

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS DE LA SALUD
“SAN PATRICIO DE IRLANDA DEL NORTE”**

DIRECCION DE POSTGRADO.

LEY N° 3.739



**Tesina para obtener el Título de Magister en
Materno Infantil y Obstetricia.**

TÍTULO:

Cobertura de la Planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

AUTOR:

Denis Alberto Jara Vera.

TUTOR METODOLÓGICO:

Mg. Fidel Fleitas.

**ÑEMBY - PARAGUAY
2.015**

“Gran parte de lo mejor que hay en nosotros está ligado a nuestro amor a la familia, que sigue siendo la medida de nuestra estabilidad porque mide nuestro sentido de la lealtad. Todos los otros pactos de amor o temor derivan de ella y se modelan sobre ella.”

Haniel Long.

DEDICATORIA.

A mi familia.

AGRADECIMIENTOS.

- **A Dios:** Por guiarme y proveer sabiduría y fortaleza para alcanzar el más soñado objetivo.

- **A mis Familiares:** Por el apoyo incondicional y la comprensión siempre para conmigo.

- **A mis Profesores:** Por la dedicación puesta y por transmitir sus conocimientos y enseñanzas que el día de mañana serán una guía para el desarrollo profesional.

Índice de contenidos.

• Portada.	I
• Hoja de Evaluación.	II
• Pensamiento.	III
• Dedicatoria	IV
• Agradecimientos.	V
1. Introducción.	1
1.1. Planteamiento del Problema de Investigación.	3
1.2. Justificación.	4
2. Objetivos.	6
3. Marco Teórico.	6
3.1. Cobertura de los servicios de salud.	6
3.2. Cobertura sanitaria universal.	8
3.3. Derechos sociales y salud.	10
3.4. Planificación familiar.	17
3.5. Lineamientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.	20
3.6. Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva.	22
3.7. Métodos de planificación familiar de barrera.	24
3.8. Objetivos de enfermería en la Planificación Familiar.	27
3.9. Las necesidades no cubiertas de la planificación familiar.	27
3.10. Cumplir los compromisos internacionales.	32
3.11. Los métodos anticonceptivos.	36

3.12. Aumentar y mejorar los servicios y suministros anticonceptivos.	42
3.13. Aumentar la información, la educación y la comunicación.	43
3.14. Mejora del acceso a la planificación familiar.	45
4. Diseño Metodológico de la Investigación.	50
4.1. Tipo de Estudio.	50
4.2. Universo de estudio.	50
4.3. Muestra	50
4.4. Instrumentos y Procedimientos para la recolección de datos.	50
4.5. Procesamiento de los datos obtenidos.	50
4.6. Análisis y Discusión.	50
4.7. Conclusiones.	50
5. Análisis y discusión de los resultados.	51
5.1. Características demográficas de la muestra en estudio.	51
5.2. Uso de métodos anticonceptivos por parte de las pacientes de la muestra en estudio.	55
6. Conclusiones.	57
7. Recomendaciones.	58
8. Referencias Bibliográficas.	59
9. Anexos.	61

RESUMEN

La Planificación Familiar está vista como un derecho que el Estado debe garantizar a la población paraguaya. Con este trabajo se pretende demostrar que con la implementación de las unidades de salud, los servicios van acercándose a la población más alejada, y de esa manera se estará supliendo totalmente la falta de acceso y analizar la Cobertura de la Planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015. El estudio realizado es de carácter descriptivo, analítico, transversal, retrospectivo, con metodología cualitativa y cuantitativa. El universo de estudio se enfocó hacia los usuarios que acudieron a la consulta de Planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015, de estos se tomó como muestra 289 usuarios que acudieron a dicha consulta. Según la procedencia se puede observar que asisten a la consulta de planificación familiar un mayor porcentaje de pacientes procedentes de áreas rurales (63%) y el restante 37% corresponde a usuarios de zonas urbanizadas. Tal como se debiera esperar los datos reflejan que la mayor cantidad de asistentes a la consulta de planificación familiar corresponde con personas que conviven en unión libre (44%). El resto de la muestra se divide proporcionalmente entre personas casadas (27%) y solteras (29%). Los estudios primarios son los predominantes dentro de la muestra estudiada (45,67%), seguidos de los estudios secundarios (30,10%) y posteriormente los universitarios (19,03%). Los métodos basados en píldoras orales son los más utilizados (72,66%), seguidos de las inyecciones (14,19%) y en menor medida los métodos de barrera (6,57%) y los dispositivos intrauterinos (DIU) (6,57%). La cobertura de planificación familiar está extendida hasta las áreas rurales. La mayoría de las personas que asisten a buscar información acerca de la planificación familiar son aquellas que se encuentran en unión libre con su pareja. El nivel educativo influye en la determinación de las personas para buscar ayuda profesional y las píldoras anticonceptivas representan el método más utilizado para evitar embarazos no deseados, o planificar en que momento tenerlo.

ABSTRACT

Planned Parenthood is seen as a right that the state must guarantee the Paraguayan population. This work aims to demonstrate that the implementation of the health units, services are approaching the far population, and is fully making up for the lack of access and analyze the coverage of Family Planning in the Health Unit Family (USF) Capitan Meza Km. 16, during the period from January to June 2015. The study is descriptive, analytical, cross-sectional, retrospective, with qualitative and quantitative methodology character. The universe of study focused towards users who attended the consultation of Family Planning in the Family Health Unit (USF) Capitan Meza Km. 16, during the period from January to June 2015, of these it was sampled 289 Users who attended this consultation. According to the source it can be seen attending family planning clinics a higher percentage of patients from rural areas (63%) and the remaining 37% are users of urbanized areas. As should expect the data show that the largest number of attendees at the family planning consultation corresponds to people living with a partner (44%). The rest of the sample is divided proportionally among married (27%) and single (29%) people. Primary studies are predominant in the sample studied (45.67%), followed by secondary education (30.10%) and then university (19.03%). Methods based on oral pills are the most common (72.66%), followed by injections (14.19%) and less barrier methods (6.57%) and intrauterine devices (IUDs) (6,57%). Family planning coverage is extended to rural areas. Most people attending seek information about family planning are those who are cohabiting with their partner. The educational level influences the determination of people to seek professional help and birth control pills represent the most widely used method to prevent unwanted pregnancies, or plan when to have it.



1. INTRODUCCIÓN.

A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos los servicios, o las opciones son limitadas. El miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja plantea barreras formidables.

El temor a efectos colaterales e inquietudes relacionadas con la salud frenan a muchas personas; otros no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización. Estas personas necesitan ayuda ahora.

Millones más están utilizando la planificación familiar para evitar el embarazo pero fracasan por una serie de razones. Puede que no hayan recibido instrucciones claras acerca de cómo utilizar el método de manera apropiada, que no hayan conseguido el método más adecuado a sus necesidades, que no estuvieran suficientemente preparadas para los efectos colaterales, o que se hubieran terminado los suministros.

La Planificación Familiar está vista como un derecho que el Estado debe garantizar a la población paraguaya. El Ministerio de Salud viene implementando programas en los cuales se brinda información y orientación en relación a la existencia de métodos anticonceptivos para espaciar los embarazos.



El acceso a los métodos anticonceptivos siempre se presentó más dificultoso para las poblaciones rurales, pero actualmente se están realizando actividades interinstitucionales en las escuelas y colegios, y las unidades de Atención Primaria de Salud (APS) facilitan el trabajo con las poblaciones que habitan en zonas alejadas.

Según las encuestas que se han realizado en el país, 20 años atrás las tasas de fecundidad rondaban los 4.3 hijos por mujer, en promedio; la última encuesta en demografía y salud, que se hizo en el 2008, revela que esa tasa de fecundidad bajó a 2.5.

La tasa de fecundidad bajó bastante en los centros urbanos; en el área rural, esa tasa de disminución no se da en la misma proporción. Depende mucho del nivel educativo de la población, a medida que la gente tenga más acceso a información y mayor nivel educativo, se refleja en menor cantidad de hijos.

En el presente trabajo se analiza la cobertura de la Planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, a través del análisis de una muestra de 289 pacientes que acudieron a dicha consulta durante el periodo de Enero a Junio del 2015.



1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 222 millones de niñas y mujeres que no desean quedar embarazadas, o que quieren retrasar su próximo embarazo, no utilizan ningún método anticonceptivo.

Además la OMS recomienda que toda persona que desee anticonceptivos pueda obtener información pormenorizada y exacta, y diversos servicios como apoyo psicosocial y anticonceptivos. Asimismo se subraya la necesidad de que no haya discriminación, coacciones ni violencia, y se preste una atención especial a procurar el acceso a los anticonceptivos a las personas desfavorecidas y marginadas.

Otras medidas fundamentales son los programas de educación sexual para jóvenes que contengan información científicamente correcta, así como información sobre cómo adquirir y utilizar los anticonceptivos.

El acceso a los anticonceptivos permite a las parejas espaciar los embarazos y a quienes lo deseen limitar el tamaño de la familia. Las pruebas apuntan a que las mujeres con más de cuatro hijos corren un mayor riesgo de muerte por complicaciones durante el embarazo y el parto.

Muchas de las personas que en estos momentos no tienen acceso a servicios de anticoncepción son jóvenes, pobres y viven en zonas rurales o en barriadas urbanas marginales.



1.2. JUSTIFICACIÓN.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 subrayó la importancia de adoptar un planteamiento basado en los derechos ante la planificación familiar. En los últimos 20 años se han hecho grandes esfuerzos por exigir y definir un planteamiento basado en los derechos para los servicios de salud, incluidos los servicios de anticoncepción. Aun así, el asesoramiento práctico sobre el modo de actuar en casos concretos es relativamente reducido.

La planificación familiar voluntaria es uno de los grandes avances del último siglo en materia de salud pública. Permitir que la mujer pueda tomar decisiones informadas sobre el hecho de tener hijos y cuándo hacerlo reduce el número de embarazos no planeados, así como la mortalidad materna y neonatal. También aumenta las oportunidades educativas y económicas que se les plantean a las mujeres y mejora la salud de familias y comunidades enteras. La planificación familiar es un componente inteligente, práctico y esencial de la salud y el desarrollo a escala mundial.

No obstante, más de 220 millones de mujeres en los países en desarrollo que no desean quedar embarazadas carecen de acceso a métodos anticonceptivos eficaces, así como a información y servicios de planificación familiar voluntaria.

Es conocido que en nuestro país no existe una política de población para que se pueda limitar la cantidad de hijos, es responsabilidad de cada persona tener la cantidad de hijos que pueda. El acceso depende mucho de los factores



ambientales, geográficos, a las personas que viven en zonas alejadas les cuesta llegar a los servicios de salud.

Con este trabajo se pretende demostrar que con la implementación de las unidades de salud, los servicios van acercándose a la población más alejada, y de esa manera se estará supliendo totalmente la falta de acceso.



2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la Cobertura de la Planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características demográficas de los pacientes que acuden a la consulta de planificación familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.
- Conocer los métodos anticonceptivos más utilizados por los usuarios de la consulta de planificación familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.
- Proponer alternativas de solución a las debilidades encontradas.



3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Cobertura de los servicios de salud.

Los indicadores de cobertura de los servicios de salud reflejan la medida en que las personas que lo necesitan reciben de hecho intervenciones de salud importantes. Tales indicadores incluyen la atención a mujeres durante el embarazo y el parto, los servicios de salud reproductiva, la inmunización para prevenir las infecciones más comunes de la infancia, la administración de suplementos de vitamina A en niños, y el tratamiento de las enfermedades más comunes de la infancia y las enfermedades infecciosas en adultos.

Los datos muestran que se han introducido mejoras significativas en la cobertura de las intervenciones de salud pública desde 1990. Por ejemplo, las tasas de inmunización para el sarampión, la difteria, la tos ferina y el tétanos, la hepatitis B y la *Haemophilus influenzae* de tipo B han aumentado en la mayoría de las regiones. Sin embargo, hay variaciones importantes entre regiones. Las tasas de inmunización más altas se encuentran en la Región de las Américas y la Región de Europa, y las tasas más bajas en la Región de Asia Sudoriental.

En general, los indicadores de cobertura se calculan dividiendo el número de personas que recibe una intervención definida por la población que tiene derecho a recibirla o la necesita. Por ejemplo, el indicador de cobertura de inmunización entre niños de 1 año se calcula dividiendo el número de niños que ha recibido una vacuna específica por el total de la población infantil menor de un año en cada país. Para los indicadores de atención prenatal y partos



atendidos por personal de salud calificado, el denominador es el número de nacidos vivos.

Las principales fuentes de datos sobre cobertura son las encuestas de hogares y las respuestas de los encuestados a preguntas acerca de la utilización de servicios. Los principales tipos de encuesta son la encuesta de 30 conglomerados del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la Encuesta de Conglomerados de Indicadores Múltiples (MICS) del UNICEF, y la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS).

La otra fuente de datos es la de los registros administrativos de prestación sistemática de servicios, que proporciona datos acerca del numerador. El denominador se estima sobre la base de las previsiones de los censos. Ninguna fuente de datos es perfecta: los registros administrativos tienden a sobreestimar la cobertura como resultado del cómputo doble en el numerador y la incertidumbre en el denominador.

En general, las encuestas de hogares se consideran más fiables, si bien adolecen de errores de notificación de los encuestados y presentan márgenes de incertidumbre debido a errores de muestreo. Una buena práctica para generar estimaciones mundiales es ajustar los datos procedentes de múltiples fuentes a fin de maximizar la precisión de la estimación.

Los valores agregados por regiones no están disponibles para varios indicadores de cobertura, lo que refleja la disponibilidad limitada de los datos relativos a varios indicadores y se debe también al hecho de que algunas



afecciones, por ejemplo la malaria, no son relevantes para la salud pública de varios países.

3.2. Cobertura sanitaria universal.

En 2005, todos los Estados Miembros de la OMS asumieron el compromiso de alcanzar la cobertura sanitaria universal. Ese compromiso fue una expresión colectiva de la convicción de que todas las personas deberían tener acceso a los servicios de salud que necesitan sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento. Obrar en pro de la cobertura sanitaria universal es un medio poderoso de mejorar las condiciones de salud y bienestar y de promover el desarrollo humano.

La resolución adoptada por todos los Estados Miembros de la OMS abarca las dos facetas de la cobertura sanitaria universal: la prestación y el acceso a servicios de salud de alta calidad, y la protección contra los riesgos económicos de las personas que necesitan utilizar esos servicios.

Por servicios de salud se entiende los métodos de promoción, atención sanitaria brindada en las comunidades, centros sanitarios y hospitales. El término comprende también los medios de actuar con respecto a los determinantes sociales y ambientales tanto dentro como fuera del sector de la salud. La protección contra el riesgo económico forma parte del conjunto de medidas que proporcionan protección social general.

La investigación científica ha sido fundamental para el mejoramiento de la salud humana. Es indispensable para desarrollar la tecnología, los sistemas y los servicios que hacen falta para conseguir la cobertura sanitaria universal. En



el camino hacia la cobertura universal, adoptar un enfoque metódico a efectos de formular y responder preguntas no es un lujo sino una necesidad.

Cuando los Estados Miembros de la OMS se comprometieron a alcanzar la cobertura universal, dieron un importante paso adelante en pro de la salud pública. Al dar ese paso se puso efectivamente en marcha una agenda para la investigación.

Por investigación se entiende el conjunto de métodos formales mediante los cuales se transforman ideas prometedoras en soluciones prácticas para mejorar los servicios de salud, y en consecuencia las condiciones mismas de salud.

Se ha avanzado mucho últimamente en lo tocante a la cobertura de los servicios de salud y a la protección contra el riesgo económico, como lo demuestran, por ejemplo, los progresos realizados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas. No obstante, sigue siendo grande la brecha entre la cobertura actual de esos servicios y la cobertura sanitaria universal por lo que respecta a muchas situaciones de falta de salud en numerosos contextos. Por ejemplo, casi la mitad de las personas infectadas por el VIH que podrían someterse a una terapia antirretroviral seguían sin recibirla en 2011, y se estima que todos los años unos 150 millones de personas son víctimas de una catástrofe económica al tener que pagar de su propio bolsillo la atención sanitaria que necesitan.



3.3. Derechos sociales y salud.

La Constitución de la República del Paraguay del año 1992, contempla todo lo referente al Derecho a la Salud, a través de varios artículos tales como el 6º, 7º, 68º, 69º y 70º. Insertos en los mismos, se encuentran los principios y valores sobre los que se sustenta. Así, el Derecho a la Salud se expresa explícitamente con el siguiente texto:

“El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana” (art. 68º).

Por su parte, el artículo 69º hace referencia al Sistema Nacional de Salud como ejecutor de acciones sanitarias integradas que concierten, coordinen y complementen programas y recursos del sector público y privado. A su vez, el artículo 70º de la Carta Magna indica textualmente:

“La ley establecerá programa de bienestar social, mediante estrategias basada en la educación sanitaria y en la participación comunitaria”

El marco legal e institucional vigente tiene alcance nacional, definiendo a la rectoría, regulación y prestación de servicios de salud como competencias del Estado por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.



Es importante destacar que el Paraguay cuenta con un marco legal relevante y favorable para garantizar el derecho a la salud de sus habitantes, delineando un concepto amplio de salud-enfermedad que reconoce condicionantes referidos a la calidad de vida y sus vínculos con el desarrollo social y económico del país.

Algunos aspectos de la participación social están contemplados en la Ley 1032, a través de los Consejos de Salud que tienen como objetivo impulsar el Sistema Nacional de Salud, promover la coordinación interinstitucional, participar en la formulación de lineamientos de la política y estrategia nacional, regional y local de salud, así como la fiscalización del cumplimiento del Plan Nacional de Salud y su ejecución presupuestaria.

Los consejos de salud están organizados en tres niveles: nacional, regional y local. Constituyen la instancia de participación y coordinación entre las autoridades sanitarias, institucionales, organizaciones sociales y los usuarios de los servicios de salud así como de los prestadores de servicio de salud. Las instancias previstas en los Consejos de Salud son la Mesa Directiva y los Comités Ejecutivos. Cada instancia tiene establecido por ley quien la preside.

En el caso de la Mesa Directa la preside a nivel nacional el/la Ministro de Salud, a nivel regional por la Secretaria de Salud de la gobernación y a nivel local por la Dirección de Higiene y Salubridad de la municipalidad. En relación a los comités ejecutivos también está establecido que lo presidan a nivel nacional el/la Ministro/a de Salud, la Secretaria de Salud de la Gobernación en el nivel regional y el Director del Centro de Salud en el nivel local.



Aunque en los Consejos están establecidos los mecanismos y espacios de participación, todavía es necesaria una mayor democratización de los mismos, para lo cual es necesario establecer una práctica participativa desde los espacios locales más “micros”.

Por su parte, la red de atención se inserta en los territorios sociales donde se comparte unidad geográfica, social, económica y cultural. Como pieza clave de la gestión social de dichos territorios se coloca la participación protagónica de la ciudadanía, de modo a responder a sus necesidades por medio de planes estratégicos y agendas políticas, convirtiendo a la salud (sinónimo de calidad de vida) en eje articulador de los diferentes sectores sociales.

En la perspectiva de conocer la percepción de los y las usuarios/as en relación a la experiencia de la atención primaria, se realizaron tres evaluaciones a las Unidades de Salud de la Familia, entre los años 2010 y 2011. Las mismas han coincidido en valoraciones muy favorables para variables como gratuidad de la atención y de provisión de medicamentos; trato recibido por el equipo de salud de la familia; indicaciones médicas y efecto del tratamiento; horario de atención; modalidades de censos, visitas domiciliarias, etc.

No obstante, la provisión regular de medicamentos así como la adecuada infraestructura y suficiente equipamiento de las mismas, son percibidas por las personas entrevistadas como metas pendientes a alcanzar.

Dentro del sector público, la cobertura de atención a la salud para un 95% de la población total del país, está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y del Instituto de Previsión Social, constituyéndose en las dos



instituciones más importantes para la atención de la salud a la población. Ambas cuentan con establecimientos de salud de diversa complejidad, distribuidos por el territorio nacional; si bien la atención primaria solo existe en la red del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cuenta con un total de 1028 establecimientos de salud, de los cuales 354 tienen internación. A su vez, el IPS tiene 78 establecimientos, siendo que 41 de los mismos cuentan con internación. Entre ambas instituciones, se logra alcanzar 6.156 camas disponibles, correspondientes a una tasa de 1 cama por cada 1.000 habitantes.

La estructura en red tiene como puerta de entrada a la Atención Primaria de Salud, a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF). Estas Unidades de Salud de la Familia acercan el sistema de salud a las familias y sus comunidades, brindando servicios para atender y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población correspondiente al territorio social asignado (3.500 a 5.000 personas); así como garantizar el continuo de la atención a las personas mediante la vinculación con la atención especializada (Centros Ambulatorios de Especialidades), de urgencias y hospitalaria (Hospitales Básicos, de Especialidades, etc.), según se requiera mayor complejidad. El sistema de regulación médica, comunicación y transporte, posibilita la vinculación y articulación efectiva entre todas las instancias de la red.

Los criterios para la implementación de la Red Integrada de Servicios de Salud se basan en el territorio, la población, los servicios de salud existentes y los determinantes sociales.



En relación a la organización territorial se plantea un territorio nacional como un concepto funcional para las prestaciones de alta complejidad que abarca a todo el país. Las regiones sanitarias coincidentes con la división política del país en departamentos, se constituyen en los espacios geográficos regionales de la red. En su interior comprende a las áreas sanitarias con una población entre 20 mil a 50 mil personas, correspondientes a un municipio o a un conjunto de ellos.

Finalmente, al interior de las áreas sanitarias se hallan los territorios sociales de las Unidades de Salud de la Familia, cuya población asignada está entre 3.500 a 5.000 personas. Los territorios sociales donde se instalan las USF, se definen como aquellos en los que una población determinada comparte unidad geográfica, social, económica y cultural.

Como pieza clave de la gestión social de dichos territorios se coloca a la participación protagónica de la ciudadanía, de modo a responder a sus necesidades por medio de planes estratégicos y agendas políticas, convirtiendo a la salud (sinónimo de calidad de vida) en eje articulador de los diferentes sectores sociales.

Es importante destacar que con las Políticas Públicas, se plantea la universalización con equidad del derecho a la salud y a la calidad de vida, por medio de la una estrategia promocional que permite articular acciones y esfuerzos, colectivos y transectoriales, para mantener y desarrollar la autonomía de las personas y colectividades a lo largo de toda su vida, movilizandoo recursos para que las personas gocen de una vida plena,



expresada como calidad de vida. La promoción de la salud adquiere así un concepto amplio bajo el cual se incluyen acciones educativas, preventivas, curativas y rehabilitadoras.

Este contenido programático parte de las necesidades sociales expresadas como metas de indiferencia cero y se concretizan en proyectos de promoción de la equidad en calidad de vida y salud, por etapas del ciclo de vida (niños y niñas; adolescentes y jóvenes; adultos y adultos mayores) y desarrollo de la autonomía en diversos ámbitos (salud sexual y reproductiva; salud bucal; salud mental; traumatismos y lesiones externas; enfermedades no transmisibles y enfermedades infecto-parasitarias).

Los avances logrados en este aspecto, se refieren a la elaboración de guías y protocolos de atención integrada, por ciclo de vida, dirigida a los equipos de salud de la familia, como un primer paso hacia la integración programática en los servicios de atención.

Es relevante destacar que la implementación de las USF ha posibilitado la inclusión de 2.423 recursos humanos en salud, por medio de concursos de méritos y aptitudes, como experiencias pioneras, dentro del propio ministerio y de la administración pública en general, de transparencia y oportunidades de acceso a la función pública de los mejores profesionales, en igualdad de condiciones.

Avances hacia la universalidad de la atención en salud se ha logrado mediante la declaración de gratuidad, en forma progresiva, desde fines de 2008 hasta diciembre del 2009, cuando se extendió a todas las prestaciones ofrecidas por



los servicios de salud dependientes de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Dicha gratuidad es entendida como la eliminación del pago de aranceles por parte de la población, para el acceso a todas las prestaciones médicas, odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Esta medida de política sanitaria ha tenido un impacto evidente desde dos aspectos relacionados entre sí. Por un lado, se constituyó en una acción afirmativa para posibilitar el ejercicio del derecho a la salud, reduciendo significativamente el gasto de bolsillo que deben hacer las familias para la atención y recuperación de su salud, y en ese sentido, se articula con la estrategia de combate a la pobreza en el marco de la política social del gobierno.

Por otra parte, facilitó y amplió el acceso a los servicios de salud públicos, evidenciándose un aumento significativo de consultas médicas, odontológicas y personas atendidas, entre otros indicadores registrados por la Dirección de Estadística en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

El impacto de la implementación de la gratuidad en salud también se evidenció en datos relevados por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, a través de la Encuesta Permanente de Hogares.



Con la puesta en marcha de la Política Pública para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, la implementación de la gratuidad en el servicio público para el acceso a los servicios de salud y la Estrategia de Atención Primaria de Salud, la situación sanitaria ha ido cambiando significativamente y de manera progresiva al permitir el acceso a la salud de sectores de la población históricamente excluidos e invisibles como el indígena y el campesino, geográficamente más inaccesibles. Con estas iniciativas, se logró desmontar dos de las principales barreras de acceso a la salud, la económica y la geográfica.

Por otra parte, existen aspectos relacionados a la red de servicios que dificultan la atención integral y de calidad. La mayor debilidad del sistema se relaciona a la falta de infraestructura, equipamiento, recursos humanos especializados en la red hospitalaria, acceso a estudios auxiliares de diagnóstico, medicamentos y medios de transporte.

3.4. Planificación familiar.

Numerosos estudios afirman que los riesgos para la madre y su bebé aumentan cuando los embarazos son muy tempranos (antes de los 20 años de edad), se producen tardíamente (después de los 34 años); son frecuentes (con intervalo menor a uno o dos años) o numerosos. Los riesgos para la madre, sus hijos o hijas por nacer o ya nacidos disminuyen si el embarazo es planeado, y ocurre lo contrario cuando se produce de manera inesperada, no planeada.



Se le llama planificación familiar al tener el número de hijos que uno desea y al tenerlos cuando uno lo desea. Si usted decide no tener hijos o no tenerlos de inmediato, puede escoger uno de varios métodos para evitar el embarazo. A estos métodos se les llama métodos de planificación familiar.

Evidencias científicas demuestran que la planificación familiar salva vidas: reduce la muerte materna en un 20 a 30 por ciento; disminuye la muerte infantil en un 20 por ciento y favorece las condiciones de salud y bienestar de la mujer, sus hijos, su familia y la comunidad.

Cada año, medio millón de mujeres mueren a causa de problemas relacionados con el embarazo, el parto y los abortos hechos bajo condiciones peligrosas. Además de mejorar el acceso a la atención médica y el aborto seguro, muchas de las muertes se podrían evitar por medio de la planificación familiar.

Planificación Familiar es una opción de las personas en cuanto a su procreación. Tiene por objetivo que las parejas puedan procrear en función a sus deseos, su plan de vida y sus circunstancias personales, ejerciendo su derecho a una sexualidad y procreación saludable, responsable y segura. La planificación familiar es decidida por la persona con su pareja, es voluntaria y libre.

Muchas mujeres quieren tener muchos hijos, sobre todo en las comunidades donde la gente pobre no recibe una parte justa de las tierras, los recursos y los beneficios sociales. Eso es porque los niños ayudan con el trabajo y cuidan a



sus padres en la vejez. En esos lugares, el tener pocos hijos puede ser un lujo que sólo las personas más ricas puedan darse.

En otros lugares, las mujeres pueden querer limitar el número de sus hijos. Eso muchas veces sucede donde las mujeres tienen oportunidades de estudiar y de ganar dinero, y donde pueden negociar con los hombres de formas más iguales. Sin importar dónde viva una mujer, ella estará más sana si puede controlar cuántos hijos tener y cuándo tenerlos.

La Planificación Familiar no es igual al control de la natalidad que es una acción decidida y controlada por algunos Estados como una medida legal, coercitiva e impuesta entre un conjunto de medidas de la política de población de un país.

La Planificación Familiar y la Salud Sexual y Reproductiva forman parte del derecho a la salud y están proclamadas entre los derechos económicos, sociales y culturales.

Toda persona tiene derecho a: disponer de información y servicios de calidad que le faciliten tomar decisiones en cuanto a su reproducción de acuerdo a sus circunstancias, con libertad, con el menor riesgo posible, sin discriminaciones, coerciones ni violencias.

En el mundo, especialmente en países pobres, 200 millones de mujeres tienen necesidades insatisfechas de planificación familiar que favorecen una elevada mortalidad materna y perinatal. Si esas mujeres pudieran ejercer su derecho a la planificación familiar y tuvieran acceso universal a anticonceptivos eficaces, cada año se evitarían: 23 millones de embarazos no planeados; 22 millones de



abortos provocados; 1,4 millón de muertes de recién nacidos; 142 mil muertes maternas y entre ellas 53 mil muertes por abortos provocados.

En el Paraguay, los servicios de planificación familiar se inician en 1969, cuando el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), luego de jornadas de concienciación y de capacitación, habilita algunos servicios. En 1970, en el sector público, el Ministerio de Salud establece un programa de Protección Familiar que incluye la planificación familiar con enfoque de bienestar de la familia.

Según la encuesta del 2008, por primera vez en la historia de la planificación familiar en el Paraguay, el sector público se constituye desde el 2008 en la principal fuente de provisión de anticonceptivos modernos (42,3 por ciento), seguido por las farmacias (41,32). En la encuesta anterior (2004), el sector público era la fuente de obtención de anticonceptivos en un 31,7 por ciento. El acceso a los servicios de planificación y al uso de anticonceptivos es menor en los quintiles más pobres de la población, y en las mujeres con menos escolaridad.

3.5. Lineamientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

- Educación a todas las personas sobre los derechos sexuales y reproductivos y la autonomía para la toma de decisiones reproductivas responsables y libres.
- Promoción de la paternidad y la maternidad responsables.
- Orientación e información veraz y completa sobre la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, basada en la evidencia científica, con



enfoque de multiculturalidad, respetando la libre elección, a través de estrategias diferenciadas que incluyan: adolescentes, pueblos indígenas, personas con discapacidad, hombres, personas viviendo con VIH, personas en situación socioeconómica menos favorecida, trabajadoras sexuales y otros grupos con menor acceso.

- Capacitación y sensibilización permanente de los recursos humanos en consejería, prestación de servicios de planificación familiar y en derechos sexuales y reproductivos, para lograr y/o mantener la calidad de atención y reducir brechas, sin discriminación.
- Atención de calidad en planificación familiar, facilitando el acceso preferencial a los servicios de: adolescentes, pueblos indígenas, personas con discapacidad, hombres, personas viviendo con VIH, personas en situación socioeconómica menos favorecida, trabajadoras sexuales y otros grupos con menor acceso.
- Organización de los servicios con adecuación de turnos y horarios de atención para dar respuesta a las necesidades y oportunidades de usuarios y usuarias.
- Desarrollo y aumento del número de servicios de salud amigables para varones y mujeres jóvenes y adolescentes, integrales, accesibles y adecuados culturalmente, con horarios diferenciados, recursos humanos calificados en atención a adolescentes y ambiente adecuado.
- Implementación de una estrategia nacional de prevención del embarazo en adolescentes de 10 a 14 años, y del segundo embarazo incluyendo la prevención de la violencia sexual, atención oportuna de víctimas, acceso



a la PAE (pastilla de anticoncepción de emergencia) y otros métodos anticonceptivos.

- Desarrollo de estrategias para mejorar el acceso de varones a la planificación familiar, incluyendo la vasectomía.
- Estrategias operativas que garanticen el acceso a los anticonceptivos, sin prejuicios ni exclusiones, que se integren con otras acciones de salud sexual y reproductiva como ser detección y prevención del VIH, atención a víctimas de violencia, prevención del cáncer de cuello uterino y mama, salud materna, etc.
- Provisión de los insumos anticonceptivos de acuerdo a la elección realizada y a los criterios de elegibilidad de la OMS (Organización Mundial de la Salud), aclarando sus características, su efectividad, su modo de uso correcto, manteniéndose la gratuidad de los insumos en la red pública.
- Ampliación de la oferta de la anticoncepción quirúrgica de intervalo y pos-evento obstétrico.
- Accesibilidad a todos los métodos anticonceptivos, las 24 horas, todos los días, en los servicios hospitalarios de la red pública, incluyendo a píldoras de anticoncepción de emergencia, con consejería/orientación.

3.6. Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva.

La sexualidad es una condición humana compleja: implica órganos y funciones biológicas, aspectos psicológicos, mentales, espirituales y de relacionamiento interpersonal con significaciones culturales diversas. La sexualidad es parte de la individualidad y la intimidad personal y además, de relaciones de pareja y de



comportamientos sociales. Es campo de valoraciones éticas, jurídicas y de salud.

La sexualidad y la procreación son aspectos inherentes a cada ser humano. La vigencia de los derechos humanos posibilita el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que garantiza a las personas una vivencia de su sexualidad sana, placentera y sin riesgos, opuesta a toda forma de discriminación, coacción o violencia.

Los seres humanos somos igualmente libres y dignos en todas las etapas y funciones de nuestra vida, incluyendo en nuestra sexualidad y capacidad reproductiva. La salud sexual y reproductiva (SSR) forma parte del concepto integral e integrado de la salud, donde el equilibrio de las dimensiones física, psíquica, mental, espiritual y social de la salud, la sexualidad y la procreación responsables, son aspectos inseparables de la vida humana.

Los derechos sexuales y reproductivos tienen su realización en la relación de pareja, pero también en los diferentes espacios donde acontece la experiencia humana de seres sexuados: niñas, niños, hombres y mujeres adolescentes, adultos y personas de la tercera edad en su vida privada, en la escuela, en el trabajo, la calle, las instituciones y comunidades.

En todas las etapas del ciclo de vida existen relaciones intragénero, intergénero e intergeneracionales en los diferentes ámbitos de las diversidades económicas, sociales, políticas y culturales que repercuten en la salud sexual y reproductiva.



Las personas y comunidades pueden ser sexualmente saludables. Una sociedad sexualmente saludable es aquella que respeta, protege, exige y garantiza los derechos sexuales y reproductivos de sus integrantes. Una educación de la sexualidad oportuna, adecuada y completa ayuda a que las personas, las familias y las comunidades estén mejor preparadas para actitudes y prácticas responsables que favorezcan su salud y calidad de vida.

3.7. Métodos de planificación familiar de barrera.

Los métodos de barrera evitan el embarazo impidiendo que los espermias lleguen al huevo. No cambian la forma en que trabaja el cuerpo de la mujer o del hombre, y causan muy pocos efectos secundarios. Las mujeres que están dando pecho pueden usar estos métodos sin ningún riesgo. La mayoría de estos métodos también dan protección contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH, el virus que causa el SIDA. Cuando la mujer quiere embarazarse, simplemente deja de usar el método.

Los métodos de barrera más comunes son el condón, el condón femenino, el diafragma y los espermicidas.

Los condones hechos de látex proporcionan la mejor protección contra el VIH y otras infecciones sexuales. Se pueden usar solos o junto con cualquier otro método de planificación familiar. Los condones se consiguen en muchas farmacias y a través de los programas de prevención del SIDA.

Los lubricantes son sustancias que se usan para humedecer la vagina o los condones, y ayudan a que éstos no se rompan al usarlos. Hacen que el sexo



sea más agradable, pues aumentan la sensación para ambos miembros de la pareja. Los lubricantes deben ser solubles en agua; no deben contener aceite.

El condón femenino cabe dentro de la vagina y cubre los labios exteriores de la vulva. Se puede colocar en la vagina en cualquier momento antes de las relaciones sexuales. Sólo debe usarse una vez, porque se puede romper si se vuelve a usar. Pero si no tiene más condones, puede limpiarlo y volver a utilizarlo hasta 5 veces.

El condón para la mujer no debe usarse junto con el condón para el hombre. De los métodos que la mujer puede controlar, el condón femenino es el que da la protección más eficaz contra las infecciones sexuales, incluyendo el VIH. Existen 3 tipos de condones femeninos. Los más recientes son más baratos.

El condón femenino es más adecuado para la forma de la mujer, es más cómodo y hace menos ruido durante la relación sexual. Actualmente, sólo se consigue en algunos lugares. Pero si suficiente gente empieza a pedir este método, más programas empezarán a distribuirlo.

El diafragma es una copa poco profunda hecha de hule (goma) suave que la mujer usa en la vagina durante las relaciones sexuales. El diafragma cubre la abertura de la matriz (cérvix), y así evita que los espermias entren allí. La jalea espermaticida que se usa con el diafragma ayuda a matar a los espermias, y también da protección contra la gonorrea y la clamidia (dos infecciones sexuales comunes).

Los diafragmas vienen en diferentes tamaños y se consiguen en algunos dispensarios y clínicas de planificación familiar. Un trabajador de salud que



tenga capacitación para hacer exámenes pélvicos, la puede examinar y encontrar el tamaño de diafragma que sea apropiado para usted. A los diafragmas les pueden salir hoyitos, sobre todo después de haber sido usados por más de un año.

Los espermicidas vienen en muchas presentaciones: espuma, supositorios y cremas o jaleas; y se ponen en la vagina justo antes de tener relaciones sexuales. Los espermicidas matan a los espermias del hombre antes de que éstos puedan llegar a la matriz. Si se usan solos, los espermicidas son menos eficaces que algunos otros métodos. Pero son útiles cuando se usan como protección adicional para otros métodos, como el diafragma y los condones.

Los espermicidas se pueden comprar en muchas tiendas y farmacias. Algunas mujeres descubren que ciertos tipos de espermicidas les causan comezón o irritación en la vagina. Los espermicidas no proveen protección contra las infecciones sexuales. Dado que los espermicidas pueden irritar las paredes vaginales, pueden provocar pequeños rasguños que dejen pasar al VIH con más facilidad a la sangre.

Los métodos de hormonas evitan el embarazo impidiendo que los ovarios de la mujer suelten un huevo. También hacen que se ponga muy espeso el moco que se halla en la abertura de la matriz. Eso ayuda a evitar que los espermias entren a la matriz.



3.8. Objetivos de enfermería en la Planificación Familiar.

- 1.- Ser sensible a las necesidades de control de la natalidad de la mujer o la pareja.
- 2.- Conservar la objetividad al hablar de los métodos de control de la natalidad, incluso cuando se trate de esterilización y aborto.
- 3.- Orientar a la mujer sobre todos los métodos de control de la natalidad.
- 4.- Ofrecer amplia información sobre el método elegido por la mujer.
- 5.- Permitir a la paciente tomar una decisión informada.
- 6.- Animar a la paciente a buscar ayuda cuando se le presenten dudas o problemas.
- 7.- Estar a disposición de la paciente cuando necesite consejo o ayuda.

En la población rural existe mayor mortalidad materna y perinatal que en la población urbana. Ello obedece, entre otras razones, a que en la población rural las mujeres presentan factores de riesgo con mayor frecuencia. Por lo tanto para reducir la mortalidad materna y perinatal en el área rural es muy importante promover el uso más amplio de anticonceptivos, especialmente en las mujeres con alto riesgo reproductivo.

3.9. Las necesidades no cubiertas de la planificación familiar.

Una de cada cuatro personas en los países en desarrollo son mujeres en edad reproductiva. De entre estas mujeres, 867 millones querrían evitar quedarse



embarazadas o espaciar o limitar embarazos futuros. A pesar de ello, 222 millones de mujeres no usan ningún método anticonceptivo moderno.

Estas 222 millones de mujeres tienen por tanto una necesidad no cubierta de métodos anticonceptivos modernos (Singh, Darroch et al. 2012). Son mujeres que, o bien están utilizando métodos tradicionales de planificación familiar, los cuales han demostrado tener altos índices de fracaso (Singh, Darroch et al. 2009), o bien no utilizan ningún método.

Algunas de las razones por las cuales las mujeres no utilizan métodos anticonceptivos modernos son de tipo individual. En ellas pueden influir factores sociales, culturales o políticos, como son la falta de apoyo de sus familias o de las comunidades sociales o religiosas a las que pertenecen, o la ausencia de políticas de planificación familiar y, por ende, un acceso limitado a la información, a los suministros y a los servicios.

Según datos facilitados por el Instituto Guttmacher las necesidades no cubiertas de planificación familiar a nivel individual, familiar o comunitario son principalmente atribuibles a una baja percepción de riesgo.

Las mujeres consideran que el riesgo de quedarse embarazadas es bajo porque casi no mantienen relaciones sexuales, o porque hace poco que han dado a luz, o porque están amamantando y piensan que eso bastará para protegerlas contra un posible embarazo.

Un acceso inadecuado a los productos y servicios, una disponibilidad insuficiente de productos anticonceptivos o de servicios de salud, incluida la falta de conocimientos sobre métodos anticonceptivos; dificultades para



acceder a ellos (por su coste, por no saber dónde se obtienen, o por no poder acceder a un centro médico); y problemas relacionados con sus efectos secundarios, las preocupaciones sobre la salud, y las dificultades o inconvenientes del uso de métodos anticonceptivos.

El rechazo a los anticonceptivos, el rechazo de la planificación familiar, ya sea por parte de la mujer, su pareja u otra persona influyente, incluido el rechazo por motivos religiosos.

Según se desprende de un estudio realizado en 13 países en desarrollo, son muchas las mujeres que no tienen conocimientos suficientes sobre métodos anticonceptivos, o a quienes preocupa que el uso de métodos anticonceptivos modernos pueda afectar a su salud, o que no pueden costear u obtener fácilmente productos o servicios de planificación familiar.

Desde una perspectiva política más amplia, la falta de acceso a estos productos y servicios podría tener que ver con un menor compromiso político y una reducción de la financiación de la planificación familiar en las últimas décadas.

Por ejemplo, las restricciones a la financiación de la salud reproductiva por parte del gobierno de EE.UU. durante la presidencia de George W. Bush se tradujo en un recorte drástico de los recursos financieros disponibles para la planificación familiar. Y aunque estas restricciones hayan desaparecido, lo cierto es que provocaron recortes en los servicios en muchos países, lo que probablemente haya contribuido al aumento de las necesidades no cubiertas de planificación familiar (Lancet / UCL 2009).



Además, los recortes en la financiación podrían haberse debido a la creencia, por parte de los donantes, de que la planificación familiar ya está totalmente financiada, lo que a su vez se debe en parte al éxito de los programas de planificación familiar. Asimismo, si bien se han aumentado mucho las partidas presupuestarias destinadas a cuestiones de “población”, muchas de ellas han ido a financiar programas de VIH/SIDA, no de planificación familiar.

La escasa transparencia con respecto a las partidas presupuestarias y la ausencia de una línea presupuestaria específica para planificación familiar han contribuido a la falsa creencia de que la planificación familiar está suficientemente financiada.

No cubrir las necesidades en materia de planificación familiar tiene importantes consecuencias para las familias, comunidades y economías de los países en desarrollo. Por ejemplo, cuando estas necesidades no se atienden:

- Aumentan las tasas de morbilidad y mortalidad maternoinfantiles, sobre todo cuando los nacimientos no pueden espaciarse adecuadamente.
- Aumenta el número de abortos practicados en condiciones de riesgo.
- Aumenta la incidencia del VIH y de las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Se pone en peligro la capacidad productiva de las mujeres en sus respectivas comunidades y en sus economías nacionales.
- Obliga a las niñas y a las mujeres jóvenes a abandonar la escuela a causa de embarazos no planificados.



- Rebaja la condición social de la mujer, ya de por sí inferior, y hace que haya más desigualdades de género.
- Aumenta la pobreza y frena el crecimiento económico.
- Contribuye a un crecimiento insostenible de la población.

En las últimas dos décadas, la utilización de métodos anticonceptivos aumentó entre las mujeres de casi todas las regiones. Hacia el año 2007, aproximadamente el 60% de las mujeres casadas en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo. Pero debe tenerse en cuenta que los datos existentes sobre el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres solteras y las adolescentes de países en desarrollo son limitados, en comparación con los datos que se tienen de mujeres casadas, particularmente en Asia. Así, es probable que la proporción de necesidades no cubiertas, en términos globales, sea todavía más alta de lo que las estadísticas sugieren.

No obstante, se observa una desaceleración considerable en la atención a las necesidades no cubiertas en la última década y una creciente brecha entre regiones. Según las Naciones Unidas, el incremento anual de la tasa de uso de métodos anticonceptivos fue en casi todas las regiones inferior entre 2000 y 2007 que en la década de 1990. Y la tasa de uso de métodos anticonceptivos en algunas regiones, como el África subsahariana, sigue siendo baja. En algunos países, como Ghana y Benin, se ha producido incluso un retroceso en la tasa de uso de métodos anticonceptivos.

Cuando se atiende a las necesidades no cubiertas de planificación familiar de las mujeres se ponen de manifiesto los beneficios que de ello se derivan, no



sólo con respecto a la salud de la mujer, sino también a muchos otros indicadores humanos y de desarrollo, incluidos aquellos que se refieren a la reducción de la pobreza y al crecimiento económico, a la salud y al desarrollo infantil, al empoderamiento de las mujeres, y a los retos medioambientales. Por encima de todo, la planificación familiar es un instrumento esencial de promoción de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, de los hombres y de los jóvenes: la capacidad de las mujeres y de las parejas para decidir cuántos hijos van a tener y cada cuánto tiempo es un derecho humano fundamental ligado a muchos otros.

3.10. Cumplir los compromisos internacionales.

El derecho a los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva ha sido refrendado en varios convenios y estrategias internacionales. Los gobiernos tienen por tanto la obligación de garantizar que esos objetivos se cumplan.

En muchos de estos convenios se reconoce la necesidad de dar prioridad a la salud sexual y reproductiva y a los derechos que se recogen en las políticas nacionales e internacionales de desarrollo como condición para que se cumplan los objetivos internacionales de desarrollo, tales como la reducción de la pobreza. Entre los principales convenios se incluyen los siguientes:

Programa de Acción (1994) de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD): Partiendo de un enfoque basado en derechos, en él se reconoce, por primera vez en un documento de consenso internacional, que los derechos reproductivos son derechos humanos.



Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas, celebrada en Beijing (1995): Viene a confirmar muchos de los compromisos adoptados en la CIPD, entre ellos el de mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, el de eliminar los obstáculos jurídicos, normativos y sociales a la educación sexual y reproductiva, y el de reconocer que entre los derechos humanos de las mujeres se incluye su derecho a controlar y decidir libre y responsablemente todo aquello que tenga que ver con su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, sin ningún tipo de coerción, discriminación o violencia.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la Cumbre del Milenio (2000): Exposición de objetivos clave para la reducción de la mortalidad materna y de problemas sanitarios que inciden en la pobreza. Diversos convenios y programas internacionales tratan de velar por que los países donantes y en desarrollo aporten los fondos necesarios para alcanzar los ODM.

La Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda y la Agenda de Acción de Accra (2005): Suscritos por 100 gobiernos donantes y receptores y por organizaciones internacionales tales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y una serie de bancos regionales de desarrollo, estos documentos constituyen un intento global de mejorar la forma en que los países donantes y receptores colaboran para alcanzar los ODM.

El Plan de Acción de Maputo (2006): Un acuerdo regional suscrito por los países de la Unión Africana con objeto de garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva en África.



La Campaña para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en África (CARMMA) (2009): Impulsada por la Unión Africana en relación con el Plan de Acción de Maputo, CARMMA es una iniciativa que se propone mejorar la salud de las mujeres en los países con altas tasas de mortalidad materna.

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño (2010): Una estrategia de ayuda que incluye un importante apoyo a la salud reproductiva.

La posibilidad de retrasar la maternidad o de espaciar los partos es uno de los beneficios de la planificación familiar.

La investigación sugiere que cuanto más seguidos sean los embarazos, mayor será el riesgo de que los lactantes nacidos de esos embarazos mueran durante su primer año de vida.

Si las mujeres tuvieran los medios para dejar pasar tres años entre embarazo y embarazo, la tasa de mortalidad de lactantes y de menores de cinco años descendería en un 24 y un 35% respectivamente.

Además, si hubiera por lo menos dos años de distancia entre un nacimiento y un embarazo posterior, las muertes de niños menores de cinco años se reduciría en un 13%, si la diferencia fuera de tres años, este tipo de muertes se reduciría en un 25%. También mejorarían otros indicadores de salud y nutrición infantil, como por ejemplo los indicadores de desnutrición infantil.

La planificación familiar desempeña un papel catalizador en la mejora de la salud y bienestar de mujeres y niños, y es un objetivo fundamental en sí mismo. Pero tiene también otros efectos positivos, como son la estimulación



del desarrollo económico y la mejora del nivel de vida, lo que a su vez contribuye a la reducción de la pobreza.

Los países con menores tasas de fecundidad y de crecimiento de la población han experimentado mayor productividad, más ahorro y más inversiones. En muchos países, la reducción de la tasa de fecundidad en los hogares se ha traducido en un crecimiento económico potencial a nivel macro en tan sólo una generación.

Esto se debe al 'dividendo demográfico': el concepto que redujo la fecundidad dio como resultado un grupo más amplio de personas en edad de trabajar, las cuales tienen que mantener al sector de la población dependiente más anciano y más. Los países asiáticos, en particular, se han beneficiado de este dividendo demográfico, han visto crecer sus economías y disminuir sus niveles de pobreza a medida que el tamaño de las familias se reducía.

La satisfacción de las necesidades no cubiertas de métodos anticonceptivos contribuye a empoderar a las mujeres - social, económica y políticamente - , por cuanto les permite decidir el número de hijos que quieren tener, cada cuánto tiempo los tendrán y el momento de tenerlos.

El empoderamiento de las mujeres, incluida la capacidad de lograr el tamaño deseado de familia, ha sido reconocido como uno de los motores más importantes del desarrollo moderno. El uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres y niñas aumenta su acceso a la educación.



3.11. Los métodos anticonceptivos.

Existe una gran variedad de métodos anticonceptivos con altos porcentajes de efectividad y comodidad disponibles y a la venta. Sin embargo, la elección debe ser producto de una consulta médica previa, ya que distintos factores como la edad, el estilo de vida, el tipo de pareja que se tiene, el estado de salud y el momento en que se transita determinarán la efectividad y correcta utilización del método. A continuación se mencionan las características de los mas utilizados o comunes:

- **Preservativo o Condón:** Consiste en una funda de goma que se coloca sobre el pene erecto que impide la entrada de espermatozoides a la vagina. Tiene una efectividad teórica del 98%. Este método se puede usar durante la lactancia y el posparto.
Ventajas: Método muy seguro; fácil de usar; el hombre comparte la responsabilidad en la planificación familiar; sin riesgos para la salud.
Desventajas: Se coloca justo antes del coito; a veces menos sensibilidad; puede causar irritación genital.
- **Diafragma:** Capuchón de goma con anillo flexible que se coloca en la vagina cubriendo el orificio del cuello del útero. Tiene una efectividad teórica del 97%.
Ventajas: Sin riesgos para la salud; método seguro. Este método se puede usar durante la lactancia y el posparto, aunque se recomienda dejar pasar 6 semanas después del parto para comenzar a utilizarlo (tiempo que tardan los órganos pélvicos en recuperar su tamaño).



Desventajas: Se introduce con espermicidas; no se puede retirar hasta 8 horas después del coito; prescripción por médico; requiere una actitud cuidadosa de la mujer.

- **Esponja anticonceptiva:** Esponja con espermicidas que se coloca en la vagina cubriendo el cuello del útero. Tiene una efectividad teórica del 90%. Este método se puede utilizar durante el posparto y la lactancia, aunque se recomienda dejar pasar 6 semanas después del parto para comenzar a utilizarlo (tiempo que tardan los órganos pélvicos en recuperar su tamaño).

Ventajas: Efectiva durante 24 horas e inmediatamente después de su inserción

Desventajas: Debe humedecerse antes de su inserción; puede causar irritación vaginal; a veces difícil de introducir y de extraer.

- **Preservativo femenino:** Preservativo para mujeres con dos anillos en los extremos que se coloca en la vagina. Tiene una efectividad teórica del 95%. Este método se puede usar durante la lactancia y el posparto.

Ventajas: Fácil de usar; método seguro; sin riesgos para la salud

Desventajas: Se coloca antes del coito; disponibilidad limitada.

- **Pastillas anticonceptivas:** Medicamento oral (de toma diaria) en base a hormonas que inhibe la ovulación. Tienen una efectividad teórica del 99%. Este método no puede ser utilizado durante la lactancia. Y si no se alimenta al bebé con lactancia materna, hay que esperar por los menos dos semanas para comenzar a utilizarlo.



Ventajas: Fácil de usar; muy efectivo; no interfiere en el coito; regula los ciclos menstruales; reduce las hemorragias y los dolores de la menstruación

Desventajas: Debe tomarse todos los días; necesita un control periódico; puede tener efectos secundarios.

- **Pastillas anticonceptivas con estrógenos naturales:** Medicamento oral (de toma diaria) en base a hormonas que inhibe la ovulación. Tienen una efectividad teórica del 99%. Este método no puede ser utilizado durante la lactancia. Y si no se alimenta al bebé con lactancia materna, hay que esperar por los menos dos semanas para comenzar a utilizarlo.

Ventajas: Fácil de usar; muy efectivo; no interfiere en el coito; regula los ciclos menstruales; reduce las hemorragias y los dolores de la menstruación; tiene menos efectos secundarios que las pastillas anticonceptivas con estrógenos sintéticos

Desventajas: Debe tomarse todos los días; necesita un control periódico.

- **Inyectable:** Inyectables mensuales o trimestrales que inhiben la ovulación. Este método no puede ser utilizado durante la lactancia. Y si no se alimenta al bebé con lactancia materna, hay que esperar por lo menos dos semanas para comenzar a utilizarlo.

Ventajas: Fácil de usar; no interfiere con el coito.

Desventajas: Requiere de prescripción médica; puede producir efectos secundarios.



- **Dispositivo Intrauterino (DIU):** Espiral en forma de T que coloca el ginecólogo dentro de la matriz o útero. Tienen una efectividad teórica del 99%. Este método se puede usar durante la lactancia y el posparto.
Ventajas: Fácil de usar; muy efectivo; no interfiere con el coito; una sola aplicación.
Desventajas: Incrementa el riesgo de ciertas enfermedades; Puede producir trastornos como sangrado o infecciones.
- **Parches anticonceptivos:** Se trata de pequeños parches adhesivos que actúan de la misma manera que la tradicional “píldora”. Van liberando hormonas a lo largo de una semana, inhibiendo la ovulación. La absorción del estrógeno y la progesterona se produce a través de la piel. Tienen una efectividad teórica del 99%. Este método NO puede ser utilizado durante la lactancia. Y si no se alimenta al bebé con lactancia materna, hay que esperar por los menos dos semanas para comenzar a utilizarlo.
Ventajas: A diferencia de los anticonceptivos orales, que deben ser tomados diariamente y, en lo posible, a la misma hora, el parche se cambia una vez por semana. Y otra ventaja es que, a diferencia de los anticonceptivos orales, si la mujer sufre vómitos y/o diarrea con el parche no se ve afectada la cantidad de hormona que llega a la sangre.
- **Capuchón cervical:** Se trata de un dispositivo diseñado para ajustarse al cuello del útero, es de hule de látex y es más chico y más rígido que un diafragma. Viene en varios tamaños y el ginecólogo debe indicar cuál es el adecuado para cada mujer. El capuchón impide el ingreso de los



espermatozoides al útero y el espermicida los destruye, evitando así el embarazo, inhibiendo la ovulación. La absorción del estrógeno y la progesterona se produce a través de la piel. Tienen una efectividad teórica del 60-80%. Este método se puede utilizar durante el posparto y la lactancia, aunque se recomienda dejar pasar 6 semanas después del parto para comenzar a utilizarlo (tiempo que tardan los órganos pélvicos en recuperar su tamaño).

Ventajas: En comparación con el diafragma, es de menor tamaño y generalmente más cómodo, lleva menos espermicida que un diafragma y las mujeres que lo usan tienen menos infecciones de la vejiga que las mujeres que usan el diafragma. Es económico y se puede volver a usar. Como puede ser colocado hasta 24 horas antes de tener relaciones sexuales, no causa interrupciones.

- **Implantes hormonales:** Son unos palitos del tamaño de un fósforo que liberan estrógeno y progesterona en el torrente sanguíneo y actúan de la misma forma que las pastillas anticonceptivas: inhiben la ovulación. Además, debilitan el moco del cuello del útero dificultando el ascenso de los espermatozoides que tratan de alcanzar el óvulo. Tienen una efectividad teórica del 99%. Este método no puede ser utilizado durante la lactancia. Y si no se alimenta al bebé con lactancia materna, hay que esperar por los menos dos semanas para comenzar a utilizarlo.

Ventajas: A diferencia de las pastillas, no se corre el riesgo de olvidarse de tomarlas ya que es intradérmico. Como su efectividad dura unos cuatro años, es un período muy largo de tiempo en el cual la mujer



puede dejar de preocuparse por un embarazo no deseado. Además, los implantes permiten tener menstruaciones menos dolorosas y menos abundantes, con menor riesgo de anemia. Incluso pueden llegar a suprimirlas, ya que si no hay ovulación no tiene por qué haber menstruación.

- **Anticoncepción de emergencia: la píldora del día después:** La píldora del día después es un método anticonceptivo hormonal que actúa inhibiendo la ovulación y la fecundación. Su posología consiste en tomar 2 píldoras (levonorgestrel 0.75 mg) separadas por 12 horas, dentro de los 3 días después de una relación sexual. Una vez ingerida, la menstruación no aparecerá inmediatamente sino en la fecha esperada, aunque puede atrasarse o adelantarse unos días. La píldora del día después es más eficaz dentro de los 3 días después de una relación sexual, cuanto antes mejor (en las primeras 6 horas) y mejor aún con asesoramiento médico en Hospitales y Centros de Salud. Es un método de emergencia y sólo para una emergencia, es decir que se indica para casos de violación o relación sexual forzada o cuando se tuvo una relación sexual no protegida ni con preservativo ni con anticonceptivos.

No es un método abortivo: no interrumpe un embarazo ni le provoca daño alguno.

Ventajas: Es inocua (no daña) y eficaz en la mayoría de las situaciones que justifican su uso.



Desventajas: Puede producir náuseas, vómitos, dolor de cabeza o mareos, por pocas horas.

3.12. Aumentar y mejorar los servicios y suministros anticonceptivos.

El éxito de las políticas y de los programas de planificación familiar depende de la solidez de la cadena de suministros. Con ello se garantiza que todos los usuarios puedan elegir entre diferentes métodos anticonceptivos, y que a su vez éstos estén disponibles en cantidades adecuadas; puedan obtenerse en lugares adecuados, cuando se requieran; sean asequibles, tanto en lo que se refiere al coste de los anticonceptivos como al coste de su transporte, su coste en proporción a los ingresos, y el coste de los servicios.

También es muy importante que los anticonceptivos estén almacenados y sean transportados adecuadamente a fin de garantizar su calidad y eficacia.

Si bien la combinación adecuada de métodos anticonceptivos difiere de una población a otra, por lo general incluye preservativos masculinos y femeninos, anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos (DIU), inyectables, implantes y anticonceptivos de emergencia. En numerosos países en desarrollo esta oferta combinada de métodos anticonceptivos queda fuera del alcance de las mujeres.

En los países en vías de desarrollo con frecuencia se agotan las existencias de métodos anticonceptivos por falta de previsión, de sistemas de suministro y de gestión logística adecuados y de financiación, esto último debido a la inexistencia de líneas presupuestarias nacionales y a su dependencia de los donantes internacionales. Además, los anticonceptivos, y el presupuesto, los



equipos y suministros necesarios para su distribución, no siempre están incluidos en la lista nacional de medicamentos esenciales. Esto es así a pesar de que los anticonceptivos están incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS, la cual recomienda que los países los pongan a disposición del público a precios asequibles, incluidos los anticonceptivos de emergencia.

Una mayor colaboración entre quienes financian la planificación familiar puede contribuir a mejorar la cadena de suministros y reducir la escasez de existencias, incluidos los sistemas de evaluación de la demanda y de seguimiento de la cadena de abastecimiento.

Además, los innovadores métodos de financiación, tales como el marketing social, los sistemas de franquicia y otras alianzas público-privadas, permiten un abastecimiento fiable, la estratificación de precios en función del poder adquisitivo de los clientes y la orientación de los consumidores en materia de calidad.

3.13. Aumentar la información, la educación y la comunicación.

En la década de 1980, las mujeres decían que no usaban métodos anticonceptivos por falta de información y conocimientos. Éste ya no es el caso, lo que sugiere que los programas de planificación familiar han tenido un impacto significativo en términos de concienciación. Pero el problema persiste, y los niveles de conocimiento varían según la región. Hoy, la razón más común para explicar por qué no usan métodos anticonceptivos es la escasa frecuencia con que mantienen relaciones sexuales. La segunda razón más común, citada



por entre un 19 y un 36% de las mujeres casadas con una necesidad no cubierta en las regiones en desarrollo, es la percepción o la existencia real de efectos secundarios o riesgos para la salud de los métodos anticonceptivos modernos.

Aquí se aprecia un aumento significativo desde la década de 1980, lo que podría deberse a que las mujeres padecen sus efectos secundarios y no saben cómo combatirlos, o bien a que no hay diversidad de métodos, lo que les impediría escoger aquel que mejor se adapta a sus necesidades o a su estado de salud, o bien a que simplemente que no están bien informadas.

Para atender a las necesidades no cubiertas de métodos anticonceptivos es imprescindible dar un mayor impulso a la difusión de información en esta materia entre mujeres, hombres, jóvenes y proveedores de servicios de salud. Los programas de planificación familiar empíricamente constatables y de carácter integral son la estrategia más importante para corregir la información errónea existente en torno a la anticoncepción y la garantía de que las mujeres pueden realmente controlar cualquier efecto secundario asociado al método elegido.

Para ello también será necesario garantizar la disponibilidad de una variedad de métodos anticonceptivos y que mujeres y proveedores de servicios de salud puedan tomar decisiones informadas que favorezcan la salud de la mujer y satisfagan sus necesidades y deseos en materia de salud reproductiva.

La falta de compromiso político en materia de planificación familiar puede atribuirse a varios factores, entre otros a la desigualdad de género y al bajo



status de la mujer. Ambos factores explican la escasa prioridad que se le da a la salud y a los derechos reproductivos de las mujeres. La desigualdad puede también estar arraigada en la religión y la cultura. Por ejemplo, los estudios demuestran que la oposición religiosa a los métodos anticonceptivos es uno de los más significativos obstáculos para asegurar el cumplimiento de los compromisos políticos tanto a nivel nacional como internacional.

Además, la escasa participación de los hombres y la promoción de los roles tradicionalmente asignados a hombres y mujeres, tanto a nivel individual como social, constituyen serios obstáculos a la igualdad de género. Es necesario que se adopten medidas para mejorar la condición de la mujer y la prioridad que se le atribuye a las mujeres en las políticas y presupuestos de salud. También es necesario que haya servicios de planificación familiar y anticonceptivos tanto para hombres como para mujeres.

3.14. Mejora del acceso a la planificación familiar.

Existen datos que demuestran que la mortalidad materna ha disminuido en aquellos estados de la India en donde hay Trabajadores Sociales de Salud Acreditados o ASHA, por sus siglas en inglés. En algunos estados, cada aldea tiene un ASHA, que es la persona encargada de proporcionar información y de distribuir anticonceptivos, de prestar asistencia durante el embarazo y el parto, y de poner en contacto a las embarazadas con los servicios gubernamentales que puedan necesitar.

En 1993, Pakistán puso en marcha un programa para mejorar el acceso a los servicios básicos de salud, incluidos la información y los servicios de



anticoncepción, en las zonas rurales. Las Trabajadoras Sanitarias son mujeres pertenecientes a las comunidades locales que van a las casas de otras mujeres para proporcionarles información sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y suministros, tales como preservativos y anticonceptivos orales, o bien para recomendarles métodos anticonceptivos de acción prolongada o permanente.

En cuestión de 20 años, de 1980 a 2000, el porcentaje de mujeres que usaban métodos anticonceptivos en Egipto aumentó del 24 al 56%, y el promedio de hijos nacidos durante la vida fértil de una mujer se redujo de 5,3 a 3,5. Este éxito se debe a la ejecución de importantes programas de planificación familiar, al compromiso político y al apoyo de los donantes.

Sin embargo, en muchas zonas rurales tales como el Alto Egipto, la adopción de programas de planificación familiar tuvieron menos éxito debido a la desinformación sobre los efectos nocivos potenciales de los anticonceptivos y a la creencia extendida de que la planificación familiar va contra el Islam.

En la provincia de Minya, donde se daba una de las tasas más bajas de uso de métodos anticonceptivos en Egipto, se llevó a cabo un programa piloto cuyo objetivo era fomentar la colaboración entre las mezquitas locales y las doctoras en las clínicas de salud de las aldeas. El programa sirvió para invertir esta situación, de manera que el porcentaje de utilización de métodos anticonceptivos pasó de un 23 a un 48%.



El hecho de formar a los líderes religiosos locales y de darles un papel en la atención de las necesidades no cubiertas contribuyó a acabar con el estigma, los mitos y los recelos en torno al uso de métodos anticonceptivos.

En Guinea-Bissau, las organizaciones de mujeres han puesto en marcha un exitoso proyecto piloto basado en alianzas con el Gobierno para proporcionar servicios de salud reproductiva en zonas donde las mujeres recogen sal. Las organizaciones de mujeres prestan servicios de salud reproductiva y planificación familiar, cuidado de niños, asesoramiento sobre cómo iniciar un negocio y microcréditos. El proyecto es un buen ejemplo de colaboración comunitaria vinculada a servicios gubernamentales.

El Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF) empezó a ejecutar un proyecto de conservación del medio ambiente en Nepal. Pero pronto se dio cuenta de que, sin la plena participación de las mujeres en todas las áreas del proyecto, no podrían alcanzarse las metas. Sin embargo, eran muchas las mujeres las que, con frecuencia, se quedaban embarazadas, estaban enfermas, padecían anemia u otros problemas de salud reproductiva.

WWF lanzó entonces un pequeño proyecto piloto dirigido a prestar servicios de planificación familiar. A partir de ahí, fueron muchos los y las jóvenes que empezaron a usar anticonceptivos, y la salud de las mujeres mejoró.

En Paraguay en tan sólo seis años, el uso de métodos anticonceptivos modernos se ha incrementado de forma espectacular, pasándose de un 48 a un 61% en Paraguay, y de un 41 a un 55% en las zonas rurales.



Este aumento ha sido especialmente significativo en lo que se refiere al uso de métodos anticonceptivos modernos por parte de las mujeres casadas más jóvenes y más mayores, los dos grupos con mayores tasas de morbilidad y mortalidad materna y de complicaciones durante el embarazo.

Estos cambios se atribuyen en parte a la nueva garantía constitucional del derecho de todos los individuos a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos. El compromiso político para hacer que se cumpla este derecho es muy fuerte, llegándose incluso a asignar fondos para la compra de métodos anticonceptivos y a crearse alianzas entre entidades públicas y privadas. Esto, añadido al apoyo inicial de los donantes, ha dado lugar a una generalización de los servicios anticonceptivos y a una diversificación de métodos anticonceptivos.

En 2005, Guatemala aprobó una legislación para garantizar el acceso universal a todos los métodos anticonceptivos. A pesar de las numerosas trabas, la ley entró finalmente en vigor en octubre de 2009. La Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar establece como objetivo el acceso universal a los servicios de planificación familiar en todo el territorio, e incluye estrategias para acabar con las barreras que impidan ese acceso.

Además de garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos, la ley incluye una serie de disposiciones encaminadas a garantizar la toma de decisiones libre e informada, el acceso a unos servicios de información y asesoramiento adecuados, la capacitación de los proveedores, y la educación sexual en las escuelas primarias y secundarias. Para ayudar al logro de estos objetivos, la



ley incorpora la perspectiva de derechos humanos. Así, por ejemplo, presta especial atención a los grupos vulnerables, incluidos los adolescentes y las personas que viven en las zonas rurales, las cuales no tienen acceso a los servicios básicos de salud. Además, la ley establece que se hagan encuestas nacionales para saber cuáles son las necesidades de planificación familiar. Asimismo recomienda que se desarrollen herramientas que permitan hacer un seguimiento de la prestación de servicios de planificación familiar y evaluar los progresos realizados en lo que se refiere a la eliminación de las barreras que impiden el acceso a esos servicios.

A pesar de la oposición de la Iglesia Católica, el Gobierno Colombiano ha trabajado con la sociedad civil para apoyar a los servicios de salud reproductiva, incluido el acceso a métodos anticonceptivos. Como resultado de este trabajo conjunto, se ha incrementado el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres casadas, pasándose de un 20% en 1969 a un 66% en 1990.

La necesidad no cubierta en materia de planificación familiar cayó hasta el 11%, y la mortalidad materna pasó de más de 240 muertes por cada 100.000 nacimientos a aproximadamente 120 muertes por cada 100.000 nacimientos en 1990.



4. DISEÑO METODOLÓGICO.

- 4.1. Tipo de estudio:** El estudio realizado es de carácter descriptivo, analítico, transversal, retrospectivo, con metodología cualitativa y cuantitativa.
- 4.2. Universo de estudio:** El universo de estudio se enfocó hacia los usuarios que acudieron a la consulta de Planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.
- 4.3. Muestra:** Se tomó como muestra 289 usuarios que acudieron a la consulta de Planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de estudio.
- 4.4. Instrumentos y procedimientos para la recolección de datos:** Se recurrió a la revisión de las fichas de los usuarios que acudieron a la consulta de Planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.
- 4.5. Procesamiento de los datos obtenidos:** Los datos obtenidos se procesaron mediante tablas estadísticas, y se introdujeron en el programa de hoja de cálculo Excel 2010, para su procesamiento de acuerdo a los parámetros referenciales.
- 4.6. Análisis y discusión de los datos:** Los datos obtenidos y procesados se analizaron teniendo en cuenta los objetivos específicos y general.
- 4.7. Conclusión:** El trabajo se concluye pretendiendo responder al objetivo general y los objetivos específicos que se plantearon al inicio de la investigación.



5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Para el análisis de los resultados este capítulo se subdivide en dos secciones, en la primera se analizan las características demográficas de la muestra de estudio y posteriormente se hace un análisis de los métodos anticonceptivos utilizados por los usuarios como parte de la planificación familiar.

Participaron del estudio 289 usuarios del servicio de Planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

En la Tabla 1 se resumen los pacientes estudiados por meses.

Meses	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Enero	48	16,61
Febrero	46	15,92
Marzo	52	17,99
Abril	49	16,96
Mayo	46	15,92
Junio	48	16,61
Total	289	100

5.1. Características demográficas de la muestra en estudio.

En el Gráfico 1 se muestran las características de la muestra según la procedencia de los usuarios de la consulta de planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

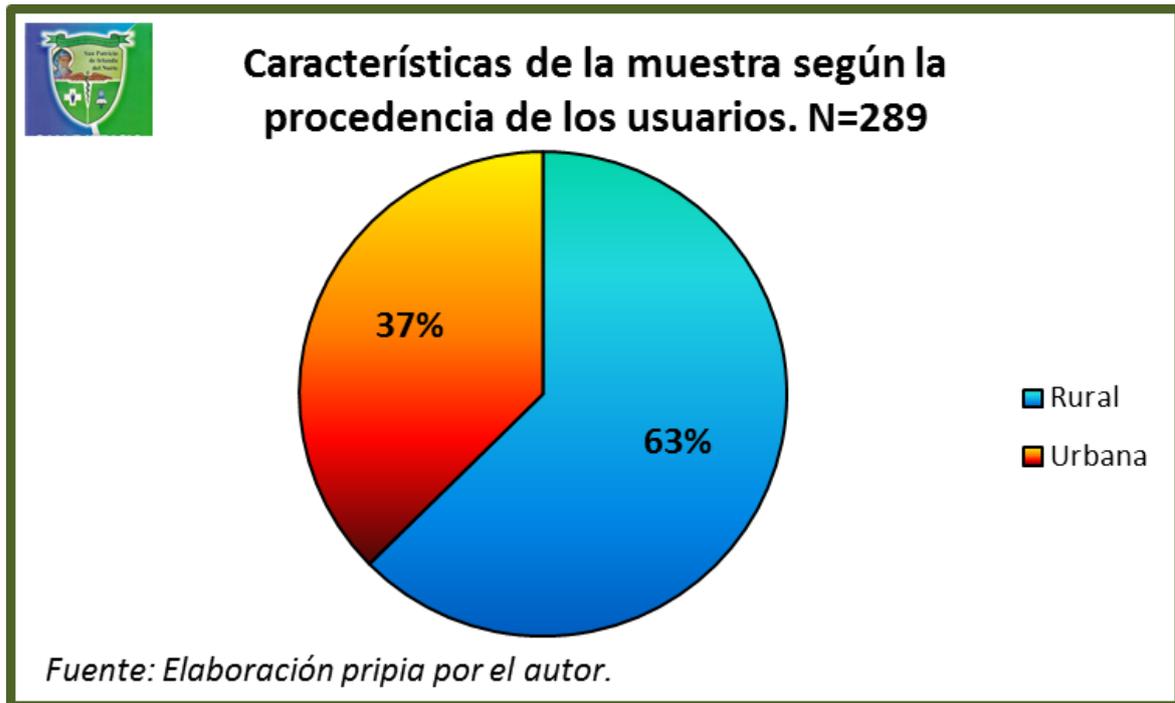


Gráfico 1: Distribución de la muestra según la procedencia de los usuarios de la consulta de planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015. N=289.

Según la procedencia se puede observar que asisten a la consulta de planificación familiar un mayor porcentaje de pacientes procedentes de áreas rurales (63%) y el restante 37% corresponde a usuarios de zonas urbanizadas.

Este es un número alentador si tenemos en cuenta que la meta sería llegar con el servicio y la cobertura de salud en el ámbito de la planificación familiar a la mayor cantidad de personas posibles aunque su zona de convivencia este alejada de los núcleos poblacionales del Departamento de Itapúa.

En el gráfico 2 se muestran las características demográficas de la muestra según el estado civil, teniendo en cuenta las categorías de Soltero/a, casado/a o unión libre.

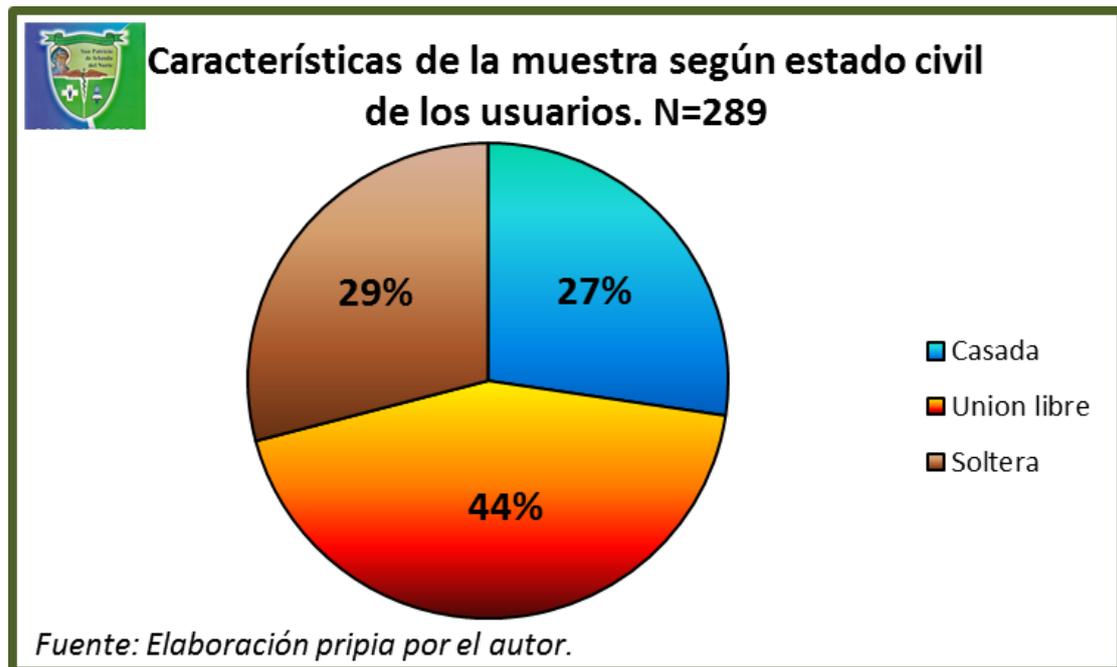


Gráfico 2: Distribución de la muestra según el estado civil de los usuarios de la consulta de planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015. N=289.

Tal como se debiera esperar los datos reflejan que la mayor cantidad de asistentes a la consulta de planificación familiar corresponde con personas que conviven en unión libre (44%), teniendo en cuenta que esta relación corresponde con una relación que no en todos los casos es definitiva o duradera, y por tanto requiere una mayor planificación familiar para evitar la llegada de hijos no deseados que puedan acarrear problemas posteriormente.

El resto de la muestra se divide proporcionalmente entre personas casadas (27%) y solteras (29%).

En el gráfico 3 se muestran las características demográficas de la muestra según el nivel educacional, teniendo en cuenta que la bibliografía revisada



menciona una relación entre el nivel educativo y la búsqueda de ayuda profesional para una correcta planificación familiar.

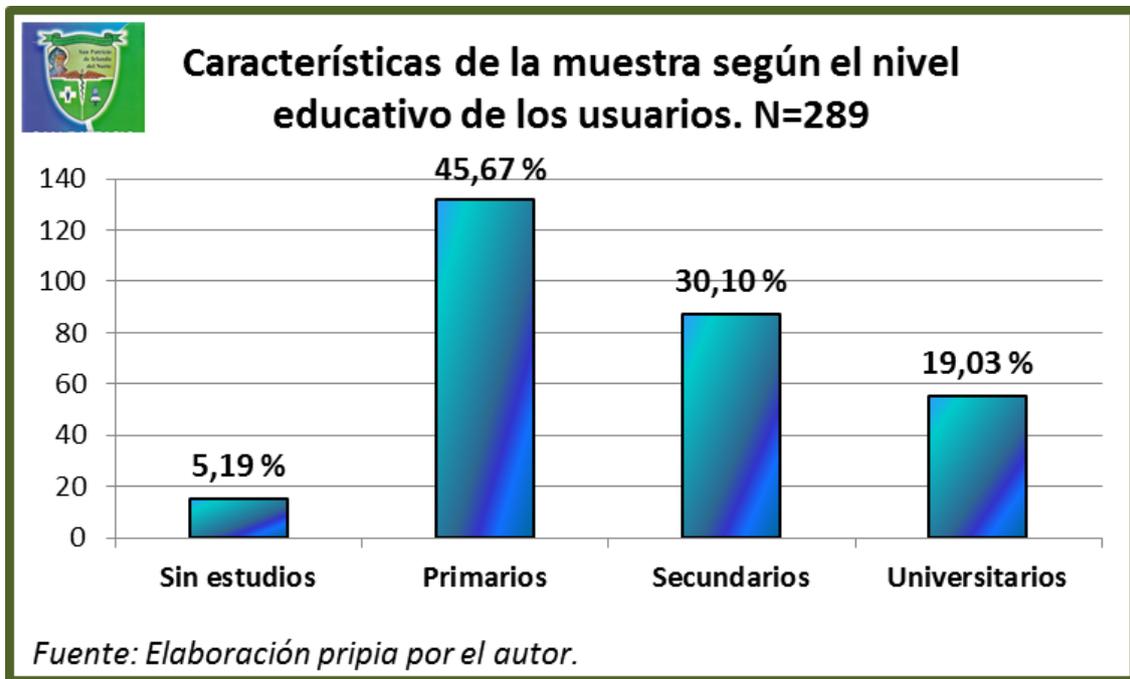


Gráfico 3: Distribución de la muestra según el nivel educativo de los usuarios de la consulta de planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015. N=289.

A primera vista los resultados obtenidos contrastan con la bibliografía que refleja que los mayores porcentos de pacientes debían corresponder con universitarias, sin embargo esto es comprensible si se tiene en cuenta que el mayor por ciento de la muestra proviene de áreas rurales, en donde por las características socioeconómicas y culturales del país la gran mayoría de los pobladores no tienen acceso a estudios avanzados.

Siendo así, es perfectamente razonable que los estudios primarios sean los predominantes dentro de la muestra estudiada (45,67%), seguidos de los estudios secundarios (30,10%) y posteriormente los universitarios (19,03%). En



menor medida acuden personas sin estudios (5,19%). Lo que indica que en cualquiera de los casos, el haber cursado algún tipo de estudio es un factor que incide en una mayor frecuencia de asistencia a la supervisión por profesionales dentro de la planificación familiar.

5.2. Uso de métodos anticonceptivos por parte de las pacientes de la muestra en estudio.

Según los registros consultados, solamente existen cuatro tipos de métodos anticonceptivos que son utilizados por los usuarios de la consulta de planificación familiar en el Centro de Salud de Capitán Meza Km. 16. Estos son los siguientes:

- **Anticonceptivos gestagénicos:** Anticonceptivos orales sin estrógenos.
- **Depo-Provera (acetato de medroxiprogesterona):** Medicamento inyectable (similar a la progesterona) que previene el embarazo con cada inyección hasta durante tres meses.
- **Anticonceptivos de barrera:** El método más común es el condón. También se pueden usar Espermaticidas, Capuchón cervical, Diafragma y Esponja anticonceptiva.
- **Dispositivo Intrauterino (DIU):** Es un pequeño dispositivo que se coloca dentro del útero para prevenir el embarazo.

En el Gráfico 4 se muestran los resultados según la frecuencia de elección del tipo de método anticonceptivo por parte de los usuarios del servicio.

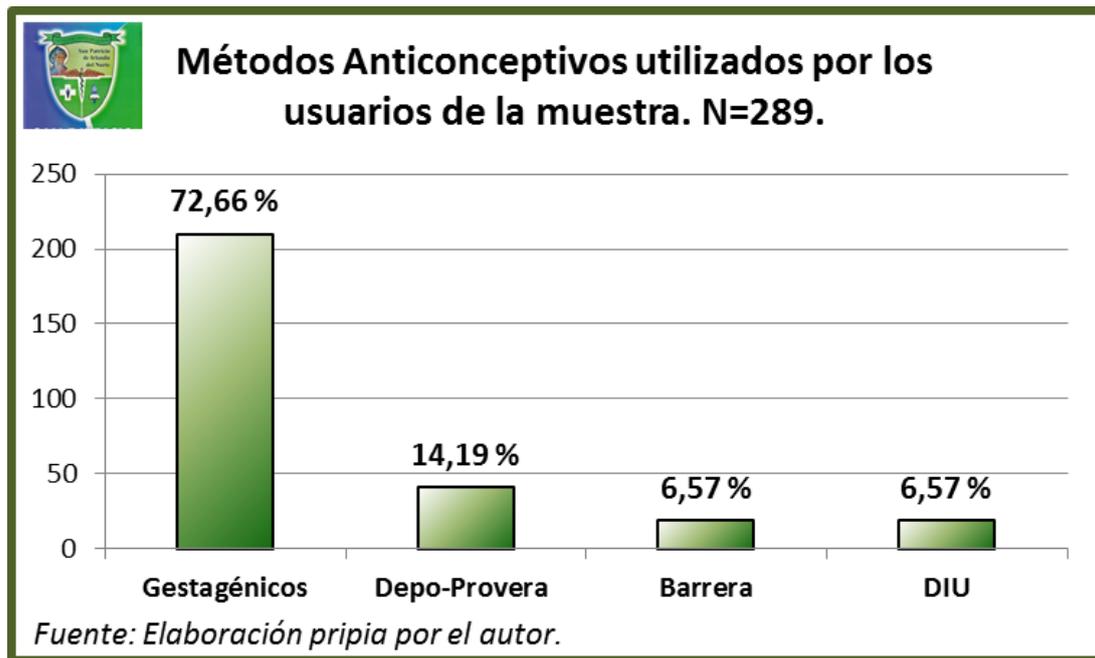


Gráfico 4: Distribución de la muestra según el método anticonceptivo utilizado por los usuarios de la consulta de planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015. N=289.

Tal como expresan los resultados, los métodos basados en píldoras orales son los más utilizados (72,66%), seguidos de las inyecciones (14,19%) y en menor medida los métodos de barrera (6,57%) y los dispositivos intrauterinos (DIU) (6,57%).

Los resultados concuerdan con los datos revisados, en donde se expresa la gran popularidad que tienen las píldoras anticonceptivas entre la población femenina en edad fértil, a pesar de los riesgos que conlleva la utilización de este tipo de método anticonceptivo.



6. CONCLUSIONES.

Teniendo en cuenta los resultados analizados y discutidos en el presente trabajo de investigación y los objetivos propuestos se concluye lo siguiente:

- La cobertura de planificación familiar dentro del radio correspondiente a la Unidad de Salud de la Familia de Capitán Meza Km. 16 está extendida hasta las áreas rurales, siendo que la mayoría de los pacientes provienen de zonas alejadas, y un menor por ciento de los asistentes son de zonas urbanas. Según los datos obtenidos en las zonas rurales se les acerca los insumos hasta el domicilio de los pacientes.
- La mayoría de las personas que asisten a buscar información acerca de la planificación familiar son aquellas que se encuentran en unión libre con su pareja.
- El nivel educativo influye en la determinación de las personas para buscar ayuda profesional a la hora de planificar cuando y en que momento tener un hijo.
- Las píldoras anticonceptivas representan el método más utilizado para evitar embarazos no deseados, o planificar en que momento tenerlo.



7. RECOMENDACIONES.

- Dado que el encargado del área de planificación familiar en la USF de Capitán Meza Km. 16 es un Licenciado/a en Enfermería, se recomienda a la dirección de la USF realizar capacitaciones frecuentes para elevar el trabajo profesional dentro de área.
- Siendo que la mayoría de los pacientes buscan métodos anticonceptivos directamente en la farmacia, se recomienda a los trabajadores farmacéuticos a realizar actividades de concientización y brindar información oportuna acerca de la disponibilidad de una consulta de planificación familiar dentro de la USF de la zona.
- Realizar actividades de promoción en colegios, asociaciones y comités de mujeres y hombres así como a través de los medios de comunicación.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Barrios Antonio Carlos. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Paraguay 2014 – 2018. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Enero 2014.
- Decidamos, El Proceso de establecimiento del modelo de Atención Primaria de Salud en Paraguay. Asunción. Mayo 2011.
- Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, Encuesta Permanente de Hogares 2006, 2007, 2008, 2009, 2010. Fernando de la Mora. 2006 al 2010.
- Engender Health. Currículo de Consejería. New York, 2004.
- Engender Health. Elección Informada. New York, 2002.
- Gómez P.I Capítulo 165: Anticoncepción de Emergencia. En Texto de Obstetricia y Ginecología. Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Primera Edición. Ed. Distribuna. 2004: 844-847.
- Guillén María Cristina. Sistemas de Salud en Sudamérica: Desafíos hacia la Integralidad y Equidad. Octubre 2011.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Indicadores Básicos de Salud-Paraguay 2010. Asunción, 2010.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Asunción. Agosto 2008.
- Organización Mundial de la Salud. Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. 3d Edition. Geneva, 2004.
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Miniprotección Social. Colombia, 2003.



- Presidencia de la República. Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020. Paraguay para todos y todas. Asunción, 2010.
- Profamilia, Oficina Asesora Derechos Sexuales y Reproductivos. Octubre 26 de 2005.



9. ANEXOS.

9.1. Principales métodos anticonceptivos.

Métodos Anticonceptivos Temporales

El Método del Lactancia Materna (MELA)



¿Qué es? Es un método que consiste en amamantar sólo con lactancia materna exclusiva al niño hasta los 6 meses de edad.

¿Quiénes lo pueden usar? Es para la mujer que da de mamar exclusivamente durante los primeros 6 meses después del parto.

¿Cómo se usa? La mujer da sólo de mamar a su niño o niña menor de 6 meses y no ha visto regla.

¿Qué tan efectivo es? De cien mujeres que lo usan, 2 mujeres podrían quedar embarazadas durante los 6 meses después del parto.

El Método de Ovulación (Billings)



¿Qué es? Es el método en el cual la mujer revisa los cambios en el flujo o moco cervical para saber cuando puede quedar embarazada.

¿Quiénes lo pueden usar? Mujeres en edad fértil con o sin hijos.

¿Cómo se usa? Cuando la mujer identifica que sus secreciones vaginales son resbalosas, numerosas y se pueden estirar, significa que la mujer puede quedar embarazada y debe evitar las relaciones sexuales (relaciones sexuales), y si las tiene debe usar condón. Si no es así podrá tener relaciones sexuales cotidianas hasta que las secreciones desaparezcan.

¿Qué tan efectivo es? De 100 parejas que lo usan, aproximadamente 25 mujeres pueden quedar embarazadas.

El Collar del Ciclo



¿Qué es? El collar del ciclo es un método natural de planificación familiar y consiste en un collar de cuentas de colores que representan el ciclo menstrual de la mujer, donde cada perla representa un día del ciclo. El color de las perlas del collar le ayuda a saber en qué día del ciclo se encuentra la mujer, si está fértil o un día infértil.

¿Quiénes lo pueden usar? Las mujeres cuyos ciclos menstruales duran usualmente entre 28 y 32 días. Los días 8 al 19 del ciclo menstrual de la mujer son los días en que tiene mayor riesgo de quedar embarazada si tiene relaciones sin protección.

¿Cómo se usa? El día que viene la regla se pone el anillo en la parte roja. Cada día se mueve el anillo en la siguiente perla, en la dirección de la flecha. Cuando el anillo está en la perla roja o en cualquiera de las perlas marrones, el riesgo de embarazo es muy bajo. Estos días la mujer puede tener relaciones sexuales cotidianas (relaciones sexuales). Cuando el anillo está en una perla blanca, el riesgo de embarazo es alto. En estos días la mujer debe evitar las relaciones sexuales cotidianas (relaciones sexuales) para impedir el embarazo.

¿Qué tan efectivo es? De 100 parejas que lo usan, aproximadamente 25 mujeres pueden quedar embarazadas.

El Método del Ritmo



¿Qué es? Es el método que la mujer utiliza cuando aprende a reconocer cuando comienza o termina su período fértil (el período fértil es la etapa durante la cual ella puede quedar embarazada).

¿Quiénes lo pueden usar? Las mujeres en edad fértil, con o sin hijos, no es recomendado para aquellas mujeres que presentan períodos de ausencia de menstruación, ciclos irregulares y poca colaboración de la pareja.

¿Cómo se usa? La mujer aprende a determinar el período fértil de su ciclo menstrual, una vez que sabe reconocer su período fértil, la pareja evita las relaciones sexuales cotidianas (relaciones sexuales), y si los tiene usa condones, u otro método de barrera o el retiro.

¿Qué tan efectivo es? De 100 parejas que lo usan, aproximadamente 25 mujeres pueden quedar embarazadas.

El Coitus Interruptus



¿Qué es? Es el retiro del pene de la vagina antes de la eyaculación para evitar que el semen quede dentro de la vagina de la mujer.

¿Quiénes lo pueden usar? Los hombres de cualquier edad, con o sin hijos.

¿Cómo se usa? El hombre aprende a retirar el pene de la vagina de la mujer antes de eyacular, para evitar que el semen quede dentro de la vagina de la mujer.

¿Qué tan efectivo es? De 100 parejas que lo usan, aproximadamente 30 mujeres pueden quedar embarazadas.

La inyección



¿Qué es? Es una inyección que se administra cada mes, dos o tres meses, dependiendo de la decisión que toma la mujer.

¿Quiénes lo pueden usar? Las mujeres de cualquier edad, con o sin hijos. También puede ser usado por madres durante la lactancia materna, comenzando a las 6 semanas después de haber dado a luz.

¿Cómo se usa? Se pone la inyección en la cadera o brazo de la mujer.

¿Qué tan efectivo es? Es un método muy efectivo y seguro, de 100 mujeres que lo usan 1 quedará embarazada.

La pastilla



¿Qué es? Es una pastilla o píldora que la mujer toma todos los días para evitar un embarazo. La mayoría viene en cartones o sobres de 28 pastillas.

¿Quiénes lo pueden usar? Las mujeres en edad fértil, con o sin hijos. También puede ser usado por madres durante la lactancia materna, comenzando a las 6 semanas después de haber dado a luz.

¿Cómo se usa? Para mayor protección se toma todos los días a la misma hora.

¿Qué tan efectivo es? Es un método efectivo y seguro si se usa correctamente, de 100 mujeres que lo toman 1 podría quedar embarazada.

Implantes anticonceptivos



¿Qué es? Son 6 capsulas pequeñas que se colocan debajo de la piel del brazo.

¿Quiénes lo pueden usar? Las mujeres de cualquier edad, con o sin hijos, también puede ser usado por madres durante la lactancia materna, comenzando a las 6 semanas después de haber dado a luz.

¿Cómo se usa? Las capsulas son colocadas por el personal de salud debajo de la piel del brazo.

¿Qué tan efectivo es? Es un método muy efectivo por 5 años, de cien mujeres que lo usan 1 podría quedar embarazada. La mujer que lo usa puede pedir que le retiren los implantes cuando lo desee.

El parche



¿Qué es? Es un parche que combine hormonas de uso semanal para prevenir el embarazo.

¿Quiénes lo pueden usar? Las mujeres en edad fértil, con o sin hijos.

¿Cómo se usa? Debe colocarse en el glúteo, abdomen o en el brazo el primer día de la regla, debe cambiarse el mismo día durante tres semanas consecutivas. En la cuarta semana NO necesita aplicarse otro parche y se presentará la menstruación.

¿Qué tan efectivo es? Es un método muy efectivo y seguro, de 100 mujeres que lo usan 1 podría quedar embarazada.

El DIU ó aparatito



¿Qué es? Tiene forma de "T" y está hecha de plástico y cobre. El personal de salud la coloca dentro de la matriz de la mujer para evitar un embarazo y dura hasta 10 años.

¿Quiénes lo pueden usar? Las mujeres en edad fértil, con o sin hijos. La mujer puede utilizarlo mientras está dando de mamar.

¿Cómo se usa? Es colocado en la matriz por un proveedor de planificación familiar, y puede tenerlo la usuaria hasta un máximo de 10 años.

¿Qué tan efectivo es? Es un método efectivo y reversible, de 100 mujeres que lo usan 1 podría quedar embarazada.

Para cada vez que hay una relación sexo coital (relación sexual)

Condón femenino



¿Qué es? Es una bolsita que se introduce dentro de la vagina para evitar un embarazo.

¿Quiénes lo pueden usar? Es para la mujer en edad fértil, con o sin hijos.

¿Cómo se usa? Debe colocarse dentro de la vagina antes de cada relación sexo coital. No debe usarse más de una vez.

¿Qué tan efectivo es? De 100 mujeres que lo usan, 21 podrían embarazarse.

Condón masculino (Preservativo)



¿Qué es? Es una bolsa resistente que se coloca en el pene erecto del hombre antes de cada relación sexo coital (relación sexual) para evitar el paso de los espermatozoides hacia el útero.

¿Quiénes lo pueden usar? Los hombres de cualquier edad.

¿Cómo se usa? Se coloca en el pene erecto o parado antes de cada relación sexo coital (relación sexual). Se usa sólo una vez.

¿Qué tan efectivo es? De 100 parejas que lo usan, 15 mujeres podrían quedar embarazadas.

Las tabletas, óvulos y espumas vaginales



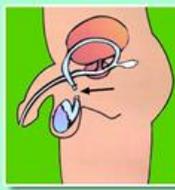
¿Qué es? Las espermicidas, el diafragma y el capuchón cervical; son los métodos que la mujer controla y decide usar cuando son necesarios.

¿Quiénes lo pueden usar? La mujer en edad fértil, con o sin hijos.

¿Cómo se usa? Debe colocarse en la vagina antes de cada relación sexo coital (relación sexual).

¿Qué tan efectivo es? De 100 mujeres que lo usa, 30 mujeres podrían embarazarse.

Esterilización Masculina (Vasectomía)



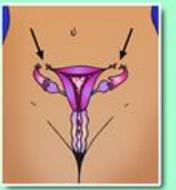
¿Qué es? Es una operación sencilla y muy segura para el hombre que ya no desea tener más hijos o hijas. El procedimiento tarda menos de 15 minutos. El hombre puede regresar a su casa entre 2 y 4 horas después. Las relaciones sexuales de la pareja siguen igual.

¿Quiénes lo pueden usar? El hombre que no quiere tener más hijos.

¿Cómo se usa? Se puede realizar en cualquier momento. Las relaciones sexuales cotidianas con la pareja siguen igual.

¿Qué tan efectivo es? De 100 hombres que se lo realizan, menos del 1% podría embarazarse a su pareja.

Esterilización Femenina



¿Qué es? Es una operación sencilla y muy segura para la mujer que ya no desea tener más hijos o hijas. El procedimiento tarda menos de 20 minutos. La mujer puede regresar a su casa entre 2 y 6 horas después. Las relaciones sexuales cotidianas (relaciones sexuales) de la pareja siguen igual.

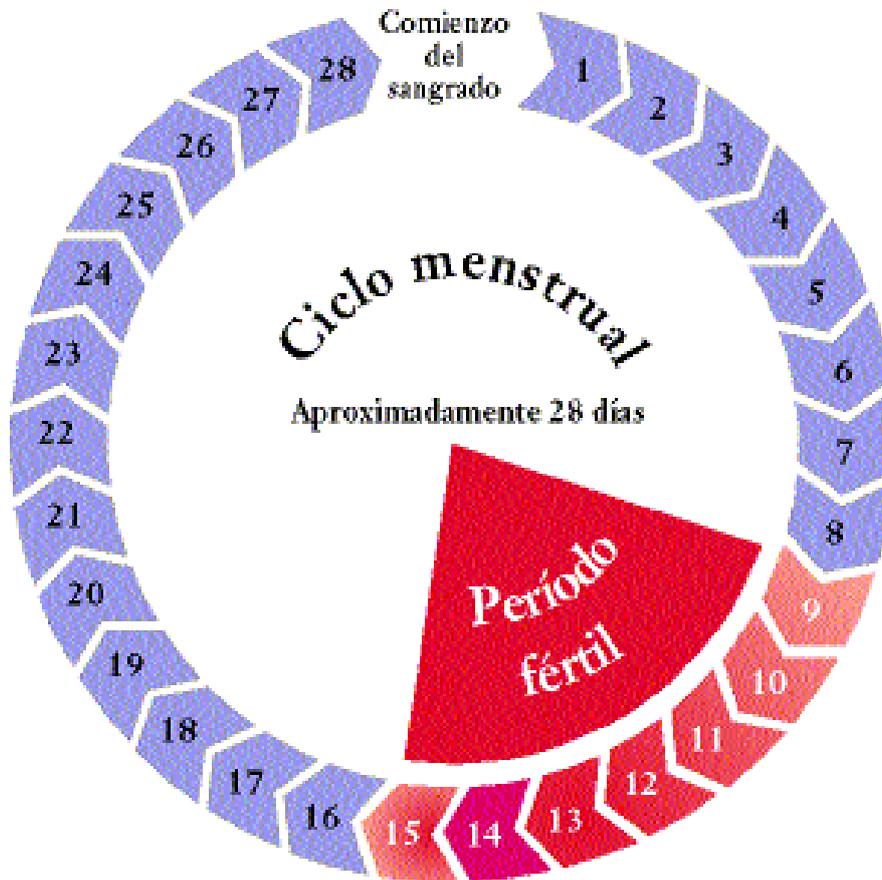
¿Quiénes lo pueden usar? Es para la mujer que no quiere tener más hijos.

¿Cómo se usa? Se puede realizar después de un parto normal, una cesárea o en cualquier momento que la mujer se decida.

¿Qué tan efectivo es? De 100 mujeres que lo realizan, menos de un 1% de las mujeres podría quedar embarazada.



9.2. Ciclo menstrual.





9.3. Carta de solicitud para la toma de datos.

Hohenau, 25 de Mayo del 2015

Director

Unidad de Salud Familiar

Capitán Meza Km. 16

Presente.

Me dirijo a Ud. a fin de solicitarle, con motivos de la culminación de mis estudios para recibirme como Magister en Materno Infantil y Obstetricia, autorización para realizar el muestreo y la toma de datos referentes a mi trabajo de investigación y desarrollo de la Tesis de postgrado.

El título del trabajo en el siguiente:

Cobertura de la Planificación Familiar en la Unidad de Salud Familiar (USF) de Capitán Meza Km. 16, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

Esperando una favorable acogida a la presente nota, aprovecho la ocasión para saludarle muy atentamente.

.....

Denis Alberto Jara Vera