiendo el proceso de planeación, a continuación detallamos el Status Mercadológico en que se encuentra Planificación Familiar, de acuerdo a las cinco P –conocidas así en el mundo de la administración y mercadotecnia-. Con este cuadro, lo que se pretende es definir el camino que la Estrategia de Comunicación seguirá para determinar los objetivos, metas y públicos meta.

⁵ Informe de avances en la implementación de Servicios de Planificación Familiar, Dirección Médica Nacional 2011.

STATUS MERCADOLÓGICO	
PRODUCTO	El programa de Planificación Familiar tiene el propósito de brindar información y respuesta a los derechohabientes y beneficiarios del IHSS sobre este tema, que incluye aspectos como: uso de métodos anticonceptivos, charlas educativas, etc.
PRECIO	En el 2011, el IHSS contó con un presupuesto aprobado de Lps.5,300 millones, asignando un 44 % a la atención hospitalaria, 36% a las actividades centrales y un 17 % a la atención ambulatoria y promoción de la salud. Sin un renglón presupuestario para asegurar la disponibilidad de métodos de PF y otros insumos. En cuánto al costo de la presente Estrategia, se debe hacer previas consideraciones para definir su presupuesto.
PLAZA	En varias clínicas propias del IHSS existe un consultorio de Planificación Familiar, pero se tiene un mercado cautivo en las ciudades donde se brinda atención bajo el modelo de la subrogación, incluso hay que definir los lineamientos en que se abordará el tema en el SME; además hay que considerar que cualquier persona puede solicitar información sobre esta tema en áreas administrativas del IHSS, como el área de Afiliación, por ejemplo.
PROMOCIÓN	Se tienen estipuladas campañas de acuerdo al calendario cívico y fechas especiales que sean de interés para la población afiliada.
PROPAGANDA	La estrategia de comunicación propone dos categorías: Campaña de Imagen y elaboración de material educativo.

Continuando con el desarrollo de la Estrategia de Comunicación, es importante realizar un análisis FODA, con el propósito detallar la situación actual en que se encuentra la institución. La ULAT realizó una encuesta sobre Planificación Familiar, y algunos de los resultados más sobresalientes para el IHSS son:

Fortalezas:

- El Instituto Hondureño de Seguridad Social se encuentra en 19 ciudades a nivel nacional, que incluye los grandes polos de desarrollo o donde se concentra la población del país, en ciudades intermedias y en una aldea rural con alto desarrollo industrial.
- Se tiene una amplia cartera de beneficios de corto y largo plazo.
- La facilidad de inscripción y los requisitos para los afiliados.
- Ya existen –físicamente- clínicas de PF en muchas periféricas y hospitales propios, quizás sólo falta visibilizarlas.
- Los no usuarios de los servicios de PF representa un 36 %.

Oportunidades

- La demanda actual de métodos de PF en el IHSS es de 63.3 %.
- El 66% de los que en este momento no usan un método expresaron su intención de hacerlo. Y constituyen además el 21 % del total de los encuestados.
- De las mujeres que se encontraban en las salas Post Evento Obstétrico (PEO): el 88 % expresó que si desearían utilizar un método de PF y de éstas el 75 % refirió que desea obtenerlo después de la alta médica.
- Por ser productos y servicios de seguridad social, los afiliados (as) están interesados en cubrir sus necesidades y sentir que tienen una institución que vela por ellos.

Debilidades

- Desconocimiento del servicio de Planificación Familiar dentro del IHSS.
- La población derechohabiente del IHSS está fragmentada.
- La falta de prevención y promoción en salud en el hondureño (a).
- La población beneficiaria no tiene acceso a los servicios de PF, las únicas de este segmento son las mujeres embarazadas.
- En materia de los servicios de PF la Institución no tiene establecido lineamientos para programación y planificación, metas, insumos, entre otros.
- No se cuenta con una partida presupuestaria específica de acuerdo a las actividades de planificación familiar en los servicios propios, del SME y subrogados.

Amenazas

- Con relación a las fuentes de suministro de métodos de PF, en la encuesta realizada, se observó que el sector privado sigue teniendo un papel importante en el suministro de anticonceptivos entre los demandantes, ya que cerca del 49 % de los usuarios los obtienen en farmacias privadas o en ASHONPLAFA, realizando gastos de bolsillo.

Análisis de la Industria

La seguridad social es considerada como un instrumento para que las personas (trabajadores y beneficiarios) tengan acceso a mejores oportunidades (de salud y económicas). A medida que el IHSS ha ido ampliando su cobertura, los hondureños (as) han apoyado su fortalecimiento institucional.

Se considera que la cobertura del IHSS oscila entre el 20 y 22% de la población trabajadora en el sector formal de la economía, y la SESAL y servicios médicos privados atienden el resto.

Por eso, el público meta representa una oportunidad para ampliar la oferta en PF, y así contribuir al aumento del bienestar y calidad de vida de la población. Sin embargo, una observación interesante encontrada en el Informe Diagnóstico de la ULAT, es que el 22.45 % de los usuarios actuales de un método de PF lo obtienen en los servicios del IHSS, y alrededor del 13% en el sistema público nacional, no se logró estimar el número de métodos entregados en el IHSS pero que habían sido donados por la SESAL u otras instituciones, pero debe tener un impacto en el mercado nacional de anticonceptivos e inequidad.

Análisis del Mercado

El propósito de analizar el mercado afiliado al Seguro Social, es para determinar las características que predominan en la mente de la población de acuerdo a sus necesidades, preferencias y actividades, entre otras; con lo que se obtendrán las finalidades de la Estrategia y los cursos de acción.

Para delimitar los públicos meta a los que se dirigirán los esfuerzos de propaganda de la Estrategia de Comunicación del servicio de salud de Planificación Familiar, es necesario detallar las características del mismo; el propósito de esto, es facilitar la creación de los mensajes y los artes que serán diseñados para las campañas.

A continuación, se detallan algunas características de la población:

- Según una publicación del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) en internet⁶,

⁶ Ficha Estadística de Honduras, Las estadísticas han sido tomadas de diversas fuentes, en cada caso se recurrió a aquella que tuviera la información más actualizada. Las fuentes más consultadas fueron: Instituto Nacional de Estadística, Secretaría Ejecutiva del Consejo

en la sección de estadísticas demográficas de Honduras, muestra que la edad promedio de los hondureños es de 21 años y se encuentra entre las más baja de Centro América.

De acuerdo con las proyecciones, Honduras tendría 8.4 millones de habitantes en 2015, 9.9 millones en 2025 y 11.6 millones en 2040. La distribución de la población total por sexo es de 50.1% son mujeres y 40.9% son hombres. Por área de residencia, el 50.5% habita en la zona urbana, mientras el 49.5%, en la zona rural.

- En cuanto a la estadísticas educativas, el mismo informe del BCIE, muestra que en Honduras, la tasa de analfabetismo es elevada y llega al 15.2% de la población mayor de 15 años de edad. La tasa de matrícula neta en el nivel primario es de 96.6%; para el ciclo común y diversificado oscilan entre el 39.5% y el 27.6% respectivamente, mientras que a nivel de educación terciaria corresponde a un valor cercano al 17.1%.
- La Población Económicamente Activa (PEA) representa el 42.1% del total nacional.
- En términos de seguridad social, la cobertura brindada por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) es equivalente al 20% de las personas empleadas en el sector público y privado. No obstante, la mayor parte de la población no tiene cobertura.
- Mientras que cerca del 30.1% carece de acceso a los servicios de salud.

Características de la población Derechohabiente del IHSS:

- La mayor parte del público meta reside en las zonas urbanas, pero con una alta procedencia de zonas rurales.
- Los hombres son los que tienen la mayor participación en el mercado laboral a nivel nacional (71%); mientras que las mujeres participan el 65.9% a nivel nacional, Estudio de Mercado de OPSA S.A (Diarios La Prensa y El Heraldo, 2009).
- En cuanto al nivel educativo, se considera como un reflejo de los datos mostrados anteriormente por el BCIE.
- Aunque se percibe un grado de insatisfacción del Derechohabiente hacia el IHSS, la demanda de los servicios siempre es superior a la oferta.

Análisis de la Competencia

El IHSS es la institución rectora en el tema de previsión a nivel nacional, sin embargo, actualmente no existe otra institución pública que se considere como competencia directa, no así en el área privada.

De manera amplia, se encontró que la competencia actual en el sistema de servicios de planificación familiar, y de manera indirecta los seguros privados se están intensificando por los constantes lanzamientos de productos y servicios, lo que provoca que la población tenga una amplia oferta.

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2005-2006), mostró que el 44% de los asegurados satisface su demanda de servicios de PF en las unidades de la SESAL, un 25% en ASHONPLAFA, y un 26 % en centros privados y otras fuentes, creando un problema de inequidad en el aseguramiento de la población ⁷, por lo que se requiere analizar la situación técnica-administrativa de las

Monetario Centroamericano (SECMCA), Anuario Estadístico de la CEPAL, Estado de la Región y World Development Indicators del Banco Mundial. Todas las estadísticas para las cuales no se cita año se refieren a 2010 o al año más cercano para el cual la cifra esté disponible (2009 o 2008). La fuente específica para cada indicador se podrá consultar en el documento de Excel que para efectos tendrá disponible la OEJ.

⁷ Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2006, Instituto Nacional de Estadística (INE)

actividades de PF en el IHSS para determinar las causas que limitan el acceso a dichos servicios y las características de la demanda potencial de PF.

El Diagnóstico de la ULAT, en un estudio de hábitos del consumidor de OPSA S.A., se enlistan las aseguradoras que tienen mayor participación en el mercado, y son: Seguros Atlántida, HSBC y la Asegurado Hondureña Mundial.

Una observación importante, es que la población derechohabiente del IHSS es muy susceptible, ya que su capacidad económica no le permite adquirir este tipo de servicios, debido a la crisis socio-económica por la que atraviesa Honduras.

Briefing

(Expresa lo que se quiere conseguir a través de las campañas, así como las condiciones necesarias para que se cumplan los objetivos establecidos.)

A continuación se establece el Objetivo General de esta Estrategia de Comunicación de Planificación Familiar:

Impulsar las actividades de planificación familiar en el IHSS, en sus aspectos técnicos, administrativos y su relación con las acciones que habilitarán el acceso de nuestra población afiliada a las mismas.

Objetivos Específicos, definidos en el Diagnóstico de la ULAT:

- i. Caracterizar los componentes de la administración de las actividades de PF en el IHSS y su relación con el acceso a los servicios.
- ii. Identificar y medir las acciones de transversalización de género en los servicios de planificación familiar del IHSS.
- iii. Caracterizar la demanda potencial de los derechohabientes en edad reproductiva a los servicios de PF y las barreras de acceso a estos en el IHSS.

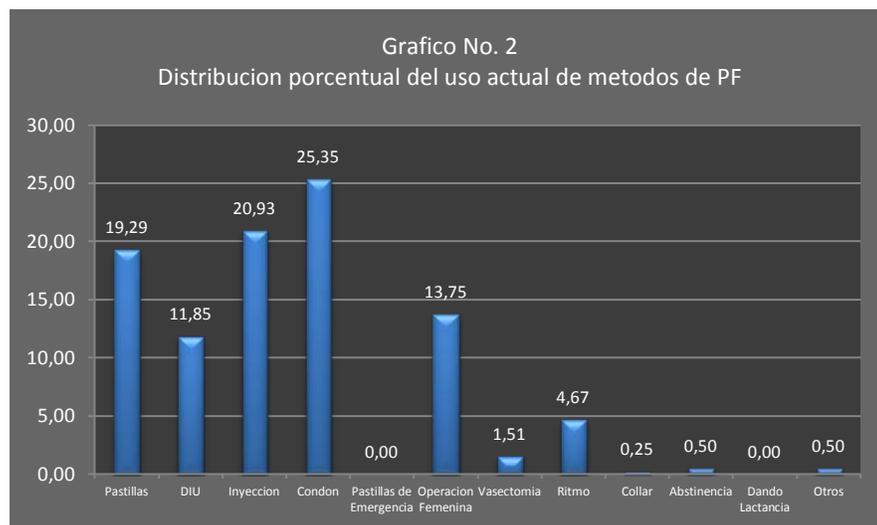
De acuerdo a estos objetivos del IHSS, Comunicación y Marca ha establecido dos grandes propósitos: 1. Contribuir al fortalecimiento de la imagen de Planificación Familiar, a través de los servicios establecidos y acorde a las modalidades de prestación de los mismos; y 2. Contribuir con la educación de la población asegurada y beneficiaria al IHSS –pues con el material que se producirá se buscará trascender en las acciones de toda la sociedad a través de las actividades que se programen para este fin-.

Sin embargo, para la Estrategia de Comunicación especificaremos más estos objetivos a través de un proceso de investigación, que incluye la información facilitada por diversas fuentes:

1. Reconocimiento de las necesidades de PF de la población: como ya se ha mencionado, la falta de ofertas de este servicio internamente, por lo que hay poco conocimiento de su existencia y por ende su entrega. Además, de que en algunos casos, los médicos entregan directamente el método anticonceptivo a la mujer, sin darle un tratamiento continuo y fijado en su expediente clínico; incluso es importante mencionar nuevamente la falta de oferta de los otros métodos de planificación familiar orientado al hombre.
2. Los factores que llevan a buscar un servicio de salud o prestación económica: la población considera que la situación de país es muy inestable, por lo que están estimulados para afiliarse a una institución que le brinde muchos beneficios y aumenten su calidad de vida, y consideramos que la promoción de PF es un servicio de bajo costo y su impacto podrá evaluarse en el mediano plazo.
3. Dónde se exponen estos estímulos: de acuerdo a las necesidades o expectativas de la población, el IHSS deberá ser más agresiva en su propaganda en los medios de comunicación masiva (televisión,

radio e impresos), además de utilizar la publicidad alternativa o directa (vallas, afiches, trífolios, hojas volantes, etc.), hacer uso de las relaciones públicas, marketing y publicity, entre otras.

4. Otra consideración muy importante, es que el o la Derechohabiente es quien toma la decisión final del método de planificación familiar que utilizará, siempre con la orientación y apoyo que el IHSS pueda brindar en cada caso. En ese sentido, el Personal de Salud debe conocer y usar técnicas eficaces para que el Derechohabiente proporcione la información necesaria, y de esa manera dar una atención, sin inducir o coaccionar al paciente.
5. Todas las acciones y material educativo que se elabora sobre PF, debe ir enmarcado en el respeto, confianza, credibilidad y privacidad, es decir, en una atención de calidad –basada en el principio de “saber escuchar y responder- (como sugiere La Herramienta de Toma de Decisiones de la OMS).
6. Asimismo, se debe utilizar un lenguaje común, para su fácil comprensión.
7. Uno de los resultados que arrojó el Diagnóstico de la ULAT, y que debe considerarse en el Briefing, es que los métodos más frecuentemente mencionados como más conocidos fueron en su orden: las pastillas con 84%, seguido de condón 75% y dispositivo intra-uterino con un 71%.
8. En cuanto a obtención de los métodos de planificación familiar, se encontró que el 22.45 % lo hace en los servicios del IHSS, el sector privado sigue teniendo un papel importante en el suministro de anticonceptivos entre los demandantes de métodos ya cerca del 49 % de los usuarios los obtienen en farmacias privadas o en ASHONPLAFA -lo que implica que están realizando gastos de bolsillo para obtener sus métodos; y alrededor del 13% de los usuarios actuales de métodos modernos de anticoncepción los obtienen en el sistema público nacional.
9. La siguiente gráfica también proporciona información valiosa para ambas campañas, porque muestra el uso actual y tipo de método utilizado por la población encuestada:



10. El análisis de la información mostró que el 36% de la población encuestada no se encuentra utilizando ningún método de PF lo que constituye la demanda insatisfecha de estos servicios.

Hay otras consideraciones que deben tenerse en cuenta, para la implementación de esta Estrategia, ya que es necesario coincidir y trabajar juntamente con áreas específicas a nivel operativo como: Ginecología, Urología, Trabajo Social, Enfermería, Psicología, Atención al Derechohabiente, Laboratorio y Farmacia; así como estratégicamente, con la Dirección Ejecutiva, Dirección Médica Nacional, Afiliación, Recursos Humanos - Coordinación de Capacitación- y las Oficinas Regionales directamente relacionadas con las normas y directrices del servicio de PF dentro de la Institución.

También es importante definir institucionalmente, qué se hará con otros temas vinculados a Planificación

Familiar, como: fertilidad, menopausia, climaterio, eyaculación precoz, etc. Pues al lanzar las campañas, se debe esperar una mayor demanda de este tipo de temas, pues la población que está fuera del público meta, también podría mostrar interés por situaciones particulares, y el IHSS, también tiene la responsabilidad de dar respuestas en este sentido.

A continuación se detallarán las estrategias creativas a seguir en cada una de las categorías establecidas para posicionar al servicio de Planificación Familiar.

Campaña de Imagen

Esta campaña se fundamentará en diversas herramientas publicitarias. La duración de la campaña es permanente, es decir, que durante el año se utilizarán los diferentes medios de comunicación -masivos o alternativos- para exponer la marca y los beneficios que tienen los afiliados al recibir los servicios en PF.

Los mensajes publicitarios a desarrollarse deben girar entorno a los valores que el IHSS promueve: universalidad, equidad, unidad, participación, etc.; además, de servicio, respeto mutuo, confidencialidad y confianza; es decir, que los mensajes deben ser reflexivos y racionales, explicando por qué es bueno utilizar cada método anticonceptivo, en especial los que promueve y tiene en stock el IHSS.

Además, uno de los objetivos específicos de la campaña de imagen es posicionar y generar un sentido de pertenencia, se conoce que el IHSS tiene más de 600,000 afiliados directos a nivel nacional en el sector formal, pero con la adición del sector no formal de la economía es importante hacer recalcar que todos los trabajadores de Honduras sin ningún tipo de distinción ahora pueden gozar de los beneficios que brinda el Seguro Social en materia de planificación familiar. Además, esta campaña llamará la atención de la población potencial para que decidan recibir atención y orientación en PF.

Objetivos específicos:

- Consolidar su imagen: como un servicio de PF que ofrece alternativas con calidad, distinguiéndose por el recurso humano debidamente calificado; además, de contar con las instalaciones necesarias para garantizar aún más los procedimientos que se realizan.
- Atraer a la población asegurada para que sus necesidades en planificación familiar o reproductiva sean manejadas de manera integral en el Seguro Social.

Estrategia Creativa:

- Dentro de la campaña se utilizará dos ventajas competitivas del servicio de PF, la privacidad y confidencialidad del programa y la experiencia del Personal del IHSS.
- Para esto se crearán mensajes situados en un contexto microempresarial y hogareño con estado de ánimo positivo enfocado en la asistencia integral y cercana del IHSS con la población.
- Evidencia testimonial, puesto que esta técnica da mucha credibilidad.
- A través de imágenes evocaremos prosperidad, estabilidad, solidaridad, participación, etc.
- Además, se podrían producir vídeos y spots institucionales sobre PF -que se reproducirá en los espacios internos, así como circuitos cerrados de las empresas del SME (como maquilas) o en medios de comunicación con los que ya existe un contrato publicitario -que esta Unidad puede facilitar el listado-, en los se muestran los servicios y beneficios que ofrece el Seguro Social.
- En cuanto a la imagen visual, todos los productos y servicios (trifolios, hojas volantes, afiches, etc.) están en un proceso de modernización, que reforzará la marca y contribuirá con el posicionamiento del servicio de Planificación Familiar. Inclusive, se propone la creación de un logotipo para el servicio.

Campaña de Material Educativo

La base para diseñar todo el material educativo, se toma de los resultados de la encuesta que realizó la ULAT en las instalaciones del IHSS. La duración de la campaña será permanente, durante todo el año se utilizarán los medios de comunicación directos, para exponer los productos y servicios de PF con que cuenta el IHSS, y donde se detallan los beneficios de cada uno.

Es preciso recalcar, que material educativo debe incluirse para ampliar la información que hasta la fecha cuenta el Instituto (se adjuntará una copia en b/n de cada uno de los trifolios existentes).

Objetivos específicos:

- Mantener el interés del público meta para que acuda al servicio de PF del IHSS.
- Crear una imagen de PF como una referencia, es decir, que la población tenga siempre en mente ese servicio, estableciendo los temas según el interés general o la temporada.
- Presentar el valor añadido del servicio de PF, hacer sobresalir la calidad y ventajas de brindar servicios integrales para la pareja y/o familia; incluso se confirma que su elección del método anticonceptivo ha sido la más acertada.
- La identificación de las clínicas de Planificación Familiar, con señales, rótulos (tanto de ubicación, como de horarios de atención), así como la identificación del personal que atiende esta área.

Estrategia Creativa, elementos generales:

- Participación de personas con características físicas generales de nuestra población (es decir, en la mujer, una persona de estatura mediana de tez trigueña, etc; igualmente para el hombre), quienes hablarán sobre los beneficios que obtiene en PF en el IHSS, mencionando la ubicación de las clínicas y de la facilidad que existe para recibir esa atención.
- Los mensajes serán ubicados en el contexto del servicio de PF, con un estado de ánimo positivo enfocado a los beneficios de ser un afiliado activo al IHSS.
- Cambiar el diseño de todas las artes: anuncios, diseños POP; con el fin de que la población asocie al IHSS como una institución moderna, que se adapta a las nuevas necesidades de la población y propone opciones y respuestas, como: calendarios personalizados (donde cada persona lleve un control del método de anticoncepción que haya decidido).

Plan de Medios

Para poder realizar un presupuesto en medios de comunicación, es necesario conocer la disponibilidad, y en ese sentido, Comunicación y Marca debe solicitar esta información a las unidades y autoridades competentes, pero para ellos, es necesario fijar una fecha para el inicio de las campañas. Sin embargo, a continuación se presenta detalles o características de los medios de comunicación masiva, para su análisis y posterior decisión sobre compra de espacios:

Televisión

El 96% de la población nacional ve televisión de lunes a viernes, en un promedio de 4,8 horas por día, siendo los horarios con mayor audiencia los de la noche.

La mayoría ve noticias, seguido por películas, deportes y telenovelas.

Radio

El 85% de la población escucha radio todos los días, un promedio de 3,1 horas y lo hace mientras están en sus hogares.

Las dos emisoras con mayor audiencia son HRN y Radio América, en sus programas noticiosos y deportivos respectivamente. Aunque no se puede dejar a un lado que durante los intervalos la población tiene una

tendencia a escuchar música romántica y bailable.

Periódicos

La población suele leer de una a tres ediciones semanales, siendo los lunes los días de mayor circulación de periódicos.

Los periódicos de mayor circulación a nivel nacional son La Prensa (zona norte) y La Tribuna (Tegucigalpa y alrededores).

Medición de las campañas

Con la campaña de material educativo debe esperarse que la respuesta sea casi inmediata, pues el propósito de las mismas es incentivar la población a que solicite citas al servicio de Planificación Familiar directamente, o los demás servicios de salud relacionados con el tema.

Mientras que con la campaña de Imagen, los resultados deben esperarse en un período más largo, puesto que este trabajo de posicionamiento lleva más tiempo, ya que consiste en poner en la mente de las personas al servicio de PF del IHSS como su primera opción de métodos anticoncepción.

Otro buen indicador de resultados, es la estimulación que tendrá el sector farmacéutico con respecto a promocionar sus productos, es decir, se desarrollará un sentido de competitividad.

ANEXO 2



IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

Hoja de Consentimiento Informado para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina.

No de Historia Clínica

Yo, _____, solicito que se me realice la esterilización femenina por el método _____
 Hago esta solicitud por mi propia voluntad, sin haber sido obligada, ni recibido ningún incentivo especial.

Comprendo lo siguiente:

- 1.- Hay métodos temporales de anticoncepción disponibles para mi y mi pareja.
- 2.- El procedimiento que se me realizara es una operación quirúrgica, cuyos detalles se me han explicado.
- 3.- Este procedimiento quirúrgico entraña algunos riesgos, además de beneficios, unos y otros se me han explicado.
- 4.- Si el procedimiento tiene éxitos no podré tener más hijos.
- 5.- El efecto del procedimiento es permanente.
- 6.- Puedo desistir del procedimiento en cualquier momento, antes que se realice la operación (y como resultado de ello, no se me negaran servicios médicos de salud ni otros beneficios o servicios).
- 7.- Si deseo información sobre hijos luego de realizada la cirugía, me puedo poner en contacto con una consejera del hospital.

 Firma o huella de la usuaria

 Fecha

Si la usuaria no sabe leer, un testigo elegido por ella, debe firmar la siguiente declaración: Yo, el suscrito, soy testigo de que la clienta ha estampado su huella digital en mi presencia.

 Firma del testigo

 Fecha

ANEXO 3



IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

Hoja de Consentimiento Informado para Vasectomía sin Bisturí

No de Historia Clínica

Yo, _____ solicito que se me realice la esterilización masculina por el método _____, hago esta solicitud por mi propia voluntad, sin haber sido obligado, ni recibido ningún incentivo especial.

Comprendo lo siguiente:

1. Que existen métodos temporales de anticoncepción accesibles para mí y mi pareja los cuales se me han explicado ampliamente.
2. El procedimiento que se realizará es una operación quirúrgica, cuyos detalles se me han explicado cómo ser que puedo sentir incomodidad o dolor al momento de la cirugía.
3. Este procedimiento quirúrgico tiene algunos riesgos, además de beneficios, y ambos se me han sido explicados incluso que puede fallar.
4. Si el procedimiento tiene éxito, no podré procrear más hijos.
5. El efecto del procedimiento es permanente y definitivo.
6. Puedo desistir del procedimiento en cualquier momento, antes de que se me realice la operación (y como resultado de ello, no se me negarán servicios médicos de salud ni otros beneficios a los que tengo derecho.

Firma ó huella del usuario.

Fecha

Identidad N° _____

Si el usuario no sabe leer, un testigo elegido por él, debe firmar la siguiente declaración: Yo, el suscrito soy testigo de que el cliente ha estampado su huella digital en mi presencia.

Firma del Testigo

Fecha

BIBLIOGRAFIA

- INE/Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2005 - 2006.
- Secretaria de Salud/MSH-USAID. Estrategia Metodológica de los Servicios de Planificación Familiar en la Red de Servicios de Salud. Enero 2008.
- Secretaria de Salud/CDC Atlanta. Investigación sobre Mortalidad Materna y de Mujeres en Edad Reproductiva en Honduras 1997
- Secretaria de Salud. Normas y Procedimientos de Atención en Planificación Familiar, Climaterio y Menopausia e Infertilidad. Agosto 2010.
- Instituto Hondureño de Seguridad Social. Diagnóstico de la situación de las actividades de planificación familiar en el IHSS, 2012.
- Instituto Hondureño de Seguridad Social. Reglamento General de la Ley del Instituto Hondureño de Seguridad Social, 2005.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

ULAT
Unidad Local de Apoyo Técnico
para Salud - HONDURAS