



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud  
CIES



3.30  
pu

Programa de Maestría en Salud Pública  
2002-2004

INFORME FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO  
DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

**“PERCEPCION DE CALIDAD DE ATENCION EN LAS  
USUARIAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION  
FAMILIAR, CENTRO DE SALUD DE USUPUN,  
MUNICIPIO DE PUERTO LEMPIRA, GRACIAS A DIOS.  
HONDURAS, JULIO, 2004.**

Autoras:

Gladis Elizabeth Ramos Castillo MD

Claudia Dolores Sierra Caballero MD

Tutora:

Martha González Moncada.MD,MSc,PhD.

Ocotal, Nueva Segovia.Nicaragua, C.A. Agosto del 2004.

*Handwritten signatures and notes in blue ink, including a large signature and the name 'Karel Santos'.*

T-280  
W-85  
K-175  
2004

## INDICE

DEDICATORIA	.
AGRADECIMIENTO	..
RESUMEN	...
	PAG.
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- ANTECEDENTES	4
III.-JUSTIFICACIÓN	6
IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V.-OBJETIVOS	8
VI.-MARCO TEÓRICO Y DE REFERENCIA	9
VII.-DISEÑO METODOLÓGICO	16
VIII.- RESULTADOS	22
IX.- ANALISIS DE RESULTADOS	29
X.- CONCLUSIONES	35
XI. RECOMENDACIONES	36
XII.- BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS	

## **DEDICATORIA**

Esta tesis esta dedicada a DIOS todopoderoso que nos ha iluminado y nos ha permitido llegar al final de la maestría con mucho éxito.

A nuestros padres, hijos, esposo que estuvieron presentes para brindarnos todo su apoyo y comprensión en cada momento.

Gracias.

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestra tutora la Dra. Martha González por toda su buena voluntad en dirigirnos desde el inicio hasta el final de nuestra tesis, al Lic. Manuel Martínez por todas sus orientaciones, al Doctor Pablo Cuadra por su colaboración muy valiosa, así mismo a nuestros docentes de la maestría que nos dieron toda su enseñanza y dedicación.

Muchas gracias.

## RESUMEN

El presente estudio trata sobre la percepción de calidad de atención en las usuarias del programa de planificación familiar del Centro de Salud de Usupun, municipio de Puerto Lempira, Departamento de Gracias a Dios, Honduras, durante el mes de Julio del año 2004.

Es un estudio descriptivo, de corte transversal con método cuantitativo. En Usupun existen 665 MEF (12 – 49 años), de las cuales 232 se encuentran registradas en el Programa de Planificación Familiar. Se entrevistaron a 200 usuarias utilizando un cuestionario de 23 preguntas, y se utilizó el método probabilístico, seleccionando a las usuarias por orden de llegada al servicio de Planificación Familiar, y previo consentimiento de las mismas.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa epi info. 2000, y se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto a las condiciones sociodemográficas de las usuarias el intervalo de edad más frecuentemente encontrado es el de 21 a 30 años, con primaria incompleta, ocupación ama de casa, estado civil casada o unión libre.

En cuanto a la accesibilidad existen limitantes, ya que la mayor parte de las usuarias llegan la centro de salud a pie, un pequeño porcentaje desearían que se amplíe el horario de atención.

En cuanto a la calidad de atención la mayoría de pacientes manifestaron estar satisfechas con la amabilidad del personal laborante, el respeto y la privacidad recibidas, así como con la infraestructura del centro de salud.

Por lo cual la mayoría de las usuarias tenían un alto nivel de satisfacción con los servicios recibidos y opinaron que regresarían de nuevo a los controles de Planificación Familiar.

## I. INTRODUCCIÓN

La planificación familiar es un método que consiste en la educación en salud familiar, el derecho de la mujer a la concepción, el espaciamiento de los embarazos, por medios artificiales. Este control desde el punto de vista de la Salud Pública constituye uno de los componentes más importantes dentro del Programa de Salud Reproductiva. En consecuencia el uso de los métodos anticonceptivos es un indicador que permite conocer el nivel de utilización de los servicios de Planificación Familiar por parte de la población (\*).

El uso de los métodos anticonceptivos, aunado a ciertas características sociodemográficas de la población, influye en el comportamiento de la fecundidad, en la prevención del riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil y en el incremento de la sobrevivencia infantil y en la niñez. Otros aspectos que implica la Planificación Familiar son la igualdad de género, vida sexual segura y satisfactoria con libertad para decidir respecto a la reproducción.<sup>1</sup>

En Honduras, la casi totalidad de las mujeres casadas o unidas han oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo (99.9%), lo que indica que las mujeres saben que la fecundidad puede regularse y existe un conocimiento casi universal, por lo menos básico, con relación a la planificación familiar.

---

\* Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R, Geller J, Shelton J. Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. OMS-OPS. pag.12.

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) el 64.6% de las mujeres casadas ó unidas utiliza algún método anticonceptivo(2). Tomando en cuenta la importancia ampliamente reconocida que tiene la calidad de atención en el suministro de servicios de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva, se crea la necesidad de desarrollar medios simples para evaluación de la calidad de los servicios, con el fin de determinar la evolución de la calidad prestada al usuario del servicio(3).

Así, la cuantificación de la percepción de la calidad de atención se describe en la literatura como una herramienta que responde a esta necesidad, siendo uno de los elementos descritos por Judith Bruce(4), en un contexto referencial aceptado actualmente como el “Marco de Bruce” que actualmente es indispensable en la evaluación de la calidad de atención global en salud. Estos deben estar en consonancia con lo enunciado por Donabedian al sentar las bases de la calidad de atención en Salud Pública, con la descripción de los procesos de atención y sus interrelaciones(5, 6), necesarios para establecer la funcionalidad de la unidad prestadora del servicio.

Así la medición de la percepción en calidad de atención en servicios de Planificación Familiar, es también una herramienta útil para la consecución de objetivos y metas relacionadas con la sostenibilidad de los programas de atención pública.

En Honduras, la tasa de fecundidad ha disminuido desde 1993 de un 10.2% según informes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

(PNUD), a 4.9% y en el período de 1998 al 2000 disminuyó a 4.4% (7). Sin embargo esta disminución de la fecundidad no es suficiente ya que el crecimiento económico no ha sido sostenible, limitando seriamente el desarrollo de la sociedad. Por tanto el control sobre la fecundidad es de vital importancia, y en Honduras se cuenta con un Programa de Planificación Familiar estatal, extendido en casi todo el país. Sin embargo dentro de la evolución de la mejora del servicio no se cuenta con datos sobre la percepción de la calidad de atención de las usuarias del programa de planificación familiar. La percepción es un parámetro muy importante para evaluar las unidades prestadoras del servicio de salud desde el punto de vista funcional, y por tanto constituye el propósito de este estudio el de indagar acerca de la percepción de calidad en las usuarias, para que de este modo, se pueda contribuir al establecimiento de las bases para el desarrollo de herramientas de evaluación de calidad de atención del Programa de Planificación Familiar contextualizadas de acuerdo al medio del sistema de salud.

El Departamento de Gracias a Dios está ubicado al oeste de Honduras, limita al noroeste con el Mar Caribe, al este por el Departamento de Olancho y al sur por la República de Nicaragua. El municipio de Puerto Lempira representa el 45 % del territorio del Departamento, tiene una población de 23.800 habitantes. El centro de salud de Usupun está ubicado en el municipio de Puerto Lempira, y tiene una población de 5,100 habitantes.

La población está constituida por miskitos en su mayoría, existen además las etnias mestiza y garifunas. El medio de transporte más utilizado es el fluvial, también está el terrestre y el aéreo. Su patrimonio es la pesca y la agricultura.



## II. ANTECEDENTES

En Honduras casi la totalidad de las mujeres en unión libre ó casadas de 15-44 años ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo, utilizando al menos un método el 61.4% de la población femenina durante el 2001, notándose un aumento en el uso de la forma inyectable (Depoprovera®)(9), asimismo la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESFM)(10) reporta una actitud positiva hacia la planificación familiar de parte de hombres y mujeres adultos. Este dato se ve reforzado por un 92.5% de hombres adultos que están de acuerdo en que los hombres necesitan aceptar más responsabilidad en la planificación (11), lo que podría ser un parámetro predictor de un aumento futuro en la demanda del servicio de Planificación Familiar para los varones, lo cual aumentará la presión sobre el servicio estatal de planificación familiar, creando una problemática que se incrementará progresivamente.

Parte de esta problemática es el incentivo en la población a demandar los servicios de planificación familiar, coyuntura que lleva a la promoción de cambios evolutivos rápidos en las unidades prestadoras del servicio, lo que permitirá atender la demanda y prestar los servicios de Planificación Familiar para sentar la sostenibilidad de los programas, haciéndose necesario para poder llevar a cabo estos cambios evolutivos de forma eficaz el diseño de instrumentos de evaluación.

De acuerdo a las necesidades propias y únicas del Sistema de Salud del cual el Centro de Salud "Usupun" es una muestra representativa, cuya ejecución funciona con bajo costo, de forma rápida y operatividad práctica en una comunidad donde el sexo femenino ha incrementado paulatinamente la

presión de la demanda de servicios de Planificación Familiar, conforme avanza la penetración informativa en la población en general, que genera conciencia de las ventajas de utilizar medios anticonceptivos. A pesar de la gran brecha cultural en una población constituida en su mayor parte por miembros de la etnia Misquita y además con escasos nexos con la comunidad nacional, la calidad del servicio de Planificación Familiar es un factor de promoción en la consecución de la disminución de la tasa local de fecundidad, mediante las mejoras constantes en el servicio de salud prestado, que estimula la demanda en la comunidad de Puerto Lempira, siendo necesaria la medición de la percepción de calidad de atención de las y los usuarios para establecer metas y estrategias del programa, lo que constituye el objetivo central de este estudio.

### III. JUSTIFICACION

Se entiende como riesgo preconcepcional la existencia de factores de diversa índole, que constituyen un peligro potencial para la salud reproductiva, identificados en mujeres comprendidas en edad fértil no gestantes (4). Si se considera que aproximadamente 500 mil mujeres mueren cada año como consecuencia del embarazo, el parto o el aborto, se debe advertir que la fiabilidad de la anticoncepción es en realidad una ventaja importante para la salud. (5) Además de los importantes efectos benéficos que tiene la Planificación Familiar que sólo no son de índole anticonceptiva, contribuye a definir una imagen muy positiva de los anticonceptivos. Debido a su uso se previenen más de 100 mil hospitalizaciones y se evitan más de 12 mil muertes cada año (6)

El departamento de Gracias a Dios presenta las tasas más altas de mortalidad materna, actualmente es de 320 por 100,000 N/V , por lo que a expensas de este indicador regional contribuye al aumento de la tasa nacional de mortalidad materna; La cobertura del Programa es aún baja, siendo del 60% en el municipio de Puerto Lempira.

Esta investigación será de utilidad a la Región sanitaria número 8 para la toma de decisiones que puedan contribuir al diseño de estrategias y al fortalecimiento del componente de planificación familiar, asimismo implementar estrategias que permitan aumentar la coberturas con las mujeres en edad fértil del departamento de Gracias a Dios. También será de utilidad a todas las personas que participan como usuarias de este programa y algunas ONGs que están laborando dentro de la zona con programas para el desarrollo de la salud familiar y comunitaria.

No se han realizado estudios similares en el municipio ni en el Departamento.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Considerando los aspectos antes planteados se proponen las siguientes preguntas del estudio:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las usuarias del Programa de Planificación Familiar, atendidas en el centro de Salud de Usupun, Departamento de Gracias a Dios, Honduras, en Julio del 2004?
2. ¿Cual es el grado de accesibilidad de las usuarias al Programa de Planificación Familiar del centro de salud de Usupun, departamento de Gracias a Dios?
3. ¿Cuál es la percepción de la calidad de atención recibida por las usuarias del Programa de Planificación Familiar, en el centro de salud en estudio?
4. ¿Cuál es el nivel de satisfacción de las usuarias del Programa de Planificación Familiar en el centro de salud de Usupun?

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo general**

Identificar la percepción sobre la calidad de la atención en usuarias del Programa de Planificación Familiar, del Centro de Salud de Usupún, del municipio de Puerto Lempira, departamento de Gracias a Dios, Honduras, durante el periodo de julio, 2004.

### **5.2. Objetivos específicos**

1. Conocer las características sociodemográficas de las usuarias del programa de planificación familiar atendidas en el centro de salud de Usupún, departamento de Gracias a Dios.
2. Caracterizar la accesibilidad de las usuarias del programa de planificación familiar, atendidas en el centro de salud de Usupún.
3. Determinar la percepción de la calidad de atención recibida por las usuarias relacionadas con el proceso de atención de la planificación familiar.
4. Identificar el nivel de satisfacción de las usuarias del programa de planificación familiar respecto al proceso de atención.

## **VI. MARCO DE REFERENCIA**

### **- Calidad de atención en salud**

La calidad de atención independientemente del sistema sanitario es proporcional a la eficiencia del sistema, lo que permite dar respuesta a la problemática e introducción de cambios para responder a la necesidad de mejora de la calidad de los servicios, en base a eficiencia, eficacia, equidad y nuevos criterios organizacionales orientados a la búsqueda de la excelencia y la calidad de atención, lo que redundará en la satisfacción del personal y servicio al cliente.

El primer paso en la búsqueda del incremento en la calidad de atención consiste en definir qué es un proceso y quienes son los consumidores. Entre los factores asociados a la organización de los servicios de atención está el estudio del trabajo, es decir de las técnicas y métodos en función de la productividad de forma sistemática, para obtener una producción mayor a partir de una cantidad de recursos sin invertir más capital. De ahí su gran utilidad, de tal manera que con capacidades medias un sistema puede alcanzar alto niveles de productividad, disminuyendo sistemáticamente el tiempo improductivo, mejorando directamente la calidad de atención.

El estudio de la calidad de atención se inicia de un modo estructurado a partir de los trabajos de Avedis Donabedian en la Facultad de Salud Pública de

Harvard en 1966, que introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado en el ámbito de la Salud Pública, que constituyen hoy día el paradigma dominante de la evaluación de la calidad de atención en la Salud<sup>(5)</sup>, en donde establece Donabedian que “la calidad no debe estar limitada a las competencias técnicas la atención superficial del proceso interpersonal”, si no que implica el involucramiento del paciente en su atención en general y el trabajo diligente del proveedor de servicios a fin de llegar a una solución que sea aceptable para el paciente.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención publicadas en los ámbitos internacional y nacional en los últimos 10 años se han justificado en el modelo desarrollado por Donabedian. El análisis de calidad a partir de las tres dimensiones que propone este autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud, con base en lo anterior se desprende el análisis de satisfacción de los usuarios vista como un indicador de la dimensión del resultado, a partir del cual se puede obtener opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida), obteniéndose el parámetro de accesibilidad por medio de la información sobre las características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos de los usuarios para obtener atención como forma de transporte, horarios, tiempo y traslado <sup>(6)</sup>.

La calidad de atención se convierte en objetivo de estudio extensivo desde la década de los 80's, en que Judith Bruce establece el "Marco de Bruce", ofreciendo un punto de referencia excelente para el desarrollo de herramientas de evaluación, basado en elementos centrales de calidad, que potencia el efecto de los trabajos de Donabedian en la comunidad de Salud Pública, ya que este marco concilia los enunciados teóricos de Donabedian con la práctica, dada su flexibilidad, que permite el desarrollo de instrumentos contextualizados de acuerdo al medio donde se desea hacer la evaluación, siendo la percepción de calidad por parte del usuario uno de los elementos<sup>(2)</sup>, que de modo creciente se convierte en uno de los más estudiados actualmente, representando además uno de los métodos más rápidos para evaluar aspectos de la calidad de los servicios, ofreciendo beneficios a un costo relativamente bajo, con este proceso de evaluación es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de atención, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad del usuario para emitir juicios de valor sobre aspectos técnicos de la atención<sup>(6)</sup>.

### **- El Programa de Planificación Familiar**

El programa de planificación familiar tiene como objetivo el control de la natalidad en la población general, este objetivo es producto de la necesidad de mejorar la condición socioeconómica promedio, siendo importante la consecución de metas en Honduras, pues la tasa de fecundidad en el año 2001



fue de 4.4, al ser correlacionado con un crecimiento económico de aproximadamente 4% muestra claramente que el desarrollo no es posible si no se ejerce algún control sobre este factor.

Las usuarias del servicio de planificación familiar se diferencian de los casos que acuden a la unidad de salud por una patología específica crónica o aguda, en que su presencia es voluntaria y es producto de la confianza que está asociada directamente con la calidad de la prestación que se le proporciona, proporcionando sostenibilidad al programa con su solicitud de servicio, en donde la percepción de la calidad de la atención está intrínsecamente relacionada con esto, con literatura que sostiene que entre las razones más frecuentes por las que se descontinúa el uso se mencionó el mal asesoramiento y el temor a los efectos colaterales, consecuencia de una consejería inadecuada(7). Otro ejemplo de la necesidad de la adecuada interacción entre usuarias y proveedores proviene de estudios que demuestran que un factor clave en la continuidad del uso del método es proporcionar el método que la usuaria prefiere(7, 8).

La calidad de los servicios puede influir poderosamente en el uso de la planificación familiar, por ejemplo un estudio realizado en Perú, estimaba que el uso de anticonceptivos aumentaría de 16-23% si todas las mujeres vivían en los lugares donde los programas prestaba atención de mejor calidad,

comparado con el uso por parte de las mujeres que vivían en los lugares donde los programas prestaban la atención de peor calidad.<sup>(7)</sup> Las recomendaciones relativas a los servicios de planificación familiar incluyen el trato respetuoso, centrar la Información en el método escogido por la usuaria, actuando en forma interactiva.

### **- La importancia de la percepción de las usuarias del servicio de Planificación Familiar**

En los años recientes el aspecto subjetivo de la calidad ha sido reconocido como fundamental y las opiniones de las usuarias-especialmente su grado de satisfacción-son vistas como esenciales para comprenderlo, dependiendo la satisfacción además de los factores antes citados- de aspectos como la accesibilidad, en el que la ubicación de la unidad de servicios desempeña un papel importante, donde el tiempo que toma desplazarse a la usuaria es tomado en cuenta<sup>(2, 9)</sup>. Un tiempo de espera prolongado para valoración es vinculado por las usuarias como un elemento de la percepción de mala calidad de la atención, de ahí la pertinencia de establecer medidas que permitan acortar el tiempo de espera<sup>(6, 9)</sup>. Casi todas las medidas propuestas por las usuarias para mejorar la satisfacción con respecto con las horas de atención recomendaron ampliaciones de horario. En lo que se refiere a los aspectos estructurales es oportuno mencionar la importancia que las usuarios le confieren a la privacidad de la entrevista, la limpieza del local y la percepción de la revisión y el diagnóstico<sup>(6)</sup>.

En la medida de lo posible, las instituciones prestadoras de servicios deben cubrir las necesidades básicas de salud de su población y atender y cumplir con las expectativas que ésta última tiene con respecto a sus servicios, ya que sin su opinión este esfuerzo quedaría truncado.

**Semántica:**

1. Accesibilidad: Determina los factores que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener la atención ó la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendidos por los servicios de salud.

- a. Indicador: Problemas encontrados en la accesibilidad, expresados por el usuario.
- b. Valores:
  - i. Inaccesibilidad geográfica
  - ii. Inaccesibilidad Económica
  - iii. Insuficiente organización de los servicios

2. Estructura: Opinión acerca de los aspectos relacionados con la comodidad, organización de la atención y el estado de las instalaciones físicas.

- a. Indicador: la percepción de la usuaria de las comodidades y organización que ofrece la unidad de salud.
- b. Valores:
  - i. Limpieza e Higiene

- ii. Disponibilidad de suministros.
  - iii. Privacidad y consejería.
- 3. Proceso: Procedimientos y acciones realizados en la consulta de Planificación Familiar.
  - a. Indicador: Consideración, respeto, amabilidad que la usuaria percibió al relacionarse con el personal de salud que ofertó el servicio.
  - b. Valores:
    - i. Trato a la usuaria
    - ii. Percepción de tiempo de consulta
- 4. Resultados: Percepción general de la atención recibida.
  - a. Indicador: Si la usuaria estuvo de acuerdo con la selección de la prescripción médica de planificación familiar, de la satisfacción de los resultados de la consulta y con el tiempo invertido por el prestador de servicios para brindar la atención a la usuaria.
    - i. Satisfacción con resultados de consulta.
    - ii. Tiempo total en la unidad.
    - iii. Conformidad de la usuaria para continuar el seguimiento de la atención en la misma unidad de salud.

## VII. DISEÑO METODOLOGICO

### TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, de corte transversal con método cuantitativo acerca de la percepción de la calidad de atención del Programa de Planificación Familiar, en Usupun, Gracias a Dios, Honduras, durante el periodo del mes de julio de 2004.

### UNIVERSO

Está representado por 665 mujeres en edad fértil, (mujeres de 12 a 49 años de edad), de las cuales un 35%, representadas por 232, que se encuentran registradas en el Programa de Planificación de Familiar de la unidad en estudio.

### MUESTRA

Quedó constituida por las usuarias que asistieron al centro de salud de Usupun, para practicarse un control o para nuevas consultas en el Programa de Planificación Familiar hasta el 30 de julio del 2004, independientemente de la fecha de ingreso al Programa de Planificación del centro de salud de Usupún y que correspondió a un total de 200 usuarias.

### MÉTODO DE OBTENCION DE LA MUESTRA:

Para obtener la muestra se utilizó el método probabilístico, seleccionándose a las usuarias por orden de llegada a su control de planificación familiar, entrevistando a todas las que cumplieran con los criterios de inclusión y que aceptaron someterse a la entrevista, por consentimiento informado y firmado o utilizando la huella digital. Las entrevistas fueron aplicadas por encuestadores

que no pertenecían a la unidad de salud, pero que fueron identificados como “encuestadores”.

### **Criterios de inclusión**

Todas las usuarias que acudieron al programa de planificación familiar, por motivos de nueva consulta o de control.

### **Criterios de exclusión:**

Todas las usuarias del programa de planificación familiar que no aceptaron participar de forma voluntaria en la entrevista.

Y usuarias del Programa que acudieron a consulta por una enfermedad grave que la incapacitaron para brindar información.

### **Aspectos éticos**

La participación en el estudio fue voluntaria, anónima y con consentimiento informado por parte de las autoras del estudio y firmado por la usuaria.

Variables:

#### Características sociodemográficas

1. Edad en años
2. Escolaridad
3. Ocupación
4. Estado civil
5. Atención nueva o de control

#### Accesibilidad

6. Medio de transporte
7. Conveniencia del horario de atención
8. Percepción de la rapidez de atención
9. Facilidad para asistir al centro de salud
10. Tiempo que tardan para trasladarse al Centro de Salud

11. Tiempo de permanencia en la unidad de salud.

#### Calidad de la atención

12.-Amabilidad

13.-Respeto

14.-Privacidad

15.-Limpieza de las instalaciones

16.-Consejería

17.-Explicación sobre los métodos

18.-Facilidad para hacer preguntas y aclarar dudas

19.-El tiempo de consulta fue suficiente

20.-Recibieron el método pedido

21. Preferencia de los métodos usados

#### Percepción del nivel de satisfacción

22.-Regresaría a la unidad de salud

23.-Satisfecha con los servicios recibidos

#### **FUENTES Y OBTENCIÓN DE DATOS**

La fuente de información fueron las usuarias seleccionadas del Programa de Planificación Familiar. Fueron entrevistadas para conocer la percepción de calidad de atención a mujeres que acudieron al programa del Centro de Salud “Usupun”, de Lunes a Viernes durante el mes de Julio del año 2004.

#### INSTRUMENTO

- Se diseñó un instrumento de captación de datos con apartados por cada una de las variables del estudio (Ver Anexos):

- Sociodemográficas (edad, ambiente de procedencia, escolaridad, estado civil, ocupación), de atención previa (primera vez o control)
- accesibilidad (medio de transporte, tiempo de traslado, percepción de acceso, conveniencia de horario), estructurales (suministro de método deseado, material y equipo) y tiempo de espera.
- De proceso de atención, revisión y diagnóstico: Trato personal recibido, consejería en la consulta, libertad de selección de método, tiempo de consulta.
- Resultados de la atención: Acuerdo con método ofrecido, nivel de satisfacción, motivo de percepción.

#### PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- Se utilizó el programa Informático-Epidemiológico Epi-Info versión 2000 (Centro de Control de Enfermedades, CDC, Atlanta, Georgia, USA, para crear una base de datos electrónica, a partir del instrumento de captación de datos creando listados de frecuencias, datos agrupados para luego trasladar los resultados a Microsoft Word 10.0.

#### PLAN DE ANÁLISIS

- Se cumplió el objetivo número 1 se extrajeron frecuencias de las variables edad, ambiente de procedencia, escolaridad, estado civil, ocupación.



- Se respondió al objetivo número 2 se extrajeron frecuencia de las variables de medio de transporte, tiempo de traslado, percepción subjetiva del acceso, conveniencia de horario.
- La percepción de la usuaria que corresponde al objetivo número 3 se obtuvo de la frecuencia de las variables: Consejería en la consulta, libertad de selección de método, tiempo de consulta, privacidad, trato con amabilidad, con respeto.
- El objetivo número 4 se cumplió extrayendo la frecuencia de las variables con el nivel de satisfacción de las usuarias, si regresaría a la unidad de salud.

#### TRABAJO DE TERRENO

- Se solicitó permiso al director del Centro de Salud de Usupún, con el fin de entrevistar a las usuarias del programa de Planificación Familiar. Además de contar con el consentimiento de las autoridades del centro de Salud, también se contó con la voluntariedad de las usuarias y el apoyo de los encuestadores. Para conocer la percepción o grado de satisfacción que las usuarias tienen del servicio de Planificación Familiar se realizaron entrevistas con preguntas semiestructuradas, una vez que se terminó de analizar el flujograma de atención del Programa de Planificación Familiar.

## **Plan de análisis**

Se realizó un análisis univariado de todas las variables, entrecruzando aquellas que dieran salida al cumplimiento de los objetivos específicos, se obtuvieron a partir de frecuencias absolutas y relativas, porcentajes, y se procesaron en Epiinfo 2000.

Objetivo 1: Se obtuvo la edad en años en promedio y por intervalo de clases, frecuencia de escolaridad en años, estado civil, ocupación de las usuarias estudiadas y frecuencia según atención nueva ó control.

Objetivo 2: Se obtuvo a partir de la frecuencia de la variable medio de transporte, horario conveniente, percepción de la rapidez de la atención, tiempo de traslado y dificultad para acceder físicamente a la clínica.

Objetivo 3: Se cumplió basándose en la frecuencia de variables asociadas a la impresión que la unidad de prestación de servicio de salud causa en la usuaria, además se incluirá el proceso de atención desde el punto de vista de la usuaria, como el tiempo de consulta, trato del personal que proporciona la atención, orientación proporcionada por el personal a la usuaria.

Objetivo 4: Se cumplió con este objetivo basándose en la frecuencia de opinión positiva o negativa sobre la satisfacción respecto a la atención recibida en base a si tuviera la oportunidad de regresar, pregunta directa sobre si la usuaria está satisfecha, motivo por el cual está satisfecha y la percepción subjetiva de la usuaria sobre el tiempo total en que recibió la atención en la unidad en horas.

## VIII. RESULTADOS

Se estudiaron 200 usuarias del programa de planificación familiar del CESAMO de Usupun. Se presentan los resultados obtenidos de acuerdo con el orden de los objetivos específicos del estudio:

### 8.1. Características sociodemográficas

Las edades de las usuarias del estudio de percepción del CESAMO de Usupun van desde 14 años hasta 49 años. La edad que más se repite 25 años; con una edad promedio de 28.3 años.

Al realizar una relación por intervalos de clase encontramos que el 18.5 % (37) tenían edades menor a 20 años, el 45.5% ( 91) de las participantes tienen edades entre 21 y 30 años, el 32 % ( 64) presentan edades entre 31 y 40 años y 4% ( 8) son mayores de 40 años.( ver cuadro # 1)

En relación a la escolaridad de las usuarias están desde: analfabetas hasta educación universitaria completa.

El 2.5 % ( 5 ) de mujeres en edad reproductiva no saben leer ni escribir, el 37.5 % (75) refieren haber cursado algún grado de educación primaria, el 28 % (56) refieren haber concluido la educación primaria, el 19 % ( 38) refieren haber cursado algún grado de educación secundaria, mientras el 9.5 % ( 19) refieren haber cursado la secundaria completa, el 3.5 % ( 7) refieren haber concluido educación superior o cursado algún grado de la misma.

Por lo cual la escolaridad promedio de las participantes en el estudio fue de 6.3 años, siendo el dato que más se repite 6 años. (Ver cuadro # 2).

En cuanto a la ocupación de las participantes se encontró que existen 12 diferentes tipos de ocupación, siendo el 60.8 % ( 121) son amas de casa, el 6.5 % ( 13) son comerciantes, 8% ( 16) Son empleadas publicas, el 3 % ( 6) son enfermeras, el 0.5 % ( 1) es estilista, el 6% ( 12) son estudiantes, 6.5 % ( 13) son maestros, el 0.5 % ( 1) es medico, 6.5 ( 13) son secretaria, el 1.5 % ( 3) trabajadoras de campo, el 0.5 % ( 1) no refiere tener ninguna ocupación.( ver cuadro # 3 ).

Al revisar la demanda de servicios se encontró que el 95 % de las usuarias fueron atendidas en consulta de control de planificación familiar que fue (190); mientras que el 5 % (10) son atenciones nuevas. (Ver cuadro # 4)

En relación al estado civil se encontró que el 46% (92) eran casadas, el 27 % (54) conviven con su pareja en unión libre, mientras que el 26.5 % (53) son solteras y el 0.5 % (1) esta divorciada. (Ver cuadro # 5).

## **8.2. Accesibilidad**

El medio de transporte que las usuarias de planificación familiar utilizan para llegar a la unidad de salud fueron el 84 % (168) se traslado a pie, el 4.5 % (9) hacen uso del transporte colectivo, mientras que el 11.5 % ( 23) hacen uso del transporte particular. (Ver cuadro # 6).

En los servicios de salud el 82 % (164) de las usuarias informaron que el horario de atención es conveniente, mientras que el 18 % (36) refieren inconveniencia con este horario,el Centro de salud de Usupun tiene un horario de atención a las usuarias de 7.30 a.m -12: 00 m. de Lunes a Viernes.

Si analizamos el nivel de escolaridad las analfabetas son las que no estuvieron de acuerdo con el horario de atenciones en un 40 %, seguido de primaria incompleta en un 23 %, las usuarias con educación superior completa estuvieron 100 % de acuerdo con el horario de atención.

En relación a la ocupación: las enfermeras, estilista, medico, estuvieron 100 % de acuerdo con el horario de atención, mientras que las amas de casa fueron las que tuvieron mas inconveniente con el horario de atención en 17.4 %.

De acuerdo a la edad de las usuarias las mayores de 40 años son las que estuvieron de acuerdo con el horario de atención en 100 %, las que presentaron mas dificultades con el horario fueron las que se encuentran en el rango de 31 a 40 años en 82 %.

Sobre la percepción de la rapidez en la atención las usuarias del Programa de Planificación Familiar del centro de salud de Usupun el 74.5 % (149) consideran que fueron atendidas en forma rápida (menos de una hora), mientras que el 25.5 % (51) refieren tardanza en la atención (más de una hora).

De acuerdo al grupo de edad las usuarias mayores de 40 años recibieron atención rápida en un 90 %, mientras que las de 20 a 30 años no tuvieron atención rápida en 31 %. En cuanto a la ocupación el 61.5 % de las usuarias que recibieron atención rápida fueron amas de casa.

De las usuarias entrevistadas, el 75 % (150 ), refieren que es fácil llegar al centro de salud; mientras que el 25 % (50) refieren algún grado de dificultad.

Según la edad: las usuarias de 20 a 30 años refirieron facilidad para asistir al centro de salud en 86 %, las que presentaron dificultad para llegar al centro fueron las mayores de 40 años en 46.6 %. (Ver cuadro # 7, 33, 34, 35,37).

Al contabilizar el tiempo que tardan las usuarias del Programa de Planificación Familiar, para trasladarse de su casa al centro de salud el 80.5 % (161) se tardan igual o menos de 30 minutos; mientras que el 14 % (28) tardan entre 31 y 60 minutos el resto que son 5.5 % (11) tardan entre una hora y 3 horas. Encontramos que la media de tiempo de traslado de su casa de habitación a la Unidad de salud es de 28. 5 minutos; siendo el tiempo mínimo 2 minutos y el tiempo máximo 300 minutos.

La media del tiempo de permanencia es de 55.6 minutos, siendo su valor mínimo 5 minutos y su valor máximo 480 minutos. La moda es de 30 minutos.

### **8.3. Percepción de la calidad de atención de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del CESAMO de Usupun**

De acuerdo con la opinión de las usuarias el 98 % (196) manifestaron haber sido tratadas con amabilidad y el debido respeto por el personal de salud encargado del programa. Además el 95 % (190) señalaron que tuvieron suficiente privacidad durante la consulta. El 90.5 % (181) informó haber encontrado limpias las instalaciones del centro de salud.

De acuerdo a la edad, las usuarias que se encuentran en un rango de edad de 31 a 40 años fueron tratadas amablemente en un 100 %. Pero las usuarias que manifestaron haber recibido un trato menos amable fueron las mayores de 40 años en un 83%. (Ver cuadro # 8).

En cuanto a la escolaridad las usuarias con educación universitaria completa recibieron consejería en un 100 %, mientras que las analfabetas sólo en un 60% informaron no haberla recibido.

El 75.5 % de las usuarias del Programa de Planificación Familiar del centro de salud de Usupun refieren haber recibido consejería sobre los métodos anticonceptivos por el personal que las atendió.

El 90 % (180) de las entrevistadas refirieron haber recibido una explicación amplia sobre los métodos de planificación familiar. De acuerdo a la escolaridad las usuarias con educación superior completa recibieron explicación de los métodos en 100 %, mientras que las analfabetas que no recibieron explicación de los métodos de planificación fueron un 40 %. (Ver cuadro # 9, 22, 42,43).

Así mismo el 76 % (152) refieren haber tenido la oportunidad de aclarar todas las dudas acerca de los métodos de planificación familiar. El 92 % (184) de las usuarias contestaron que el tiempo en la consulta fue suficiente de 30 minutos incluyendo la consejería, examen físico, obtención del método, aplicación del DIU por ejemplo. El 94.5 % (189) expresaron que le proporcionaron el método solicitado.

De acuerdo a la escolaridad el 100 % de las usuarias con educación superior completa aclararon dudas, no así las analfabetas que tuvieron mayor dificultad en un 40 %. En cuanto a la ocupación el 100 % de las usuarias que se dedican a las actividades de: enfermería, estilista y una medica recibieron el método solicitado (Ver cuadro # 10, 21, 23,44).

El 30 % (60) recibieron Depoprovera, el 44.2 % (89) recibieron método oral, el 8.9 % (18) recibieron condones, el 6.3 % (13) refieren haber recibido DIU, el 4.7 % (9) refieren haber recibido método de esterilización quirúrgica (Pomeroy), el 1.1 % (2) refiere haber recibido otros métodos no descritos, el 4.7 (9) refieren haber recibido consejería acerca de los métodos naturales de Planificación Familiar.

En su mayoría las usuarias que utilizan los métodos de planificación familiar son las casadas en 44 %, seguido de las solteras en un 25 % (Ver cuadro # 11,46).

#### **8.4. Nivel de satisfacción**

Al preguntarles a las usuarias si estarían dispuestas a regresar a la unidad de salud para su control de Planificación Familiar se obtuvieron los siguientes resultados.

El 95.5% (190) de las entrevistadas afirmaron que aunque existiera otra alternativa para la atención de Planificación Familiar, manifestar estar dispuestas a regresar a la unidad de salud por el trato recibido que le brinda el personal de salud del Programa .

En cuanto a la amabilidad, el 98.4 % recibieron un trato amable, lo que confirma la respuesta anterior. Con respecto al método pedido el 97.4% recibieron el método solicitado basadas en la consejería y la información brindada por el personal del programa. El 94.7 % fueron atendidas con la privacidad debida de acuerdo a las normas.

En relación a la atención durante la consulta el 92.6% de las usuarias consideraron que el tiempo fue suficiente, el cual dura cerca de treinta minutos y que incluye la consejería, la consulta y entrega del método, además de la aplicación del DIU, por ejemplo. Todas obtuvieron una explicación del método recibido.

Al analizar la satisfacción de las usuarias en Planificación Familiar encontramos los siguientes resultados, el 95.5% (191) dijeron encontrarse completamente satisfechas; El 4.5 % (9) manifestaron algún grado de insatisfacción, el principal motivo fue la falta de explicación sobre los métodos de planificación familiar.

En cuanto a la escolaridad: en su mayoría 94.8% de las usuarias están satisfechas. Las que tienen mayor satisfacción fueron las de primaria incompleta-completa, en tanto las analfabetas fueron las menos satisfechas en un 80%.



Las nuevas usuarias del Programa de Planificación Familiar refirieron en un 100 % estar satisfechas y las de control en un 95 %. Así mismo el 96.6% de las entrevistadas fueron atendidas en forma oportuna y rápida por el personal del Centro de Salud.

La gran mayoría de las entrevistadas, el 97.4 % recibieron consejería por el equipo de salud del programa, acerca de los métodos de Planificación Familiar, e informaron estar satisfechas con las orientaciones que se les brinda. El 97% de las usuarias refirieron estar de acuerdo con el horario de atención, que es de siete de la mañana a doce del día de lunes a viernes. (Ver cuadro # 12, 3,14,15,16,17,18,19,24,25,27,32).

## **IX ANALISIS DE RESULTADOS**

### **9.1. Características sociodemográficas de las usuarias del programa de planificación familiar del centro de salud de Usupun**

- En cuanto a la escolaridad se puede valorar que la mayoría de las usuarias del programa de Planificación Familiar del Centro de Salud de Usupun, tienen con algún grado de escolaridad o saben leer y escribir. Y aunque un grupo minoritario (2%) son analfabetas y coincide con los datos de analfabetismo de la Región, parece ser que en cuanto al uso del método de Planificación Familiar están de acuerdo con la aceptación de los métodos anticonceptivos y la necesidad de contar con un servicio de Planificación Familiar.
- Otro aspecto relevante de las características sociodemográficas que pudiera permitir entender el grado de satisfacción encontrado en este estudio, puede deberse a que la mayoría de las usuarias son relativamente mujeres jóvenes, porque oscilan en el rango de edad de 21 a 30 años, que es la edad propicia para la fase reproductiva y productiva de la vida de la mujer.
- De acuerdo con la ocupación informada por las usuarias se encontró que predominan en su mayoría las amas de casa. Además el estado civil predominantemente encontrado es que son casadas, seguido de las mujeres que se encuentran en calidad de solteras. Esta situación es propia y característica de las poblaciones que se ubican en territorios rurales y en especial en grupos o comunidades de mujeres pertenecientes a etnias como la Miskita y Garífunas de la Costa Caribe de Honduras, a pesar de que Puerto Iempira tiene estatus de ciudad, pero la procedencia de la población es típicamente rural o campesina. Además es probable y con toda certeza se puede afirmar que ambas (casadas y solteras) con vida sexual activa acuden a los servicios de Planificación Familiar porque están conscientes de la necesidad de espaciar los embarazos.

## 9.2 Accesibilidad

- La accesibilidad debe ser evaluada en servicios de salud con respecto de los criterios geográficos, culturales, sociales y económicos. Según estudios realizados a nivel Latinoamericano con relación a la ubicación de la unidad de salud y el tiempo que tarda en desplazarse la usuaria de servicios de Planificación familiar, se encontró que fue tomado en cuenta el tiempo de espera que se prolonga para la valoración técnica de la calidad de atención, y se definió que las usuarias lo vinculan y lo interpretan como un elemento de percepción de la mala calidad de atención. Conviene considerar que la percepción de las usuarias es un conjunto unitario, que incluye no sólo el arte de la atención, sino también la técnica de la atención, pero al mismo tiempo integra todos los elementos del entorno.
- Se pudo observar que existen dificultades o limitantes en cuanto a la accesibilidad de las usuarias, tanto en lo que se refiere al traslado debido a que no existen muchos medios de transporte. La mayoría de las usuarias lo hacen a pie y proceden de distancias largas. Así mismo, aunque ellas manifestaron estar satisfechas con el horario de atención establecido, en realidad no coincide dicho horario de forma conveniente para el acceso oportuno de las usuarias, por acceden a la unidad de salud en puerto Lempira hasta en horas de la tarde, de tal forma que deben esperar hasta el día siguiente para ser atendidas. Es conveniente tener en cuenta el criterio de accesibilidad territorial y disponibilidad de transporte, lo cual permitiría tomar decisiones de modificar el horario de atención del servicio de Planificación Familiar y otras estrategias que permitan aumentar la cobertura, asegurar la atención a las usuarias y brindar un servicio que genere mayor satisfacción a las mujeres que proceden de zonas y comunidades lejanas.

- También existen dificultades en cuanto a la eficiencia para la atención de las usuarias, debido a la escasez de personal en las unidades de salud, por lo que es necesario reorganizar el servicio de salud del Centro y por otra parte gestionar ante las autoridades superiores la posible contratación de otros recursos humanos de salud que pueda contribuir a ampliar la cobertura del programa de planificación familiar.
- Otro aspecto a considerar es que de acuerdo con la referencia bibliográfica, tomada de Padilla Vinuesa, sobre la importancia de los servicios de calidad en Planificación Familiar en España, se deben de establecer medidas o estrategias que permitan acortar el tiempo de espera. Esta autora recomienda la ampliación del horario durante todo el día laboral. Este resultado o hallazgo de Padilla Vinuesa fue similar a los resultados encontrados en el presente estudio, lo cual parece coincidir con las normas y estándares establecidos tanto como criterios técnicos acerca de la calidad que genera satisfacción en el cliente externo como desde el punto de vista técnico normativo.

### **9.3 Calidad de atención en planificación familiar**

- Resulta importante observar que la calidad de atención es percibida por la gran mayoría de las usuarias (98%) con relación a indicadores como son el respeto, la amabilidad que les brinda el personal de salud, además de la privacidad que se les asegura durante la atención recibida.
- Esto coincide con otro estudio a nivel Iberoamericano realizado por Moliner M.A. de España, que refiere que la amabilidad y el respeto en el trato y la atención a las usuarias de servicios de salud en general y de Planificación Familiar en particular, son recomendaciones consideradas imprescindibles para garantizar servicios de calidad de atención en salud.

- De acuerdo con el método denominado el “Marco de Bruce”, y aplicado en estudios que se realizaron en América Latina, los aspectos estructurales que se refieren a la infraestructura y el entorno en general de los servicios de Planificación familiar, son importantes para las usuarias en especial aquellos tópicos relacionados con la limpieza del local y la percepción del examen físico y el diagnóstico clínico.
- En cuanto a la calidad de atención se pudo constatar que existen deficiencias en el componente de consejería, también en cuanto a las técnicas de explicación de los métodos y con relación a las orientaciones dirigidas a despejar dudas en las usuarias. Este es un componente básico que es necesario fortalecer para mejorar el programa de planificación familiar.
- Entre las razones para discontinuar el uso del método de planificación familiar que estaban utilizando las usuarias mencionaron el mal asesoramiento y el temor a efectos colaterales, causados por los diferentes métodos anticonceptivos. Esto se debe quizás a las consecuencias de una consejería inadecuada.
- Dentro de los métodos más usados por las usuarias se encontraron el oral, Depo-Provera y el Condón, esto coincide con la tendencia nacional e internacional. Por tanto es necesario garantizar el abastecimiento de dichos métodos en la unidad de salud de Usupun.
- Se pudo comprobar que se cumple con lo enunciado en la Ley o Marco de BRUCE, basado en métodos más rápidos para evaluar la calidad, que incluye seis elementos principales :  
Selección del método, información al cliente, competencia técnica de los proveedores, relaciones interpersonales entre el paciente y el proveedor, mecanismos para asegurar la continuidad y la constelación del servicio.

- En el estudio realizado se encontró que casi todas las usuarias (92%) contestaron que el tiempo de consulta fue suficiente, esto está probablemente relacionado con la percepción del examen físico y la consulta médica.
- Las usuarias expresaron que les proporcionaron el método pedido, algunos estudios demuestran que es un factor clave la continuidad del uso del método de Planificación familiar, porque consiste en proporcionar el método que la usuaria pide.
- Un estudio realizado en Perú estimó que el uso de anticonceptivos aumentaría en un 30%, si los servicios de este programa se prestaran mediante una atención de mejor calidad, comparado con las mujeres que vivían en lugares donde los programas se prestaban con menor calidad.
- La opinión en cuanto a la calidad debe ser tomada en cuenta para atender y cumplir con las expectativas de las usuarias con relación a los servicios, sin la opinión de éstas cualquier esfuerzo quedaría truncado.
- Podemos decir que según los diferentes aspectos que son nueve, relacionados para valorar la calidad de atención de las usuarias en Programas de Planificación Familiar. se obtuvo un promedio de 89.6 %; considerando que la calidad fue muy buena.

#### **9.4. Satisfacción de las usuarias de planificación familiar**

- Se puede afirmar que el porcentaje de satisfacción es alto de un 95 %, esto está relacionado con la buena calidad de atención brindada por el servicio de planificación familiar en Usupun.
- El grado de satisfacción en la usuaria ha sido reconocida en años recientes como fundamental, además de la opinión de las usuarias, especialmente si se comprueba que existe un alto grado de satisfacción, los cuales son esenciales para la mejora continua de la calidad de dichos programas.

## **X- CONCLUSIONES**

1. Las características sociodemográficas predominantes encontradas en el estudio de las usuarias de PF del centro de salud de Usupun, son jóvenes con baja escolaridad, amas de casa en su mayoría y con conyugue.

2.- En cuanto a la accesibilidad de las usuarias de las usuarias de PF encontramos, la accesibilidad geográfica, la dificultad de transporte y el horario limitado de atención, dificultan el acceso a los servicios de salud.

3.- Según la calidad de atención de las usuarias de PF del centro de Usupun podemos concluir, que la mayoría fueron tratadas con amabilidad, respeto y privacidad, además recibieron consejería y explicación de los métodos de Planificación Familiar, aclarando dudas; el tiempo de consulta lo consideraron suficiente así mismo están satisfechas con el método recibido, el método más usado es el oral, seguido del Depoprovera.

4.- Según la satisfacción de las usuarias de PF del centro de salud de Usupun podemos concluir, que la mayoría están satisfechas con la atención recibida, así mismo dicen que regresarán al centro de salud para seguimiento de control en el programa de PF.



## **XI.- RECOMENDACIONES**

1. Para la Región Sanitaria No. 8: Involucrar a los diferentes actores sociales, gobiernos locales, ONG-s en el componente de promoción en planificación familiar del Departamento de Gracias a Dios.
2. Para el Departamental de Salud: solicitar al Director Regional incluir en el Plan Operativo y Plan Estratégico Regional y Municipal actividades de promoción del Programa de Planificación Familiar
3. Para el programa de Planificación Familiar y el Equipo de salud: Fortalecer al personal institucional en el componente de consejería, educación e información dirigido a las usuarias de Planificación Familiar, en el municipio de Puerto Lempira.
4. Para las ONGs que trabajan en programas de salud sexual y reproductiva: solicitar apoyo para el financiamiento de campañas educativas, elaboración , impresión y reproducción del material educativo en dialecto miskito.
5. Para las usuarias en general: Socializar los resultados del estudio con el equipo del Centro de Salud, para buscar estrategias de cómo mejorar la atención del Programa de Planificación Familiar en el departamento (horario de atención, garantizar insumos como son los métodos anticonceptivos)

## XII.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R, Geller J, Shelton J. Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. OMS-OPS. pag.12.
2. Op. Cit . Pgna. 13.
- 3.March J, Prieto MA. La calidad y la salud pública: Un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. Rev Calidad Asistencial 2001(16):57-60.
- 4.Williams T, Schutt J, Cuca Y. Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a través de encuestas de satisfacción de clientes. Perspectivas Internacionales de Planificación Familiar 2001;Número Especial 2001:14-23.
- 5.Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: What do they mean? American Journal of Public Health 1981;71(4):409-12.
- 6.Mullan M. Avedis Donabedian: Una experiencia directa con la calidad de atención. Informando & Reformando. Boletín Trimestral de NAADIIR/AL 2001(8).
- 7.Frank J. In Memoriam. Avedis Donabedian, MD, MPH. 1919-2000. Salud Pública de México 2000;42(6):2-3.
- 8.Ramírez T, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex 1998;40(3):3-12.
- 9.SNA. Mejoras en los servicios y la perspectiva del cliente. La estructura para mejorar los servicios tiene características comunes incluido prestar mayor atención al cliente. Family Health International 1998;19(1):1-7.

- 10..Clará de Guevara C. Calidad de Atención a las usuarias de Planificación Familiar en las Unidades de Salud de Santa Tecla. In: Centro de Investigación en Ciencias y Humanidades (CICH), editor. Encuentro de la Red Centroamericana de Antropología; 2000; Santa Tecla, El Salvador C.A.: Presentación de Ponencias. Universidad Dr. José Matías Delgado; 2000.
- 11.Romero X, García C, Aldaña A, Chambers V. Calidad de Atención del Aborto: Percepción de las Usuarias. In.: Hospital Mauro Belaunzarán Tapia de Cuautla, Morelos; 2000.
- 12.kleiman RL. Anticoncepción sistémica.Federación internacional de planificación familiar. Inglaterra: Publicaciones IPF 1974: 24
- 13.Foege, William et al. Contracepción and Reproducción. Health consequences for women and children in developing countries. 1990.
- 14.Perfil de salud del centro de salud de Usupun. Municipio de Puerto Lempira, Gracias a Dios. 2003.
- 15.Kite S. Family planning provisions: Whose needs are being met? *Brit J Fam Plann* 1990;16:109-13.
- 16.-Padilla Vinuesa MC, Importancia de los servicios de calidad en Planificación familiar, España.
- 17.-Moliner Ma, MolinerJ: La calidad percibida del servicio de un centro de Planificación familiar, España, 1992.
- 18.Saturno PJ; Quintana O; Varo J: Que es la calidad. Tratado de calidad en atención primaria, 1994
- 19.- Ortega Benito JM: La auditoria medico clínica. La calidad de la atención medica, España, 1995.

# Anexos

Cuestionario de percepción de los métodos de planificación familiar,  
CESAMO de Usupun, Julio, 2004, UNAN, CIES.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad en años: cuantos años tiene
2. Escolaridad : grados cursados
3. Ocupación: que ocupación tiene
4. Estado civil. Cual es su estado civil
5. Demanda de los servicios de salud  
(Atención nueva o de control)

ACCESIBILIDAD

5. Medio de transporte: colectivo, particular, a pie
6. Conveniencia del horario de atención : si-----no-----
7. Percepción de la rapidez de atención si-----no-----
8. Facilidad para asistir al centro de salud si-----no-----
9. Tiempo que tardan para trasladarse al Centro de Salud  
(minutos)

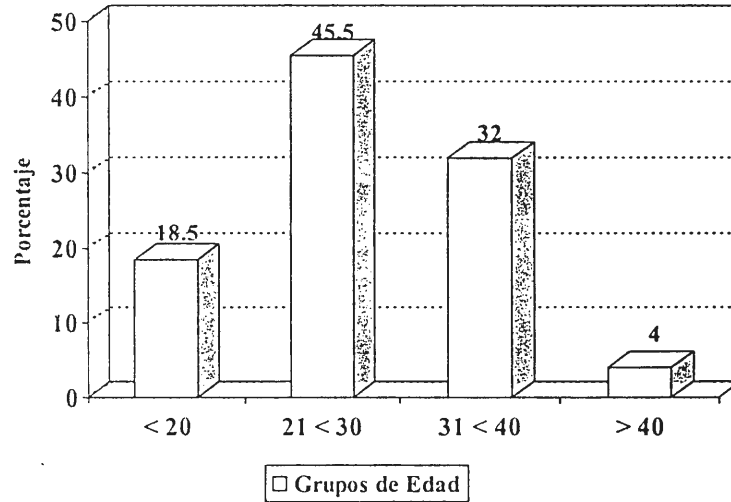
CALIDAD

10. Lo trataron con amabilidad si-----no-----
11. Con respeto si-----no-----
12. Con privacidad si-----no-----
13. Encontró limpias las instalaciones si-----no-----
14. Recibió consejería si-----no-----
15. Recibió explicación sobre los métodos si-----no-----
16. Tuvo facilidad para hacer preguntas y aclarar dudas si-----no-----
17. El tiempo de consulta fue suficiente si-----no-----
18. Recibió el método pedido si-----no-----
19. preferencia de los métodos usados

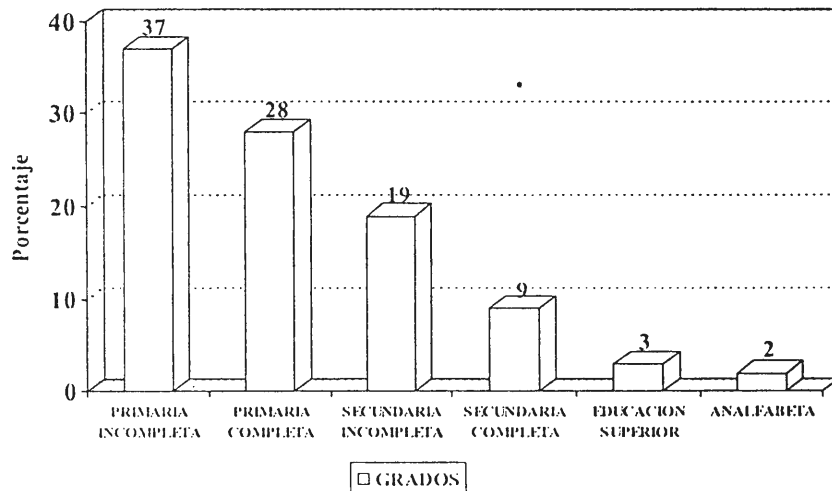
NIVEL DE SATISFACCIÓN

- 20.-Regresaría al Centro de salud si-----no-----
- 21.-Esta satisfecha con los servicios recibidos si-----no-----
- 22.-Cual fue el tiempo de permanencia en el centro de salud  
( minutos )

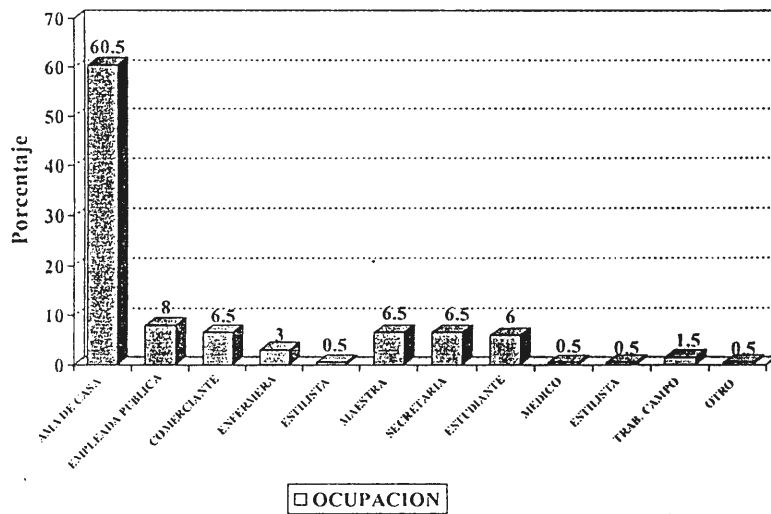
**GRAFICO No. 1**  
**PORCENTAJE DE USUARIOS SEGÚN EDAD, PERCEPCION DE PLANIFICACION FAMILIAR, CESAMO USUPUN, GRACIAS A DIOS, HONDURAS 2004**



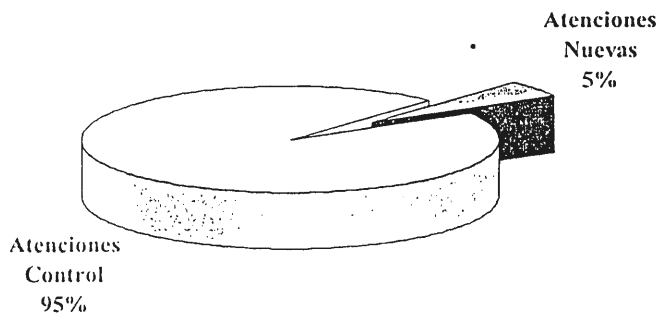
**GRAFICO No. 2**  
**PORCENTAJE DE USUARIOS SEGÚN ESCOLARIDAD, PERCEPCION DE PLANIFICACION FAMILIAR, CESAMO USUPUN, GRACIAS A DIOS, HONDURAS 2004**



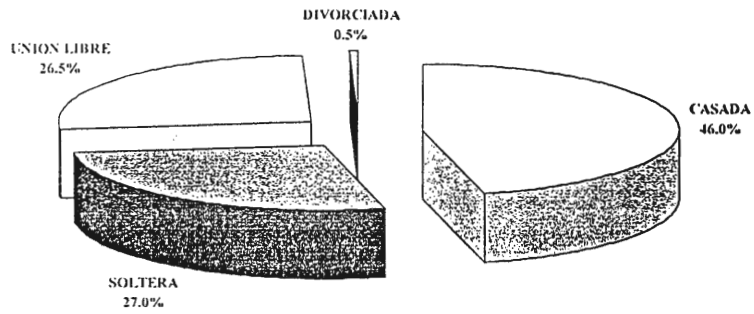
**GRAFICO No. 3**  
**PORCENTAJE DE USUARIOS SEGÚN OCUPACION, PERCEPCION DE PLANIFICACION FAMILIAR, CESAMO USUPUN, GRACIAS A DIOS, HONDURAS 2004**



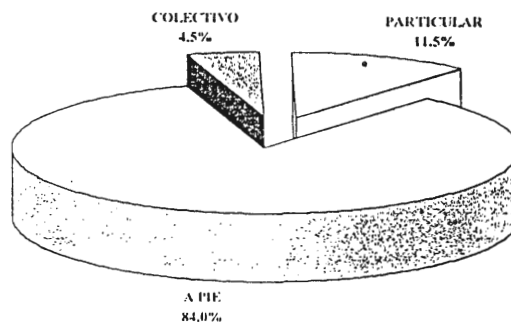
**GRAFICO No. 4**  
**PORCENTAJE DE USUARIOS SEGÚN ATENCION, PERCEPCION DE PLANIFICACION FAMILIAR, CESAMO USUPUN, GRACIAS A DIOS, HONDURAS 2004**



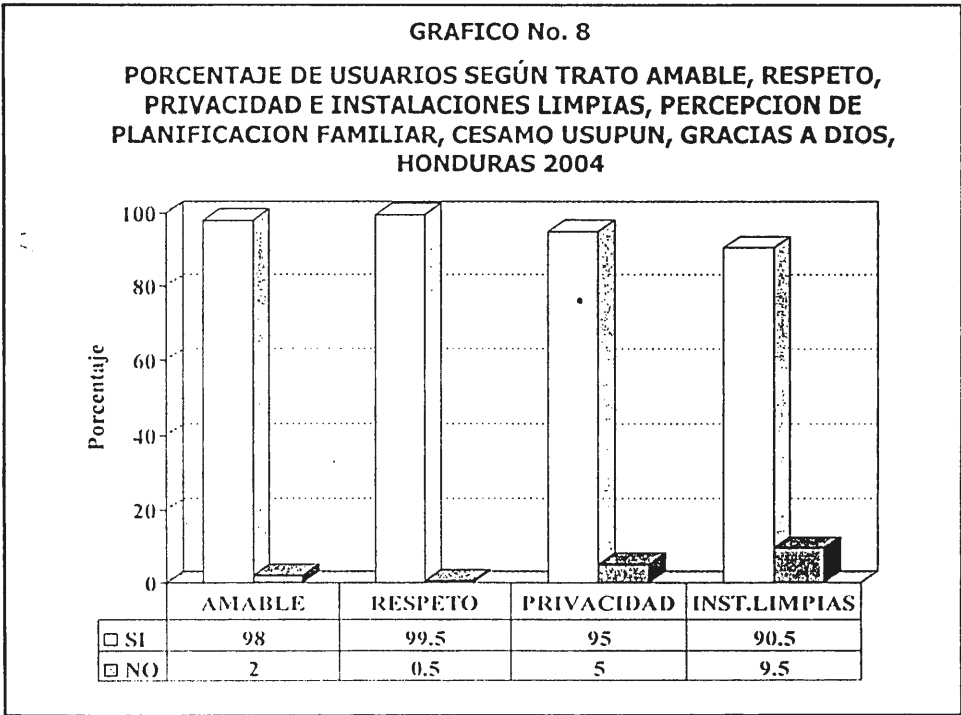
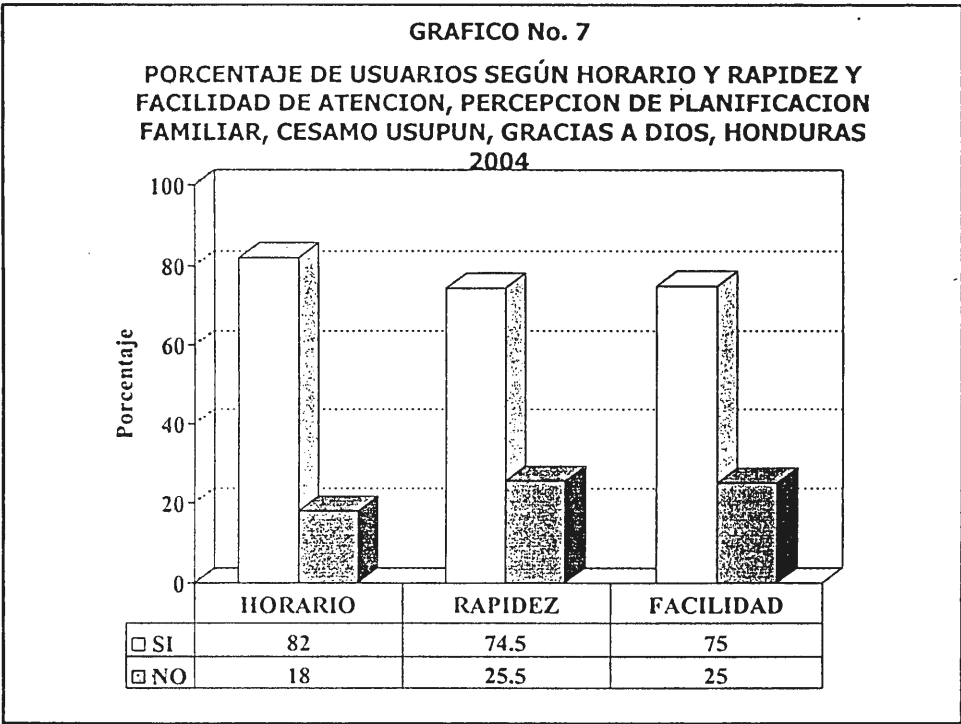
**GRAFICO No. 5**  
**PORCENTAJE DE USUARIOS SEGÚN ESTADO CIVIL, PERCEPCION DE PLANIFICACION FAMILIAR, CESAMO USUPUN, GRACIAS A DIOS, HONDURAS 2004**



**GRAFICO No. 6**  
**PORCENTAJE DE USUARIOS SEGÚN MEDIOS DE TRANSPORTE, PERCEPCION DE PLANIFICACION FAMILIAR, CESAMO USUPUN, GRACIAS A DIOS, HONDURAS 2004**

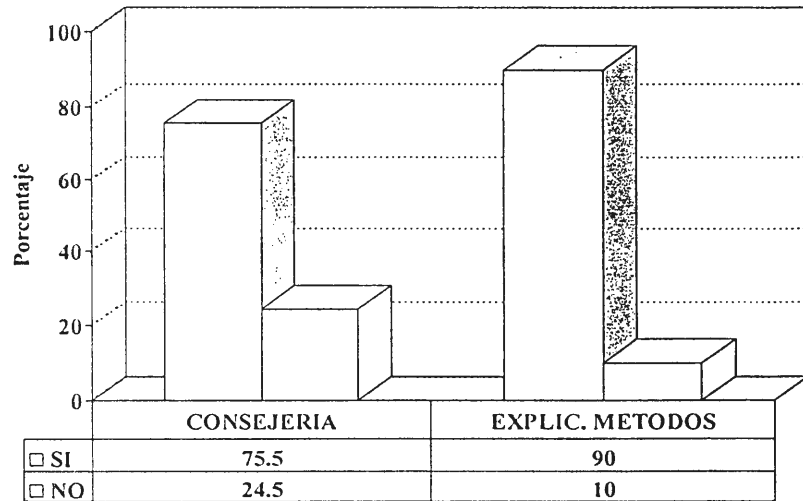






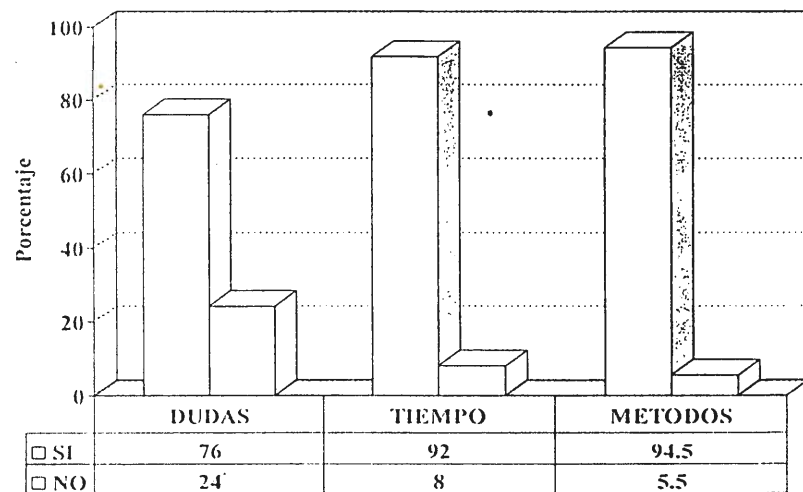
**GRAFICO No. 9**

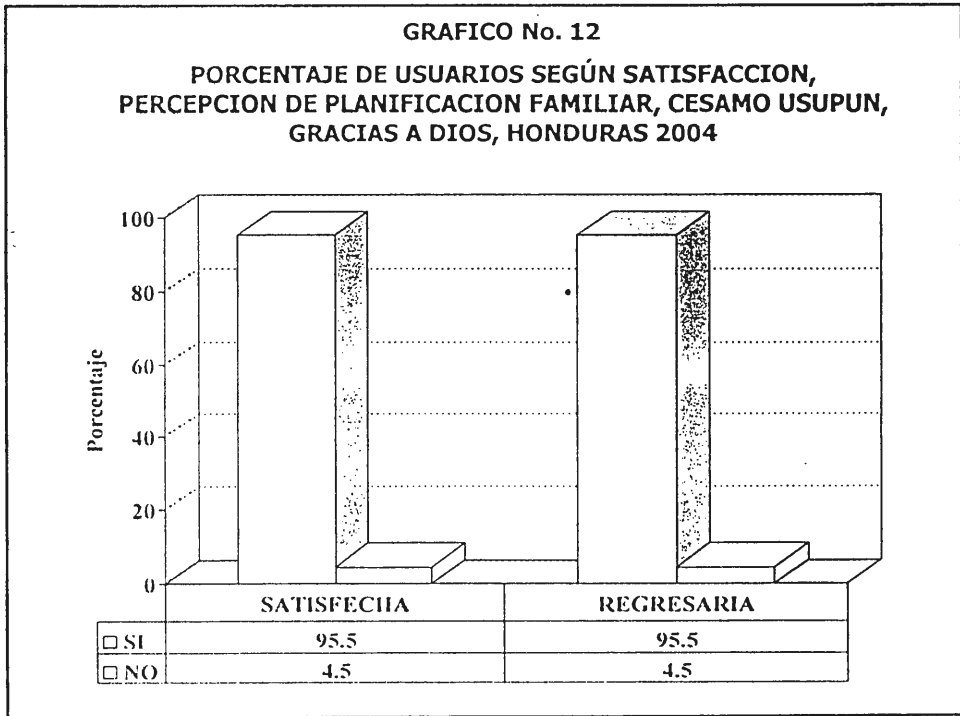
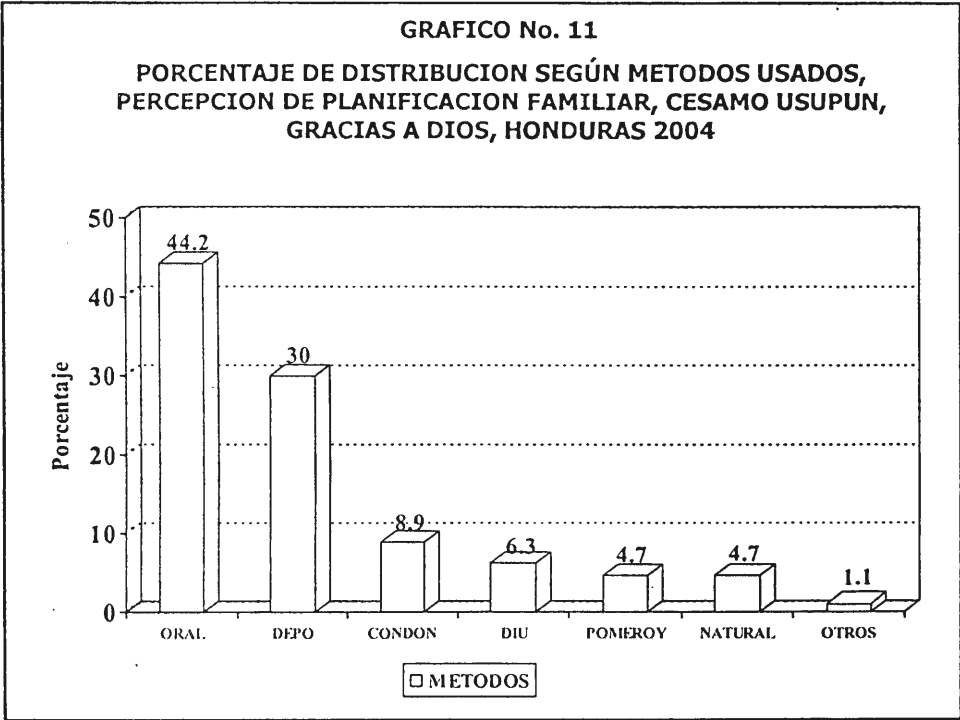
**PORCENTAJE DE USUARIOS SEGÚN CONSEJERIA Y EXPLICACION DE METODOS, PERCEPCION DE PLANIFICACION FAMILIAR, CESAMO USUPUN, GRACIAS A DIOS, HONDURAS 2004**



**GRAFICO No. 10**

**PORCENTAJE DE USUARIOS SEGÚN ACLARACION DE DUDAS, TIEMPO DE CONSULTA Y METODO PEDIDO, PERCEPCION DE PLANIFICACION FAMILIAR, CESAMO USUPUN, GRACIAS A DIOS, HONDURAS 2004**





**PORCENTAJE DE USUARIAS SEGÚN EDAD, PERCEPCION SOBRE CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN PLANIFICACION FAMILIAR  
SEGUN EDAD; CESAMO USUPUN; GRACIAS A DIOS HONDURAS; 2004**

**Cuadro # 1**

GRUPOS DE EDAD	Nº	%
< 20a	37	18.5
20-30a	91	45.5
31-40a	64	32
> 40a	8	4

**PORCENTAJE DE USUARIAS SEGÚN ESCOLARIDAD, PERCEPCION SOBRE CALIDAD; DE LOS SERVICIOS EN PLANIFICACION FAMILIAR;  
; CESAMO DE USUPUN, GRACIAS A DIOS AÑO 2004.**

**Cuadro # 2**

GRADOS	Nº	%
PRIMARIA COMPLETA	75	37.5
SECUNDARIA INCOMPLETA	56	28
SECUNDARIA COMPLETA	38	19
SUPERIOR	19	9.5
ANALFABETO	7	3.5
	5	2.5

**PORCENTAJE DE USUARIAS SEGÚN OCUPACION**

*PERCEPCION SOBRE CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN PLANIFICACION FAMILIAR  
; CESAMO USUPUN; GRACIAS A DIOS: AÑO 2004*

**Cuadro # 3**

<b>OCUPACION</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
AMA DE CASA	121	60.8
EMPLEADA PUBLICA	16	8
COMERCIANTES	13	6.5
MAESTROS	13	6.5
SECRETARIA	13	6.5
ESTUDIANTES	12	6
ENFERMERAS	6	3.0
TRABAJADORES DE CAMPO	3	1.5
MEDICO	1	0.5
OTROS	1	0.5
ESTILISTA	1	0.5

*PORCENTAJE DE USUARIAS; SEGUN LA ATENCION; PERCEPCION DE PLANIFICACION  
CESAMO USUPUN; GRACIAS A DIOS HONDURAS; 2004*

**Cuadro # 4**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
NUEVAS	10	5
CONTROL	190	95

**PORCENTAJE DE USUARIOS; SEGUN ESTADO CIVIL  
CESAMO USUPUN; GRACIAS A DIOS HONDURAS; 2004**

**Cuadro # 5**

ESTADO CIVIL	Nº	%
CASADA	92	46
SOLTERA	54	27
UNION LIBRE	53	26.5
DIVORCIADA	1	0.5

**PORCENTAJE DE USUARIAS SEGÚN MEDIOS DE TRANSPORTE  
PERCEPCION DE ACCESIBILIDAD DE USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR  
CESAMO DE USUPUN; HONDURAS; 2004**

**Cuadro # 6**

MEDIOS DE TRANSPORTE	Nº	%
A PIE	168	94
PARTICULAR	23	11.5
COLECTIVO	9	4.5

**PORCENTAJE DE USUARIOS SEGÚN HORARIO DE ATENCION, RAPIDEZ Y FACILIDAD DE ATENCION  
PERCEPCION DE ACCESIBILIDAD DE USUARIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR  
CESAMO DE USUPUN; HONDURAS; 2004**

**Cuadro #7**

ATENCION DE USUARIAS SEGUN:	SI	%	NO	%
HORARIO DE ATENCION	164	82	36	18
CONVENIENTE RAPIDEZ DE ATENCION	149	74.5	51	25.5
FACILIDAD DE ACCESO	150	75	50	25

**PORCENTAJE DE USUARIAS SEGÚN TRATO AMABLE, RESPETO , PRIVACIDAD E INSTALACIONES LIMPIAS**  
**PERCEPCION DE USUARIAS SOBRE LA CALIDAD DE ATENCION DE PLANIFICACION FAMILIAR**  
**GRACIAS A DIOS; AÑO 2004.**

**Cuadro # 8**

<b>CALIDAD DE ATENCION SEGUN:</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
TRATO AMABLE	196	98	4	2
TRATO RESPETO	199	99.5	1	0.5
PRIVACIDAD	190	95	10	5
INSTALACIONES	191	90.5	19	9.5

**PERCEPCION DE USUARIAS SOBRE LA CALIDAD DE ATENCION DE PLANIFICACION FAMILIAR**  
**SEGUN CONSEJERIA Y EXPLICACION SOBRE LOS METODOS, CESAMO DE USUPUN; GRACIAS A DIOS; 2004.**

**Cuadro # 9**

<b>CALIDAD DE ATENCION SEGUN:</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
CONSEJERIA RECIBIDA	151	75.5	49	24.5
EXPLICACION SOBRE LOS METODOS	180	90	20	10

**PORCENTAJE DE USUARIAS SEGÚN: ACLARACION DE DUDAS, TIEMPO DE CONSULTA Y METODO PEDIDO  
PERCEPCION SOBRE LA CALIDAD DE ATENCION DE PLANIFICACION FAMILIAR  
CESAMO DE USUPUN; GRACIAS A DIOS; 2004.**

**Cuadro # 10**

<b>CALIDAD DE ATENCION SEGUN:</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
FACILIDAD DE ACLARAR DUDAS	152	76	48	24
EL TIEMPO FUE SUFICIENTE	184	92	16	8
LE PROPORCIONARON EL METODO PEDIDO	189	94.5	11	5.5

**PORCENTAJE DE DISTRIBUCION, SEGÚN METODOS USADOS,  
PERCEPCION ; CESAMO DE USUPUN; GRACIAS A DIOS, 2004**

**Cuadro # 11**

<b>METODO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
ORAL	89	44.2
DEPOPROVERA	60	30
CONDONES	18	8.9
DIU	13	6.3
POMEROY	9	4.7
M- NATURAL	9	4.7
OTRO METODO	2	1.1



**PERCEPCION DE SATISFACCION DE USUARIAS EN PLANIFICACION FAMILIAR;**

**CESAMO DE USUPUN; GRACIAS A DIOS, 2004**

**Cuadro # 12**

<b>PERCEPCION DE SATISFACCION</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%}</b>
REGRESARIA A US	190	95.5	10	5
SATISFACCION DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS	191	95.5	9	4.5

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE QUEDARON SATISFECHAS SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

**Cuadro # 13**

NIVEL DE ESCOLARIDAD	SATISFACCION			
	SI	%	NO	%
ANALFETISMO	4	80	1	20
PRIMARIA- 1-3a	47	96.4	2	3.6
PRIMARIA 4-6	79	96.7	3	3.3
SECUNDARIA 1-2	10	100		
SECUNDARIA 3-5	26	92.5	2	7.5
UNIVERSITARIO 1-4	24	98.7	1	1.3
UNIVERSITARIO 5Y +				

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE QUEDARON SATISFECHAS SEGUN EL ESTADO CIVIL**

**Cuadro # 14**

ESTADO CIVIL	SATISFACCION			
	SI	%	NO	%
CASADO	88	95.7	4	4.3
DIVORCIADO	10	100		
SOLTERO	50	94.3	3	5.7
UNION LIBRE	52	96.3	2	3.7

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE FUERON SATISFECHAS Y QUE SON ATENCIONES NUEVAS O DE CONTROL**

**Cuadro # 15**

ATENCION	SATISFACCION			
	SI	%	NO	%
NUEVA	10	100		
CONTROL	180	95.2	9	4.8

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE QUEDARON SATISFECHAS CON LA ATENCION RAPIDA**

**Cuadro # 16**

ATENCION RAPIDA	SATISFACCION			
	SI	%	NO	%
NO	47	92.2	4	17.8
SI	144	96.6	5	3.4

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE QUEDARON SATISFECHAS CON LA CONSEJERIA RECIBIDA**

**Cuadro # 17**

CONSEJERIA	SATISFACCION			
	SI	%	NO	%
SI	147	97.4	4	2.6
NO	44	89.8	5	10.2

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE ESTAN SATISFECHAS CON EL HORARIO DE ATENCION**

**Cuadro # 18**

HORARIO DE ATENCION	SATISFACCION			
	SI	%	NO	%
SI	159	97	5	3
NO	32	88.9	4	11.1

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE FUERON TRATADAS CON AMABILIDAD Y QUEDARON SATISFECHAS**  
**Cuadro # 19**

AMABILIDAD	SATISFACCION			
	SI	%	NO	%
SI	187	97.9	4	2.1
NO	9	100		

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE FUERON TRATADAS RESPETUOSAMENTE Y QUEDARON SATISFECHAS**  
**Cuadro # 20**

TRATO RESPETUOSO	SATISFACCION			
	SI	%	NO	%
SI	188	98.4	3	1.6
NO	9	100		

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE ACLARARON DUDAS SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD**  
**Cuadro # 21**

ESCOLARIDAD	ACLARAR DUDAS			
	SI	%	NO	%
ANALFABETA	3	60	2	40
PRIMARIA- 1-3a	33	57.6	16	28.96
PRIMARIA 4-6	67	85.13	15	14.87
SECUNDARIA 1-2	9	92.85	1	7.15
SECUNDARIA 3-5	19	66.3	9	33.7
UNIVERSITARIO 1-4	20	93.4	5	6.6
UNIVERSITARIO 5Y +	1	100		

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE RECIBIERON CONSEJERIA DURANTE EL TIEMPO DE CONSULTA**  
**Cuadro # 22**

TIEMPO DE CONSULTA	CONSEJERIA			
	SI	%	NO	%
SI	142	77	42	22.8
NO	9	56.3	7	43.8

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE RECIBIERON EL METODO PEDIDO**  
**Cuadro # 23**

METODO PEDIDO	METODO RECIBIDO			
	SI	%	NO	%
CONDON	17	100		
DEPOPROVERA	57	100		
DIU	12	100		
NAT	9	100		
ORAL	84	100		
OTRO	50	100		
POMEROY	9	100	1	50

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE FUERON TRATADAS CON AMABILIDAD Y REGRESARAN**  
**Cuadro # 24**

REGRESARIA	AMABILIDAD			
	SI	%	NO	%
SI	187	98.4	3	1.6
NO	8	88.9	1	11.1

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE FUERON TRATADAS CON PRIVACIDAD Y REGRESARON**

**Cuadro # 25**

REGRESARIA	PRIVACIDAD			
	NO	%	SI	%
NO			9	100
SI	10	5.3	180	94.7

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE RECIBIERON TIEMPO SUFICIENTE DE ATENCION Y REGRESARON**

**Cuadro # 26**

REGRESARIA	TIEMPO SUFICIENTE			
	NO	%	SI	%
NO	2	22.2	7	77.8
SI	14	7.4	176	92.6

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE RECIBIERON EL METODO PEDIDO Y REGRESARON**

**Cuadro # 27**

REGRESARIA	METODO PEDIDO			
	NO	%	SI	%
NO	6	66.7	3	33.3
SI	5	2.6	185	97.4

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE RECIBIERON EXPLICACION SOBRE EL METODO Y QUE REGRESARAN**  
**Cuadro # 28**

REGRESARIA	EXP. METODO			
	NO	%	SI	%
NO	6	66.7	3	33.3
SI	14	7.4	176	92.6

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE FUERON TRATADAS CON PRIVACIDAD Y REGRESARAN**  
**Cuadro # 29**

REGRESARIA	PRIVACIDAD			
	NO	%	SI	%
NO			9	100
SI	10	5.3	180	94.7

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE TUVIERON TIEMPO SUFICIENTE DE CONSULTA Y QUEDARON SATISFECHAS**  
**Cuadro # 30**

SATISFACCION	TIEMPO SUFICIENTE			
	NO	%	SI	%
NO	2	12.5	7	3.8
SI	14	87.5	177	96.2

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE RECIBIERON EL METODO PEDIDO Y REGRESARAN**

**Cuadro # 31**

REGRESARIA	METODO PEDIDO			
	NO	%	SI	%
NO	8	72.7	1	0.5
SI	3	27.3	188	99.5

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE QUEDARON SATISFECHAS SEGUN OCUPACION**

**Cuadro # 32**

OCUPACION	SATISFACCION			
	NO	%	SI	%
AMA DE CASA	6	5	115	95
COMERCIAL	1	7.7	12	92.3
EMP. PUBLICADO	1	6.2	15	93.8
ENFERMERA			6	100
ESTILISTA			1	100
ESTUD.			12	100
MAESTRA			13	100
MEDICO			1	100
SECRETARIA	1	7.7	12	92.3
T. DE CAMPO			3	100

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE ESTAN DEACUERDO CON EL HORARIO DE ATENCION SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD**

**Cuadro # 33**

ESCOLARIDAD	HORARIO DE ATENCION			
	NO	%	SI	%
ANALFABETA	2	40	3	60
PRIMARIA 1-3a	12	23.5	33	76.5
PRIMARIA 4-6a	16	18.2	66	81.8
SECUNDARIA 1-2			10	100
SECUNDARIA 3-5	2	8.5	26	91.5
UNIVERSITARIO 1-4	4	5.3	21	94.7
UNIVERSITARIO 5 Y +			1	100



**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE ESTAN DE ACUERDO CON EL HORARIO DE ATENCION SEGUN OCUPACION**

**Cuadro # 34**

OCUPACION	HORARIO ATENCION			
	NO	%	SI	%
AMA DE CASA	21	17.4	100	82.6
COMERCIANTE	4	30.8	9	69.2
EMP. PUBLICADO	4	25	12	75
ENFERMERA			6	100
ESTILISTA			1	100
ESTUD.	1	8.3	11	91.7
MAESTRA	4	30.8	9	69.2
MEDICO			1	100
SECRETARIA	1	7.7	12	92.3
T. DE CAMPO	1	38.3	2	66.7

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE RECIBIERON ATENCION RAPIDA SEGUN GRUPO DE EDAD**

**Cuadro # 35**

EDAD	ATENCION RAPIDA			
	NO	%	SI	%
< 20	6	16.2	23	83.8
20-30	20	31.2	70	68.8
31-40a	15	23.9	49	76.1
> 40a	1	10	6	90.0

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE RECIBIERON ATENCION RAPIDA SEGUN OCUPACION**

**Cuadro # 36**

OCUPACION	ATENCION RAPIDA			
	NO	%	SI	%
AMA DE CASA	30	58.0	91	61.5
COMERCIANTE	4	7.8	9	6.1
EMP. PUBLICADO	7	13.7	9	6.1
ENFERMERA			6	4.1
ESTILISTA			1	0.7
ESTUD.	2	3.9	10	6.8
MAESTRA	3	5.9	10	6.8
MEDICO			1	0.7
SECRETARIA	4	7.8	9	6.1
T. DE CAMPO	1	2	2	1.4

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE TUVIERON FACILIDAD PARA ASISTIR LA CENTRO SEGUN GRUPO DE EDAD**

**Cuadro # 37**

EDAD	FACILIDAD			
	NO	%	SI	%
< 20a	6	18.65	23	81.35
20-30a	25	24.0	74	86.0
31-40a	41	20.52	49	79.48
> 40a	4	46.6	4	53.34

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE TUVIERON FACILIDAD DE ATENCIÓN SEGUN ESCOLARIDAD**

**Cuadro # 38**

ESCOLARIDAD	FACILIDAD			
	NO	%	SI	%
ANALFABETA	1	2.0	4	2.7
PRIMARIA 1-3a	20	13.3	29	6.5
PRIMARIA 4-6a	23	15.3	59	13.1
SECUNDARIA 1-2			10	3.35
SECUNDARIA 3-5	3	2.0	25	5.53
UNIVERSITARIO 1-4	3	1.5	22	3.65
UNIVERSITARIO 5 Y +			1	0.7

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE REGRESARAN SEGUN GRUPO DE EDAD**

**Cuadro # 39**

EDAD	REGRESARIA			
	NO	%	SI	%
< 20a	1	2.35	28	97.62
20-30a	3	2.92	87	97.08
31-40a	5	7.75	59	92.25
> 40a			8	100

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE REGRESARAN CON NIVEL DE ESCOLARIDAD**

**Cuadro # 40**

ESCOLARIDAD	REGRESARIA			
	NO	%	SI	%
ANALFABETA	2	40.0	3	60.0
PRIMARIA 1-3a	3	5.2	46	91.8
PRIMARIA 4-6a			82	100
SECUNDARIA 1-2			9	100
SECUNDARIA 3-5	2	13.0	26	97.0
UNIVERSITARIO 1-4	2	2.62	23	97.38
UNIVERSITARIO 5 Y +			1	100

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE REGRESARIAN SEGUN ESTADO CIVIL**

**Cuadro # 41**

ESTADO CIVIL	REGRESARIA			
	NO	%	SI	%
CASADA	4	4.4	87	95.6
DIVORCIADA			1	100
SOLTERA	3	5.7	50	94.3
UNION LIBRE	2	3.7	52	96.3

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE RECIBIERON CONSEJERIA SEGUN ESCOLARIDAD**

**Cuadro # 42**

ESCOLARIDAD	CONSEJERIA			
	NO	%	SI	%
ANALFABETA	3	60.0	2	40.0
PRIMARIA 1-3a	14	28.0	35	72.0
PRIMARIA 4-6a	15	17.3	67	82.7
SECUNDARIA 1-2	12	33.4	8	66.65
SECUNDARIA 3-5	6	24.4	22	75.6
UNIVERSITARIO 1-4	9	45.4	16	54.6
UNIVERSITARIO 5 Y +			1	100

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE RECIBIERON EXPLICACION DE METODOS SEGUN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD**

**Cuadro # 43**

ESCOLARIDAD	EXPLICACION METODO			
	NO	%	SI	%
ANALFABETA	2	40.0	3	60.0
PRIMARIA 1-3a	5	9.9	44	90.1
PRIMARIA 4-6a	5	9.9	77	90.1
SECUNDARIA 1-2	1	7.15	9	92.85
SECUNDARIA 3-5	4	13.1	24	86.9
UNIVERSITARIO 1-4	3	7.9	18	92.1
UNIVERSITARIO 5 Y +			5	100

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE RECIBIERON EL METODO PEDIDO SEGUN EL TIPO DE OCUPACION**

**Cuadro # 44**

OCUPACION	METODO PEDIDO			
	NO	%	SI	%
AMA DE CASA	7	5.8	114	64.2
COMERCIANTE	1	7.7	12	92.3
EMP. PUBLICADO	1	6.2	15	93.8
ENFERMERA			6	100
ESTILISTA			1	100
ESTUD.	1	8.3	11	91.7
MAESTRA			13	100
MEDICO			1	100
SECRETARIA	1	7.7	12	92.3
T. DE CAMPO			3	100

**PORCENTAJE DE USUARIAS QUE REGRESARIAN SEGUN LA EDAD**

**Cuadro # 45**

EDAD	REGRESARIA			
	NO	%	SI	%
< 20a	7	20.0	22	80.0
20-30a	22	24.5	77	75.5
31-40a	17	27.5	47	72.5
> 40a	3	33.58	14	66.42

**PORCENTAJE DE USUARIAS, SEGÚN ESTADO CIVIL Y METODO UTILIZADO**

**CUADRO # 46**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>CONDON</b>	<b>%</b>	<b>DEPO.PROV.</b>	<b>%</b>	<b>DIU</b>	<b>%</b>	<b>NAT</b>	<b>%</b>	<b>ORAL</b>	<b>%</b>	<b>OTRO</b>	<b>%</b>	<b>POMERY</b>	<b>%</b>
CASADA	8	9.1	30	34.1	4	4.5	3	3.4	36	41	1	1.1	6	6.8
DIVORCIADA									1	100				
SOLTERA	4	8	15	30	7	14	2	4	19	38	1	2	2	4
UNION LIBRE	5	9.8	12	23.5	1	2	4	7.8	28	55			1	2

# IMPORTANCIA DE LOS SERVICIOS DE CALIDAD EN PLANIFICACION FAMILIAR

---

*Padilla Vinuesa MC*

---

*Hospital Universitario "San Cecilio". Dpto. De Obstetricia y Ginecología (Granada)*

---

## **INTRODUCCION**

*La Ley general de Sanidad recoge, como una de la características fundamentales del Sistema Nacional de Salud (SNS), "la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados" y, como una de las actuaciones a desarrollar por las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud, "el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria a todos sus niveles". Esta evaluación y control de la calidad a que se refiere la Ley, tiene su razón de ser en términos de mejora del resultado final que se produce. Medir la calidad sólo tiene sentido si es para mejorarla. Esto no sólo es factible en sanidad sino que además, es imprescindible para conocer la asistencia que se presta y mejorarla en lo posible. La medida y mejora de la calidad asistencial ha experimentado grandes cambios en los últimos años. Los conceptos se han ido sucediendo: se ha pasado del control de calidad, a la mejora de la calidad, a la calidad total, a la mejora continua de la calidad, a medir costes de la no calidad, a medir la adecuación de los tratamientos y de las estancias y toda una serie de actividades, en muchas ocasiones muy complejas. Los médicos y enfermeras han reaccionado a esa compleja evolución con un cierto escepticismo. Sin embargo, ni el sistema sanitario ni los profesionales de la salud pueden permitirse el lujo de no ser los protagonistas de los programas de calidad, ya que la experiencia permite demostrar que, para que un programa de calidad funcione, es preciso que sea llevado a cabo por los profesionales, asumido como prioridad, y en colaboración con los gestores.*

## **¿POR QUÉ PREOCUPARSE POR LA CALIDAD?**

*Es evidente que existe un interés creciente por la calidad en todos los sectores y también en el sector sanitario. Un interés que afecta a todos los implicados: pacientes (o población receptora de los servicios), gestores y profesionales de la salud. La población está cada vez más informada, exige y reclama cada vez más sobre la Calidad de los servicios. Los gestores, sobre la base de una preocupación por los costes en esta situación de crisis permanente en la que parece que esté el sistema de salud. Finalmente los profesionales de la salud siempre han estado interesados en la Calidad de forma menos implícita, aunque sólo sea por cuestiones de ética relacionadas con tres puntos fundamentales en su trabajo: responder a la confianza que los pacientes depositan en ellos, ser consecuentes con el compromiso científico que va inherente a la práctica de la medicina y por la responsabilidad de mantener la competencia profesional. Por estos motivos, los profesionales deben ser los primeros en defender la calidad, para que, entre otras cosas, no se vea afectada por recortes del gasto sanitario.*

## **CONCEPTO DE CALIDAD**

*Desde que con la Revolución Industrial se fué desplazando progresivamente la manera artesanal de producir para implantarse el trabajo en serie o en cadena, ha sido una constante en el mundo empresarial la preocupación por la calidad del producto final. Ahora bien, no es nada fácil entender y definir la calidad en sentido genérico, ya que el producto final puede ser contemplado desde diferentes ópticas, poniendo cada una de ellas énfasis en algunos aspectos que carecen de interés para los demás. Para orientarnos en la idea de Calidad, vamos a distinguir tres niveles como se representa en la FIGURA 1. Un concepto general de*



calidad sería aplicable a cualquier producto o servicio de cualquier empresa. Un segundo nivel sería una definición de Calidad para un tipo determinado de producto o de servicios, por ejemplo, calidad en atención sanitaria o servicios de salud en general. Un tercer nivel sería especificar qué es Calidad en referencia a un producto o servicio concreto, como por ejemplo Servicios de Planificación Familiar. En general, se puede afirmar que el concepto de calidad de un producto siempre hay que referirlo a algo. Se define como el grado de adecuación de un producto a lo esperado. Es decir que depende de las expectativas o, lo que es lo mismo, de los objetivos marcados. Si difícil resulta definir la Calidad desde un punto de vista industrial, estas dificultades se acrecientan al intentar definir las desde el punto de vista de los Servicios Sanitarios, puesto que el producto que se pretende conseguir (LA SALUD), es muy difícil de medir. La propia definición de salud incluye aspectos como bienestar, lleno de matices subjetivos, que además están influenciados por multitud de circunstancias no precisamente sanitarias. Definir lo que se entiende por Calidad de la Asistencia o Calidad de los Servicios de Salud no es fácil, pero tampoco es irrelevante para la práctica y menos cuando hay que cuantificarla (medirla), tenemos que tener claro que quiere decir "Calidad de la Asistencia" cuando va a ser este el concepto que vamos a medir. Se ha definido la Calidad en Servicios de Salud como "La provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario". Por otra parte, la manera de definir la Calidad en los Servicios Sanitarios suele ser diferente en función del lugar y del rol que se ocupa en la organización: no es lo mismo la manera de percibir la calidad para el paciente, para el administrador o para el profesional (FIGURA 2). Los tres círculos de la figura 2 se superponen ya que es obvio que ninguno de ellos puede, aisladamente, conseguir una mejora de la calidad de la asistencia. Los interesados en la calidad de la atención sanitaria van a ser varios y con muy diversos intereses, según quien la recibe, quien la realiza y quien la patrocina u organiza, lo cual conduce a pensar que podría existir un conflicto de intereses entre ellos.

#### **¿PARA QUE MEDIR LA CALIDAD?**

Medir la calidad de los servicios sanitarios no es una constante de la actividad diaria debido probablemente a que el concepto de calidad es relativo, multidimensional e interesado y trae complicaciones a la hora de ponerse de acuerdo sobre ¿qué medir?, ¿cómo hacerlo?, ¿para qué?, ¿por qué?. Antes de plantearnos qué medir y cómo, hemos de plantearnos para qué y por qué lo hacemos, ya que, aunque a veces sea difícil medir calidad, no es imposible. El objetivo fundamental que nos planteamos a la hora de medir la calidad es MEJORAR, si no, no tiene sentido medir. Al medir o controlar la calidad se compara una situación, previamente definida como deseable, con la realidad, se identifican problemas y se analizan las causas, se proponen soluciones y se verifica si éstas han sido útiles para mejorar la situación inicial.

#### **¿QUE MEDIMOS EN CALIDAD?.**

##### **DIMENSIONES DE LA CALIDAD**

Para intentar soslayar las dificultades que nos encontramos a la hora de definirla y partiendo de la premisa de que el objetivo fundamental de los Servicios Sanitarios es prestar una Atención de Optima Calidad, se han desglosado los componentes que configuran esta atención y que son los que se van a poder cuantificar. 1)CALIDAD CIENTIFICO-TECNICA O COMPETENCIA PROFESIONAL Hace referencia a la capacidad de los profesionales de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existente para abordar los problemas de salud, es decir para producir salud. En la mayoría de las definiciones se incluye dentro de este concepto tanto aspectos científico-técnicos, en sentido estricto como de trato interpersonal. Este componente se puede evaluar desde el punto de vista de los profesionales ( a su vez el más utilizado, ya que se manejan criterios clínicos que les son muy familiares), y también desde el punto de vista de los logros en salud y satisfacción del usuario. 2)EFECTIVIDAD Es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe. Se refiere, pues, al impacto de un determinado procedimiento en términos de mejoras de salud. Durante algún tiempo se ha venido utilizando de forma confusa o intercambiable con el término EFICACIA, aunque en la actualidad, se entiende por EFICACIA "la probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones ideales de uso"; mientras que EFECTIVIDAD sería "la probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones de uso normales". 3)EFICIENCIA Introduce el concepto de costes y consiste en alcanzar el máximo beneficio posible al menor coste. La necesidad de la eficiencia en todas las actividades surge del hecho de que nunca habrá

suficientes recursos para satisfacer completamente todas las necesidades humanas. La utilización de los recursos en una determinada actividad implica inevitablemente una decisión y un sacrificio, ya que se pierde la oportunidad de usar estos mismos recursos en otras actividades. La adopción de este criterio (eficiencia) implica que las elecciones en atención sanitaria deben ser realizadas de forma que se consiga el máximo beneficio de los recursos disponibles para la comunidad. 4) **ACCESIBILIDAD** Puede definirse como la facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicas, culturales y emocionales. Bajo este aspecto dimensional de la Calidad subyace la necesidad de cuantificar si la atención sanitaria llega o no a quién la necesita y cuando la necesita. Uno de los criterios o indicadores de Calidad más directos y con frecuencia medidos en relación a la accesibilidad es la "cobertura": baja cobertura equivale a mala calidad por probable defecto en la accesibilidad. Muy implicada con esta dimensión e identificada con ella por algunos autores, la **EQUIDAD**, según la cual se trata no sólo de que los cuidados científicos óptimos sean accesibles, sino también que sus profesionales estén en disposición de ofrecer mayor atención a quien más lo necesita, e igual atención a igual necesidad. En sistemas sin vocación de cobertura universal o bien en entidades privadas, puede prescindirse perfectamente de la accesibilidad y de la equidad como componentes de lo que es un servicio de calidad y ceñirse a los servicios que ofrecen y pueden obtener los clientes que pueden acceder a ellos. 5) **ADECUACION** Es la medida en que la atención sanitaria se corresponde con las necesidades del paciente, es decir, adecuado es sinónimo de correcto, conveniente o necesario para la patología concreta que es atendida. Es la necesidad de medir de alguna manera si la elección del tipo y cantidad de atención (ya sea en individuos o en poblaciones), es razonable a luz del conocimiento científico existente. Este es un concepto que resulta muy difícil de separar, a la hora de ser medido, de la calidad científico-técnica o competencia profesional. 6) **CONTINUIDAD EN LA ATENCION** Se refiere a un seguimiento ininterrumpido por parte de los profesionales de las necesidades sanitarias del individuo (o población atendida), para darles respuesta. La continuidad implica una coordinación intraequipo y entre los diferentes niveles asistenciales. 7) **ATENCION INTEGRAL** Se trata de cubrir todas las necesidades sanitarias del individuo y/o población atendida; requiere identificar sus problemas y darles respuesta. En ella se incluye la prestación de cuidados tanto en el plano biológico como psicológico y social, llevada a cabo mediante acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, haciendo especial incapié en la educación para la salud como medio para alcanzarla. 8) **SATISFACCION DEL USUARIO** Puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumple con las expectativas del usuario. Esta dimensión se incluye dentro del concepto más amplio de aceptabilidad y cumplimiento o grado de colaboración del paciente, definido, a su vez, como la medida en que el paciente acepta y cumple el tratamiento y cuidados prescritos. En todo caso, llámese aceptabilidad o satisfacción, de lo que se trata es de tener en cuenta la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello. Parece destacar como probable que un mejor trato personal se asocia con una mayor satisfacción del usuario. Quizás por eso, se acepta comúnmente que, aparte del componente organizacional, la satisfacción se relaciona de manera muy directa con lo que se ha dado en llamar el "arte de la atención médica", y que incluso las diferencias entre las expectativas del usuario y lo que es científicamente correcto pueden minimizarse en la medida en que los profesionales son capaces de establecer una comunicación efectiva con los usuarios.

**EL CONCEPTO DE CALIDAD DE UN DETERMINADO SERVICIO** Hasta ahora hemos considerado los dos primeros niveles, más generales, de calidad, que son el marco de referencia necesarios, que orientan. Consideremos ahora un tercer nivel de especificación, que es el que resulta realmente operativo, y por lo tanto, el que vamos a manejar de manera preferente para su evaluación y mejora. La definición de calidad para un determinado servicio, dentro de los muchos que puede ofrecer nuestro centro, es diferente y peculiar para cada servicio y se puede llegar a ella tratando de responder a las siguientes preguntas: ¿qué quiere decir que sea accesible?, ¿cómo puedo asegurarme de que no tiene problemas de accesibilidad?, ¿qué quiere decir que se ofrece con un nivel óptimo de calidad científico-técnica?, ¿qué características me indican este nivel?, ¿qué importancia tienen la aceptabilidad y satisfacción de los usuarios?. En este servicio concreto ¿hay otros aspectos, otras dimensiones de la calidad distintas de las generales?. Una respuesta exhaustiva a estas preguntas nos producirá un listado de características o requisitos que nos definirán una

*atención de calidad para el problema de salud que intentamos definir. Este razonamiento está pensado, sobre todo, para los productos de la industria, pero la idea que subyace también es relevante para los servicios de salud: definamos bien nuestro servicio incluidas las características que creamos que ha de tener para que sea de calidad y después intentemos medirlas de forma directa o indirecta. De esta forma estamos obviando la discusión sobre las dimensiones de la calidad en general y centramos nuestros esfuerzos en en los criterios particulares que definan la calidad del servicio que nosotros ofrecemos a la población.*

#### **CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR**

*El principal objetivo de la Planificación Familiar es mejorar la calidad de vida. Cuando trabajamos para conseguir este objetivo debemos, reflexionar previamente sobre los ideales que tenemos acerca de la calidad de los servicios que estamos proporcionando. Ya desde la pasada década, se ha venido observando un creciente interés entre los profesionales y los grupos internacionales dedicados a la Planificación Familiar, en lo referente a la calidad de los servicios, ello tanto en respuesta a las necesidades de la población, como en la comprensión de que un aumento en la calidad de la asistencia en Planificación Familiar produce no sólo un aumento en la demanda, sino también una mayor aceptabilidad de sus métodos. Se han realizado análisis de los conceptos, principios, estrategias y actividades relacionadas con la calidad de la asistencia en Planificación Familiar, y se ha propuesto un marco para dirigir la discusión, poniéndose un mayor énfasis en la perspectiva de la satisfacción del cliente, siendo la base en la que los profesionales y los políticos-administradores-gestores deben centrar su actividad. Esta dimensión de la calidad en los servicios se ha considerado fundamental debido a las prioridades establecidas por la demografía y la Salud Pública. En Planificación Familiar, cuando pensamos en el cliente (también llamado usuario o paciente), deberíamos tener siempre presente que habrá muchas decisiones que van a influir en su comportamiento sexual y reproductivo, incluyendo en ello el uso de métodos contraceptivos, lo cual puede resultar penoso para algunas personas. Las decisiones que podamos tomar, van a tener un gran impacto en la vida familiar y personal, tanto a corto como a largo plazo, ya que suponen implicaciones biomédicas, culturales, socioeconómicas y éticas, algunas de ellas incluso desconocidas para el usuario. Por tanto, Calidad de Asistencia en Planificación Familiar significa que las necesidades de los usuarios, en el contexto de su vida personal, deberán ser el mayor determinante de la actuación de los profesionales y la meta a la cual se dirijan los programas. Desde que la Planificación Familiar ha sido reconocida como un DERECHO de los individuos y las parejas, la calidad de la asistencia debe ser enfocada como un Derecho del Cliente, entendiendo la definición de Cliente no sólo como aquel que acude y demanda servicios, sino también todos aquellos en la comunidad que tienen necesidad de servicios de Planificación Familiar. En este sentido, cualquier miembro de la comunidad que esté en edad reproductiva, debe ser considerado como un cliente potencial para los servicios de Planificación Familiar. En la Declaración de los derechos Humanos, la ONU estableció que "las parejas tienen un derecho humano básico para determinar libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos". Por tanto, podemos definir la calidad, desde el punto de vista de Planificación Familiar como "la propiedad de que todos los programas y servicios se elaboren en orden a asegurar los derechos de los usuarios". A la luz de esto, los DERECHOS DE LOS CLIENTES han sido señalados por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) como sigue:*

- 1)DERECHO A LA INFORMACION: Todos los individuos de la comunidad tienen derecho a la información de los beneficios de la Planificación Familiar, para sí mismos y para su familia. También tienen el derecho a conocer donde y como obtener la mayor información y donde están estos servicios. Todos los programas de Planificación Familiar deben implicarse en difundir la información, y que este se realice no sólo en los servicios implicados, sino también a nivel de la comunidad.*
- 2)DERECHO AL ACCESO (ACCESIBILIDAD): Todos los individuos en edad reproductiva tienen derecho a recibir servicios de Planificación Familiar, sin reparar en su estatus social, situación económica, religión, opinión política, raza, estado civil, edad, o cualquier otra característica que pueda situar al individuo en determinados grupos. Esto significa un derecho al acceso a través de profesionales de salud y distintos sistemas de servicios sanitarios. Los programas de Planificación Familiar deberían procurar que los servicios estén al alcance todos los individuos que los necesiten, incluso aquellos para los cuales los demás servicios de salud no están accesibles fácilmente.*
- 3)DERECHO A LA ELECCION: Los individuos y sus parejas tienen derecho a elegir libremente si practican ó no, métodos de Planificación Familiar. Si solicitan este tipo de servicio, deben poder elegir*

libremente aquellos métodos de contracepción que pueden usar. Los programas de Planificación Familiar deben ayudar a los individuos en la práctica de informar para elegir libremente, dando, para ello, una información imparcial, educación sanitaria y consejo. Igualmente, deben contemplar la información sobre todos los distintos tipos de métodos anticonceptivos. Además, hay que tener en cuenta que, en Planificación Familiar, el concepto de aceptabilidad y apropiado del cliente cambia con las circunstancias. Por tanto, el derecho a elegir también implica la decisión del cliente en lo concerniente a la discontinuidad del método anticonceptivo así como a cambiar de método. Hay que tener en cuenta que, en ausencia de una contraindicación, la percepción que el cliente tiene sobre su experiencia con el método, y su situación vital, puede ser clave y el único factor determinante de continuar con un mismo método o de la necesidad de abandonar este método. Debemos considerar además otro aspecto en la libre elección: los clientes tienen el derecho de elegir el servicio de Planificación Familiar, elegir donde puede ir supone también la elección del lugar, tipo de profesional (médico, matrona, ATS), y el tipo de servicio recibido (servicio de Planificación familiar, ATS, Farmacia, máquina de preservativos, hospital, centro de salud...), ello quiere decir que los gestores y encargados de la elaboración de los programas (tanto públicos como privados), deben poder dar esta alternativa de servicios de Planificación Familiar.

4)DERECHO A LA SEGURIDAD: Los clientes tienen derecho a la seguridad en la práctica de la Planificación Familiar. Este derecho supone: \*\* Aunque esté bien reconocido que los beneficios para la salud de la Planificación Familiar superan los riesgos, los clientes tienen derecho a la protección contra posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, tanto en su salud física como mental. \*\* Ya que un embarazo no deseado puede representar un riesgo para la salud, el cliente tiene derecho a la seguridad incluyendo también el derecho a la efectividad de la contracepción. \*\* En el momento de recibir atención en un servicio de Planificación Familiar el cliente tiene derecho a la protección de otros posibles riesgos no relacionados con el método anticonceptivo (p.ej. protección contra la posibilidad de adquirir una infección mediante el uso de instrumental contaminado). \*\* La seguridad referida a la calidad de los servicios en Planificación Familiar incluye tanto la adecuación del propio servicio como la competencia técnica de los profesionales. Asegurar el derecho a la seguridad de los clientes, ayudar a un paciente a elegir el método adecuado, hacer un screening de las contraindicaciones, utilizar las técnicas adecuadas para proporcionar un método (si este es aplicable como p.ej. DIU), asesorar al cliente sobre el uso apropiado del método así como asegurar un apropiado seguimiento. \*\* Las condiciones y lugar donde se preste el servicio, junto con el material y los instrumentos deberán ser los adecuados para prestar un servicio seguro. Las complicaciones o efectos secundarios mayores deberán recibir un apropiado tratamiento. Si este tratamiento no es posible en el lugar donde se ha realizado el servicio, el cliente debe ser derivado a otro fácilmente.

5)DERECHO A LA PRIVACIDAD: Cuando se discuten sus necesidades o preocupaciones el cliente tiene derecho a que éste sea en un ambiente en el que él se sienta confidente. Cuando se proceda a la exploración del paciente, debe realizarse en un ambiente en el que su derecho a la privacidad sea respetado. El derecho a la privacidad también incluye otros aspectos relacionados con la calidad del servicio: \* El cliente tiene derecho a ser informado acerca del papel de cada individuo que haya dentro de la habitación, máxime si está siendo explorado, además del servicio que cada uno presta (residente, supervisor, alumno). Donde la presencia de residentes es necesaria, se debe pedir permiso previo al paciente. \*El cliente tiene derecho a que se le explique el tipo de exploración a la que va a ser sometido y el porqué de ella. También tiene derecho a rechazar un tipo particular de exploración si no se siente cómodo o bien a solicitar que este tipo de examen sea realizado por otro médico. \*Cualquier discusión sobre el caso clínico sostenida delante del cliente (particularmente con los residentes), deberá implicar y ser conocida por el cliente, ésta es, al fin y al cabo una discusión sobre sus órganos y funciones reproductivas y sexuales.

6)DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD: El derecho a la confidencialidad está protegido por el Código Hipocrático, y como tales los servicios de planificación familiar deberán ser realizados de conformidad con los requerimientos legales y valores éticos. El abuso de confianza y la falta de confidencialidad pueden causar graves daños al cliente, como el rechazo de la comunidad o graves problemas en su matrimonio. De acuerdo con este principio de confidencialidad, los profesionales deberán de abstenerse de hablar de sus clientes en presencia de otros. Nunca se deben discutir los casos clínicos fuera de los lugares de trabajo. Las historias clínicas deberán ser guardadas y clasificadas después de su uso, en lugares donde el acceso de personas ajenas al servicio esté imposibilitado.

7)DERECHO A LA DIGNIDAD: Los clientes deben ser tratados

con cortesía y con pleno respeto a su dignidad independientemente de su educación, status social o cualquier característica que podría hacerlos más vulnerables al abuso. En reconocimiento a este derecho, los profesionales deberán eliminar sus propias peculiaridades sociales e intelectuales, prejuicios y actitudes en el momento de realizar el servicio.

8)DERECHO AL CONFORT: Este derecho del paciente está íntimamente relacionado con la adecuación del servicio y, por ello, directamente relacionado con la calidad de la asistencia. En el no sólo está implicada la estructura del servicio (luz, adecuada ventilación, asiento, servicio), sino también aspectos como la lista de espera, la demora de tiempo en la consulta. El ambiente en el que se realiza el servicio deberá adecuarse a los valores culturales, características y demandas de la comunidad. 9)DERECHO A LA CONTINUIDAD: Los clientes tienen derecho a recibir servicios durante todo el tiempo que lo necesiten. Los servicios dados a cada cliente no deben ser discontinuos a menos que la decisión sea tomada conjuntamente entre el cliente y el profesional. El acceso de un cliente a otros servicios no debe depender de si continua o no siendo atendido en los servicios de planificación familiar. Igualmente, tiene derecho a que su historia clínica se transfiera a otro servicio fácilmente, y en respuesta a este requerimiento, la historia clínica o su copia se deberán mandar con facilidad o dársela al cliente. Revisión y seguimiento son otros dos aspectos importantes de los derechos del cliente a la continuidad de los servicios en planificación familiar.

10)DERECHO A LA OPINION: Implica no sólo la opinión sobre el método anticonceptivo que debe utilizar, sino también derecho a la opinión sobre el servicio que recibe. La opinión de los clientes sobre la calidad de los servicios que recibe será en forma de agradecimiento o de reclamación, junto con las sugerencias para cambios, debiendo ser expuesta positivamente en el esfuerzo de continuidad de los programas, para evaluar y mejorar los servicios.

#### **¿ Y LA SATISFACCION DE LOS PROFESIONALES?**

La satisfacción de los profesionales no ha sido mencionada en la definición de calidad, ni es frecuente encontrarla de forma explícita en ninguna definición. ¿Por qué?. La razón es que el producto (servicio de salud) que estamos definiendo es aquel que recibe el usuario o cliente, hablamos de "Calidad del Producto" (Servicio de Salud, Planificación Familiar en este caso), y no de otras "calidades" como pueden ser la de la Organización, Objetivos, Personal, etc..La Satisfacción de los Profesionales debe ser contemplada dentro de la "Calidad de la Organización", pero no es componente de la calidad en sí, ya que es un elemento del sistema y no del servicio ofrecido. En última instancia, la satisfacción de los Profesionales podría ser considerada como uno de los factores que influyen en la calidad de atención sanitaria, pero no es una medida de la calidad en sí misma. La responsabilidad en la calidad de la asistencia está distribuida en todas las partes del conjunto de programas de planificación familiar (al igual que en cualquier servicio de salud), pero que duda cabe que a quienes se considera más directamente responsables de ella, con los que tienen un contacto directo con los clientes o usuarios. Muy a menudo, los gestores y en general, las Instituciones de Salud, tienden a olvidar que la interacción entre el usuario y el profesional es uno de los componentes más importantes en el éxito de un programa y un componente esencial en la calidad de la asistencia. Porque se trata de una relación humana "cara a cara", es importante reconocer que los dos participantes tienen unas características personales y unas actitudes que es necesario considerar. Por tanto, para alcanzar la meta "el cliente como centro del servicio", cualquier discusión acerca de la calidad de un servicio sanitario deberá contemplar la perspectiva de los profesionales. Igual que en el caso de la satisfacción del usuario, la satisfacción del profesional puede estar influenciada por múltiples causas (ambiente laboral, condiciones de trabajo, salario), y además por lo que hace en su trabajo. En el caso concreto de los servicios de Planificación Familiar, la asistencia dada por los profesionales puede estar influenciada por los propios valores intrínsecos personales. Las actitudes personales respecto a la asistencia en planificación familiar están influenciadas por nuestra propia experiencia vital, y estos factores pueden tener una influencia positiva o negativa en nuestro comportamiento. De este modo, los profesionales dedicados a la Planificación Familiar deben aprender a discriminar entre las necesidades personales y las del cliente y evitar la proyección de aquellas en éstas. Pero no sólo las características personales van a influir sobre la asistencia de los profesionales, también hay actitudes personales respecto a la asistencia que van a estar influidas por nuestras experiencias, por la percepción de nuestro propio valor en el sistema en el que trabajamos. Así, el modo en que percibimos nuestras necesidades como trabajadores, el modo en que nuestras demandas han sido reconocidas, la calidad de asistencia que hemos recibido. De mismo modo, también estamos influenciados

por la manera en que hemos sido formados y enseñados y adiestrados en las tareas que realizamos y por el comportamiento de otros profesionales alrededor nuestro, particularmente por aquellos que tienen una situación de autoridad. Llevamos esta experiencia en nuestra vida profesional, a veces sin conciencia de su influencia en nuestro comportamiento. Si queremos hacer un buen trabajo en lo referente a la calidad de la asistencia, estos aspectos deben ser analizados. El conocimiento de los múltiples factores implicados en la interacción entre los que tienen las necesidades (usuarios) y los que tienen el poder de ayudar (profesionales), puede contribuir a un cambio de actitud que va a ser importante a la hora de ofrecer servicios de calidad. Como cuestión de principio, debemos creer que los profesionales siempre intentan hacer un buen trabajo, es por ello que, también podemos mirar los conceptos y principios de la calidad en la asistencia desde la perspectiva de los profesionales, y reconocer que también tienen sus necesidades:

A) **NECESIDAD DE FORMACION:** En el sentido de acceso a los conocimientos y adquisición de la destreza necesarios para realizar las tareas requeridas en su trabajo. Es responsabilidad de los gestores, sobre todo aquellos relacionados con la puesta en marcha de los programas de planificación familiar, identificar las necesidades de conocimientos y procurar que se den los pasos debidos para que se adquieran estos conocimientos..

B) **NECESIDAD DE INFORMACION:** El acceso a las técnicas de información actuales podrá ayudar a los profesionales no sólo a hablar con autoridad sino también a actuar con confianza. Es importante la información sobre los resultados de su trabajo, pero además, los profesionales no trabajan aislados, y podrán trabajar más eficientemente si conoce aspectos relacionados con el trabajo de sus colegas, tanto de su mismo equipo como de otras áreas de los distintos programas.

C) **NECESIDAD DE INFRAESTRUTURA :** Este derecho a infraestructura apropiada afecta no sólo al ambiente de la clínica, sino también a la asistencia a nivel de la comunidad. La necesidad de una eficiente organización a este nivel es tan importante como lo es para cualquier servicio clínico.

D) **NECESIDAD DE SUMINISTRO:** Los profesionales de Planificación Familiar necesitan un suministro continuo de métodos contraceptivos y de los materiales que se requieran para dar una servicio dentro de un estandar apropiado de calidad. No hay nada más frustrante para un profesional que hacer volver a un paciente sin poder darle el método que quería utilizar. Un adecuado suministro de materiales implica también los materiales de educación e información (panfletos, carteles, etc..).

E) **NECESIDAD DE DIRECCION:** Sería muy conveniente contar con guías de práctica clínica, protocolos, etc. los cuales van a reforzar la competencia de los profesionales para dar una alta calidad en los servicios de planificación familiar. Estas guías o protocolos deberán estar escritos, siendo muy prácticas para chequear el trabajo y un efectivo soporte de apoyo para la supervisión del trabajo, máxime si dentro del servicio hay personal en formación.

F) **NECESIDAD DE APOYO:** Los profesionales de Planificación Familiar, intentando dar una atención de calidad, pueden necesitar realizar interconsultas o bien derivar a un paciente a otros profesionales o a otro nivel de asistencia, los programas de planificación familiar deberán desarrollar el mecanismo que facilite este proceso.

G) **NECESIDAD DE ESTIMULO Y DERECHO A LA PROPIA EXPRESION :** Los profesionales de planificación familiar necesitan reconocimiento de su competencia por parte de los programas. Para ello, cualquier nuevo programa, o cambios en los programas en marcha, deberá consultársele y considerar su opinión. De este manera serán estimulados a un compromiso en cuanto a calidad de la asistencia. No cabe duda de que el compromiso de los profesionales es uno de los ingredientes más esenciales para el éxito de un servicio de Planificación Familiar en el que se trabaje con un aceptable nivel de calidad. Todos los profesionales de planificación familiar, sin importar el nivel asistencial en el que trabajan, necesitan expresar sus puntos de vista en cuanto a calidad y eficiencia de los programas de planificación familiar. También es importante saber que su opinión está siendo tenida en cuenta cuando se toman decisiones.

#### **IMPORTANCIA DE LA CALIDAD EN PLANIFICACION FAMILIAR**

La calidad de los servicios de planificación tiene una repercusión importante no sólo a nivel individual, sino a nivel de toda la sociedad. Además, la Calidad en los servicios de planificación familiar es un concepto muy complejo, ya que está considerada como un derecho social e individual, lo cual hace que, además de las dimensiones de calidad extendibles a cualquier servicio de salud, en los servicios de planificación familiar se deban considerar otros aspectos que también van a ser constitutivos de calidad. Estos aspectos que serían deseables en cualquier servicio de salud, se convierten en los servicios de planificación familiar en un derecho. El papel que juega la Calidad en un servicio de



planificación familiar, y el control que se ejerce para su potenciación por medio de la medición, se va a fortalecer con puntos de apoyo muy variados: 1.- **MOTIVOS ETICO-LEGALES:** La Organización Mundial de la Salud establece el derecho a la Planificación Familiar, esto implica que cada persona en edad reproductiva tiene derecho a la mejor asistencia. Este principio contiene una motivación ética del control de calidad en su sentido más amplio. En nuestro país este principio aparece recogido en la Constitución donde se reconoce el derecho a la protección de la salud, correspondiendo a los poderes públicos organizaar y tutelar la salud de los españoles a través de medidas preventivas, de las prestaciones y de los servicios necesarios. 2.-**MOTIVOS DE SEGURIDAD:** Estableciendo mecanismos que garanticen calidad se protege a los usuarios de los efectos adversos producidos por la aplicación de métodos anticonceptivos, que se aplican los más convenientes en cada situación y que siempre se valoran los riesgos de su aplicación. 3.- **MOTIVOS SOCIALES (EQUIDAD):** La importancia de la equidad se basa en que es uno de los problemas más relevantes de los servicios de salud, y entre ellos los servicios de planificación familiar. En España, al igual que en muchos países europeos, la práctica totalidad de la población tiene cobertura sanitaria, ello quiere decir que hay que garantizar el acceso a la población a los servicios de planificación familiar, ya que un sistema sanitario efectivo en la medida que ofrezca a todos los ciudadanos la misma oportunidad de recibir un servicio acorde con la necesidad de cada uno. 4.-**MOTIVOS ECONOMICOS (EFICIENCIA):** La complejidad que se desprende de los servicios de planificación familiar (individuos de distinto estatus, procedencia, creencias, etc, así como gran diversidad de métodos anticonceptivos), junto con la elevación de los costes y los recursos limitados, hacen imprescindible establecer mecanismos que garanticen la óptima utilización de recursos (la mejor relación posible entre recursos consumidos y resultados obtenidos).

#### **RELACION ENTRE EFICIENCIA, EQUIDAD Y ETICA:**

Para explicar de forma comprensible como se mide la calidad de un servicio de salud y de un servicio de planificación familiar hemos realizados diversas divisiones en sus componentes que son los que vamos a medir a la hora de poder valorar "cuánta calidad" estamos dando o podemos dar como trabajadores de la salud. Pero cada una de las partes en que hemos dividido la calidad y que hemos llamado dimensiones, pueden ser valoradas desde distintos puntos de vista, como sociedad pluralista que somos. Para que cada una de estas dimensiones tenga sentido para los distintos puntos de vista, cada dimensión debe reflejar los valores que cuentan con un amplio respaldo social. Los valores que cuentan con un amplio respaldo social son los que se respetan por todos y por ello se denominan **PRINCIPIOS**. Hay cuatro principios en el campo de la asistencia sanitaria y que, por tanto, deben aplicarse a la calidad. Estos cuatro principios están implicados en todas las decisiones que se toman en atención sanitaria y en los servicios de salud, por supuesto, en planificación familiar. Estos principios son respetados por todos y, por ello, una atención sanitaria que no los respete no podrá ser considerada de Calidad; del mismo modo, una atención sanitaria de Calidad implica que estos cuatro principios se han tenido en cuenta. Los cuatro principios son: **BENEFICENCIA, NO MALEFICENCIA, AUTONOMIA y JUSTICIA**. En relación con la atención de Calidad, Beneficencia significa ser efectivo y la no maleficencia que hay que evitar los riesgos o al menos medirlos para valorar si son mayores que los beneficios. En estos principios éticos, el decisor clave es el profesional de salud, que es quién debe conocer el balance entre los riesgos y los beneficios de cualquier intervención que realiza. Así garantizando la Calidad Científico-Técnica de cualquier acto médico lo que hacemos es un balance entre riesgos y beneficios, ajustados para cada ocasión, de forma que la intervención sea lo más efectiva posible evitando los riesgos que se puedan derivar. La Autonomía consiste en que una atención de calidad tiene que respetar, en la medida de lo posible, las preferencias de los pacientes haciéndolos participes de las decisiones que le atañen. En este principio, el decisor es, en principio el paciente. Sin embargo, el paciente no dispone de información suficiente y apropiada para tomar su decisión. En consecuencia, o deja la decisión en manos del profesional de salud o bien decide él pero a través de la información y consejos dados por éste, de manera que en la práctica, es el profesional o su influencia quién tiene el papel relevante en el principio de autonomía. Estas peculiaridades hacen que medir la autonomía sea más complicado aunque la satisfacción es una de sus posibles expresiones. Por último, la Justicia implica que la atención de calidad debe ser equitativa dando más al que más lo necesita, sin discriminar a nadie por sus características personales, y dado que los recursos son limitados, hay que tener en cuenta que lo que se gasta de más en unos supone

*gastar de menos en otros. Teóricamente el decisor en este principio es el político o las personas responsables de la asignación de recursos. Y probablemente sea así desde el punto de vista de la planificación, pero en la realidad, el uso en la cantidad y tipo de recursos es el profesional de la salud. La justicia en un servicio de salud se mide por la accesibilidad, que es un indicador de equidad. Otra forma de medir la justicia es a partir del coste, a igualdad de efectividad lo más justo es lo más barato, es una cuestión de ética y de calidad. Esta exploración, desde una perspectiva ética, subraya la importancia y responsabilidad de los profesionales de salud en la provisión de servicios de salud. Pero a la vez, enfatiza la gran responsabilidad de los que toman decisiones en política de salud y en asignación de recursos, puesto que deben propiciar el desarrollo de procedimientos efectivos (principio de beneficencia), informar a los pacientes y ciudadanos y promover su participación (principio de autonomía) y desarrollar un sistema equitativo (principio de justicia). CONCLUSIONES A fin de ofertar servicios de calidad en Planificación Familiar, la Asistencia Sanitaria Institucional debe reunir las siguientes características: ser eficaz, eficiente, segura, adecuada a la demanda, disponible, accesible y tener continuidad. El cumplimiento de estas condiciones necesita una organización sanitaria responsable, dotada de elementos tangibles de calidad, con factor humano competente en lo operacional y lo relacional y satisfecho con su trabajo, orientada al mercado y al cliente, con el fin último de satisfacer las necesidades de éste.*

**BIBLIOGRAFIA** 1.-LAZARO, P; POZO F; RICO JR: Una estrategia de investigación en el Sistema Nacional de Salud (II): Investigación en servicios de salud. *Med. Clin. (Barc)* 1995; 104: 67-76. 2.-POZO F.; RICO JR; LAZARO P: Una estrategia de investigación en el Sistema Nacional de Salud (I): La epidemiología Clínica. *Med. Clin. (Barc)* 1994; 102:664-669 3.-ORTEGA BENITO JM: La auditoría médico-clínica. La calidad en los servicios sanitarios. *Med. Clin. (Barc)* 1994; 103: 663-666. 4.-VARO J: La calidad de la atención médica. *Med. Clin (Barc)* 1995; 104:538-540 5.-SATURNO PJ; QUINTANA O; VARO J: ¿Qué es la Calidad?. En: Du PONT-Pharma(eds.): Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. 6.- Huezco C; Diaz S: Quality of care in family planning: Client's rights and provider's needs. En: Pramilla Senanayake and Ronald Kleiman (Eds.): Family Planning. Meeting challenges: Promoting choices. The proceedings of IPPF Family Planning Congress. New Dheli. October, 1992. 7.-MARQUET R: ¿Medir los niveles de calidad de la atención que prestamos?. *Editorial. Atención Primaria. Vol 12, nº 6, 1993: 317-318.* 8.- MOLINER MA; MOLINER J: La calidad percibida del servicio de un centro de planificación familiar: un enfoque de marketing. *Atención Primaria, Vol. 17, Nº 6, 1996: 400-406. M<sup>a</sup> CARMEN PADILLA VINUESA. GRANADA*