

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Martha Isabel Camargo-Ramírez*

María Teresa Fajardo-Peña**

Alexandra García-Rueda***

Recibido en noviembre 9 de 2015, aceptado en abril 18 de 2016

Citar este artículo así:

Camargo-Ramírez MI, Fajardo-Peña MT, García-Rueda A. Atención de enfermería en planificación familiar. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(1): 77-90. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.7

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad del cuidado brindado por el personal de enfermería a las usuarias y la satisfacción en la atención. **Método:** Estudio de carácter cuantitativo de alcance descriptivo, tipo corte transversal; con 345 usuarias mayores de 14 años de edad; realizado entre octubre de 2013 a junio de 2014, en una institución de primer nivel de atención en salud, en la ciudad de Bucaramanga. **Resultados:** Edad mínima 14 años; el 63,19% (n=218) vive en unión libre; edad mínima de inicio de relaciones sexuales 12 años y máxima 25 años. En el 25,8% (n=89) no se garantizaba la privacidad; el 87,54% (n=302) de los consultorios no contaban con baño para usuarias. No saludan, ni se refieren al usuario por su nombre, en el 3,77% (n=13) y el 14,78% (n=51) respectivamente. En el 11,59% (n=40) no se explicó el procedimiento antes de ejecutarlo y más del 90% no brindó asesoría en derechos sexuales y reproductivos. El 50,43% (n=174) de los usuarios consideró bueno el trato recibido; un 99,66% (n=344) calificó de buena a excelente la asesoría; el 52,46% (n=181) califica como buena la atención; el 97,97% (n=338) y el 99,13% (n=342) recomendarían y volverían a la institución. **Conclusión:** los usuarios en general refieren la calidad como buena en la atención brindada. Se hace necesario promover los derechos sexuales y reproductivos durante la consulta del programa.

Palabras clave

Planificación familiar, anticoncepción, calidad de la atención de salud, atención de enfermería, salud reproductivas (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* Enfermera, Magíster en Salud Pública U.A. Grupo de Investigación GRINFER. Escuela de Enfermería Universidad Industrial de Santander UIS. Bucaramanga, Colombia. Autora para correspondencia. Correo electrónico: mcamargo@uis.edu.co  orcid.org/0000-0001-7906-3917

** Enfermera, Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado Materno Perinatal U.N. Grupo de Investigación GRINFER Escuela de Enfermería Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: mariatefajardop@yahoo.es  orcid.org/0000-0002-6534-3747

*** Enfermera, Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar U.N. Grupo de Investigación GRINFER Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: alexagaru@hotmail.com  orcid.org/0000-0003-2131-0668



NURSING ASSISTANCE IN FAMILY PLANNING

Abstract

Objective: To determine the quality of care provided to patients by the nursing staff to users and their satisfaction with the assistance. **Method:** quantitative study with descriptive scope and transversal design with 345 users above the age of 14 conducted from October 2013 to June 2014 in a first level health care institution in the city of Bucaramanga. **Results:** Minimum age 14 years old; 63.19% (n=218) of participants live in cohabitation; age of first sexual intercourse 12 years old and maximum age 25 years old. In the 25.8% (n = 89) of cases privacy was not guaranteed; the 87.54% (n = 302) of the doctor's offices did not have restrooms for the patients to use. The patients were not greeted nor referred to by their names, in 3.77% (n = 13) and in 14.78% (n = 51) of the cases respectively. In the 11.59% (n = 40) of the cases the procedure was not explained before it was carried out and in more than 90% of the cases there was no advice on sexual and reproductive rights provided to the patient. A 50.43% (n = 174) of the users felt well treated; a 99.66% (n = 344) rated the advice provided from good to excellent; a 52.46% (n = 181) of the users qualified the care received as good; 97.97% (n = 338) of the patients would recommend the institution to others and 99.13% (n = 342) would return to the institution. **Conclusion:** users generally refer good quality to the care provided. It is necessary to promote sexual and reproductive rights during the medical consultation of the program.

Key words

Family planning, contraception, quality of health care, nursing care, reproductive health. (Source: MeSH, NLM).

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

Resumo

Objetivo: determinar a qualidade do cuidado oferecido pela equipe de enfermagem às usuárias e a satisfação com o atendimento. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com o alcance descritivo, de corte transversal, com 345 usuárias maiores de 14 anos, realizado entre os meses de outubro de 2013 até junho de 2014, em uma instituição pública de atenção básica em saúde na cidade de Bucaramanga. **Resultados:** idade mínima de 14 anos, 63,19% (n=218) viviam em união estável. A idade mínima de início das relações sexuais foi 12 anos, e a máxima foi de 25 anos. Em 25,8% (n=89) não foi garantida a privacidade; 87,54% (n=302) dos consultórios não tinham banheiros para as usuárias. Não cumprimentavam, nem chamavam a usuária pelo nome, 3,77% (n=13) e 14,78% (n=51) respectivamente. Em 11,59% (n=40) não foi explicado o procedimento antes de realizá-lo e mais de 90% não ofereceu assessoria sobre direitos sexuais e reprodutivos. Em 50,43% (n=174) das usuárias considerou como bom o trato recebido; 99,66% (n=344) avaliou como boa a excelente a assessoria; 52,46% (n=181) avaliou como bom o atendimento; 97,97% (n=338) e 99,13% (n=342) indicariam e voltariam à instituição. **Conclusão:** em geral as usuárias referiram boa qualidade no atendimento. É necessário promover os direitos sexuais e reprodutivos durante a consulta do programa.

Palavras chave

Planejamento familiar, anticoncepção, qualidade da atenção à saúde, cuidados de enfermagem, saúde reprodutiva. (Fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

En el campo de la salud pública se siguen presentando en Colombia, eventos que afectan la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como es el caso de embarazos no deseados, abortos en condiciones no técnicas, gran número de hijos entre las poblaciones menos favorecidas y en condiciones de pobreza descritos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2010 (1); aspectos que en su conjunto pueden ser abordados y prevenidos desde el desarrollo de programas de planificación familiar con calidad. Sin embargo, es necesario indagar cuál es el nivel de calidad que se ofrece en la atención brindada, como elemento base para el desarrollo de planes de mejoramiento dirigidos a la garantía de la calidad desde el punto de vista científico técnico, organizacional y de la relación terapéutica entre el usuario y la enfermera, con base en las normas y políticas en salud sexual y reproductiva vigentes. La calidad tiene que ver con el cumplimiento de estándares y especificaciones científico-técnicas, con la satisfacción del cliente y con la idea de mejora continua (2). La Comisión Interinstitucional de Enfermería define la calidad de los servicios de enfermería como: la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios (3).

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: estudio cuantitativo de alcance descriptivo, tipo corte transversal.

Población estudio: usuarias del programa de planificación familiar de una institución del primer nivel de atención en salud de la ciudad de Bucaramanga, entre octubre de 2013 y junio de 2014, con una edad de 14 años cumplidos o más.

Criterios de exclusión: no fueron incluidas lo(a)s usuarios(a)s que evidenciaran problemas de alteración en la esfera mental, con alteraciones crónicas o graves que les impidieran responder a la entrevista estructurada y con limitaciones de la comunicación.

Cálculo del tamaño de la muestra: se calculó en el programa OpenEpi (4), teniendo en cuenta una población de 2400 mujeres atendidas en promedio mensualmente, en el segundo periodo de 2012 en el programa de planificación familiar de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) en estudio, con un nivel de confianza del 95%, esperando encontrar una frecuencia de cumplimiento de los ítems estudiados del 50% y un efecto de diseño igual a 1, para un tamaño de muestra de 332 mujeres. Por acuerdo con el equipo investigador se capturaron 345 mujeres en 11 consultorios de la institución de salud.

Fuentes de información: se aplicó un formato diseñado por las investigadoras tipo encuesta con un total de 24 preguntas relacionadas con los **aspectos sociodemográficos, satisfacción del usuario con la atención y percepción de la enfermera** relacionada con las características o forma de prestación del servicio a las usuarias del programa; igualmente se realizó observación y diligenciamiento de una lista de chequeo (60 ítems) para identificar las características de la **infraestructura y aspectos organizacionales del programa, relación terapéutica** entre la enfermera y el usuario durante la atención, así como el **componente técnico científico de la atención** en planificación familiar.

Procedimientos de recolección y procesamiento de los datos: las usuarias se invitaron a participar en el estudio antes de ingresar a la consulta de planificación familiar, se obtuvo el consentimiento informado por escrito. Se realizó observación durante el proceso de consulta de control a cargo del profesional de enfermería en el programa de planificación familiar, a un total de 345 mujeres,

las cuales fueron entrevistadas. Dichas consultas se observaron en 11 centros de atención de una institución de primer nivel de complejidad; se diseñaron por separado, dos bases de datos en EpiData 3.1 y se realizó una validación de las mismas para corregir errores. Además, en la construcción de la base de datos se utilizó el subprograma CHECK de EpiData 3.1 para restringir la captura de datos y disminuir errores de digitación o de codificación. Luego de corregida la base de datos se exportó para realizar el análisis de la información en el programa estadístico Stata v12.

Esta investigación se rige por los principios y normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 y sus posteriores revisiones, así como por los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y se considera sin riesgo. En el estudio no se tuvieron en cuenta menores de 14 años, puesto que a partir de esta edad en materia de derechos sexuales y reproductivos en Colombia, se puede acceder y atender a un adolescente sin el consentimiento de sus padres y la atención no requiere estar mediada por un acudiente acorde con los lineamientos establecidos por el ministerio de protección social, en el modelo de atención en servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (4).

El protocolo de investigación y consentimiento informado fue presentado y avalado por el comité de ética en investigación científica de la UIS (CEINCI) y comité de ética de la institución prestadora de servicios de salud en que se realizó el estudio.

RESULTADOS

Durante la observación del proceso de consulta de control se encontró que la mediana del tiempo empleado en la consulta fue de 9 minutos, con un mínimo de 2 minutos y un máximo de 31 minutos.

En la población sujeto del estudio (ver tabla No. 1), la mediana de edad fue 23 años, con una

edad mínima de 14 años y máxima de 50 años; el 63,19% (n=218) de las mujeres viven en unión libre y el 22,9% (n=79) eran solteras; el 97,1% (n=335) pertenecían al área urbana, ubicándose la mayor parte de ellas en el estrato socioeconómico I (clasificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, como el sector más pobre del país en relación con el acceso y pago de servicios públicos acorde con sus características socioeconómicas) con un 56,54% (n=160); la mediana de años cursados y aprobados fue de 3 años, con un mínimo de 0 y máximo de 8 años; en el 54,78% de los casos (n=189) su ocupación era el hogar/ama de casa y la totalidad de ellas (100%) se encuentra afiliada al régimen subsidiado en salud. Estas características dan cuenta de una población vulnerable, con escasa escolaridad, inserción no formal a la economía y pobreza, aspectos que en su conjunto constituyen criterios de afiliación al régimen subsidiado de salud.

Tabla 1. Distribución sociodemográfica de usuarias del programa de planificación familiar. Bucaramanga, 2014.

	TOTAL: 345	
	N	%
Estado Civil		
Soltera	79	22,9
Casada	39	11,3
Unión libre	218	63,19
Estrato socioeconómico		
1	160	56,54
2	94	33,22
Nivel de escolaridad		
Analfabeta	3	0,87
Primaria Incompleta	26	7,54
Primaria Completa	31	8,99
Secundaria Incompleta	135	39,13
Secundaria Completa	109	31,59
Ocupación		
Estudiante	40	11,59
Empleado	82	23,77
Independiente	34	9,86
Hogar/Ama de casa	189	54,78

Fuente: Elaboración propia de los autores de la investigación.

Respecto de los antecedentes en materia de salud sexual y reproductiva (ver tabla No. 2), se encontró que la mediana de inicio de relaciones sexuales fue de 16 años, con una edad mínima de 12 años y una máxima de 25 años; el 50% de las mujeres había tenido más de una gestación; el 50,15% (n=173) había tenido entre 1 y 2 partos; el 24,35% (n=84) habían tenido al menos una cesárea; el 16,81% (n=58) había tenido al menos un aborto.

Tabla 2. Características reproductivas de las usuarias del programa de planificación familiar. Bucaramanga, 2014.

	TOTAL: 345	
	N	%
Gestaciones		
0	51	14,78
1	134	38,84
2	91	26,38
3	42	12,17
4	16	4,64
5	5	1,45
6	2	0,58
8	2	0,58
9	2	0,58
Partos		
0	138	40
1	100	28,99
2	73	21,16
3	16	4,64
4	10	2,90
5	4	1,16
6	1	0,29
7	2	0,58
9	1	0,29
Cesáreas		
0	242	70,14
1	84	24,35
2	18	5,22
3	1	0,29
Abortos		
0	287	83,19
1	44	12,75
2	11	3,19
3	3	0,87

Fuente: Elaboración propia de los autores de la investigación.

El tipo de anticonceptivo más usado fue el hormonal con 96,23% (n=332) y la mediana de tiempo de vinculación al programa de planificación familiar fue de 15 meses. La calidad en la atención en salud es un imperativo ético y técnico y en el caso de las mujeres que forman parte del presente estudio, amerita un cuidado especial, dada la edad en que se inicia la vida sexual activa, así como a los antecedentes de gestaciones, partos y abortos, que evidencian la importancia en el control de la fecundidad y de planificación de la familia.

Entre los aspectos positivos a resaltar, se identificó que durante la consulta y atención brindada por el personal de enfermería en la totalidad (100%) de las consultas se emplea un lenguaje sencillo como forma de comunicación con las usuarias, en la mayoría de casos se saluda a la persona 96,23% (n=332); en el 87,83% (n=303) de las observaciones se evidenció la presencia de material educativo para brindar asesoría en el programa y se articula la actual consulta con las anteriores en el 93,91% (n=324) de las situaciones.

En las consultas observadas, se encontraron algunos aspectos por mejorar (ver tabla No. 3), debido a que las enfermeras no se refirieron durante la consulta al usuario por su nombre en el 14,78% (n=51) de los casos. Al 3,77% (n=13) de las usuarias que asisten al programa no se les saludó, no recibieron explicación del procedimiento/valoración por parte del profesional antes de ejecutarlo en el 13,79% (n=40) de las 290 usuarias que lo ameritaban; de las 148 usuarias que tuvieron necesidad de hacer cambio de anticonceptivo, el 29,72% (n=44) no tuvo la oportunidad de participar en esta decisión; al 20,58% (n=71) no se le garantizó confidencialidad en la atención, aspecto que coincide con el 25,8% (n=89) de las situaciones en que el consultorio no ofrece privacidad en la atención y la mayor parte de las usuarias 87,54% (n=302) no tienen acceso a un sanitario dentro del consultorio.

Tabla 3. Aspectos organizacionales y relación terapéutica en el programa de planificación familiar. Bucaramanga, 2014

Indicadores	Presente		
	SÍ N (%)	No N (%)	NA N (%)
Privacidad del consultorio	256 (74,2)	89 (25,8)	----
Existencia de sanitario para uso de quien consulta	43 (12,46)	302 (87,54)	----
Existencia de material educativo	303 (87,83)	42 (12,17)	----
Información sobre el horario del programa	81 (23,48)	263 (76,23)	1 (0,29)
Saludo al usuario (a) al inicio de la consulta	332 (96,23)	13 (3,77)	----
Se refiere al usuario(a) por el nombre	294 (85,22)	51 (14,78)	----
Articulación de la actual consulta con la anterior	324 (93,91)	19 (5,51)	----
Uso de lenguaje sencillo y claro	345 (100)	----	----
Explicación de procedimiento/valoración antes de su ejecución	250 (72,46)	40 (11,59)	55 (15,94)
Confidencialidad durante la atención (barrera física, visual y auditiva)	274 (79,42)	71 (20,58)	----
Participación del usuario(a) en la selección del método anticonceptivo	104 (30,14)	44 (12,75)	197 (57,10)

Fuente: Elaboración propia de los autores de la investigación.

Acorde con los lineamientos de la política nacional en salud sexual y reproductiva, las directrices gubernamentales en materia de asesoría en planificación familiar que deben tenerse en cuenta en Colombia, así como en el marco de la ética y la humanización del cuidado, se identificó que en más del 90% de las consultas no se brindó asesoría en la vivencia de cada uno de los derechos sexuales y reproductivos. En algunos casos con ausencia plena de su abordaje como son los derechos relacionados con el placer sexual y la expresión sexual emocional; con un escaso abordaje de la educación sexual integral y la atención en salud sexual en un 25,51% (n=88) y 26,96% (n=93) respectivamente. El mejor resultado obtenido estuvo referido a la información basada en el conocimiento científico que ofrecen los profesionales de enfermería, con un 53,91% (n=186).

Cuando se indagó entre las usuarias sobre la percepción en torno de la atención brindada en

el programa y la atención recibida (ver tabla No. 4), el 38,84% (n=134) expresó no conocer el horario de atención; un 12,75% (n=44) consideró que el tiempo de espera para ser atendido fue malo o regular; el 50,43% (n=174) expresó haber recibido buen trato por parte de la enfermera; un 99,66% (n=344) calificó de buena a excelente la asesoría recibida; el 95,94% (n=331) considera como bueno, muy bueno y excelente el orden del consultorio; solo un 0,58% (n=2) consideró que la limpieza del consultorio era mala; el 57,39% (n=198) conceptuó que la información ofrecida sobre el programa de planificación familiar era buena; el 52,46% (n=181) califica, en forma general, la satisfacción con respecto al servicio recibido por parte de la enfermera de planificación familiar como buena; el 97,97% (n=338) de las mujeres recomendarían la institución de salud para la atención a familiares o amigos y el 99,13% (n=342) volvería a utilizar los servicios.

Tabla 4. Satisfacción del usuario con la atención brindada en el programa de planificación familiar. Bucaramanga, 2014

Aspecto evaluado	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Tiempo de espera para ser atendido	6 (1,74)	38 (11,01)	218 (63,19)	37 (10,72)	46 (13,33)
Trato ofrecido por el profesional de enfermería	----	2 (0,58)	174 (50,43)	58 (16,81)	111 (32,17)
Asesoría brindada por el profesional de enfermería	----	1 (0,29)	159 (46,09)	71 (20,58)	114 (33,04)
Orden del consultorio	1 (0,29)	13 (3,77)	224 (64,93)	38 (11,01)	69 (20)
Limpieza del consultorio	----	2 (0,58)	222 (64,35)	40 (11,59)	81 (23,48)
Información que se ofrece acerca del programa de planificación familiar	2 (0,58)	28 (8,12)	198 (57,39)	50 (14,49)	67 (19,42)
Satisfacción con la atención brindada por el profesional de enfermería	2 (0,58)	6 (1,74)	181 (52,46)	48 (13,91)	108 (31,3)
Aspecto evaluado				SÍ	NO
Conocimiento del horario de atención del programa de planificación familiar				211 (61,16)	134 (38,84)
Recomendaría este centro de salud para la atención a familiares o amigos				338 (97,97)	7 (2,03)
Volvería a utilizar los servicios del programa de planificación familiar ofrecidos en este centro de salud				342 (99,13)	3 (0,87)

Fuente: Elaboración propia de los autores de la investigación.

DISCUSIÓN

En un estudio cualitativo realizado en Tabriz (Irán), las enfermeras identificaron como barreras organizativas para ofrecer una atención de calidad en planificación familiar, poco tiempo para los usuarios, falta de privacidad y materiales inadecuados para la educación y el asesoramiento (6), elementos que son similares en algunos aspectos encontrados en esta investigación a pesar de las diferencias del contexto.

Acorde con el nivel de desarrollo de las políticas, sistemas de salud y del país en general, se evidencian grandes diferencias; es así como una investigación llevada a cabo en un país

desarrollado como Finlandia en 63 centros de planificación familiar, el tiempo de orientación asignado para la consulta de anticoncepción fue de al menos 20 minutos en el 98% de los casos (7), el cual dista en gran medida de los hallazgos de este trabajo, en los cuales la media de duración de una consulta fue de 9 minutos con un mínimo de 2 y un máximo de 30 minutos. Estos datos son apoyados por los trabajadores de la salud en investigaciones mediante grupos de discusión que afirmaron no tener el tiempo suficiente para la orientación (8, 9); del mismo modo que lo señalan los hallazgos de un estudio cualitativo en ciudad de México, en que los proveedores declararon que existe una sobrecarga de trabajo que no les permite dedicar tiempo suficiente a la atención (10) y una encuesta

sobre servicios amigables realizada a jóvenes, en la que se identificó que el tiempo destinado para la consulta solo fue suficiente en el 78,8% de los casos (11).

En un trabajo en el que se observaron 469 interacciones paciente-proveedor se encontró que el uso de materiales audiovisuales e impresos para la educación eran infrecuentes (12); lo que confirman Nanbakhsh H y colaboradores, quien encontró que la ausencia en el uso de herramientas educativas durante la consulta favorece la mayor insatisfacción por parte de los clientes con un 18.5% (13) y la encuesta realizada a profesionales en centros de salud de Cali (Colombia), quienes expresaron que hay ausencia de material de apoyo para educación en salud (11). Resultados cercanos al nuestro, en donde el 12,7% de las asesorías en planificación familiar no cuenta con material educativo.

Los datos en la presente investigación permitieron identificar que en el 25,8% de los casos no se mantiene la privacidad; componente importante para brindar una asesoría de calidad y centrada en la persona usuaria. Estudios realizados comparten resultados similares; el primero de ellos, ejecutado en Malawi, encontró que el 33% de los prestadores de salud no contaban con un espacio privado para los clientes (8), así mismo Jain AK y colaboradores, obtuvieron que el 32% de 859 mujeres sintieron que su privacidad no se mantuvo durante la consulta de planificación familiar (14). Otra investigación en la provincia de Davao, en el Norte de Filipinas, identificó que en un tercio de los casos la privacidad no estuvo asegurada (12). En Chiang Mai, ciudad del Norte de Tailandia, de 1745 adolescentes solteras entre 17-20 años de edad, el 15% afirmaron que no hubo privacidad en la consulta (15). Igualmente, jóvenes entrevistados en Nueva Jersey y en las islas de Efatu y Espíritu Santo clasifican como barrera en la consulta la falta de privacidad (16) (17). Caso contrario ocurrió en un estudio de corte transversal en donde la privacidad fue atendida correctamente en el 95,5% de un total de 235

mujeres (18) y otro realizado en Etiopía, en el que solo el 4% de los usuarios estaban insatisfechos con la privacidad mantenida en la consulta (19). Este contraste posiblemente se deba a que en nuestro caso, en algunos consultorios, se realiza la prestación simultánea de otros servicios o la atención se interrumpe fácilmente por el mismo profesional u otra persona, situación que altera la privacidad en la atención.

Pese a que en la consulta de planificación familiar el 85,22% de las enfermeras no llaman al usuario por su nombre, en general el componente de relación terapéutica arrojó resultados positivos. El trato recibido por parte de la enfermera es considerado regular solo en el 0,58% de las usuarias; resultado comparable con un estudio descriptivo transversal realizado por Eryilmaz G en el cual, el 95,7% de los asistentes agradeció la amabilidad del personal (18). Por su parte, Mohammad-Alizadeh S y colaboradores, identificaron que los proveedores trataron a los usuarios respetuosamente en más de 80% de las consultas (12). En contraste, otro estudio identificó que tan solo el 30% de los usuarios sentían que habían sido bien tratados (14). En un estudio cualitativo en donde se entrevistaron a jóvenes, la mayoría afirmó que los proveedores de atención médica no se comunican apropiadamente con los usuarios y no estaban satisfechos con la forma en que fueron tratados (20), caso similar ocurrió con los resultados de un cuestionario de satisfacción en que las preguntas relacionadas con la cortesía del proveedor y tener confianza en el mismo obtuvieron el 60,7% y 56,8% respectivamente (13) y con un trabajo realizado en KwaZulu-Natal, Sudáfrica, en el que se encontró que el personal era amable solo en el 74% de los casos (15).

Nuestros resultados identificaron que el 95,94% de las enfermeras permiten a las mujeres hacer preguntas y el 82,9% les resuelven las dudas e inquietudes; comparable con otra investigación en la cual el 85% de usuarios afirmaron que el personal de salud les permitió hacer preguntas y en el 84% sus dudas fueron resueltas a su satisfacción (14). En un

estudio realizado por la Federación internacional de planificación de la familia del hemisferio occidental en ocho países de América latina y del Caribe, el 15,1% de las personas estuvieron insatisfechas con la oportunidad para hacer preguntas y aclarar dudas (21). Caso opuesto ocurrió en el estudio sobre la calidad en la toma de decisiones durante las consultas de planificación familiar de Kim YM y colaboradores (22), en el cual solo el 23% del personal de salud ofrece al cliente las oportunidades explícitas para hacer preguntas durante el proceso de toma de decisiones. En otro estudio no se animó a más de dos tercios de los pacientes para hacer preguntas o plantear preocupaciones (12).

El 100% de las enfermeras de nuestro estudio utilizó un lenguaje claro y sencillo; similares resultados se obtuvieron en un estudio aleatorizado en donde solo el 3% de los pacientes reportaron que tenían un problema con entender las palabras de la enfermera (23).

En un estudio que compara un *gold standard* con otros centros de salud, aseguraban la confidencialidad en el 16,4% (24), caso opuesto a nuestro estudio, en donde el 79,42% brindó confidencialidad en el momento de la atención (física, visual y auditiva), a pesar de que el ideal es garantizar en mayor medida dicha confidencialidad. Igualmente, diversos estudios cuyo diseño fue mediante grupos de discusión, obtuvieron que la falta de confidencialidad fue una barrera para la accesibilidad y la atención (16, 17, 25, 26).

El tema de derechos sexuales y reproductivos no fue tenido en cuenta en el 90% de las consultas. Una entrevista realizada a jóvenes de Cali indicó que solo al 34% les hablaron sobre los derechos sexuales y reproductivos (11). Un estudio realizado en Teherán identificó autonomía en el 77,3% de los clientes que acudían a la consulta de control (27). Situación similar a otros estudios (6, 28) en donde las mujeres consideraban como aspectos importantes el derecho de la mujer a ser autónoma, a elegir por sí misma el método anticonceptivo y a ser tratada con dignidad y respeto.

Tafese F, Woldie M, Megerssa B encontraron en su investigación que la media de puntuación de la satisfacción global (mínima de 2, máxima de 10) por parte de 301 usuarias de planificación familiar en centros de salud del sudeste de Etiopía fue de 8,64 (“volvería aquí si necesito ayuda otra vez y recomendaría el servicio a amigos o familiares”) (19); comparable con nuestro estudio en el que de 345 mujeres, el 97,97% recomendarían el centro de salud y el 99,13% volverían a utilizar los servicios. Este resultado se ve reflejado en que solo el 2,32% de los usuarias calificaron como regular o mala la satisfacción por el servicio recibido, similar a un estudio de satisfacción que encontró que el 76,2% estaban satisfechas con el servicio (13). En contraste, en un estudio de corte transversal analítico, el 64,5% se mostraron insatisfechos y otro 8% fuertemente insatisfechos (29). La causa de lo anterior podría ser que en general, más del 90% de las expectativas de los clientes y los proveedores hacían referencia a aspectos de infraestructura de la institución de salud.

El tiempo de espera en una investigación realizada en unidades básicas de prestación de servicios en Bogotá, fue considerado como adecuado en el 60% de las usuarias, mientras que las demás lo consideraron largo y dispendioso (30); en cuanto que en la nuestra el 12,75% refirió el tiempo de espera como regular y malo. Otro estudio de corte transversal, con una muestra de 215 mujeres asistentes a los programas de planificación familiar, encontró que el 55,8% de ellas consideró largo el tiempo de espera (31). En contraste, otra investigación identificó que el tiempo de espera era menos de 30 minutos en el 89% (12). En lo que respecta a la limpieza del centro de salud, solo el 0,58% de las usuarias de nuestro estudio la consideraban mala, caso similar a otro estudio en donde el 1,7% no consideraba limpia el área clínica (31). Por su parte, Eryilmaz G identificó que las condiciones higiénicas inadecuadas fueron confirmadas por el 11% de las mujeres (18).

Como aspectos importantes de señalar en la institución en que se realizó el presente estudio,

es que no siempre se cuenta con los insumos, materiales educativos y el tiempo de consulta suficiente para brindar una asesoría óptima, por lo que se requiere de una intervención gubernamental e institucional para proporcionar no solo métodos anticonceptivos modernos y con una mayor oferta, sino también los insumos y tiempo necesario para brindar una atención de calidad, en donde los elementos para valorar a la usuaria sean imprescindibles en la asesoría de planificación familiar y las consultas se realicen teniendo en cuenta la privacidad del paciente.

La relación terapéutica entre la enfermera y la mujer asistente al programa de planificación familiar en este estudio es una fortaleza notable, en donde el profesional centra su cuidado en el paciente, dándole prioridad a sus necesidades, inquietudes y utilizando un lenguaje que permite fortalecer la atención y crear un ambiente de confianza. Por otro lado, existe el vacío de promoción y vivencia de los derechos sexuales y reproductivos, que constituyen un pilar fundamental en el marco de las políticas públicas propuestas en Colombia en el plan decenal de salud pública 2012-2021 (32) y en concordancia con la ley 1751/15 que concibe la salud como derecho humano fundamental en Colombia; por lo que se necesita establecer una guía que permita brindar a los usuarios una mayor información sobre los derechos sexuales y reproductivos. Así mismo, se hace pertinente que el profesional se apropie de la importancia de personalizar la atención, en donde la persona sea llamada por su nombre y la confidencialidad sea el eje central de la relación.

A pesar de que se identificaron aspectos por mejorar en la calidad del programa de planificación familiar y que una cantidad considerable de usuarias estaban insatisfechas con los tiempos de espera; en general, las usuarias se sienten satisfechas por el servicio recibido y la disposición de un consultorio limpio y ordenado, aspectos que influyen en su deseo de continuidad en la atención y recomendación del servicio.

Los resultados de esta investigación pudieron haberse alterado por la presencia del observador en el transcurso de la consulta y condicionar la atención del profesional al usuario; sin embargo, los resultados también reflejan fallas en la calidad de la prestación de servicios de planificación familiar. Este trabajo constituye un referente para futuras investigaciones que pretendan identificar la calidad de la atención en planificación familiar en instituciones de salud, vista desde el componente organizativo, la relación terapéutica y sus repercusiones en la satisfacción del usuario.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio constituyen un punto de partida para llevar a cabo intervenciones dirigidas a las instituciones y al personal de enfermería donde se ofrece asesoría en planificación familiar a hombres y mujeres, por medio de las cuales se establezcan directrices institucionales e interstitucionales que permitan el adecuado suministro de elementos e insumos, se establezcan herramientas de apoyo para la realización de una asesoría humanizada en donde sea prioritario el conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se centre el accionar según las necesidades y prioridades del paciente y se le dedique el tiempo suficiente para brindar una asesoría completa y de calidad. De esta manera se obtendrá una mayor satisfacción del usuario, mayor adherencia al programa y por tanto una disminución en la tasa de embarazos no deseados.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Vicerrectoría de Investigación y Extensión de la Universidad Industrial de Santander por la financiación del presente estudio. Código: 5693.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS [Internet]. Bogotá, Colombia; 2010 [acceso 22 Abr 2016]: 1 – 794. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
2. Ayuso D, Grande R. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. España: Ediciones Díaz de Santos; 2006.
3. Ortega MC, Suárez MA. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. Estrategias para su aplicación. 2ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2009.
4. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. [Versión. www.OpenEpi.com] 2013 [actualizado 4 May 2013; accedido 10 Jul 2013]. Disponible en: URL: http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
5. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Dirección general de Salud Pública. Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia [Internet]. 2ª ed. Bogotá; 2008 [acceso 22 Abr 2014]: 111. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Modelo-de-servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes.pdf>
6. Mohammad-Alizadeh S, Wahlström R, Vahidi R, Nikniaz A, Marions L, Johansson A. Barriers to high-quality primary reproductive health services in an urban area of Iran: views of public health providers. *Midwifery* [Internet]. December 2009 [acceso 18 Feb 2014]; 25(6):721-730. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0266613808000053/1-s2.0-S0266613808000053-main.pdf?_tid=b06c7af0-98a4-11e3-9192-00000aab0f6c&acdnat=1392732065_78345166b76cc880e2f4f6552ccbcb8
7. Sannisto T, Saaristo V, Ståhl T, Mattila K, Kosunen E. Quality of the contraceptive service structure: a pilot study in Finnish health centre organisations *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]. 2010 [citado 18 Feb 2014]; 15(4): 243-254. Available from: MEDLINE Complete. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=35bd4217-6b14-4213-b40f-60420a9e8648%40sessionmgr4003&vid=11&hid=4211>
8. Lin Y, Franco LM. Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a nivel de establecimiento en Malawi. Estudio de caso del proyecto de garantía de calidad. Publicado para la agencia para el desarrollo internacional de los EE.UU (USAID) por el proyecto de garantía de calidad (Quality Assurance Project). Bethesda, Maryland, EE.UU [internet]. 2000 [acceso Feb 19 2014]: 1-15. Disponible en: http://www.urc-chs.com/sites/default/files/MalawiSPANISHAssesstheQofFacilityLevelFamPlanSvs_0.pdf
9. Majlessi F, Banaem LM, Shariat M. Client and Health Workers Perceptions on Family Planning Services. *Iran Red Crescent Med J* [internet]. 2011 [acceso Feb 19, 2014]; 13(7):469-474. Disponible en: <http://ircmj.com/1813.fulltext>
10. Agudelo B., M. Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: visión de los proveedores de salud. *Rev Fac Nac Salud Pública* [internet]. 2009 [citado 19 Feb 2014]; 27 (2): 174. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a08.pdf>
11. Valencia C, Canaval G, Molina A, Caicedo H, Serrano L, Echeverri J, et al. Servicios amigables para jóvenes: construcción conjunta entre jóvenes y funcionarios. (Spanish). *Colombia Médica* [Internet]. 2010, Jan, [acceso Feb 19, 2014]; 41(1): 41.26-34. Available from: Academic Search

- Complete. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c2076fdb-6442-448d-ba89-d3f0f9ee7e5a%40sessionmgr113&vid=19&hid=116>
12. Mohammad-Alizadeh S, Marions L, Vahidi R, Nikniaz A, Johansson A, Wahlström R. Quality of family planning services at primary care facilities in an urban area of East Azerbaijan, Iran. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]. 2007, Dic, [citado Feb 18 2014]; 12(4): 326-334. Available from: MEDLINE Complete. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=35bd4217-6b14-4213-b40f-60420a9e8648%40sessionmgr4003&vid=10&hid=4211>
 13. Nanbakhsh H, Salarilak S, Islamloo F, Aglemand S. Assessment of women's satisfaction with reproductive health services in Urmia University of Medical Sciences. *East Mediterr Health J* [Internet]. 2008, May, [acceso Feb 19 2014]; 14(3): 605-614. Available from: MEDLINE Complete. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=33&sid=008941c3-5e88-40b4-b983-2a048878f5e3%40sessionmgr110&hid=116>
 14. Jain AK, Ramarao S, Kim J, Costello M. Evaluation of an intervention to improve quality of care in family planning programme in the philippines. *J Biosoc Sci* [internet]. 2012, [acceso 18 Feb 2014]; 44(1), 27-41. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/906369526/fulltextPDF?accountid=29068>
 15. Tangmunkongvorakul A, Banwell C, Carmichael G, Utomo ID, Seubsman S, Kelly M, et al. Use and perceptions of sexual and reproductive health services among northern thai adolescents. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* [internet]. 2012 [acceso 20 Feb 2014]; 43(2):479-500. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1009902081/fulltextPDF/8BBDA16897ED4663PQ/6?accountid=29068>
 16. Lindberg C, Lewis-Spruill C, Crownover R. Barriers to sexual and reproductive health care: urban male adolescents speak out. *Issues Compr Pediatr Nurs* [Internet]. 2006, Apr, [acceso 19 Feb 2014]; 29(2): 73-88. Available from: MEDLINE Complete. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=c2076fdb-6442-448d-ba89-d3f0f9ee7e5a%40sessionmgr113&hid=116>
 17. Kennedy EC, Bulu S, Harris J, Humphreys D, Malverus J, Gray NJ. "Be kind to young people so they feel at home": a qualitative study of adolescents' and service providers' perceptions of youth-friendly sexual and reproductive health services in Vanuatu. *BMC Health Serv Res* [internet] 2013 [acceso 20 Feb 2014]; 13:455. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1461771647/fulltextPDF/88D3AB0C4B244AA5PQ/799?accountid=29068>
 18. Eryilmaz G. The evaluation of family planning services given in Erzurum mother-child health and family planning center in Eastern Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]. 2006, Junio, [acceso 18 Feb 2014]; 11(2): 146-150. Available from: Academic Search Complete. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=35bd4217-6b14-4213-b40f-60420a9e8648%40sessionmgr4003&hid=4211>
 19. Tafese F, Woldie M, Megerssa B. Quality of family planning services in primary health centers of Jimma Zone, Southwest Ethiopia. *Ethiop J Health Sci* [internet]. 2013 [acceso 18 Feb 2014]; 23(3):245-54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847534/pdf/EJHS2303-0245.pdf>
 20. Khalaf I, Moghli F, Froelicher E. Youth-friendly reproductive health services in Jordan from the perspective of the youth: a descriptive qualitative study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2010, June, [citado 19 Feb 2014]; 24(2): 321-331. Available from: Academic Search Complete. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=008941c3-5e88-40b4-b983-2a048878f5e3%40sessionmgr110&hid=116>

21. Williams T, Schutt-Ainé J, Cuca Y. Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a través de encuestas de satisfacción de clientes. *Perspect Int Planif Fam* [internet]. 2011 [acceso Feb 20, 2014]: 14-23. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/2701401S.pdf>
22. Kim YM, Kols A, Putjuk F, Heerey M, Rinehart W, Elwyn G, et al. Participation by clients and nurse midwives in family planning decision making in Indonesia. *Patient Educ Couns* [internet]. July 2003 [acceso 18 Feb 2014]; 50(3): 295-302. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0738399103000533/1-s2.0-S0738399103000533-main.pdf?_tid=2b95363e-98b1-11e3-9b74-00000aab0f27&acdnat=1392737426_0d1f850d57c945d43fb564bc35251efc
23. Kim YM, Putjuk F, Basuki E, Kols A. Increasing patient participation in reproductive health consultations: an evaluation of “Smart Patient” coaching in Indonesia. *Patient Educ Couns* [internet]. 2003, [acceso 18 Feb 2014]; 50(2): 113-122. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0738399102001933/1-s2.0-S0738399102001933-main.pdf?_tid=75746702-98b1-11e3-bbec-00000aab0f02&acdnat=1392737549_80a782fee7cf46b71fa4d293adcb3100
24. Hong R, Mishra V, Fronczak N. Impact of a quality improvement programme on family planning services in Egypt. *East Mediterr Health J* [Internet]. 2011, Jan [acceso 18 Feb 2014]; 17(1): 4-10. Available from: MEDLINE Complete. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=35bd4217-6b14-4213-b40f-60420a9e8648%40sessionmgr4003&vid=8&hid=4211>
25. Agampodi SB, Agampodi TC, Ukd P. Adolescents perception of reproductive health care services in Sri Lanka. *BMC Health Serv Res* [internet]. June 2008 [acceso 20 Feb, 2014]: 1-8. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-98.pdf>
26. Mbeba RM, Mkuye MS, Magemba GE, Yotham WL, Mellah AO, Mkuwa SB. Barriers to sexual reproductive health services and rights among young people in Mtwara district, Tanzania: a qualitative study. *Pan Afr Med J* [internet]. 2012 [Citado 20 Feb 2014]; 13(1):1-6. Disponible en red: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3589247/pdf/PAMJ-SUPP-13-1-13.pdf>
27. Motevallizadeh S, Afzali H, Larijani B. Observing principles of medical ethics during family planning services at Tehran urban healthcare centers in 2007. *Iranian J Reprod Med* [Internet]. 2011, Spring2011, [acceso 19 Feb 2014]; 9(2): 77-82. Available from: Academic Search Complete. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=008941c3-5e88-40b4-b983-2a048878f5e3%40sessionmgr110&vid=15&hid=116>
28. Becker D, Klassen A, Koenig M, LaVeist T, Sonenstein F, Tsui A. Women’s perspectives on family planning service quality: an exploration of differences by race, ethnicity and language. *Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2009, Sep, [acceso 18 Feb 18 2014]; 41(3): 158-165. Available from: CINAHL Plus with Full Text. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=35bd4217-6b14-4213-b40f-60420a9e8648%40sessionmgr4003&hid=4211>
29. Ramezankhani A, Ghanbari S, Mohammadi G, Mehrabi Y. Family planning services: an implementation of the service quality gaps model. *Healthmed* [Internet]. 2012 [acceso 18 Feb 2014]; 6(12): 4160-4169. Available from: Academic Search Complete Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=35bd4217-6b14-4213-b40f-60420a9e8648%40sessionmgr4003&vid=7&hid=4211>
30. Pacheco C, Latorre C, Enríquez C, Guevara E. Los derechos sexuales y reproductivos: estudio de caso de unidades de prestación de servicios. *Gerencia y políticas de salud* [Internet] 2006 [acceso 25 Abr 2016]; 5 (10): 104. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/545/54551005.pdf>
31. Letaief M, Ben Hmida A, Mouloud B, Essabbeh B, Ben Aissa R, Gueddana N. Implementing a quality improvement programme in a family planning centre in Monastir, Tunisia. *East Mediterr Health J*

- [Internet]. 2008, May [acceso 18 Feb 2014]; 14(3): 615-627. Available from: MEDLINE Complete Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=35bd4217-6b14-4213-b40f-60420a9e8648%40sessionmgr4003&hid=4211>
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 20121-2021[Internet]. 2013 [citado 18 Feb 2014]: 1-237. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>