

31261
2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CAMPUS IZTACALA

MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD

CALIDAD DE LA ATENCIÓN A MUJERES
GESTANTES
DE LA CLÍNICA 61 DEL IMSS

TESIS QUE PARA OBTENER
EL GRADO DE MAESTRA EN
INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

PRESENTA:

LIC. EN PSIC. REYNALDA MONROY SALAZAR

DIRECTOR DE TESIS: M. en ISS HÉCTOR GONZALEZ
DÍAZ

REVISORES:

DR. MARIO CARDENAS TRIGOS
M. EN SP JESÚS CHAVEZ MAYOL
M. EN ISS ANA LUISA GONZÁLEZ CELIS RANGEL
M. EN ISS ROSA ISABEL ESQUIVEL HÉRNANDEZ

Los Reyes Iztacala

Febrero 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Se agradece el invaluable apoyo brindado por
la Universidad Nacional Autónoma de México
en la realización de esta tesis, así como para
la conclusión y obtención del grado.

Por las oportunidades recibidas
se agradece a la
Doctora María Suárez Castillo

Se agradecen los apoyos, consejos, conocimientos
y la enorme experiencia aportada por el
Maestro: Héctor González Díaz,
no solo para la realización de la Tesis,
sino también por el apoyo durante
toda la trayectoria académica.

Muy especialmente se agradece al Maestro
Jesús Chavez Mayol por haber brindado el espacio para poner en
práctica los conocimientos adquiridos. ¡Un sin fin de GRACIAS!

Se agradece al Dr. Mario Cárdenas Trigos,
su tiempo, y su valiosa experiencia

El presente trabajo debe valiosas aportaciones a la
Maestra Ana Luisa González Celis Rangel, y
así mismo se le agradece su orientación, consejo y apoyo.

A la Maestra Rosa Isabel Esquivel,
por su confianza, aprecio, y orientación.

A mi madre. Rosario Salazar Longoria, por su ejemplo de valor
durante toda la vida

Finalmente a Javier Osorno Galeana

INDICE DE CONTENIDO

Contenido	Páginas
Capítulo 1. Marco Teórico	
1.1. Condiciones de los Servicios de Salud en México.....	1
1.2. Investigación de Servicios de Salud.....	4
1.3. Calidad de la Atención.....	6
1.3.1 Evaluación de la Calidad.....	10
1.3.2. Componentes de la Calidad.....	13
1.3.2.1. Estructura.....	13
1.3.2.2. Proceso.....	14
1.3.2.3. Resultados.....	17
1.3.2.4. Satisfacción.....	18
Capítulo 2. Marco Conceptual	
2.1 Mortalidad Materna en México.....	23
2.2 Mortalidad Materna en el IMSS.....	26
Capítulo 3 Planteamiento del Problema	
3.1. Justificación.....	28
3.2. Pregunta de Investigación.....	32
3.3 Objetivos.....	32
3.3 Hipótesis.....	33
Capítulo 4. Metodología	
4.1. Definición de la Población Objeto de Estudio.....	34
4.2. Tamaño del Censo.....	34
4.3. Definición de Variables.....	35
4.3.1. Definición Conceptual.....	35
4.3.2. Definición Operacional.....	37
4.4. Confiabilidad y Validez.....	39
4.5 Tipo de Estudio.....	39
4.6. Diseño de la investigación.....	40
Capítulo 5. Técnica e Instrumento para Recolectar la Información	
5.1. Formato Proceso y Resultado de la Atención.....	41
5.2. Formato Satisfacción de la Atención.....	44
Capítulo 6. Resultados	
6.1. Datos Generales.....	47
6.1.1 Total de la Población Atendida.....	47
6.1.2. Número de Hijos.....	48
6.1.3. Escolaridad de las Mujeres Gestantes.....	49
6.2 Proceso.....	50
6.3. Resultado de la Atención.....	53

6.4. Satisfacción Pacientes	56
6.4.1. Satisfacción Total.....	57
6.4.2. Satisfacción de las Pacientes del Acceso.....	58
6.4.2.1. Resultados de la satisfacción del acceso codificados.....	58
6.4.2.2. Resultados de la satisfacción del acceso sin codificar.....	59
6.4.3. Satisfacción de las Pacientes de la Relación con el Prestador...	62
6.4.3.1. Resultados de la Relación con el Médico o la EMI codificados.....	63
6.4.3.2. Resultados de la Relación con el Médico o la Enfermera sin codificar.....	63
6.4.4. Satisfacción de la Estructura de la Clínica.....	65
6.4.4.1. Resultados de la satisfacción de la estructura codificados..	66
6.4.4.2. Resultados de la satisfacción de la estructura sin codificar.....	66
6.5. Resultados comparativos: Satisfacción pacientes.....	67
6.6. Resultados Asociativos.....	68
Capítulo 7 Discusión	
7.1. Cumplimiento de actividades normadas.....	71
7.2. Respecto a las hipótesis descriptivas.....	76
7.3. Discusión respecto a las hipótesis asociativas.....	76
Capítulo 8. Conclusiones.....	79
Capítulo 9. Recomendaciones.....	80
Referencias	
Anexos	
Anexo 1. Formato Proceso y Resultado de la Atención	
Anexo 2. Formato Satisfacción Pacientes	
Anexo 3. Síntesis de la Norma Técnica Materno Infantil	
Anexo 4. Resultados codificados	

Reynalda Monroy Salazar
Calidad de la atención a mujeres
gestantes en la Clínica 61 del IMSS

RESUMEN

En el primer nivel de atención de la Seguridad Social existen enormes dilemas para otorgar los supuestos básicos de la calidad de la atención. Este documento evalúa la calidad de la atención a través de la satisfacción del paciente (accesibilidad a los servicios de salud, estructura del hospital, relación con el doctor); y el cumplimiento de actividades normadas (Norma Técnica para la Atención Materno Infantil). El objetivo de este documento es evaluar la calidad de la atención materno infantil y encontrar la asociación entre la satisfacción del paciente y el cumplimiento de actividades. Se crearon dos instrumentos, el primero evalúa el cumplimiento con los estándares revisando los expedientes clínicos, el segundo instrumento evalúa la satisfacción del paciente. Las principales fallas en la calidad de la atención materno infantil fueron: deficiente distribución de los insumos, existe satisfacción de los pacientes (acerca de la relación con el médico, pero no existe satisfacción respecto a la estructura) y por otro lado existe asociación con el cumplimiento de los estándares y las enfermedades maternas y esta asociación es significativa. La medición de los indicadores permite la identificación de las desviaciones y centrar los futuros esfuerzos para mejorar la atención materno infantil.

Reynalda Monroy Salazar
Quality of maternal health care in
first level of Social Security

ABSTRACT

The first level of Social Security face enormous challenges to live up to the basic prepositions of quality of health care. This document evaluates the quality of health care through to patient satisfaction, (accessibility to health services, structure to hospital, and relation with the doctor), and the process of care through to fulfillment with the standards (Technique Norm of maternal and child health care). The objective of this document is evaluate the quality of maternal health care and find the relationships between patient satisfaction with fulfillment the standards. We created two instruments, the first evaluates the compliance with the standards reviewed the clinical record; the second instrument evaluates the patients satisfaction. The main failures in the quality of maternal and child health care where deficient distribution of inputs, we found that exist patient satisfaction, (about relationships with the doctor, but satisfaction doesn't exist about the structure) and in another hand we found association between the fulfillment with the standards and maternal sickness. And there are differences significant. The measurement of the indicators permits the identification of deviations and to focus future efforts to improve the quality of maternal health care.

INTRODUCCIÓN

Este proyecto de investigación determina la calidad de la atención medida a través del proceso de atención (en su aspecto técnico es decir el cumplimiento con actividades normadas); la satisfacción del usuario.

Además evalúa cómo repercute la calidad de la atención sobre la morbilidad. Materna, pero no deja de considerarse que la presencia de la morbilidad materna sólo puede entenderse desde una perspectiva multicausal y algunos autores¹ establecen que existen otros factores para la presencia de la morbilidad materna. dichos factores son el desarrollo social, económico y también los servicios de salud, así como la utilización de los mismos.

Así, esta investigación quiere probar cuál es el impacto de la calidad de la atención en la morbilidad materna, ante la cual los esfuerzos institucionales podrían ser afectados por el resto de los factores que lo determinan. La calidad de la atención es considerada a través de:

- ❖ La satisfacción de la paciente. Se evalúa a través de los siguientes aspectos: accesibilidad, relación con el médico, y estructura del hospital.
- ❖ El proceso de atención es evaluado a través de cumplimiento con la Norma Técnica para la Atención Materno Infantil seleccionando aquellas actividades recomendadas por la Norma y por Coria-Soto, Bobadilla y Notzón,²

¹ López-Ríos O, "Efecto de los Servicios de Salud y de Factores Socioeconómicos en las diferencias Espaciales de la Mortalidad Materna", Salud Pública de México, Vol 39 Num. 1 Enero Febrero de 1997

² Coria S., Bobadilla J.L., y Notzón F, "Efectividad de la Atención Prenatal para Prevenir el Retraso en el Crecimiento Intrauterino y el Bajo Peso al Nacer" Calidad de la Atención a la Salud, Vol 3. Num 1 y 2 Junio de 1996

CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1. Condiciones de los Servicios de Salud en México

El actual sistema de salud tiene ya mas de cincuenta años, su fundación data de 1943, cuando se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México, primer Instituto Nacional de Salud. Sin embargo en esa misma época el acceso a los servicios de salud era privilegio de unos cuantos; se contaba 43000 médicos, 383 hospitales de asistencia pública y 52 privados, y había una esperanza de vida de 40 años.³

Hacia 1953, la SSA contaba con una planta creciente de hospitales y centros de salud que ya cubría parte del área rural. El IMSS protegía a 6.5 millones de personas alrededor del 15% de la población y tenía mas de 1 000 camas de hospital. En 1964, se había inaugurado el Centro Medico "La Raza", en 1960 además, se había fundado el ISSSTE, con lo cual se extendían los privilegios de la seguridad social a todos los trabajadores del Estado.

Durante medio siglo, de servicios de salud se han logrado avances muy importantes en el descenso de la mortalidad, la ampliación de la cobertura, la protección financiera, se ha aumentado la esperanza de vida (73 para las mujeres, 67 para los hombres).⁴ Sin embargo, al mismo tiempo que se consolidan sus fortalezas se evidencian los obstáculos que debilitan su desempeño. Así se tienen al menos siete obstáculos:

³ Frenk, J., (Director), "Economía y Salud", México: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

⁴ ibi dem.

Inequidad: La falta de adecuación entre las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales y la asignación de recursos a cada uno de ellos.⁵

Insuficiencia: Se entiende por insuficiencia, la falta de recursos disponibles para resolver los problemas prioritarios de salud. Por ejemplo: más de un millón de niños cada año, (en condiciones de pobreza extrema), nacen sin que la madre este atendida por personal capacitado.

Ineficacia: Es cuando no se alcanza el objetivo planeado, se entiende por eficacia cuando se alcanza el objetivo y se logra al más bajo costo.

Inseguridad: Se puede entender por inseguridad la generación de daños emocionales, pérdida económica y desorganización por la falta de protección y apoyo ante la enfermedad, la discapacidad y la muerte. Cuando no existe una respuesta a las necesidades

Inflación: Se considera que la inflación es el incremento de los precios de los servicios de salud, con relación a otros productos y a las remuneraciones de la población. Por ejemplo el déficit del seguro de enfermedad y maternidad del IMSS llega a 703.3 millones de pesos en 1992.

Insatisfacción: Es la incapacidad de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población, lo cual se refleja en la utilización de servicios fuera de la institución de adscripción y en una mala opinión sobre la atención.⁶

La satisfacción es definida como un concepto unitario de variación individual.⁷

⁵ Donabedian A., "La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de Calidad, Salud Pública México, Vol. 32, 1990

⁶ Ruelas, B.E., (director) "Salud Pública de México: Garantía de Calidad de la Atención Médica, Glosario de Conceptos Básicos", Instituto Nacional de Salud Pública

⁷ Jesse W.F., "Garantía de Calidad de los Hospitales de los EUA", Salud Pública México, 1990, Vol. 32 NÚM 2, pag 132-137

El aspecto de la Calidad de la Atención

Se entiende por tal: la capacidad de los servicios para alcanzar las mejorías esperadas en la salud de la población o de los pacientes, debido a las condiciones de la estructura o del proceso de atención, del resultado, o la satisfacción. Por ejemplo en un estudio realizado en el D.F. en 1984, se encontró que un bebe nacido en un hospital de la SSA, tenía 3 veces más posibilidades de morir durante los primeros siete días, que un bebe del mismo peso nacido en un hospital del IMSS, esta diferencia se debió a la distinta calidad de la atención.⁸

De los anteriores siete obstáculos para la prestación de servicios de salud, en esta investigación se consideran únicamente: la satisfacción del prestador del servicio y el aspecto de la calidad, considerando que en éstos las investigaciones que se realicen pueden tener mayor impacto, y los posibles cambios que se propongan son más factibles de llevarse a la práctica por su menor costo.

Calidad

Uno de los problemas a estudiar con creciente interés es la evaluación de la calidad de la atención a la salud. Desde hace aproximadamente 50 años se iniciaron los estudios en instituciones como el IMSS, usando como principal instrumento el expediente clínico.

La calidad puede entenderse en dos grandes dimensiones: 1) técnica, lo cual es la aplicación de los conocimientos científicos y recursos tecnológicos para resolver el problema clínico del paciente y 2) interpersonal, esto es la calidad de la relación individual que establecen los prestadores del servicio con el paciente. Estas dos dimensiones son complementarias.⁹ Constituye un atributo de la atención médica y consiste en el logro de los mayores beneficios posibles con los mínimos riesgos para el

⁸ Donabedian A, "Cándido en el País de la Investigación de Servicios de Salud" Salud Pública México, 1987, Vol. 29, NUM 6

⁹ Page J.M. "Calidad y Eficiencia en Hospitales". OPS, División de Sistemas y Servicios de Salud, Bol. of Sanit Panam 1993, Vol. 115 NUM 6

paciente¹⁰, con la mayor eficacia y eficiencia¹¹, así como una adecuación precisa de la atención a las necesidades individuales de cada caso.

Otros autores también consideran la calidad de la estructura del sistema de salud.¹² La dimensión interpersonal involucra todas aquellas expectativas, sensaciones, juicios que en los usuarios provoca la interacción con los prestadores de servicios de salud.

Para adentrarse en el estudio de la Calidad de la Atención dentro de cualquier sistema de Salud, se debe hacer referencia a un marco mucho más amplio que engloba a la Calidad de la Atención y desde cuyo vortice se enmarca la presente investigación, ésta es: "La Investigación de Servicios de Salud".

1.2. Investigación de Servicios de Salud

Aún cuando investigación en Servicios de Salud tiene algún tiempo no fue sino hasta 1978, cuando la Secretaría de Salubridad y Asistencia la reconoce como un instrumento para la toma de decisiones. Un año después el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) brinda la posibilidad de obtener financiamiento para la realización de investigaciones en el área. En ese mismo año en la UNAM específicamente en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, se establece el programa de posgrado en Investigación de Servicios de Salud. Posteriormente programas similares se establecieron: los de la Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad de Guadalajara, Universidad de Veracruz, Universidad de Baja California Norte, Universidad Autónoma de Colima y la Universidad Zacatecas.

¹⁰ Lebow, J., "Consumer Satisfaction with Medical Care: Present Status" USA NUM 32, pag 153-164

¹¹ Revisión de la literatura, puntos de vista de los pacientes en la calidad de la atención en la práctica general

¹² JAMA, "Quality Health Care" The Journal of the American Medical Association, 1986 Vol. 275, NUM 23

La importancia de realizar investigación en los servicios de Salud radica en que es una herramienta científica para la toma de decisiones¹³, y una forma de abordar los distintos y complejos problemas que enfrentan las instituciones de Salud, entre estos problemas están que existe un incremento de la demanda de servicios de salud (dado el aumento de la esperanza de vida), para el cual no se está preparado; lo que se traduce en deficiencias en la atención; otro de los problemas es la aparición de enfermedades vinculadas a factores del desarrollo económico¹⁴ (cardiopatías, cáncer), junto con enfermedades características de subdesarrollo (tales como enfermedades diarreicas agudas, e infecciones respiratorias agudas) por otro lado, la situación económica en el país. Y entre otro de los muchos problemas que se contemplan se encuentran el de las deficiencias en la Calidad de Atención; eje toral en el presente documento.

Se está plenamente convencido que la Investigación en Servicios de Salud es la clave para la resolución de las dificultades que se enfrentan, como meta final de los esfuerzos, pero que comienza como una forma de aproximación a la realidad concreta, que puede permitir el abordaje de los diversos problemas que se presentan en la prestación de servicios de Salud. Además de que la investigación generará conocimiento y éste a su vez brinda la capacidad de entender el origen y la naturaleza de los problemas, además de estar en capacidad de enfrentarlo.

Se considera que la Investigación en Salud coadyuva en la búsqueda de soluciones a estos apremiantes problemas, así como contribuir al progreso de la ciencia.¹⁵ Además, dadas las características de multidisciplinariedad contribuye a enriquecer la

¹³ Ochoa Díaz López H., Sánchez Pérez H., y Rosado Muñoz J., "Formación del investigador de Servicios de Salud: El caso de la Maestría en ISS de la Universidad Nacional Autónoma de México", *The Journal of Health Administration Education* 9: 2 Spring 1991.

¹⁴ Valdés Olmedo C. "Un Futuro para la Investigación en Servicios de Salud", Conferencia magistral presentada en la II reunión Interinstitucional de Investigación de Servicios de Salud, ENEP, Iztacala, 7 de julio de 1997.

¹⁵ González-Celis Rangel A.L., "Los Servicios de Salud y la Investigación de Servicios de Salud en México frente a la Reforma" 1995-200. Documento inédito, s/f.

apreciación de los individuos en las organizaciones, y por tanto a plantear soluciones integrales ante los distintos problemas que afectan en la prestación de los servicios de salud.

Se tiene claro que la Calidad de la Atención es sólo uno de los diversos problemas que se enfrentan en la prestación de los Servicios de Salud, sin embargo, se constituye en la punta de lanza, a fin de poder introducirse en la problemática partiendo desde éste enfoque.

Por otro lado, el mejoramiento en la Calidad de la Atención es una de las herramientas para mejorar entre otras cosas el acceso a los Servicios de Salud, se constituye además en uno de los retos de la Reforma del Sector Salud (revertir el deterioro de la calidad de la atención), pero también uno de sus objetivos (mejoramiento de la calidad de los servicios de salud).

1.3. Calidad de la Atención

Calidad es una adecuación precisa de la atención a las necesidades de salud particulares de cada caso, es una aportación a la calidad de vida.¹⁶

La calidad es un atributo tanto de los elementos que constituyen el sistema y de su organización como de las acciones que se realizan al producir un bien o proporcionar un servicio y de los productos obtenidos mediante dichas acciones y que se logra cuando se han alcanzado los estándares previstos para el logro de los objetivos.

Para establecer un mínimo de calidad se deben establecer primero los objetivos, luego los medios para lograrlos.

Garantía de calidad

Los principios de la garantía de calidad son: desempeño profesional (calidad técnica), empleo de recursos (eficiencia) riesgo del paciente (el riesgo de lesión del paciente o enfermedad) y las lesiones.

¹⁶ Donabedian A., "La calidad de la atención médica" Ciencia y desarrollo CONACIT, 1981, Num 37, Año VII, pag 68-89

Estos cuatro principios suelen ponerse en práctica en los hospitales de EUA, como parte de un programa de mejoramiento continuo de la calidad.¹⁷

La calidad de la atención médica: es un atributo de la atención médica, consiste en lograr el mayor beneficio posible con los menores riesgos y costos para el paciente. El concepto debe entenderse en una dimensión técnica (aplicación de conocimientos científicos y recursos tecnológicos) e interpersonal.¹⁸

Pretende promover el bienestar, disminuir los riesgos, prevenir los daños a la salud, y restablecer el equilibrio dinámico del individuo y su ambiente. La atención médica es el proceso de interacción entre el individuo o su familia y el prestador del servicio que implica la realización de acciones de prevención secundaria o terciaria para manejar los daños a la salud. Partiendo de esto, el prestador del servicio para la atención médica no sólo es el médico sino el personal paramédico y de enfermería que interactúa con los usuarios.

La relación Calidad, productividad y costos.

La calidad del servicio prestado a los usuarios no sólo está determinada por la atención que los médicos dan sino también a ciertas condiciones económicas y sociales que la influyen grandemente. La calidad en los servicios de salud, en México se ha venido deteriorando por las consecutivas crisis económicas¹⁹ que repercuten en el presupuesto otorgado a la salud. Por lo tanto, en México, se ha vuelto una constante preocupación el obtener no sólo "más dinero para la salud" sino además "más salud por el dinero", lo que nos habla de que en las mismas condiciones, incrementar la productividad, sin elevar necesariamente los costos, pero sin disminuir la calidad.²⁰ Situación que ha incrementado al

¹⁷ Jesse W F., "Garantía de Calidad de los Hospitales de los EUA" Salud Pública México, 1990, Vol. 32, NUM 2, pag 132-137

¹⁸ Ruelas, B: E., (director) "Salud Pública de México: Garantía de Calidad de la Atención Médica, Glosario de Conceptos básicos", Instituto Nacional de Salud Pública.

¹⁹ López Acuña, "La Salud Desigual en México", México Siglo XXI, 1980.

²⁰ Donanue K.T., "La calidad de la Atención a la Salud en los Estados Unidos, nuevas tendencias", Salud Pública México, 1993, 35, 288-290

aumentar la demanda de los servicios de salud, entre otros factores por el aumento de la atención en el ámbito privado.²¹

Para disminuir los costos se puede: establecer restricciones para el uso de los insumos o aumentar la productividad y la calidad, pues de esta manera se obtienen mas unidades de producto por el mismo costo.²²

Aún en las mejores condiciones económicas y con un amplio presupuesto, la calidad y eficiencia no necesariamente aumentarían, pues una mala administración, el uso de tecnologías costosas y poco eficaces, la duplicidad de funciones o la asignación de recursos a problemas no prioritarios de salud, sólo conllevan al desperdicio.²³ Pues a pesar de haberse incrementado el presupuesto en salud; en realidad no representa un aumento sino una disminución, pues también se han incrementado los costos de los tratamientos y medicinas, entre otros.²⁴

Se ha observado que si se aumenta el volumen es decir, la productividad repetida de un mismo servicio, se asocia con una menor letalidad en las intervenciones quirúrgicas y médicas más complejas.²⁵

Es necesario por tanto encontrar el equilibrio entre una buena o alta calidad, sin que la productividad se afecte y los costos no se incrementen.

²¹ Cruz Rivera C., Valdés Olmedo C, "Diversidad Financiera para la prestación de Servicios de Salud", Salud Pública de México, 1992, NUM.34 (suplemento), 105-116

²² Lebow, J., "Consumer Satisfaction with medical care. present status" USA NUM 32, pag 153-164.

²³ Revisión de la Literatura, Puntos de Vista de los Pacientes en la Calidad de la Atención en la Práctica General

²⁴ Hanton J., "Principios de Administración Sanitaria, México. La Prensa Médica Mexicana, 1987

²⁵ Donabedian A., "Cándido en el País de la Investigación de Servicios de Salud", Salud Pública México; 1987, Vol. 29, NUM 6

El aspecto legal de la calidad de la Atención

La investigación sobre la Calidad de la Atención es importante porque además de los beneficios que reporta al paciente, está contemplado en la Ley General de Salud²⁶, pero también en la Norma Técnica Materno Infantil elaborada en 1994, y aprobada en febrero de 1995, representa un esfuerzo del Sector Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social para proporcionar los criterios profesionales más actualizados, contiene los criterios técnico médicos para el desarrollo de las actividades de vigilancia materno infantil que se realizan en las unidades de medicina familiar, en el presente documento no se discute la Norma Técnica Materno Infantil. Una síntesis de la Norma Técnica puede consultarse en el anexo 3.

Respecto a la Ley General de Salud en lo que sigue se exponen algunos de los artículos, que hacen referencia a la Calidad de la Atención en forma explícita o implícita.

Artículo 29. Todo profesional de salud, estará obligado a proporcionar al usuario, y en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.

Artículo 30. El responsable del establecimiento estará obligado a proporcionar al usuario, familiar, tutor o representante legal, cuando lo soliciten, el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución y tratamiento del padecimiento que ameritó el internamiento.

Artículo 32. Los establecimientos para el internamiento de enfermedades estarán obligados a conservar los expedientes clínicos de los usuarios, por período mínimo de cinco años.²⁷

Artículo 49. El usuario deberá sujetarse a las disposiciones de la institución prestadora de servicios de atención médica con relación

²⁶ Huerta Herrera S I., "Marco Jurídico de la Atención Médica en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Higiene", Sociedad Mexicana de Salud Pública, Jul-Sep 1994, Vol. II, No. 3, 232-239.

²⁷ Legislación Sanitaria Reglamento de la Ley General de Salud

al uso y conservación del mobiliario, equipos médicos y materiales que se pongan a su disposición.

Artículo 50. Toda persona podrá solicitar a la autoridad sanitaria correspondiente, el internamiento de éstos cuando se encuentren impedidos de solicitar auxilio por sí mismos.

En su artículo 51 señala: "Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud, óptimas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales técnicos y auxiliares.

Artículo 52. Ante cualquier irregularidad en la prestación de servicios de atención médica, conforme a lo que establece la ley y el presente Reglamento, toda persona podrá comunicarla a Secretaría o a las demás autoridades sanitarias competentes.

Defectos de la calidad

Los defectos de la calidad pueden tener por lo tanto implicaciones legales pudiendo ser de tres tipos:

- a) un defecto grave en la calidad: aquella característica que se relaciona con la vida y la seguridad.
- b) un defecto crítico de la calidad, aquella característica que afecta seriamente al individuo.
- c) un defecto menor en la calidad: aquella que no afecta el funcionamiento de un producto o servicio.²⁸

1.3.1 Evaluación de la Calidad

Evaluación

Las evaluaciones se realizan para juzgar la valía de los programas en marcha, para incrementar la efectividad, para apreciar la utilidad, preferencia, o importancia, que tiene el ente evaluado. Así como para contribuir al conocimiento teórico y metodológico.

²⁸ Organización Mundial de la Salud, "Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de Salud" Serie de Informes Técnicos 694, Ginebra 1983, pag 3-77, Informe de un grupo de estudio de la OMS

"Una evaluación busca la respuesta más válida y confiable posible, dentro de los marcos políticos y éticos, y las limitaciones impuestas por el tiempo, el dinero y los recursos humanos"²⁹ a la interrogante planteada.

Antecedentes

La calidad de la atención depende, esencialmente, de la percepción que el paciente tiene de la atención que recibe; tiene un origen de índole subjetivo, no involucra un solo aspecto del servicio, sino de la conjunción y suma de todos los pequeños elementos que lo conforman, es decir del contexto en el que se da la atención.

Dicho contexto en el que se da la atención involucra también las características del paciente. Por lo tanto se tienen dos líneas de investigación: la subjetividad del paciente (junto con sus características), y todos aquellos elementos que se consideran dentro del servicio prestado lo que incluye los aspectos normativos.

Así dada la complejidad de estudiar el contexto en su totalidad se comenzó a tratar de identificar que elementos constituyen la calidad de la atención. Cada investigación retoma o considera uno de los muchos elementos o componentes de la calidad de la atención, a fin de estudiarlos y proporcionar no solo elementos subjetivos, sino también los objetivos, más manipulables.

Los primeros estudios para medir la calidad de la atención se hacían pidiendo a un colega que evaluara a otro médico, a lo que se llamó "criterios implícitos". Sus desventajas eran acerca de la validez, sus ventajas son que se hace sobre la situación original, la información es de primera mano.

El segundo método utilizado es las "listas de criterios", aquí se tiene que conocer todas las condiciones, sus ventajas son: se realiza en poco tiempo y puede ser hecha por no médicos; su desventaja es que no considera las condiciones individuales.

²⁹ Rossi P.H., y Freeman H.E., 'Evaluación un Enfoque Sistemático para Programas Sociales, Trillas, 1989, pag 11.

Hacia la década de los 60 el Instituto Mexicano del Seguro Social desarrolló modelos sistemáticos de evaluación de la calidad de la Atención.³⁰

La evaluación de la calidad es conocer si las profesiones médicas han sido capaces de evitar la explotación o la incompetencia. Dic. ... evaluación no es una investigación destinada a establecer una relación entre el proceso y el resultado. Es más bien un juicio sobre el proceso de atención que se apoya en lo que ya se sabe sobre esa relación; es un juicio de valor que se emite al comparar una situación actual lograda, con el nivel deseado o planeado para tal situación, esto se puede hacer de cinco maneras por lo menos:

- a) Estudios principalmente de la estructura
- b) Estudios principalmente del proceso (observación directa de la práctica, estudios basados en el registro médico, ausencia o presencia de determinados elementos fundamentales de la atención, justificación de la cirugía y otros procedimientos importantes).
Evaluaciones que utilizan criterios implícitos.
Evaluaciones que utilizan criterios explícitos.
- c) Estudios principalmente del resultado (morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad y medidas más refinadas de morbi-mortalidad).
- d) Estudios que combinan proceso y resultado para demostrar los efectos del sistema (estudios de trayectoria y rastreadores).
- e) Evaluaciones de estrategia (mapas de criterio, pruebas de estrategia).

En el presente estudio lo que se hace es evaluar la calidad a través del proceso, considerando la presencia o ausencia de determinadas prácticas consideradas como adecuadas, (a lo que también se podría llamar criterios explícitos) recomendadas por la

³⁰ Ruelas Barajas E., Reyes Zapata H., Zunta Garza B., Vidal Pineda L.M., Karchmer S., "Círculos de Calidad de la Atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología", Salud Pública de México. 1990, 32, 207-220

"Norma Técnica para la Atención Materno Infantil" antes mencionada.³¹

Además del proceso se considera la satisfacción del usuario, así como las relaciones interpersonales médico paciente.

1.3.2 Componentes de la calidad

Calidad hace referencia a: a) estructura del sistema de salud, b) el proceso de atención, c) satisfacción de los usuarios,³² y d) el resultado.³³

1.3.2.1 Estructura

El término estructura hace referencia a todos los atributos (materiales y organizacionales) relativamente estables del medio en el que se proporciona la atención.³⁴

Para evaluar la estructura se puede:

- o Evaluar si se están cumpliendo con los propósitos y objetivos.
- o Evaluar la calidad de los recursos humanos por ejemplo su preparación académica.
- o Evaluar la cantidad de trabajo asignada, por ejemplo número de pacientes. Así como también ¿Cómo está siendo distribuido y asignado el personal?. Y si esta asignación corresponde a las necesidades de los servicios o de los usuarios.³⁵ Además el tipo de trabajo que desempeñan los médicos especialistas, Y

³¹ Jorge S M. "Actitudes de los Usuarios hacia los Servicios de Salud de Primer Contacto", Revista de la Facultad de Medicina, México, Medicina General Familiar, 1996, Vol. 56 NUM 4 pag 23-45

³² Gilson, L, Ailiio M., y Heggenhougen K, "Satisfaction in Morogoro, Tanzania", Society Science.Medicine., 1993, Vol. 39, NUM 6, pag 767-780

³³ Paganini, J M, "Calidad y Eficiencia en Hospitales", OPS, División de Sistemas y Servicios de Salud, Bol. of Sant Panam, 1993, Vol. 115, NUM 6

³⁴ Frenk J., (Director) "Economía y Salud", México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994

³⁵ Sonis, A., "Medicina Sanitaria y Administración de Salud", Tomo II Atención de Salud, México. Editorial El Ateneo, 1994, 56-94.

¿Cómo es la capacitación, remuneración y promoción de los prestadores de servicio?³⁶

- o Supervisión de que son objeto.
- o Qué tan conflictivo es el personal.
- o La realización del trabajo³⁷
- o Evaluar la cantidad de los recursos físicos, por ejemplo evaluar si se cuenta con el mobiliario adecuado y suficiente, con las instalaciones adecuadas (elevadores, rampas entre otros), con los aparatos adecuados (rayos "x", tomografía), con las medicinas adecuadas y suficientes, con el instrumental necesario.³⁸

La valoración de la estructura física es donde son realizadas las actitudes por los prestadores de los servicios. Es uno de los parámetros para determinar la calidad de las acciones desarrolladas.³⁹

En el presente estudio se evalúa la estructura atendiendo a la cantidad de recursos físicos, las medicinas suficientes y el instrumental necesario, el resto de los aspectos se considerará en futuras investigaciones.

1.3.2.2. Proceso

Es un conjunto de actividades que se realizan entre los proveedores y pacientes, tales como llevar a cabo un examen médico y adherirse a las normas de la buena praxis. Proceso incluye: diagnóstico y terapia.⁴⁰

³⁶ Cibotti, R, "Instrumentos para la Planificación de los Recursos Humanos. La visión de un economista" OPS/OMS Publicación Científica, NUM 279, Washington 1975.

³⁷ Robert, J.S., O'Leary, S.O., Schyue P.M., and Jesse W.F., "The new accreditation system an overview from the joint" Commission on Accreditation of healthcare organizations, 1986

³⁸ Schuitz-Wild L., y Muñoz L.F., "El libro de la madre y el niño", Barcelona: Oceano-Danae, 1990

³⁹ Soni, J.Mi., "Actitudes de los usuarios hacia los servicios de salud de primer contacto", Revista de la Facultad de Medicina. Mex, 1994, vol. 34

⁴⁰ Batalla, M. C., García S.M., Pérez C.A., Sánchez B., Zurro. M.A. y Pano P., "Manual de la Atención Primaria" Barcelona Doyma, 1986

El proceso de atención tiene al menos tres componentes: 1) técnico, 2) desempeño de los trabajadores y 3) relaciones interpersonales médico paciente, enfermera paciente.

Técnico

Esto es realizar los procedimientos aconsejados por la "Norma Técnica para la Atención Materno-Infantil".⁴¹ (al menos para los fines de la presente investigación).

En dicha "Norma" se recomienda que una atención de calidad debe incluir entre otras cosas la lactancia materna, el control del embarazo, la detección de riesgos del mismo.⁴²

Sin embargo la evaluación del proyecto incluye no sólo las actividades y los procedimientos finales de diagnóstico y tratamiento sino también el desempeño de los trabajadores del servicio⁴³.

Desempeño laboral

Esto va a depender de la preparación profesional y experiencia del prestador⁴⁴ del servicio. Además de la capacitación o especialización de los trabajadores.

Relaciones interpersonales

Otro componente del proceso son las relaciones interpersonales su importancia radica en que es a través de la relación interpersonal que se proporciona al paciente o usuario la información necesaria para llegar a su diagnóstico o se le motiva a participar activamente en su cuidado.

⁴¹ Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, el Parto y el Puerperio y del Recién Nacido Secretaría de Salud, 1994

⁴² "Lactancia Materna" Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica, Coordinador General de Comunicación Social

⁴³ De Moraes Novaes H, "Programas de Garantía de Calidad a través de la Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe", Salud Pública de México, 1993, 35, 248-258

⁴⁴ Foucault M., "El Nacimiento de la Clínica", México Editorial Siglo XXI, 1983, 153

La manera en que los usuarios reciben ciertos servicios influye en su uso: las relaciones interpersonales se definen como el contenido afectivo de la transacción usuario-proveedor.

Los estudios⁴⁵ sobre la relación médico paciente han arrojado los siguientes datos: la relación médico paciente es una relación de poder, en donde la jerarquía se establece por la verticalidad y autoridad que se tiene sobre la salud y vida del paciente, centrada en la identificación del problema, más que en el conocimiento de la persona, estableciéndose así una relación tipo médico-problema en la cual no hay transmisión educativa que forme al sujeto en consulta de manera activa.

Esto ha sido consecuencia del aumento de la población, la disminución del presupuesto y la superespecialización en la medicina.

En la relación médico-paciente, o médico-problema no existe una educación del individuo para el cuidado de su propia salud, el paciente no aprende porque se enferma, como evitar la enfermedad, y curación de la misma. El paciente se vuelve dependiente de la experiencia, buena voluntad o tiempo del médico.

No es co-participante de su salud, es un sujeto pasivo, que "recibe" la atención, o los cuidados de los médicos, su participación se limita a la de responder a las preguntas de los médicos.

Es común que el médico explique el problema haciendo referencia a su nombre clínico, por lo que el paciente no obtiene un conocimiento de su enfermedad. Además el médico no suele retomar ninguno de los síntomas expresados por sus pacientes para hacer el diagnóstico.

Finalmente el médico, cuando expide la receta no se asegura que el paciente haya comprendido las indicaciones, y asimismo, no

⁴⁵ Campero C., "Calidad de la Relación Pedagógica Médico Paciente en Consulta Externa, el caso de Oaxaca México", Salud Pública México, 1990, 32; 192-204

explora si el paciente tendrá dificultades para efectuar el tratamiento⁴⁶

Lain Entraigo⁴⁷ señala que la relación médico paciente se da en el vacío sino con las perspectivas del marco contextual en el que se desarrolla la consulta médica es decir que el paciente esperará un comportamiento diferente del médico y éste a su vez del paciente. Algunas veces se esperará que el médico sea afectivo amable, en otras que sea impersonal, incuestionable.

Los exámenes del proceso deben incluir:

- Un preexamen de información específica del hospital (materiales, estructura, la mezcla de servicios.)
- El nivel de quejas de los pacientes.⁴⁸

Las desventajas del estudio de la calidad de los procesos son que proporciona únicamente información sobre los aspectos técnicos de la atención pero prácticamente ignora los resultados de la atención.

En esta investigación del proceso se considera únicamente: el aspecto técnico a través del cumplimiento con actividades normadas, específicamente el cumplimiento con la "Norma Técnica para la Atención Materno Infantil"

1.3.2.3. Resultados

Son cambios en el estado de salud⁴⁹ que pueden atribuirse a la asistencia médica recibida, desde una perspectiva limitada. Incluye

⁴⁶ Campero cuenca L., Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa. el caso de Oaxaca México, Salud Pública de México, 1990, 32 192-204

⁴⁷ Laing E P. "La Relación Médico Enfermo", Madrid, Alianza Universidad, 1983.

⁴⁸ Roberts J., O'Leary, S., Schyue P.M., and Jessee W "The New Accreditation System an Overview from the Joint" Commission on accreditation of healthcare organizations 1986

⁴⁹ Paganini, J.M., "Calidad y Eficiencia en Hospitales" OPS, División de Sistemas y Servicios de Salud, Bol. of Sanit Panam 1993 Vol 115 NUM 6

cambios en las funciones físicas y fisiológicas; desde una perspectiva amplia incluye las funciones psicológicas y el desempeño social.⁵⁰ Otros autores consideran que el resultado es la respuesta al tratamiento.⁵¹

Los componentes de los resultados son: la longevidad, la mortalidad, incapacidad, morbilidad y reincidencia.⁵²

Su principal desventaja es que la relación con el proceso es mínima, ya que incluyen áreas que no han sido tocadas durante el tratamiento.⁵³

1.3.2.4. Satisfacción

Ha sido usada para designar una experiencia y dos estados de un mismo continuo satisfacción e insatisfacción.

La satisfacción es multifacética por lo que comprende varios componentes. Satisfacción es, para algunos autores,⁵⁴ que se cumplan con las expectativas que tenga el paciente. Su principal desventaja es que las expectativas son diferentes según el nivel educacional.

La satisfacción, para otros autores, incluye el acceso (costo, conveniencia, horas, distancia), la gentileza, las habilidades para escuchar, las apropiadas conductas no verbales⁵⁵ las interrelaciones médico-paciente, enfermera-paciente.

Respecto al costo, éste puede convertirse en un obstáculo y no cualquier paciente puede tener acceso a todo cuanto la medicina puede ofrecer. Si escasea el dinero se hará aquello que implique

⁵⁰ Donabedian A, "Ciencia y Desarrollo, la Calidad de la Atención Médica" Ciencia y desarrollo CONACIT, 1981, NUM 37, Año VII

⁵¹ op cit 32

⁵² op cit 33

⁵³ Selbmann H.K, and Eibner H.J, "Criteria and Proposals for Instrumentalization of Quality Assessment of Medical Care" Munich Federal Republic, 1995

⁵⁴ Schultz-Wild L, y Muñoz L: F, "El libro de la madre y el niño", Barcelona: Oceano-Danae, 1990

⁵⁵ Revisión de la literatura, puntos de vista de los pacientes en la calidad de la atención en la práctica general

menos costo y mayor beneficio. Así cada incremento en la calidad corresponde a un costo monetario que no cualquiera puede pagar.⁵⁶

La investigación de la satisfacción se ha incrementado en los últimos 15 años, publicándose arriba de 100 artículos al respecto.⁵⁷ Para evaluar la satisfacción puede hacerse desde diferentes perspectivas y desde una multitud de especialidades y arreglos, tales como las perspectivas, el costo, la amabilidad, las relaciones interpersonales, la accesibilidad⁵⁸

La evaluación, también, se hace a través del número o tasa de quejas, pero su desventaja es que depende de la facilidad para poner la queja y de la asertividad del paciente.

Un tercer método para evaluar la satisfacción, es mediante cuestionarios, hay varios tipos:

- Cuestionario de actitud general del paciente sobre el servicio.
- Cuestionario de la satisfacción del paciente hacia los servicios de salud.
- Mezcla de los dos anteriores cuestionarios.

Ventajas y desventajas de los métodos

Las ventajas de los cuestionarios son: bajos en costo, menos entrenamiento para aplicarlo, resultados más válidos, fáciles de comprender. Pero si son administrados por correo se obtienen bajas respuestas. Un cuestionario largo genera distorsiones.

Las entrevistas tienen mayor flexibilidad para cubrir temas, además poseen mayor sensibilidad. Hay muchas menos no-respuestas, pero requiere de mas tiempo de administración y análisis.⁵⁹

Investigaciones sobre la satisfacción

Dentro de los principales hallazgos acerca de la investigación sobre satisfacción se ha encontrado que las personas que se les

⁵⁶ op cit 33

⁵⁷ op cit 51.

⁵⁸ op cit 45

⁵⁹ op cit 41

dio una consulta negativa (sin amabilidad, sin revisión), y un tratamiento placebo tuvieron igual satisfacción que los de consulta positiva y tratamiento (50 y 53), de lo que se concluye que en la evaluación de satisfacción influye poco el tratamiento y la exploración adecuada.⁶⁰

También se ha encontrado que los hombres (blancos), están en general más satisfechos que las mujeres (hispanas) aunque puede ser resultado de una diferente metodología.⁶¹

Las principales desventajas de evaluar la satisfacción son que al aceptar la satisfacción como una medida de la calidad de la atención no se puede saber si no se está satisfecho por una mala experiencia o porque se tenían unas expectativas irrazonables. O si el paciente está muy satisfecho es porque esperaba muy poco de los servicios o no sabía nada acerca de avances médicos.⁶²

En una investigación realizada por Soni⁶³ en un centro de salud de la SSA, se encontró que los pacientes estaban muy satisfechos (el 92%) pero esto se debía a que:

- Temían perder el servicio si se expresaban mal de él.
- No tenían ningún otro punto de comparación.
- Pensaban que por la baja paga del servicio no podían exigir calidad.

En general si se encuentra una muy alta satisfacción se tiene que dudar acerca de la validez de los datos, pero si la satisfacción es real se puede decir que los pacientes vienen de servicios de salud de menor calidad y/o existe un problema en la medición de los datos.

Así, al hacer una evaluación de la calidad a través de la satisfacción del usuario se tienen que considerar otras posibles explicaciones (como las anteriores) a la "calidad" del servicio.

⁶⁰ Soni, J.M.; "Actitudes de los Usuarios Hacia los Servicios de Salud de Primer Contacto", Revista de la Facultad de Medicina México 1994, vol. 34

⁶¹ op cit 41

⁶² JAMA, "quality health care" The Journal of the American Medical Association, 1996 Vol 275, NUM 23

⁶³ op cit 56

La importancia de evaluar la satisfacción es que hay argumentos a favor del valor de los puntos de vista del paciente para evaluar la calidad de la atención, éstos son: es una fuente única de datos, nadie más que él puede decir acerca de su experiencia de recibir la atención, tiene una gran cantidad de detalles.

Pero no hay que pasar por alto los argumentos en contra y estos son:

- No es un experto en los cuidados médicos y en muchas ocasiones es incapaz de comprender los propósitos de determinadas prácticas.
- Está involucrado emocionalmente.
- Está enfermo, aturdido, sus juicios pueden estar distorsionados.

Pero, aún así, no deja de ser una fuente única de datos, los datos técnicos y otros, se pueden obtener de otras fuentes, pero los del paciente no es posible obtenerlos de otras fuentes.

CAPÍTULO 2

MARCO CONCEPTUAL

En esta investigación se considera lo siguiente del marco teórico antes expuesto: la satisfacción del usuario; el resultado de la atención (considerado a través de la presencia o ausencia de patologías del producto o de la madre, así como del peso del producto de la concepción) y el proceso de atención, en su aspecto técnico es decir el cumplimiento con determinadas prácticas normadas (revisando su expediente clínico, esta forma de realizar la investigación a través del expediente fue hecha también sobre población materno infantil por Vega V.⁶⁴), específicamente el cumplimiento con la Norma Técnica Materno Infantil.

Los componentes de la Calidad de la Atención son: estructura, proceso, resultado y satisfacción. Se estudia la calidad de la Atención, porque abre la oportunidad de realizar investigación, justo en el lugar en donde se brinda la atención; porque las diferencias en Calidad de la Atención marcan la diferencia entre vivir o morir.⁶⁵ Además porque al prestar servicios con calidad es posible evitar riesgos innecesarios y finalmente porque es la clave para mejorar el servicio otorgado.

Así pues, se está convencido de las bondades de la Calidad de la Atención lo que justifica la trascendencia e importancia de esta investigación. Los componentes de la calidad antes señalados son: estructura, proceso, resultado y satisfacción; esta investigación explora, los tres últimos antes señalados; pero no estructura porque ésta tiene las siguientes desventajas: de antemano se conoce que existen deficiencias e insuficiencias en los materiales necesarios para trabajar,⁶⁶ la suficiencia de las medicinas y la adecuación de las instalaciones, situaciones que claro se pueden

⁶⁴ Vega V, G., "Evaluación de la Atención Materno Infantil en Cinco Unidades de Medicina Familiar", *Salud Pública México*, 1993, 35, 283-287

⁶⁵ Karchner K.S, Annas-Dominguez A, "Estudios sobre la Mortalidad Materna en México" *Gaceta Médica de México*, 65, 190, 1995.

⁶⁶ Op cit 25

mejorar pero únicamente si se disponen de recursos presupuestales mayores.

Así se elige proceso, resultado y satisfacción, porque estos son los elementos de la Calidad de la Atención susceptibles de modificarse y que mayor impacto pueden tener sobre la salud de los pacientes. El resultado de la Atención es medido en esta investigación a través de la ausencia o presencia de patologías del producto o de la madre, así como de las condiciones del parto. El proceso de atención es medido a través del cumplimiento de actividades normadas, específicamente el cumplimiento con la Norma Técnica Materno Infantil. La satisfacción se mide a través de la opinión de la paciente.

Para realizar éste estudio es necesario conocer las características de la población Materno Infantil, a fin de tener un panorama general se exponen los datos estadísticos de la población Materna en México, y en el IMSS.

2.1 Mortalidad Materna en México

El patrón de mortalidad de las mujeres de 10 a 49 años es dominado por las enfermedades crónicas, obstétricas, accidentes y hechos violentos.

Los tumores malignos, mama y cérvico uterinos ocupan el primer lugar como causa de muerte. Este desenlace a edad relativamente joven, pone de manifiesto una carencia de detección temprana y oportuna de dichos padecimientos.

La aparición de otras enfermedades crónicas como las cardiovasculares y hepáticas reflejan, en parte los cambios en los hábitos y estilos de vida de las mujeres mexicanas que cada vez más acceden al consumo creciente de tabaco y alcohol.

Las causas maternas que ocupan el cuarto lugar, se relacionan con el embarazo, el parto y el puerperio. Ello obliga a mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud para abatir la patología relacionada con la vida reproductiva.

Estos datos pueden observarse en el cuadro 1 en donde se encuentran las Diez principales causas de mortalidad entre las mujeres de 10 a 49 años.

Cuadro 1. Diez principales causas de mortalidad entre las mujeres de 10 a 49 años, en 1997, en México

	CAUSAS	Tasa x 100 000 mujeres de 10 a 49 años
1	Tumores malignos	18.2
2	Accidentes	14.1
3	Enfermedades del corazón	9.4
4	Causas maternas	5.9
5	Enfermedades infecciosas intestinales	4.5
6	Diabetes mellitus	4.1
7	Tuberculosis en todas sus formas	4.1
8	Enfermedades cerebrovasculares	4.0
9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	4.0
10	Homicidios y lesiones inflingidas	3.4
	Todas las demás causas	36.9

Fuente: Tabulaciones de defunciones INEGI SPP, 1997

Tasa representa la medida de cierto acontecimiento, enfermedad o estado en relación con una unidad de población, junto con cierta especificación de tiempo. Una tasa permite la comparación del fenómeno a pesar de diferencias temporales o de población.

Evolución de la Mortalidad Materna

A lo largo del siglo la mortalidad materna ha seguido tendencias descendentes, estos datos pueden verse en el cuadro 2.

Cuadro 2. Evolución de la mortalidad materna, 1922-1990

AÑO	MORTALIDAD MATERNA CON RELACION AL TOTAL DE PARTOS
1922	4898
1930	4632
1940	4692
1950	3235
1960	3102
1970	3050
1980	2296
1990	1477

Fuente: Tabulaciones de defunciones INEGI SPP

Ahora bien, si se desglosan las causas maternas se observa que las causas de mortalidad relacionadas con el embarazo el parto y el puerperio, representan el 0.4% del total de defunciones en el país. Seguramente su importancia puede ser mayor debido al subregistro que existe para algunas causas como lo es el aborto inducido ilegalmente.

La reducción de la mortalidad por esa causa es completamente posible si se logra ofrecer mayor calidad en los servicios de salud, durante la atención prenatal y el parto. Los datos sobre las causas de mortalidad materna pueden observar en el cuadro 3, en donde se encuentran las primeras cinco causas de mortalidad materna.

Cuadro 3. Cinco primeras causas de mortalidad materna 1997

	CAUSA	Tasa por 100 000
1	Hemorragia del embarazo y el puerperio	13.9
2	Toxemia del embarazo	12.7
3	Complicaciones del puerperio	4.4
4	Pano obstruido	1.4
5	Aborto inducido ilegalmente	0.5
	Todas las demás	22.7
	Total	55.6

Fuente: Tabulaciones de defunciones INEGI SPP

Tasa representa la medida de cierto acontecimiento, enfermedad o estado en relación con una unidad de población, junto con cierta especificación de tiempo. Una tasa permite la comparación del fenómeno a pesar de diferencias temporales o de población.

2.2. Mortalidad Materna en el IMSS

Ahora bien, respecto a la Mortalidad Materna en el IMSS, puede observarse en el cuadro 4 que de 3,299 defunciones registradas en el período de 1984-1993, 1062, es decir el 32.2% fueron debidas a preeclampsia-eclampsia. En orden decreciente de importancia, las siguientes fueron las complicaciones hemorrágicas del embarazo y del parto, la sepsis puerperal y los abortos. Estas cuatro causas representaron dos terceras partes de la mortalidad materna y comparten la característica de ser fundamentalmente previsibles, por lo cual la modificación significativa de sus cifras es factible⁶⁷

La tercera parte de todos los fallecimientos maternos registrados en el período obedecieron a preeclampsia-eclampsia. La tasa de mortalidad materna por esta complicación del embarazo se ubicó en 14.3 por 100 000 nacidos vivos (nv), que es el doble de la siguiente complicación obstétrica es decir las hemorragias obstétricas, cuya tasa es de 7.1 para el mismo período.

La mortalidad por preeclampsia-eclampsia ha mostrado una clara tendencia al incremento y ha pasado de 18.7 por 1,000 egresos obstétricos en 1986 a la cifra de 30 para 1993, lo que significa casi una duplicación de dicha tasa, situación que puede deberse a un incremento real o a un mejor registro del padecimiento.

⁶⁷ IMSS, Dirección General de Prestaciones Médicas. Curso de Capacitación para Capacitadores en la Implantación de la Norma Técnica Médica para la Prevención y Manejo de la Preeclampsia-Eclampsia, 1995

Cuadro 4. Mortalidad materna en el IMSS, para el período 1984-1993.

CAUSA	Número	%
Preeclampsia-eclampsia	1062	33.2
Hemorragia del embarazo y parto	529	16.0
Sepsis puerperal	280	8.5
Abortos	245	7.4
Otras puerperales	229	6.9
Las demás directas	311	9.4
Indirectas	332	10.1
No relacionadas	247	7.5
No valorables	65	2.0
Total	3299	100.0

Fuente. Reportes Confidenciales de mortalidad materna

CAPITULO 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En esta sección se explican las razones que motivan al estudio de la calidad de la atención a puérperas.

3.1. Justificación

Por su reconocimiento mundial

La atención materno infantil constituye uno de los problemas prioritarios de salud, así ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS)⁶⁸, ya que se constituye en uno de los principales problemas epidemiológicos no sólo de los países subdesarrollados sino también de los desarrollados.

Incluso la declaración de Alma-Ata, sostiene que para lograr la salud del pueblo y promover el desarrollo social y económico es necesaria la "Asistencia Materna-Infantil" Y en general la OMS propone el estudio de la prestación de servicios de salud (quinta línea de investigación), con el objeto de mejorar la calidad de la prestada a los usuarios.

Por su importancia epidemiológica -

Las mujeres y los niños se encuentran entre los grupos más vulnerables en términos de morbi-mortalidad. Esta vulnerabilidad se debe a las condiciones especiales en que se encuentran ambos, durante las etapas del embarazo y la infancia, relacionadas con los procesos biológicos de la reproducción, crecimiento y desarrollo. La población definida como materno infantil, incluye a las mujeres en edad fértil (entre los 15 y 49 años de edad) y los niños menores de cinco años.^{69 70}

⁶⁸ Organización Mundial de la Salud, "Investigaciones Destinadas a Reorientar los Sistemas Nacionales de Salud", Serie de Informes técnicos 894, Ginebra 1983, pag 3-77 informe de un grupo de estudio de la OMS

⁶⁹ Atención Primaria a la Salud, Alma Ata URSS, 6-12 1978

Aportaciones de las investigaciones sobre calidad

Dichas investigaciones resultan esenciales debido a que han contribuido en la planeación de actividades para la mejora continua de la salud de la población.

Ejemplo de eso son las siguientes investigaciones.

En un trabajo realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, reportado en 1992, sobre calidad de la atención perinatal de la Ciudad de México, se obtuvo información relevante sobre 32,082 partos registrados en hospitales de la seguridad social, de la asistencia pública y del sector privado. Sus conclusiones demuestran que existen disparidades muy grandes de calidad entre hospitales que pueden atribuirse a diferencias en la dotación pero sobre todo de la organización de los recursos y de personal calificado. Además se cuantificó el exceso de operaciones cesáreas en esta ciudad y se comprobó que tal exceso tiene un efecto nocivo en la supervivencia perinatal. La investigación permitió también describir los patrones de intervención obstétrica y los elementos que pueden estar implicados en la causalidad de las muertes maternas.⁷¹

Un estudio realizado en el Distrito Federal, en 1984⁷², se encontró que un bebé nacido en un hospital de la SSA tenía tres veces más probabilidades de morir durante los primeros siete días de vida que un bebé del mismo peso nacido en un hospital del IMSS, esta diferencia se debió a la distinta calidad de la atención.

Por su alta morbi-mortalidad

En 1995, la morbi-mortalidad perinatal ocupó el octavo lugar, como causa de mortalidad general.⁷³ Para 1997, la cuarta causa de mortalidad para las mujeres entre 10 y 49 años, es la ocasionada por motivos maternos.⁷⁴

⁷⁰ op cit 4.

⁷¹ "Compilación de 1987-1991", Instituto Nacional de Salud Pública, México 1992, pag 54 -78

⁷² Frenk, J. Economía y Salud, Fundación Mexicana para la Salud, 1994

⁷³ Tabulaciones de defunciones INEGI, SPP, 1995

⁷⁴ Tabulaciones de defunciones, INEGI, SPP, 1997

Como las principales causas de muerte materna se han identificado la toxemia, la hemorragia del embarazo y del parto, la sépsis perinatal, el aborto y otras complicaciones del puerperio.

En la mortalidad perinatal se encuentran las complicaciones de la placenta, cordón y membranas, las afecciones respiratorias del feto y del recién nacido, el síndrome de dificultad respiratoria, los trastornos derivados del bajo peso al nacer y la corta gestación, la anencefalia, la hipoxia intrauterina y la asfixia al nacer.

México se encuentra con graves rezagos propios del subdesarrollo entre los que figura las muertes maternas y perinatales.⁷⁵

Por su impacto

Con la aplicación de este estudio se pretende contribuir a:

1. La mejoría de la atención al paciente, que se expresa como un compromiso para prolongar la vida, aliviar la tensión emocional, restaurar las funciones bio-psicosociales, evitar la incapacidad funcional y las muertes innecesarias.
2. Contención de la espiral de costos a través de: un mejor uso de los recursos existentes, una disminución en variaciones individuales entre médicos en el uso de procedimientos de diagnóstico y terapia y la introducción y el uso apropiado de la nueva tecnología.
3. La evaluación de la calidad también tiene un propósito educativo. Forma las bases de la investigación, proporciona materiales de enseñanza para la educación continua de los profesionales de la atención médica y define la función y responsabilidad en el proceso de atención.

Por sus implicaciones prácticas

La Clínica 61 del IMSS, en donde se realizó la investigación, en especial los directivos tenían marcado interés en que esta investigación se llevara a cabo, por lo que los resultados de la presente les darían la indicación de hacia dónde orientar sus esfuerzos con el afán de disminuir los problemas relacionados con la población de mujeres gestantes.

⁷⁵ Karchner, K S , Annas-Domínguez J , Chavez A J , y Sha-Pinsker V .
"Estudios sobre Mortalidad Materna en México, consideraciones Médico-Sociales" Gac Med Mex 65, 190 1975

Disposición de recursos

Se cuenta con los recursos necesarios para su realización, como papelería y el apoyo del director de la mencionada Clínica; gracias a lo cual fue posible realizar la presente investigación.

Por su importancia teórica

La investigación en Servicios de Salud es útil pues proporciona una base sólida para la planificación sanitaria, puede ayudar a reorientar los Sistemas Nacionales de Salud, de manera que se pueda alcanzar salud para todos, y finalmente ayuda a resolver problemas concretos de salud.

En general, nunca se enfatizará suficiente sobre la necesidad de una divulgación sobre las cuestiones relacionadas con la maternidad, el parto y el puerperio. Este es un terreno en el que la información práctica que se pueda obtener, en el momento adecuado, puede ser de un valor inapreciable.

Además, para todas las instituciones de Salud, la Atención Materna es prioritaria, pues se encuentra entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad. Específicamente para el IMSS, la Morbilidad Materna ocupa los primeros lugares de atención (el parto normal es la primera causa de atención, las complicaciones del trabajo de parto, la segunda; y el aborto no especificado es la tercera causa). Además, la mortalidad materna es la octava causa de defunción en México a nivel general.

Ante esta situación, el IMSS, junto con el sector salud, crearon en 1985 la Norma Técnica Materno Infantil, en un esfuerzo por disminuir los riesgos y preservar la vida, eje rector de sus acciones; por esto la presente investigación pretende conocer cuál es el impacto de las acciones realizadas a través de las consultas prenatales, (a lo que se le llama proceso de atención), en las complicaciones del parto (resultado de la atención).

Sin embargo se reconoce que para la resolución de estos problemas no bastan los esfuerzos médicos, pues para la incidencia de las complicaciones existen otros factores que lo condicionan, entre ellos están los factores económicos, culturales,

educativos) así el problema de investigación se perfila como a continuación se expone:

3.2. Pregunta de Investigación

¿Cuál es el impacto de la Calidad de la Atención Materna (cumplimiento de las actividades normadas y satisfacción de la mujer gestante) en las complicaciones del parto y el puerperio (resultado de la atención)?

3.3 Objetivos

Objetivo General

Determinar la Calidad de la Atención a la población de mujeres gestantes a través del proceso de atención (cumplimiento de actividades normadas), el resultado de la atención (morbimortalidad) y la satisfacción de las mujeres gestantes, en una Clínica del IMSS del primer nivel de atención.

Objetivos Específicos

1. Verificar el cumplimiento de las actividades normadas (Norma Técnica Materno Infantil), entendido esto como el proceso de atención
2. Determinar la satisfacción de las mujeres gestantes con acceso (dinero, tiempo para llegar, y la suficiencia del transporte) a la Clínica
3. Valorar la satisfacción de las mujeres gestantes acerca de la relación con el médico y con la enfermera materno infantil)
4. Determinar la satisfacción de las mujeres gestantes con la estructura (entendiendo por tal el tiempo que tarda para ser atendida, la suficiencia de los asientos, la iluminación, el ruido, la limpieza, y lo espacioso del consultorio) de la Clínica.
5. Verificar el resultado de la atención respecto al tipo de parto, condiciones del producto al nacer, la patología del producto, la patología de la madre, el método de planificación familiar elegido
6. Conocer si existe diferencia significativa entre las mujeres que si recibieron las actividades normadas y las que no las recibieron, respecto al acceso, relación con el médico o

enfermera materno infantil, estructura y resultado de la atención.

7. Verificar si existe correlación entre el cumplimiento de actividades normadas, el número de hijos, el método de planificación familiar, la relación con el médico o enfermera materno infantil, el acceso, la estructura, la satisfacción en general, la mortalidad perinatal, y el tipo de parto

3.4. Hipótesis

Hipótesis descriptiva

1. Existe un alto cumplimiento de las actividades normadas (proceso de atención)
2. Existe una alta satisfacción del acceso
3. Existe una baja satisfacción de la relación con el prestador del servicio
4. Existe una baja satisfacción de la estructura

Hipótesis asociativa

1. Existe correlación significativa entre el cumplimiento de actividades normadas y morbi-mortalidad
2. Existe correlación significativa entre morbi-mortalidad materna durante el embarazo y el peso del producto.
3. Existe correlación significativa entre escolaridad y número de hijos
4. Existe correlación significativa entre escolaridad y morbi-mortalidad
5. Existe correlación entre morbilidad y el número de hijos
6. Existe correlación entre el número de consultas y morbi-mortalidad.
7. Existe correlación entre cumplimiento de actividades normadas y el número de hijos
8. Existe correlación entre cumplimiento de actividades normadas y la satisfacción.
9. Existe correlación entre cumplimiento de actividades normadas y el tipo de parto.
10. Existe correlación entre cumplimiento de actividades normadas y el riesgo en el embarazo.
11. Existe correlación entre cumplimiento de actividades normadas y el peso del producto.

CAPITULO 4

METODOLOGÍA

4.1 Definición de la Población Objeto de Estudio

La Clínica 61 del IMSS del estado de México, es el lugar en donde se realizó la investigación, la población a la cual se investigó fueron las mujeres gestantes que recibieron consulta prenatal en la mencionada Clínica, del 8 de Junio de 1998 al 17 de Julio de 1998

4.1.1 Criterios de inclusión

Mujer gestante que haya acudido al menos tres veces a consulta de control de embarazo, en la Clínica 61 del IMSS y que se encuentre en la semana 30 de gestación o más y que tenga expediente clínico.

4.1.2 Criterios de exclusión

Mujer gestante que no haya acudido a consulta de control de embarazo, o lo haya hecho menos de tres veces.

4.1.3. Criterios de eliminación

Que se rehuse a participar o que su expediente esté extraviado.

4.2 Tamaño del Censo

Se trata de un censo de todas la mujeres gestantes (n=178) que recibieron consulta de control de embarazo en el mes de Junio de 1998, que se encontraban en la semana 30 o más de gestación, las cuales contestaron un cuestionario autoaplicado además de revisar su expediente clínico. Se eliminaron 178 mujeres gestantes porque se encontraban con menos de 30 semanas de gestación, es decir la población total de mujeres gestantes fue de 356 personas.

4.3. Definición de variables

4.3.1. Definición Conceptual

Calidad de la Atención

El cómo se brinda la atención a la población de mujeres gestantes considerándose a través del proceso de atención (cumplimiento de actividades normadas), resultado de la atención (morbi-mortalidad de mujeres gestantes en parto y puerperio y el recién nacido) y satisfacción de las mujeres gestantes. A continuación se desglosa: proceso de atención, resultado de la atención y satisfacción.

Proceso de Atención

Es el cumplimiento de las actividades normadas aconsejadas en la Norma Técnica para la Vigilancia Materno Infantil, dichas actividades son:

1. En la atención durante el embarazo y el parto debe vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el feto.
2. La embarazada de bajo riesgo debe recibir como mínimo 7 consultas prenatales iniciando preferentemente antes de la 14 semana de gestación (primer trimestre).
3. Citar a la embarazada cada mes, hasta la semana 34 de gestación.
4. A partir de la semana 36, la atención prenatal será cada semana.
5. Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos no administrar medicamentos hormonales.
6. Detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, la preeclampsia-eclampsia, las infecciones cérvico-vaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo y el retraso en el crecimiento intrauterino.
7. Elaboración de la historia clínica.
8. Medición y registro de peso y talla.
9. Medición y registro de la presión arterial, obtenida con la paciente sentada.
10. Valoración del crecimiento intrauterino y del estado de salud del feto.

11. Valoración de la biometría hemática: glucemia, examen general de orina y VDRL, cuando se desconocen grupo sanguíneo y RH.
12. Valoración del riesgo obstétrico en cada atención y su registro en la forma MF5-93, o MF7-85, de vigilancia prenatal del expediente clínico.
13. En las consultas subsecuentes ordenar y valorar: En la semana 18, 31 y 36 de gestación: biometría hemática y general de orina. Entre las semanas 24 y 31 de gestación: glucemia.
14. Con el apoyo de los datos anteriores y los criterios para la valoración de los factores de riesgo se califica el riesgo del embarazo.
15. Aplicación del toxoide tetánico.
16. Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.
17. Las embarazadas de bajo riesgo serán referidas a la enfermera materno infantil (EMI), para continuar su vigilancia y recibir la educación personalizada para el autocuidado de su salud, de acuerdo con los factores de riesgo detectados.
18. Envío a trabajo social.
19. Envío a odontología.
20. Orientación nutricional.
21. Valoración del riesgo obstétrico, antecedentes, a través de la forma MF2-93.

Satisfacción de la mujer gestante

Opinión que la mujer gestante respecto a la accesibilidad del servicio (costo, cercanía, información, tiempo de espera), estructura de la unidad, relación con el médico o enfermera materno infantil (EMI).

Resultado de la atención

Son los cambios en el estado de salud que pueden atribuirse a la asistencia médica recibida. Es el tipo de parto (espontáneo, por fórceps, o por cesárea), las condiciones del producto (vivo, muerto, peso), la patología de la madre y del producto, y el método de planificación familiar.

4.3.2. Definición Operacional

En el cuadro 5, puede observarse la definición conceptual y operacional de variables, se expone la Calidad de la Atención en sus tres componentes: Proceso, Satisfacción de la paciente, y Resultado de la Atención, a su vez cada uno de estos componentes se define. Además se señala cuales son los indicadores, los índices y los ítems que les corresponden, así como la fuentes de obtención de datos y el objetivo que cubre.

Cuadro 5. Definición Conceptual y operacional de variables: Calidad de la Atención

Variable	Componentes	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Índices	Items	Fuente de obtención de datos	Que objetivo cubre
C A L I D A D	Proceso	Es el cumplimiento de las actividades normadas "Norma Técnica Materno Infantil"	Son las puntuaciones obtenidas en el formato "Proceso de atención que se lleva con el expediente clínico (formatos MF2-93, MF6, MF7-85, MF5-93)	Diversas actividades de Calificación del riesgo de Factores de riesgo a Envío de servicios	Suma de los factores de riesgo de Biológicos, Laboratorio, Sociales, Médicos, Obstétricos, Dental, Trabajo preventivo, Social, Dietología, Fisiología	1 a la 14 24 15, 16, 17 y 18 9, 20, 21, 22, 23	El expediente clínico a través del siguientes formatos MF2-93, MF5-93, MF6, MF7-85	Verificar el cumplimiento de las actividades normadas (Norma Técnica Materno Infantil), entendido esto como el proceso de atención
D E	Satisfacción pacientes	Opinión de la mujer gestante respecto a la accesibilidad del servicio, estructura de la unidad y la relación con el médico o EMI	Son las puntuaciones obtenidas en el Formato "Satisfacción pacientes"	Acceso Relación con el médico Estructura	Transporte Personalizado, Informes, confianza, interés, tráil. Tiempo, asientos, iluminación, ruido, limpieza, consultorio	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 19, 20, 21, 22, 21, 24	Cuestionario autoaplicado Satisfacción con los pacientes	Determinar la satisfacción de las mujeres gestantes con acceso a la Clínica de la relación con el médico y con la enfermera materno infantil; y de la estructura de la Clínica.
A T E N C I O N	Resultado de la atención	Es la mortalidad de la mujer gestante en el parto y las condiciones al nacer producto de la concepción	Es el anotado en el formato MF5-93 o MF7-85, ya del hospital, en donde se atendió de parto	Tipo de parto Condiciones del producto al nacer Patología del producto madre Planificación familiar	Espontáneo, cesárea, fórceps Vivo, muerto, APGAR, La que tenga La que tenga Definitivo, Temporal, Ninguno	25, 26, 27, 28, 29	Formato MF5-93 o MF7-85 que hayan sido regresados del hospital	Verificar el resultado de la atención respecto al tipo de parto, condiciones del producto al nacer, la patología del producto, la patología de la madre, el método familiar elegido

4.4. Confiabilidad y Validez

Se realizó una prueba piloto, con 150 mujeres puérperas, en el Hospital Maximiliano Ruíz Castañeda, del ISEM; utilizando un formato similar, pero con las siguientes diferencias:

- o La población fue: mujeres puérperas no gestantes
- o Se le preguntaba sobre su satisfacción en el Hospital y en la Clínica donde se habían atendido de consulta prenatal.
- o Se les preguntaba a las puérperas sobre el cumplimiento de las actividades normadas.

El cambio de puérperas a gestantes, ocurrió porque frecuentemente confundían el trato recibido en la Clínica y en el Hospital, además porque las condiciones eran diferentes en la Clínica y en el Hospital.

Así se decidió realizar solo la investigación sobre la Clínica lo que permitía estudiar el proceso de atención, y para tener mayor validez se revisó su expediente clínico en vez de preguntarle a la puérpera. Para investigar el resultado de la atención se consulto de nuevo su expediente clínico una vez regresado del Hospital.

4.5 Tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo, correlacional. Descriptivo porque: "busca identificar las propiedades importantes de las personas, grupos o comunidades. Mide o evalúa aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar"⁷⁶ En esta investigación se especifican las propiedades de la Calidad de la Atención.

Es correlacional, porque "tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables"⁷⁷ Esta investigación estudia la relación existente entre el cumplimiento de actividades normadas y morbi-mortalidad, la satisfacción y la

⁷⁶ Hernández, S R , Fernández, C.C., Baptista, L P , (1997), Metodología de la Investigación, México: Mc Graw Hill Interamericana de México, Pag 60.

⁷⁷ Op cit, pag 63

morbi-mortalidad; las diferentes características de las mujeres gestantes con la morbi-mortalidad y la satisfacción.

Además la utilidad y propósito de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras. Este estudio explora los elementos de la Calidad de la Atención que modifican aspectos de la morbi-mortalidad.

4.6. Diseño de la investigación

Es un estudio no experimental, porque se realiza sin manipular las variables, únicamente observa el fenómeno tal y como se presenta en su contexto natural, para después analizarlos.

De acuerdo al momento o puntos en el tiempo en los cuales se recolectan los datos, se trata de una investigación no experimental, transeccional, pues se recolectan los datos en un momento único, del 8 de Junio al 17 de Julio de 1998.

A su vez, es un diseño transeccional descriptivo, pues presenta un panorama de estado de una variable, pero también correlacional, pues describe relaciones entre variables.

CAPITULO 3

TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

Los datos se recabaron de la siguiente manera: primero se consulto la hoja diana de consulta de los prestadores de servicio, del mes de mayo, para obtener a la población de mujeres gestantes; con esta información se busco su expediente, y se contesto el formato de "Proceso y Resultado de la Atención".

Posteriormente, en el transcurso del mes de junio, la paciente acudió a consulta, y se le solicitó llenar el "Formato de Satisfacción Pacientes" Finalmente se volvió a consultar su expediente para llenar la parte del Formato de Proceso y Resultado de la Atención, referente a. Resultado de la Atención.

Los formatos mencionados son:

- El Formato de Proceso y Resultado de la Atención y
- El Formato de Satisfacción Pacientes

El Formato de Proceso de Atención recaba información directamente del expediente clínico de cada una de las 178 pacientes. El expediente clínico está constituido a su vez por diferentes formatos de los cuales se extrae la información para llenar el Formato de Proceso y Resultado de la Atención.

El Formato de Satisfacción Pacientes recaba información acerca de la opinión que tienen las pacientes sobre: accesibilidad, relación con el médico o enfermera materno infantil (EMI), y sobre la estructura de la Clínica.

En lo que sigue se detalla cada uno de los formatos a reserva de consultarlos en el Anexo 1 y 2

5.1 Formato Proceso y Resultado de la Atención

Se trata de un formato de 29 preguntas, que recaba información del expediente clínico, el expediente está constituido por diversos formatos, de los cuales para esta investigación interesan, los siguientes: MIF2, MIF5, MIF7, MIF4, MIF6 y las notas de laboratorio.

Cada uno de los cuales se consulta para recabar la información necesaria para contestar nuestro formato de 29 preguntas. A continuación en el cuadro 6, se explica el formato específico del expediente que responde a las preguntas de nuestro formato "Proceso y Resultado de la Atención". El orden de presentación corresponde a los formatos del expediente clínico.

Cuadro 6. Formatos del expediente clínico usados para contestar el formato "Proceso de la atención"

Forma-to del expe-diente	No de pre-gunta	Pregunta del Formato de Proceso y Resultado de la Atención
MF 2	6	Elaboración de la historia clínica
MF 5	2	Recibir como mínimo 7 consultas prenatales
	3	Citarla cada mes hasta la semana 34 de gestación
	4	Citarla cada 15 días en la semana 34 y 36
	5	A partir de la semana 36, citarla cada semana
	7	Medición y registro de peso y talla
	8	Medición y registro de la presión arterial
	9	Valoración del crecimiento intrauterino
	10	Valoración de la biometría hemática: glucemia,
	11	En la semana 18,31 y 36 de gestación: biometría hemática y general de orina. Entre las semanas 24 y 31 de gestación: glucemia.
	12	Aplicación del toxoide tetánico
	13	Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico
	14	Vigilar la prescripción de medicamentos
	15	Detección y control de factores de riesgo
	16	Detección de factores sociales de riesgo.
	17	Factores de laboratorio de riesgo.
	18	Orientación nutricional
	24	Valoración del riesgo obstétrico
MF 7 o MF 5 vuelta del hospital	25	Tipo de parto
	26	Condiciones del producto al nacer
	27	Peso al nacer
	28	Patología del producto
	29	Patología de la madre
MF 4	19	Envío a servicio dental
	20	Envío a medicina preventiva
	21	Las embarazadas de bajo riesgo con EMI.
	22	Envío a trabajo social
MF 6	23	Envío a dietología
Notas de laboratorio	1	No utilización de estudios radiológicos

Fuente: Formato realizado para recolectar los datos, en esta investigación.

Codificación del formato

La codificación se realizó de la siguiente manera 0 si no se le realizó la actividad requerida y 1 si se le realizó la actividad requerida, esto para las preguntas: 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22 y 23.

Para el resto de las preguntas se anoto el dato presentado como tal; para mayor detalle véase el anexo 1.

5.2 Formato "Satisfacción de la Atención"

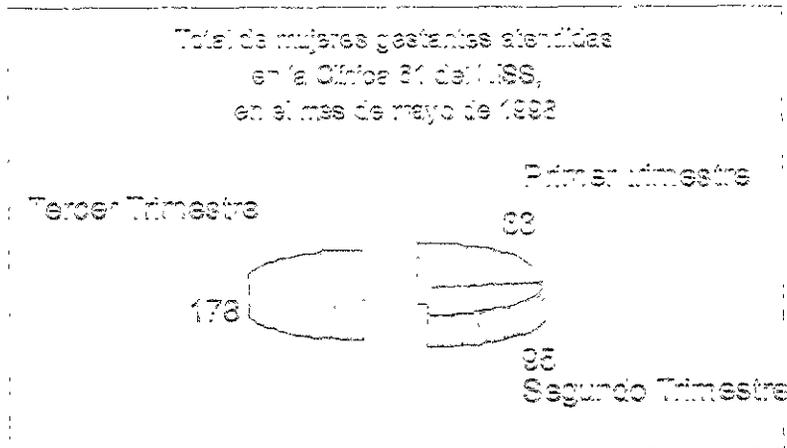
Es un cuestionario de 29 preguntas, autoaplicado para las mujeres gestantes. Con respuestas cerradas, policotómicas, realiza preguntas sobre tres aspectos: acceso (preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9); relación con el médico (preguntas 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18) y estructura de la unidad (preguntas 19, 20, 21, 22, 23,24,25,26,27,28,29). La codificación puede verse en el anexo 1 "Formatos".

A continuación en el cuadro 7, se desglosa cada una de los tres factores de la satisfacción considerados.

Cuadro 7. Formato satisfacción pacientes

Satisfacción	No. De pregunta	Item
Acceso	1	1 ¿Cuánto dinero gasto en para llegar al centro?
	2	2. ¿Le parece que esa cantidad es...?
	3	3 ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al hospital?
	4	4. ¿Le parece que ese tiempo es...?
	5	5. ¿Tiene problemas de transporte para llegar?
	6	6. Le parece que ir al centro de salud es...
	7	7. ¿Existen servicios de salud que usted prefiere y a los que tiene alcance?
	8	8. ¿Cuánto tiempo tardó en ser atendido?
	9	9 ¿Le parece que ese tiempo fue...?
Relación con el médico	10	10 ¿ El médico o EMI, que la atendió le habla por su nombre?
	11	11. ¿Le daba información acerca de su padecimiento?
	12	12. ¿La información era clara y oportuna?
	13	13. ¿Entiende la explicación que le dá el médico o EMI?
	14	14. ¿Siente confianza con el médico que lo atendió?
	15	15. ¿Mostró interés?
	16	16. ¿Le preguntó como se sentía?
	17	17. ¿El trato que le dió fue...?
	18	18. ¿Era brusco en la exploración?
Estructura de la unidad	19	19. ¿Cuánto tiempo tardó en pasar a consulta?
	20	20. ¿Considera que ese tiempo fue...?
	21	21. Como es el ambiente de la Clínica
	22	22. ¿ Los asientos de la Clínica son?
	23	23. ¿La limpieza de la Clínica es...?
	24	24. ¿La ventilación del centro es...?
	25	25. ¿La iluminación del centro es...?
	26	26. ¿Los baños del centro se encuentran?
	27	27. ¿El consultorio le parece a usted?
	28	28. ¿Existen en la farmacia de la unidad las medicinas requeridas?
	29	29. ¿Recibe servicio oportuno en laboratorio?

Fuente: Formato realizado para recolectar los datos, en esta investigación.

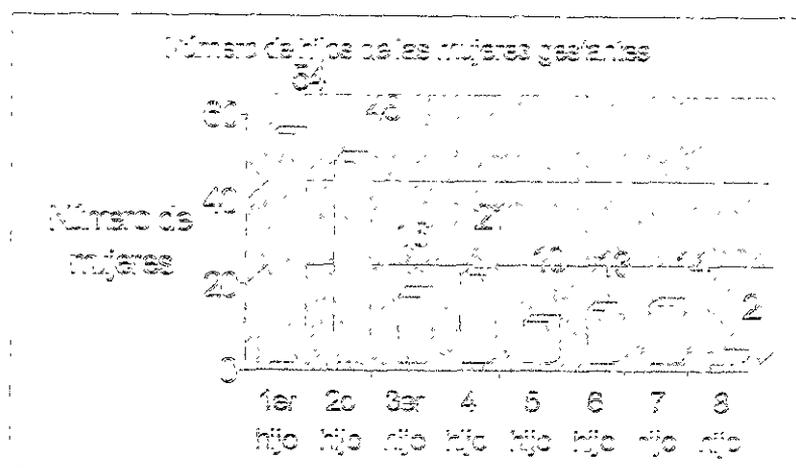


Fuente: Datos recopilados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una $n=178$ mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Figura 1. Muestra el total de mujeres atendidas en consulta prenatal en el mes de mayo de 1998 en la Clínica 81 del IESS, con una $n=358$ mujeres, de las cuales 85 eran de primer trimestre de gestación, 95 de segundo trimestre, y 178 del tercer trimestre, esta última fue la población con la cual se trabajó.

3.1.2. Número de hijos

Respecto al número de hijos se encontró que el 80% (34 de las 178 mujeres) era su primer hijo, para el 27% de las mujeres (43 mujeres) era el segundo, para el 9% de las mujeres (13 mujeres) era el tercer, para 12% (21 mujeres) era el cuarto, para el 3% (10 mujeres) era el quinto, para el 7% (13 mujeres) era el sexto, para el 8% (14 mujeres) era el séptimo y finalmente para el 1% (2 mujeres) era el octavo. Obsérvese la figura 2. que lo ilustra.

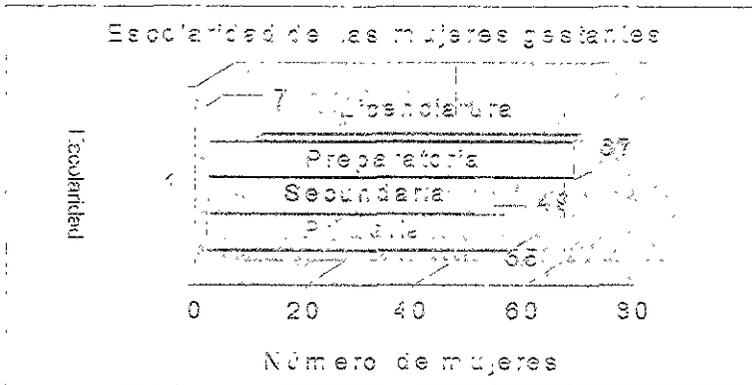


Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1988, con una $n=178$ mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Figura 2. Muestra el número de hijos de las mujeres gestantes.

2.1.3. Escolaridad de las mujeres gestantes

Respecto al grado escolaridad de las mujeres entrevistadas se encontró que el 30.3% (55 de ellas) cursaron únicamente la primaria, el 27.5% (49 de ellas) la secundaria, el 37.3% (67 de ellas) la preparatoria y solo el 3.9% (7) cursaron estudios a nivel licenciatura. Obsérvese la figura 3 que lo ilustra.



Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998 con una $n=173$ mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Figura 3. Muestra la escolaridad de las mujeres gestantes, de las cuales el 3.9% (7) cursaron estudios a nivel licenciatura; 21.3% (37) cursaron la preparatoria; 27.8% (49) cursaron la secundaria; y 30.9% (55) cursaron la primaria.

3.2 Proceso

Número de consultas

El número de consultas en general fue de 5.65 consultas en promedio para cada mujer, 3.13 para las mujeres de alto riesgo, y 3.12 consultas para las mujeres de bajo riesgo. En el cuadro 8, puede observarse el número de visitas prenatales, y por grupo de mujeres de alto y bajo riesgo, así como el total para ambas.

Cuadro 8. Número de visitas prenatales

Número de consultas	Bajo riesgo 156 mujeres	Bajo riesgo	Alto riesgo 22 mujeres	Alto riesgo	Total 178 mujeres	%Total
	Total de mujeres	%	Total de mujeres	%		
0-2	16	10.2	5	22.7	21	11.7
3-5	42	26.9	11	50.0	53	29.7
6-8	75	48.0	3	13.6	78	43.8
9 o más	23	14.7	3	13.6	26	14.6

Fuente Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Puede observarse el número de visitas prenatal y por grupo de mujeres de alto y bajo riesgo, así cómo el total para ambas.

Cumplimiento de las actividades normadas

El cumplimiento de las actividades normadas, fue en términos generales del 81.51%. La única actividad que se cumplió al 100% fue la medición y registro de la presión arterial (pregunta 8). El orden de cumplimiento de las actividades normadas se muestra en el cuadro 9.

Cuadro 9. Actividades normadas más cumplidas

% de cumplimiento	Actividad normada
100.0	1. Medición y registro de la presión arterial
99.6	2. Valoración del crecimiento intrauterino
99.3	3. Medición y registro de peso y talla
99.0	4. Realización de biometría hemática y general de orina 99%
99.0	5. Envío a EM!
97.7	6. Orientación nutricional
97.4	7. Elaboración de la Historia Clínica
96.6	8. Para el diagnóstico de embarazo no emplear estudios radiológicos
94.6	9. Realización de glucemia
94.2	10. Citar a la embarazada cada 15 días entre la semana 34 y 36 de gestación
93.9	11. Citar a la embarazada cada mes, hasta la semana 34 de gestación
93.9	Citar a la embarazada cada semana, después de la semana 36 de gestación

Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo

Las actividades normadas menos cumplidas fueron las que se presentan en el cuadro 10, como puede observarse, la menos cumplida fue la de envió a dietología con 8.9%.

Cuadro 10. Actividades normadas menos cumplidas

% de cumplimiento	Actividades normadas
8.9	1. Envío a dietología
42.5	2. Envío a medicina preventiva
46.7	3. Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico
50.3	4. No prescribir medicamentos
71.2	5. Envío a trabajo social
77.0	6. Envío a servicio dental
86.4	7. Aplicación de toxoide tetánico

Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Cumplimiento de actividades normadas

El 60.6% de las mujeres recibieron el 100% de las actividades; el 36.3% recibieron el 78% de las actividades; el 2.72% de las mujeres recibieron el 52.6% de las actividades; y sólo el 0.56% de las mujeres recibieron menos del 26.3% de las actividades. Para mayor detalle véase el cuadro 11, que lo ejemplifica.

Cuadro 11. Cumplimiento de actividades normadas con relación al número de mujeres

%	Actividades	% de mujeres	Total de mujeres
26.3	1-5	00.56	1
52.6	6-10	02.72	5
78.9	11-15	36.30	69
100	16-19	60.60	103

Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo.

6.3. Resultado de la Atención

Respecto al resultado de la atención tenemos cinco aspectos: tipo de parto, condiciones del recién nacido, patologías de la madre, patologías del producto y método de planificación familiar. Los datos se presentan en el cuadro 12.

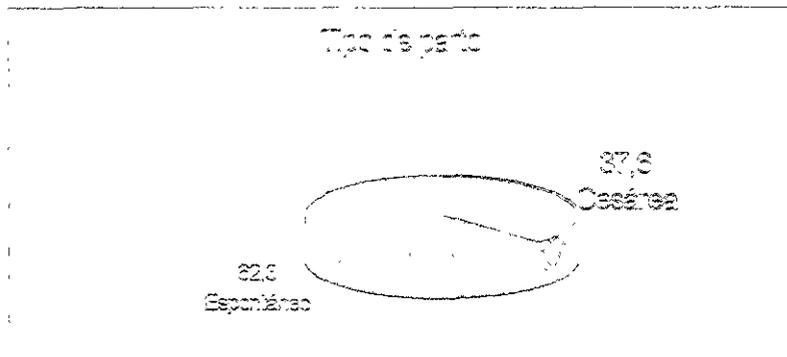
Cuadro 12. Resultado de la atención

		Alto riesgo		Bajo riesgo		Total	
		To- tal	%	Total	%	Total	%
Tipo de parto	Espontaneo	51	22.7	106	67.9	111	62.3
	Fórceps	0	0	0	0	0	0
	Cesárea	17	77.2	50	32.0	67	37.6
Condiciones del producto	Vivo	21		156		178	
	Muerto	1		0		0	
	Peso	2.92		3.025		2.975	
Patología de la madre		1	4.5	0		1	0.5
Patología del producto		0	0	0	0	0	0
Método de planificación familiar	SPC	14	63.6	45	28.8	59	33.1
	DIU	3	13.6	84	53.8	87	55.7
	Otro	0	0	0	0	0	0
	Ninguno	5	22.7	27	17.3	32	20.5

Fuente. Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Tipo de parto

Respecto al Resultado de la Atención puede apreciarse en el cuadro 11, que el tipo de parto que más se presentó fue el espontáneo (62.3%), y posteriormente la cesárea con 37.6%, véase la figura 4 que lo ilustra.



Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Figura 4. Tipo de parto reportado.

Condiciones del producto al nacer

Las condiciones del producto al nacer se consideraron en tres aspectos: vivo o muerto y peso.

- En lo referente a las condiciones del producto al nacer el 99.4% nació vivo, sólo un bebé murió por complicaciones respiratorias y cardíacas.
- El peso del producto al nacer puede observarse en el cuadro 10, en donde se muestra que el 81% de los bebés fueron de peso normal; el 3.95% fueron macrosómicos y el 3.0% fueron de bajo peso.

Cuadro 10. Peso del producto

	Alto riesgo		Bajo riesgo		Total de mujeres	
	Tota.	%	Tota.	%	Tota.	%
Bajo peso	2	3.0	6	3.2	8	3.0
Peso normal	17	77.2	145	92.9	162	91.0
Macrosómicos	3	19.8	8	3.9	11	6.05

Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre.

El peso del producto al nacer fue de 2.975 en promedio, para las mujeres de alto riesgo es de 2.925; y para las mujeres de bajo riesgo fue de 3.025.

Método de planificación familiar

El método de planificación familiar más solicitado fue el Dispositivo intrauterino (DIU) con 55.7%; posteriormente la Salpingoclasia (SPC); y finalmente el 20.5% de las mujeres no aceptó ningún método de planificación familiar (PF), e incluso un porcentaje mayor de mujeres de alto riesgo no aceptó ningún método de PF (22.7% de mujeres de alto riesgo contra un 17.3% de mujeres de bajo riesgo).

Método de planificación familiar y número de hijos

Método de planificación familiar y número de hijos, la tabla 14 muestra la distribución de la elección del método de planificación familiar de acuerdo al número de hijos, es de resaltar que las mujeres con 8 hijos, todas prefirieron el método definitivo, y que 31.5% (17 de las 54 mujeres) para quienes era su primer hijo, eligieron el método definitivo.

Cuadro 14. Método de planificación familiar y número de hijos

% mujeres	Número de mujeres	Número de hijos	Método de planificación familiar			
			DIU	SPC	Otro	Ninguno
60.3	54	1	20	17	0	17
26.9	48	2	13	22	0	13
8.9	16	3	13	3	0	0
11.9	21	4	19	2	0	0
5.6	10	5	10	0	0	0
7.3	13	6	11	2	0	0
7.8	14	7	1	11	0	2
1.1	2	8	0	2	0	0

Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo.

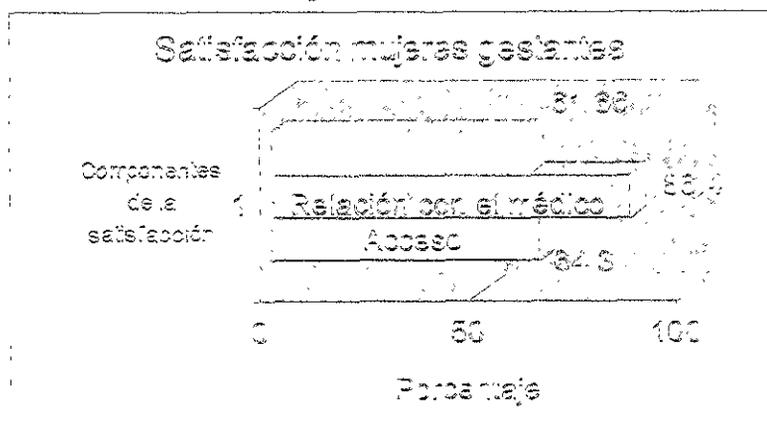
6.4 Satisfacción pacientes

En este apartado se muestra los resultados de la satisfacción de las mujeres gestantes, la satisfacción total es de 70.78%. la

satisfacción de acceso es de 84.3%; a satisfacción de la relación con el médico o enfermera materno infantil (EMI) es de 88.4% y la satisfacción de la estructura es del 81.66%. A continuación se aborda a detalle cada componente de la satisfacción comenzando con la satisfacción en general.

6.4.1 Satisfacción total

La satisfacción total de las pacientes es del 70.78%. Si se desglosa la satisfacción por los tres aspectos (acceso, relación con el médico o EMI, y la estructura), se observa que: en cuanto al acceso la satisfacción es de 64.3%, respecto a la relación con el personal de salud es de 86.4% y respecto a la estructura es del 81.66%. Así que las pacientes de lo que menos están satisfechas es de la estructura, es decir el ruido de la unidad, la cantidad de asientos, la limpieza, la ventilación, la iluminación, la limpieza de los baños y lo poco espacioso del consultorio. De lo que más están satisfechas es de la relación con el médico o la EMI, para fines ilustrativos observarse la figura 5.



Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 2008 con una $n=76$ mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Figura 5. Muestra los porcentajes obtenidos de satisfacción de las mujeres gestantes en estructura, relación con el médico o EMI, y acceso.

En lo que sigue se desglosa la satisfacción en los tres componentes que se manejan: acceso, relación con el médico o enfermera materno infantil y estructura.

6.4.2 Satisfacción de las Pacientes con el Acceso

Los resultados de la satisfacción del acceso se muestran en dos grandes rubros, los resultados codificados para tener una idea general de cómo fue la satisfacción respecto al acceso; y los resultados sin codificar para conocer a detalle como fue la satisfacción y así tener una idea más clara.

6.4.2.1 Resultados de la satisfacción del acceso codificados

La satisfacción del acceso se evaluó en base a 9 preguntas, cada una de ellas tenía tres posibles respuestas, y por tanto tres posibles formas de codificarla (0,1,2), siempre la codificación 2 correspondía a una alta satisfacción, 1 a poca satisfacción, y 0 a nula satisfacción. De esta forma una alta puntuación significa una alta satisfacción.

Para cada pregunta la máxima puntuación posible era de 356, (178 mujeres gestantes por la codificación más alta 2, $178 \times 2 = 356$) y este puntaje es el 100% en base al cual se dan los porcentajes.

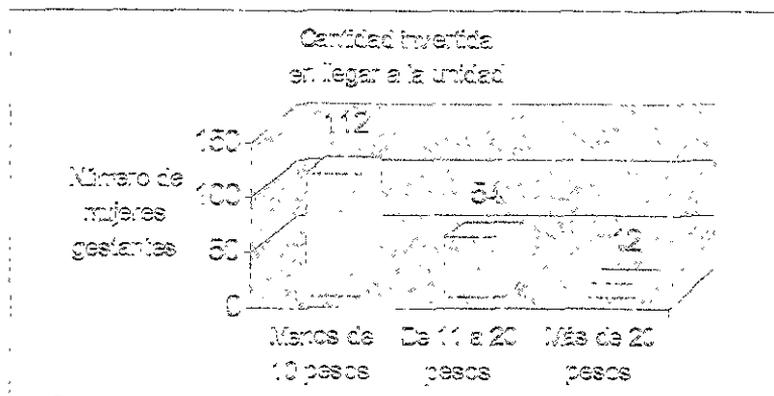
Específicamente del acceso, existen dos preguntas que recibieron las más altas puntuaciones, pregunta 6 (¿Le parece que asistir a la unidad es: importante, necesario; o perder el tiempo?); y la pregunta 7 (¿Tiene acceso a otros servicios de salud que prefiera?); pues estas dos preguntas recibieron 84.8 y 86.5 respectivamente. Es decir que las mujeres gestantes consideran importante asistir a consulta, lo que nos habla de que sí existe una cultura de salud, al menos durante el embarazo, es decir que las pacientes están conscientes de lo importante que es asistir a la Clínica. Los datos codificados pueden observarse en el anexo 4.

3.4.2.2. Resultados de la satisfacción del acceso sin codificar

En lo que sigue se explican los resultados de esas nuevas preguntas, dichos resultados consideran el total de mujeres gestantes (sin codificar sus respuestas).

¿Cuánto dinero gastó para llegar?

Respecto a esta pregunta 112 mujeres dijeron que gastaron menos de 10 pesos, 54 mujeres afirmaron gastar entre 11 y 20 pesos, mientras que 12 de ellas gastaron más de 20 pesos lo que nos habla de que el hospital cuenta con facilidades de transporte para llegar. En la figura 6 puede observarse una ilustración a este respecto.



Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Figura 6 Muestra la opinión de las mujeres gestantes respecto a la cantidad de dinero invertida para llegar a la unidad. Puede observarse que 112 de ellas afirmaron gastar menos de 10 pesos, 54 dijeron gastar entre 11 y 20 pesos y solo 12 gastaron más de 20 pesos.

¿Le parece que esa cantidad es?

Respecto a esta pregunta 12 mujeres dijeron que era excesiva, 120 de ellas afirmo que era normal y 46 contestaron que era poca.

¿Cuánto tiempo tarda en llegar a la unidad?

Esta pregunta presentó los siguientes resultados, 86 de las mujeres gestantes dijeron que invierten menos de 20 min. En llegar, 52 de ellas tardan de 21 a 40 minutos, y 34 de ellas invierte más de 40 min.

¿Le parece que ese tiempo es?

20 de las mujeres gestantes dijeron que era excesivo, 115 afirmo que ese tiempo era normal, y el 43 sentencio era poco.

¿Tiene problemas de transporte para llegar?

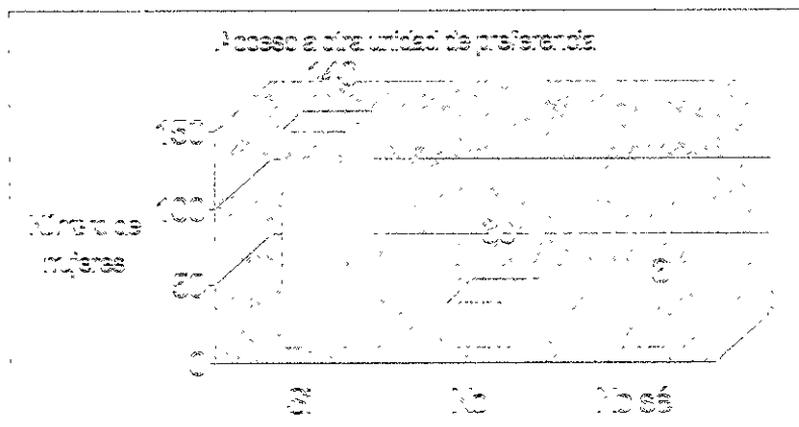
A pesar de encontrarse la clinica en una zona con trafico permanente, solo 9 de las mujeres gestantes dijo tener "siempre" problemas de transporte para llegar, 91 afirmo tener problemas algunas veces, 78 de ellas dijo que nunca tenian problemas para llegar a la unidad de salud.

¿Le parece que ir a la clinica es?

De las 178 mujeres gestantes 123 de ellas dijo que ir a la clinica era importante 48 de ellas dijo que no lo era y solo 7 emitieron una opinion diferente.

¿Existen servicios de salud que usted prefiere y a los que tenga acceso?

140 mujeres afirmaron que si tenia acceso a otra unidad de atención (pero aún así existían a estas), 30 dijeron que no tenian acceso a otra y 8 no supieron, consúltese la figura 7.



Fuente: Datos recopilados en la presente investigación realizada en los meses de junio y julio de 1999, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo.

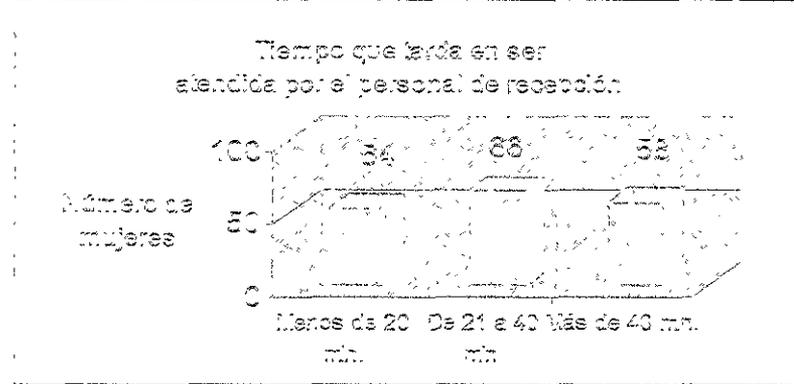
Figura 7. Medida el número de mujeres gestantes que tiene acceso a otra unidad de atención que fueron 140 mujeres, 30 oleron no tener acceso a otra unidad, y 8 no supieron.

¿Cuánto tiempo tarda en ser atendida?

64 de las mujeres gestantes tardó menos de 20 min., 68 tardó entre 21 y 40 min., y 58 tardó más de 40 min. Véase la figura 3 para tres ilustraciones.

¿Le parece que ese tiempo fue?

69 mujeres dijeron que el tiempo de espera fue excesivo, 53 que el tiempo fue normal, y 24 de ellas dijo que el tiempo de espera fue poco.



Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una $n=178$ mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Figura 3. Muestra el tiempo de espera de las mujeres gestantes para ser atendida por recepción, véase que 64 de ellas esperaron menos de 20 min., 68 esperaron entre 21 y 40 minutos, y 58 esperaron más de 40 min.

6.4.3 Satisfacción de las Pacientes de la Relación con el Prestador del Servicio

Los resultados de la satisfacción de la relación con el médico o ENU se muestran en dos grandes cuadros: los resultados codificados para tener una idea general de cómo fue la satisfacción respecto al acceso, y los resultados sin codificar para conocer a detalle cómo fue la satisfacción y así tener una idea más clara.

6.4.3.1 Resultados de la relación con el médico o EMI codificados

Respecto a la satisfacción con la relación con el médico o la enfermera materno infantil EMI, es loable el hecho de que la satisfacción es bastante alta (86.4%) y para cada una de las preguntas que exploran este aspecto de la satisfacción, también la satisfacción es alta, obsérvese el cuadro 16 que muestra la satisfacción para cada una de las preguntas, véase que las preguntas que recibieron la más alta puntuación son las preguntas 16 (¿Le preguntaba cómo se sentía?); 17 (¿El trato que le dio fue: bueno, regular o malo?); y 18 (¿Fue brusco en la exploración?); con una puntuación de 97,94 y 93, respectivamente. Lo que nos habla de que en el 97% de los casos los médicos o EMI's preguntaban por su estado de salud; que en el 94% de los casos el trato que recibieron fue bueno; y que el 93% de las mujeres recibieron una atención cuidadosa.

Es decir que los médicos y las EMI's en general, realizan su servicio con esmero, dedicación y en buena forma. Los datos codificados pueden observarse en el anexo 4.

6.4.3.2 Resultados de la satisfacción de la relación con el médico o EMI, sin codificar.

¿El médico o EMI, le habla por su nombre?

93 de las mujeres gestantes dijo que siempre le habla por su nombre, 53 sostuvo que algunas veces lo hacía, mientras que 32 de ellas afirmó que nunca le habló por su nombre.

¿Le daba información acerca de su padecimiento?

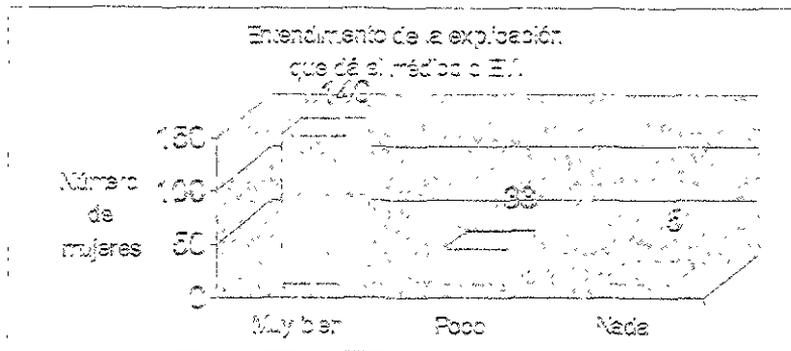
123 de ellas dijeron que siempre les dio información, 48 de ellas afirmó que solo algunas veces, y 7 de ellas afirmaron que nunca les dio información.

¿La información es clara oportuna?

113 de las mujeres gestantes dijeron que siempre lo era, 62 de ellas afirmaron que solo algunas veces, y solo 3 sentenciaron que nunca fue claro y oportuna, véase la figura 18, que lo ilustra.

¿Entendió la explicación del médico o EMI?

140 mujeres dijo que sí la entendieron muy bien, 88 afirmaron que poco, y solo 8 dijeron que nada., obsérvese la figura 9, para fines ilustrativos.



Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Figura 9. Muestra la opinión de las mujeres gestantes respecto al entendimiento de las explicaciones dadas por el médico o EMI, véase que 140 mujeres dijeron que sí la entendieron muy bien, 88 afirmaron que poco, y solo 8 dijeron que nada.

¿Siente confianza con el médico o EMI, que le atiende?

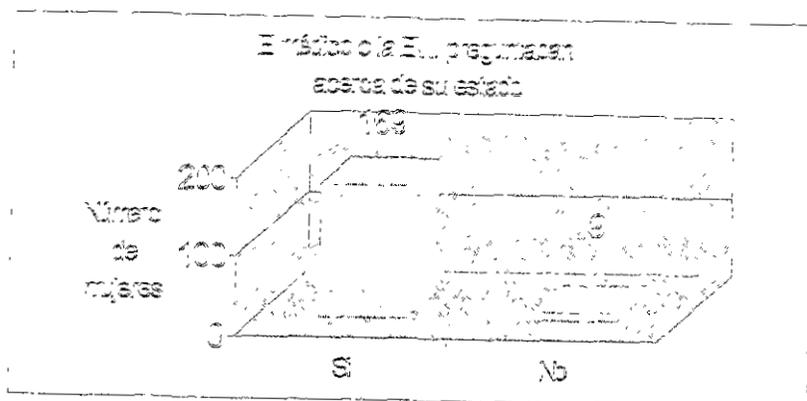
168 mujeres afirman sentir mucha confianza con su médico o EMI, mientras que 44 estuvo que sienten poca confianza, y solo 8 dijeron que no le tienen confianza.

¿Mostraba interés?

122 mujeres dijeron que tenía mucho interés, 54 afirmó que el médico o EMI, mostraba poco interés y solo 8 dijeron que no mostró interés.

¿Le preguntaba como se sentía?

168 de las mujeres gestantes dijeron que sí les preguntaban como se sentían, las 8 restantes dijeron que no les preguntaban. Obsérvese la figura 10, que ilustra esto.



Fuente: datos recolectados en la presente investigación realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una $n=178$ mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Figura 10. Muestra el número de mujeres gestantes que afirmó que su médico o EMU le preguntaba como se sentía. 169 de las mujeres gestantes dijeron que si, les preguntaban como se sentían, las 9 restantes dijeron que no les preguntaban.

¿Era brusco en la exploración?

Solo una mujer dijo que siempre fue brusco en la exploración mientras que 20 afirmaron que algunas veces, y 157 dijeron que nunca fue brusco.

¿El trato que le dio fue?

163 mujeres gestantes dijeron que el trato brindado fue bueno, 22 mujeres afirmo fue regular y solo una dijo fue malo.

3.4.4. Satisfacción de la Estructura de la Clínica

Los resultados de la satisfacción de la estructura de la Clínica se muestran en dos grandes rubros: los resultados obtenidos para cada una de las partes de la clínica y la satisfacción de la estructura

y los resultados sin codificar para conocer a detalle como fue la satisfacción y así tener una idea más clara.

6.4.4.1 Resultados de la satisfacción de la estructura codificados

Respecto a la satisfacción de la estructura de la Clínica 61 del IMSS es de 61.66% la más baja de los tres aspectos de la satisfacción. Únicamente la pregunta 27 (El consultorio le parece a Ud., espacioso, agradable; o pequeño y desagradable), tiene 82.02%, es decir que para el 82.02% de las mujeres el consultorio les parece agradable y espacioso. La pregunta 29 también tiene una puntuación alta 79.9% (¿Recibe servicio oportuno en laboratorio?).

El resto de las preguntas tiene una puntuación que oscila entre 44 y 68.

Los datos codificados pueden observarse el anexo 4.

6.4.4.2 Resultados de la satisfacción de la estructura sin codificar

¿Cuánto tiempo tardó en pasar a consulta?

42 mujeres gestantes dijo que tardó menos de 20 minutos, 77 afirmó que tardó entre 21 y 40 minutos, y el resto (59), dijo que tardó más de 40 min. Además es necesario considerar que ya habían estado esperando para ser atendidas en recepción. Véase la figura 17.

En la siguiente pregunta ¿Considera que ese tiempo fue?, se observa que a 44 le pareció que ese tiempo fue excesivo, 105, fue normal y a 29 lo consideró que era poco.

¿Cómo es el ambiente de la unidad?

86 de las mujeres gestantes dijo que el ambiente es insostenible, y 92 de ellas afirmaron que es cómodo y agradable.

¿Los asientos de la Clínica son?

46 de las mujeres gestantes dijeron que los asientos son suficientes, 124 dijo son suficientes y solo 8 afirmaron que no había.

¿La limpieza de la Clínica es?

57 mujeres dijeron que era muy buena, 116 dijo que era buena y solo 5 dijeron que era mala.

¿La ventilación de la unidad es?

41 mujeres dijeron que la ventilación es muy buena, 129 afirmo que es buena y solo 8 dijeron que era mala.

¿La iluminación de la Clínica es?

38 mujeres dijeron era muy buena, 130 afirmaron que era buena y solo 10 dijeron que era mala.

¿El consultorio le parece a usted?

125 mujeres dijeron que era espacioso, agradable. Mientras que 53 mujeres afirmaron que era pequeño y desagradable.

¿Recibe servicio oportuno en laboratorio?

116 mujeres dijeron que siempre, 50 dijeron que algunas veces y 12 dijeron que nunca

¿Existen en la farmacia de la unidad las medicinas requeridas?

99 mujeres afirmaron que siempre se encuentran las medicinas, 70, dijeron que algunas veces, y solo 9 afirmaron que nunca existen en la farmacia las medicinas requerida.

6.5 Resultados Comparativos: Satisfacción pacientes

En esta sección se comparan la satisfacción de las pacientes de las enfermeras (bajo riesgo) y la satisfacción de las pacientes de los médicos (alto riesgo).

Acceso

La satisfacción de las pacientes de las enfermeras es de 65 % y para las pacientes de los médicos es de 59.02%.

Relación con el médico o enfermera

La satisfacción de las pacientes de las enfermeras es de 86.% y de 86.7 % para las pacientes de los médicos.

Estructura

La satisfacción de las pacientes de las enfermeras es de 81.88%, y para las pacientes de los médicos es de 60.10%. Ninguna de estas

diferencias entre las mujeres de alto riesgo y bajo riesgo es significativa según la correlación hecha en la base de datos en el programa SPSS para Windows 95. (utilizando R de Pearson).

3.6. Resultados Asociativos

Esto se hizo a través de una correlación (en una base de datos en el programa SPSS para Windows 95, usando R de Pearson), se encontraron los siguientes hallazgos.

No existe correlación entre el cumplimiento de actividades normadas y:

1. El número de hijos,
2. El método de planificación familiar,
3. La relación con el médico o enfermera materno infantil
4. El acceso
5. La estructura
6. La satisfacción en general
7. La mortalidad perinatal
8. El tipo de parto
9. El peso del producto
10. El riesgo

Pero si existe relación entre el cumplimiento de las actividades normadas y la morbilidad materna durante el embarazo, estos datos pueden verse en el cuadro 15 que lo ilustra. Este hallazgo resulta paradójico, pues presupondría que a mayor cumplimiento de las actividades normadas mayor morbilidad, esta situación se aborda en el capítulo de las discusiones.

Cuadro 15. Correlación del cumplimiento de actividades normadas

Cumplimiento vs	Correlación	Significancia
Hijos	-0.0792	No
Planificación familiar	0.1612	No
Relación	0.0702	No
Acceso	-0.0449	No
Estructura	-0.0569	No
Satisfacción	0.0277	No
Morbilidad	0.6211	Si
Mortalidad	0.1200	No
Tipo de parto	-0.1288	No
Riesgo	-0.2402	No
Peso del producto	0.3943	No

Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo

Número de consultas

También se realizó una correlación del número de consultas con el acceso, la morbilidad y la mortalidad y no se encontró significancia estadística, véase el cuadro 16.

Cuadro 16. Correlación del número de consultas

# de consultas vs	Correlación	Significancia
Acceso	-0.1026	No
Morbilidad	-0.0586	No
Mortalidad	-0.1535	No

Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Número de hijos

No se encontró correlación entre el número de hijos y la morbilidad, mortalidad o escolaridad, obsérvese el cuadro 17, que ilustra esto.

Cuadro 17. Correlación del número de hijos

# de Hijos vs	Correlación	Significancia
Morbilidad	0.0392	No
Mortalidad	-0.0039	No
Escolaridad	-0.2037	No

Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo.

Escolaridad y morbilidad, mortalidad y satisfacción

Según los datos encontrados en la presente investigación no existe correlación entre escolaridad y morbilidad, mortalidad y satisfacción general. Véase el cuadro 18 que muestra mayor detalle.

Cuadro 18. Correlación de la escolaridad

Escolaridad vs	Correlación	Significancia
Morbilidad	-0.1745	No
Mortalidad	-0.0951	No
Satisfacción	0.0893	No

Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo

Otros hallazgos

Además se encontró relación entre peso del producto y morbilidad. Por otro lado también se encontró relación entre morbilidad y cumplimiento de actividades normadas, entre satisfacción y estructura; y satisfacción y acceso, consúltese el cuadro 19. Estos hallazgos se amplían en la discusión

Cuadro 19. Correlaciones significativas

Correlaciones significativas	Correlación	Significancia
Morbilidad y peso del producto	0.8164	Si
Cumplimiento y morbilidad	0.6211	Si
Satisfacción y estructura	0.6913	Si
Satisfacción y acceso	0.7246	Si

Fuente. Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de embarazo.

CAPITULO 7

DISCUSIÓN

7.1. Cumplimiento de Actividades Normadas

a) Citación

Contrario a la literatura⁷⁸, en la presente investigación se encontró que sí se cita a la mujer gestante, cada semana después de la semana 35 de gestación, pues se decía que no se citaba. La importancia de este periodo resulta en que aún cuando la preeclampsia-eclampsia, se puede manifestar clínicamente desde la semana 20 de embarazo, en adelante, habitualmente es un padecimiento que se complica en el último trimestre de la gestación, especialmente en las formas clínicas más graves.

En esta investigación sólo se presentaron 5 casos de preeclampsia en el parto, y precisamente desde la semana 35 de gestación no habían recibido consulta, así pues resulta imprescindible diseñar estrategias para que las pacientes acudan a consulta, o al hospital para su seguimiento y valoración.

b) Actividades más cumplidas

De las 19 actividades normadas, 12 de ellas tuvieron un cumplimiento por arriba de 90% (recordando estas actividades fueron: medición de la presión arterial, valoración del crecimiento intrauterino, medición de peso y talla, realización de biometría hemática, orientación nutricional envío a EMI, elaboración de la historia clínica, no uso de estudios radiológicos, glucemia, citar cada mes, cada 15 días y cada semana); las 7 actividades restantes, tuvieron un cumplimiento desde 42% hasta 86.4%, a excepción de envío a dietología que tenía un 8.9 % de cumplimiento.

⁷⁸ IMSS, Dirección General de Prestaciones Médicas, Curso de Capacitación para capacitadores en la implantación de la Norma Técnica Médica para la prevención y manejo de la preeclampsia-eclampsia, 1995

Respecto de envío a dietología, este bajo cumplimiento es debido a que de enviarse a las embarazadas a este servicio ocasionarían una saturación de este servicio, y una consecuente baja respuesta a la demanda. Lo mismo podía decirse de Medicina Preventiva que tiene un cumplimiento de 42.56%, sin embargo la posible saturación de los servicios no justifica el que no se realice la actividad, se debe más bien idear las estrategias para evitar tal saturación.

c) Tipo de parto

Se encontró que el 62.3% (111 mujeres), su parto fue espontáneo, y 37% su parto fue por cesárea.

Resulta interesante investigar las causas de por qué ninguno de los partos fue por fórceps, las causas de esto se pueden encontrar en que la utilización de fórceps puede desembocar en posibles reclamos, pues los obstetras son los terceros más denunciados⁷⁹, después de los cirujanos y anestesistas, y precisamente por mal uso de los fórceps.

d) Satisfacción de la relación con el médico o EMI

Dado que alcanzó un 86.4% de satisfacción siendo la más alta conseguida para los tres aspectos de la satisfacción, nos indica que los médicos y EMI's brinda, a pesar de la falta de material para trabajar, un buen servicio caracterizado por un servicio personalizado, brinda información y ésta es clara y oportuna, da confianza, se muestra interesado, y en general la opinión es que el trato es bueno.

Sin embargo el 13.6% restante representa aquellas mujeres que por alguna u otra razón manifestaron su inconformidad y solicitan una respuesta a su situación, la pregunta sería cómo afrontarlas y evitar que aparezcan estas situaciones.

e) Satisfacción de la estructura de la clínica

La satisfacción es de 61.66% para este aspecto, fue bastante bajo y nos indica que para el 38.34% restante la percepción es que el tiempo de espera supera los 40 minutos, el ambiente es

⁷⁹ Muy interesante, Año XIII, No 07, Errores médicos pag 24.

insoportable, faltan asientos, no hay medicinas, la iluminación y ventilación son mala. Pero no le resulta así al 61.66% restante (que es un porcentaje casi del doble).

Este aspecto incluye el tiempo de espera (que fue la pregunta que recibió menor porcentaje de satisfacción entre 44.9 y 45.78%). Cabe mencionar que en el momento de realizar la investigación se implementó un programa a fin de reducir el tiempo de espera de 75 minutos en promedio a más de 40 minutos pero menos de una hora. Sin embargo aún así el tiempo de espera con el programa de "Cita Previa", el tiempo es alto y está sujeto a los imprevistos (como las faltas de los médicos) lo que provoca que los pacientes no entren a consulta a la hora que tienen citado. Las mujeres manifestaron que el programa de cita previa funcionaría muy bien si realmente pasaran a la hora en que tienen la cita.

f) Satisfacción del acceso

La satisfacción del acceso fue de 64.3%, esto incluía tiempo, dinero y transporte para llegar a la clínica. Respecto al acceso existen dificultades, pues para ser recibidas por la asistente el tiempo de espera supera los 40 minutos, lo cual les parece excesivo, y para llegar a la Clínica el tiempo supera los 40 minutos en el 42.2% de los casos, es decir que un poco menos de la mitad de las mujeres gestantes para tener una consulta tenían que invertir como mínimo 120 minutos.

g) Asociación de variables

Cumplimiento de las actividades normadas vs...

Número de hijos

Se esperaba encontrar que a mayor cumplimiento de las actividades normadas menor número de hijos pero tal no fue el caso (fue de -0.0792 en una correlación hecha en una base de datos del programa SPSS para Windows 95, utilizando R de Person), sin embargo estos resultados indican que existen otros factores que influyen en el número de hijos, o que influyen más que las actividades que se desarrollan en la clínica, por ejemplo la cultura, la pareja, pero para sustentar esta afirmación faltaría una investigación que la apoyara.

Además, de acuerdo con la investigación de Stern C., la edad tampoco es un factor determinante para que se den los problemas de salud, sino más bien un factor asociado a muchos otros.

Para que se den los problemas de salud en las mujeres gestantes entre los 16 y 19 años, se ha creído que existe una correlación positiva entre la edad en que ocurre el embarazo y el riesgo de problemas de salud.⁸⁰ Pero no son ni la edad en la que ocurre el embarazo, ni los factores biológicos asociados a la misma, sino más bien otros factores que se encuentran presentes en tales adolescentes y éstos son la nutrición, la falta de atención de la madre.⁸¹

PF

Se esperaba que las actividades que se desarrollaban en la clínica tuvieran influencia sobre la planificación familiar PF, sin embargo no fue así, el resultado que se encontró fue de 0.1612, es decir que existen otros factores que influyen más que las actividades que se desarrollan en la clínica, pero para sustentar esta afirmación faltaría una investigación que la apoyara.

Relación con el médico

No existe correlación entre el cumplimiento y la relación con el médico o Emi, esto debido a que el médico puede o no realizar las actividades normadas independientemente de lo amable de su trato.

Acceso

No existe correlación entre el cumplimiento y acceso, debido a que la realización de las actividades normadas es independiente del tiempo, dinero y transporte para llegar a la clínica, tampoco respecto a la estructura, pues esto solo influiría si para la

⁸⁰ Omran A., Fecundidad y salud. la experiencia latinoamericana Washington D.C., Organización Panamericana de Salud, Oficina Panamericana y Oficial Regional de la OMS, 1995

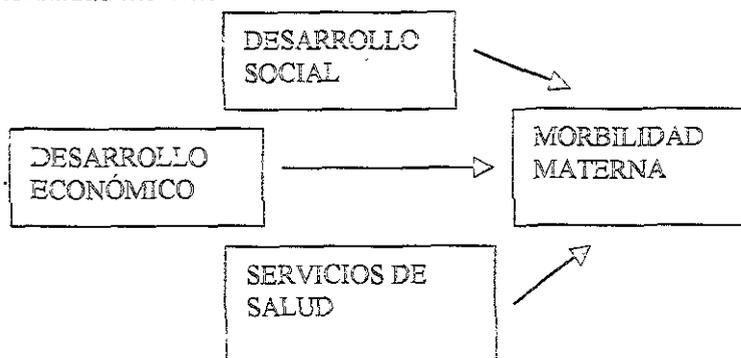
⁸¹ Stern C., El embarazo en la adolescencia como problema público. una visión crítica Salud Pública México, 1997, 39, 137-143

realización de las actividades normadas se requiriera de equipo de alta tecnología.

Morbilidad

Existe relación significativa entre el cumplimiento de actividades normadas y la morbilidad durante el embarazo lo que resulta paradójico, pues se trata de una correlación positiva, es decir que a mayor cumplimiento de las actividades normadas mayor presencia de morbilidad; sin embargo, es posible que esta relación sea debido a que al asistir a consulta y recibir las atenciones se detectan los problemas de la mujer gestante.

La presencia de morbilidad materna algunos autores (López Ríos⁸²), la explican a través del desarrollo social, el económico, (condiciones tales como la pobreza, las malas condiciones de vida que debilitan la resistencia del cuerpo a las infecciones) dicho autor propone un modelo que pretende explicar la morbilidad materna, y afirma que la morbilidad sólo puede ser explicada atendiendo a una varios factores entre ellos el desarrollo socioeconómico, y el desarrollo social. En la figura 12 se muestra un esquema de los factores que condicionan la presencia de la morbilidad materna.



Fuente: Tomado modificado de López Ríos O. Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la morbilidad mexicana, Salud Pública de México Vol 39, No. 1, Enero-Febrero de 1997.

Figura 12. Muestra el modelo causal de morbilidad materna.

⁸² Op cit. 1.

Otros autores⁸³ mencionan que también pueden influir las condiciones del trabajo materno (número de horas a la semana, si se tiene derecho a descanso por maternidad, número de horas de pie, tipo de trabajo), en el bajo peso del bebe, presentándose más este rasgo en aquellas mujeres con jornadas mayores de 50 horas y con conflictos laborales.

Este estudio cuantificó el impacto de los servicios de salud (cumplimiento de las actividades normadas) sobre la morbilidad materna, y mostró que sin considerar los otros factores las acciones tienen un impacto positivo sobre la salud.

7.2. Respecto a las Hipótesis Descriptivas

- a) Existe un alto cumplimiento de las actividades normadas. Esta hipótesis resultó cierta, pues el cumplimiento de las actividades normadas, fue de 81.51%.
- b) Existe una alta satisfacción con el acceso. La satisfacción fue más bien media, pues se ubicó en 64.3%; esto quizá debido a la zona en que se encuentra la Clínica la que obliga a quienes asisten a tomar varios transportes públicos.
- c) Existe una baja satisfacción en relación con el prestador del servicio. Esta hipótesis no se cumplió pues la satisfacción fue de 86.4%, es decir que las mujeres gestantes consideran que el médico o enfermera brindó un servicio personalizado, fue amable y mostró interés.
- d) Existe una baja satisfacción de la estructura. Si existe una baja satisfacción de la estructura, pues está fue del 61.66%

7.3. Discusión Respecto a las Hipótesis Asociativas

Si existe correlación significativa entre el peso del producto y la morbilidad de la madre durante el embarazo, esta correlación resulta interesante para discutir, pues según esta correlación a mayor peso del producto, mayor morbilidad de la mujer gestante, esto puede estar explicado, en los casos de

⁸³ Cerón-Mireles P., Sánchez-Carrillo, C.I., Harlow S:D , Nuñez-Urquiza R.M., Condiciones de trabajo materno y bajo peso al nacer en la Ciudad de México, Salud Pública de México, 1997, 39: 2-10

diabetes, pero faltaría esclarecer la situación para el resto de los casos.

- ❖ Existe correlación significativa entre el cumplimiento de actividades normadas y morbilidad, durante el embarazo. Esto fue discutido anteriormente, mencionándose que es posible que el mayor cumplimiento de actividades normadas solo detecte problemas que ya tiene la mujer gestante.
- ❖ No se encontró correlación significativa entre morbi-mortalidad y escolaridad, se esperaba que a mayor nivel educativo, las mujeres se cuidarían y evitarían caer en prácticas de riesgo para su salud. Sin embargo no se consideraron otros factores para la presencia de la morbi-mortalidad que pudieran tener más influencia, tales como los hábitos alimentarios, estilos de vida y adicciones.
- ❖ No existe correlación entre morbilidad y número de hijos, pues se esperaba encontrar que si la mujer gestante tiene un embarazo con problemas de salud, evitaría volver a embarazarse, sin embargo esto no es así, lo que sugiere una vez más que el número de hijos tiene otros condicionantes.
- ❖ No existe correlación entre el número de consultas y la morbi-mortalidad, esto indica que (y apoyándose en que sí existe correlación entre el cumplimiento de las acciones y morbilidad), el solo acudir a consulta no basta, es necesario considerar lo que en ellas se hace; así como las características de la madre.

Para poder emitir una opinión sobre cómo es la Calidad de la Atención en la Clínica 61 del IMSS, es necesario considerar los tres aspectos de la Calidad considerados: proceso, resultado y satisfacción.

Estableciendo una escala del 1 al 100%, en donde de 0 a 20, es mala, de 21 a 40 es regular; de 41 a 60 es buena y de 61 a 100 es excelente; se obtienen los siguientes datos

Calidad	Puntaje	Valoración
Proceso	81.51%	Excelente
Resultado	76.66%	Buena
Satisfacción	70.78%	Buena

Fuente: Datos recolectados en la presente investigación, realizada en los meses de junio y julio de 1998, con una n=178 mujeres de tercer trimestre de gestación.

El puntaje de proceso

Es el total de cumplimiento de las actividades normadas

El puntaje de satisfacción

Es el total de satisfacción de las mujeres gestantes

El puntaje de resultado

Este aspecto de la calidad tiene cinco elementos: tipo de parto, (con 62.3%) planificación familiar (con 33.1%) condiciones del recién nacido, (con 98.3%) peso del bebe, (con 91.0%), patologías de la madre (con 100%), y patologías del producto, (con 98.3%), se obtiene un promedio de 76.6%

Para obtener cada uno de los cinco puntajes individuales se tomo la puntuación obtenida por las mujeres, para el rasgo que se consideraba para sano, por ejemplo dado que 162 bebes tenían peso considerado como "normal", el porcentaje de bebes (precisamente el 91.0%) con esta característica, fue el puntaje que se tomo.

Si se suman los tres valores, es decir 81.5%, 76.6%, y 70.78%, se obtiene en promedio 76.29%, con lo cual se puede decir que la Calidad de la Atención es Buena en la Clínica 61 del IMSS, para las mujeres gestantes, pero también indica que existen elementos para mejorarla. en el capitulo de Recomendaciones se hacen algunas sugerencias al respecto.

CAPITULO 8
CONCLUSIONES

ESTO ESSE DE ABA
VIA DE LA BILITATE

De acuerdo a la información recabada en la presente investigación, realizada en la Clínica 61 del IMSS, en el período del 8 de Junio de 1998 al 17 de Julio de 1998, con las 178 mujeres gestantes que se encontraban en el tercer trimestre, se concluye que:

- El cumplimiento de actividades normadas, si tiene correlación con la morbilidad durante el embarazo; en otras palabras, este hallazgo sugiere que el recibir las acciones normadas aumentan las enfermedades durante el embarazo. Sin embargo se discute que al recibir las acciones normadas se detectan más problemas de la mujer gestante, lo que explicaría este hallazgo.
- Las enfermedades de la madre durante el embarazo, tienen influencia sobre el peso del producto.
- La satisfacción de las mujeres gestantes depende en gran medida de la estructura de la Clínica (suficiencia de materiales, equipo), así como de las condiciones de acceso que se tenga a la Clínica (transporte, tiempo de arribo, costo del transporte).
- Una mayor escolaridad no garantiza menor morbi-mortalidad y tampoco la escolaridad esta asociada con la satisfacción.
- Las acciones en las Clínicas, tendrían mayor impacto si se enfocaran y consideraran las particulares de las mujeres gestantes

CAPÍTULO 9

RECOMENDACIONES

Las posibilidades de investigación en esta área son bastas y se abren como abanico para los Investigadores en Servicios de Salud. En este capítulo se mencionan las interrogantes que durante el desarrollo de esta investigación llamaron poderosamente la atención

Se recomienda investigar que otros factores inciden en la disminución de la morbilidad materna.

2. Se hace necesario realizar investigación que planteen alternativas para mejorar la actitud del personal de salud, hacia las investigaciones a fin de lograr que la investigación se conciba como una forma de expresión de los problemas y la mejor manera de resolverlos; pues en la presente investigación se encontraron obstáculos al respecto.
3. Dado que la atención del parto y complicaciones del mismo, constituyen las principales causas de atención, y además es un hecho conocido que a mayor paridad mayor morbilidad, es necesario investigar ¿Cómo disminuir el número de embarazos por mujer, además de retrasar la fecha de inicio del primer embarazo?
4. Investigar como resolver la posible saturación de los servicios que se presentaría si se cumplieran las actividades normadas de envío a dietología y envío a medicina preventiva que fueron las actividades menos cumplidas (8.9% y 42.56% respectivamente), en la presente investigación.
5. Investigar cómo lograr que las pacientes acudan a interconsulta cuando se les envía a hospital, sobre todo después de la semana 35 de embarazo a fin de evitarles complicaciones en el parto por preeclampsia-eclampsia; pues en esta investigación cuando se les envió a interconsulta no asistieron por indicios de preeclampsia, y se presentaron problemas de preeclampsia.
6. Investigar si el uso de fórceps está asociado a quejas o posibles problemas posteriores para el producto..

7. Es necesario investigar si la pareja de la mujer gestante, influye en: una mayor asistencia a consultas, o en las prácticas de salud, en alimentación o en algún otro aspecto
8. También es necesario diseñar las estrategias para educar y capacitar expertos en la Calidad de la Atención, esta misma idea también la sugiere Donabedian⁸⁴
9. Dado que los tiempos de espera, en especial el programa de "Cita Previa", está vinculado a los vaivenes que ocasiona las asistencias e inasistencia de los médicos, también es necesario investigar cómo : evitar las faltas o por lo otro lado idear la mejor estrategia para evitar que los pacientes estén esperando por más de una hora.
10. Si se quiere aumentar la satisfacción de las mujeres gestantes para evitar las quejas, o para aumentar la población de interés; debe de mejorarse la estructura de la Clínica. Además en la planeación de las unidades médicas es indispensable considerar las vías de acceso a ella (transporte, vialidad); así como el tiempo que invertirían en llegar a la Clínica.
11. A fin de tener bebés con buen peso, se tienen que evitar las enfermedades maternas en el embarazo y conservar la salud.

Además se consideran los siguientes aspectos a fin de mejorar la Calidad de la Atención brindada: La salud no es una entidad que se pueda otorgar a las personas, no se le puede decretar, no con programas normados por las instituciones, pues la salud, es más bien una responsabilidad de cada persona y también de la institución.

Esta investigación probó que si se cumplen con las actividades normadas es posible influir en la salud de las mujeres gestantes, pero sin la participación y asistencias de las pacientes, estas últimas no pueden recibir los beneficios de las actividades de la institución.

Así en el afán de lograr mayor participación y cultura de salud de las pacientes se recomienda:

⁸⁴ Donabedian A., Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la Atención, Salud Pública Mex , 1993, 35, 94-97

- Mensaje en la televisión
- Información en forma de folletos para la embarazada

Mensaje en Televisión

Para atraer a las mujeres gestantes que no acuden a consulta, resaltando la importancia de su asistencia, para preservar la salud durante el embarazo. Pues esta población que no acude llega a su parto sin diagnóstico y es susceptible de presentar patología.

Información en forma de folleto para la embarazada

Que resulte una verdadera guía sobre cuidados que debe tener (alimentación, ropa, actividades, aseo) consigo misma, pero también que le informe acerca las citas a las que deberá asistir, así como de las actividades que deberá recibir del médico y finalmente sobre la identificación de signos y síntomas de alarma.

La principal dificultad de poner en marcha este folleto sería el presupuesto para papelería e impresión, pero sus ventajas sería el crear mayor cultura de salud en las mujeres gestantes, estaría compuesto de la siguiente manera:

Primera hoja: Fechas de citas a los diferentes servicios

Segunda Hoja: Alimentación, ropa, actividades, aseo

Tercera Hoja: Identificación de signos y síntomas de alarma.

Cuarta hoja: Actividades que deben recibir del médico en cada cita

Quinta hoja: Método de planificación familiar.

REFERENCIAS

- Anderson W.T., Heim D.T., 1992 "El Encuentro Médico Paciente, un Proceso de Negociación de la Realidad". En Jaco E.G., Pacientes, médicos y enfermedades, IMSS, México.
- "Atención Primaria a la Salud", 1978, Alma Ata URSS, 6-12.
- Batalla, M.C.; García S.M., Pérez. C.A., Sánchez B., Zurro. M.A. y Pano P., 1986, "Manual de la Atención Primaria" Barcelona: Doyma,
- Campero C. L., 1990, "Calidad de la Relación Pedagógica Médico-Paciente en Consulta Externa, el Caso de Oaxaca", México, Salud Pública México, 32. 192-204.
- Cerón M. P., Sánchez C, C.I., Harlow, S.D , Nuñez U, R.M., 1997. 'Condiciones del Trabajo Materno y Bajo Peso al Nacer en la Ciudad de México', Salud Pública México, 39, 2-10
- Cibotij, R., 1975, "Instrumentos para la Planificación de los Recursos Humanos. La Visión de un Economista", OPS/OMS, Publicación Científica. No. 279, Washington.
- Coria S. Y., Bobadilla J.L., y Noizón F., 1996, "Efectividad de la Atención Prenatal para Prevenir el Retraso en el Crecimiento intrauterino y el Bajo Peso al Nacer" Calidad de la Atención a la Salud, Vol. 3, No. 1 y 2 Junio.

- Cruz R. C , Valdés O C., 1992, "Diversidad Financiera para la Prestación de Servicios de Salud", Salud Pública de México, 34 (suplemento), 105-116.
- De Moraes N. H., 1993, "Programas de Garantía de Calidad a través de la Acreditación de Hospitales en Latinoamérica y el Caribe", Salud Pública de México, 35, 248-258.
- Donabedian A ,1987, "Cándido en el País de la Investigación de Servicios de Salud" Salud Pública México, Vol. 29, No. 6.
- Donabedian A., 1981, "Ciencia y Desarrollo, la Calidad de la Atención Médica" Ciencia y Desarrollo CONACIT, Num 37, Año VII, pag. 68-89.
- Donabedian A.,1990, "La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de Calidad", Salud Pública México, Voi 32.
- Donabedian A., 1993, "Prioridades para el Progreso en la Evaluación y Monitoreo de la Calidad de la Atención", Salud Pública México, 35, 94-97.
- Donahue K.T., 1993, "La Calidad de la Atención a la Salud en los Estados Unidos nuevas Tendencias", Salud Pública de México, 35, 288-290.
- Foucault M.,1983, "El Nacimiento de la Clínica", México Editorial Siglo XXI, 153 Frenk. J , (Director), "Economía y Salud", México: Fundación Mexicana para la Salud, 1994

- Gilson, L., Alilio M., y Heggenhougen K , 1993, "Satisfaction in Morogoro, Tanzania", *Society. Science. Medicine*, Vol. 39, No. 6, pag. 767-780.
- González-Celis. R. A.L., "Los Servicios de Salud y la Investigación de Servicios de Salud en México Frente a la Reforma 1995-200". Documento inédito, s/f.
- Hanlon, J.,1973, "Principios de Administración Sanitaria". México: La Prensa Médica Mexicana.
- Hermida J., 1993,"Preparándonos para el Cólera: Evaluación Rápida de la Calidad de las Actividades de Rehidratación Oral en Guatemala", *Salud Pública de México*, 35, 268-282.
- Hernández, S.R., Fernández, C.C., Baptista, L.P., 1997, "Metodología de la Investigación". México: Mc Graw-Hill, Interamericana de México.
- Huerta H., S.I, 1994, "Marco Jurídico de la Atención Médica en el ISSSTE, Higiene Sociedad Mexicana de Salud Pública", Julio septiembre, Vol. II, No.3, 253-257.
- IMSS, Dirección General de Prestaciones Médicas, 1995."Curso de Capacitación para Capacitadores en la Implantación de la Norma Técnica Médica para la Prevención y Manejo de la Preeclampsia-Eclampsia.
- JAMA, 1996,"Quality Health Care" *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 275, No. 23.

- Jessee W.F., 1990, "Garantía de Calidad de los Hospitales de los EUA". Salud Pública México, Vol 32 No. 2. pag 132-137.
- Jorge S.M., 1996, "Actitudes de los Usuarios Hacia los Servicios de Salud de Primer Contacto", Revista de la Facultad de Medicina México, Medicina General Familiar, Vol. 56, No. 4, pag 23-45
- Karchner K.S., Annas-Dominguez A., 1995, "Estudios sobre la Morbilidad Materna en México", Gaceta Medica de México, 65, 190.
- "Lactancia Materna" Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Medica, Coordinador General de Comunicación Social.
- Laing E.P., 1983, "La Relación Médico Enfermo", Madrid Alianza Universidad.
- Lebow, J., "Consumer Satisfaction with Medical Care: Present Status" USA No. 32, pag 153-164
- Lee R.I., Jones L.W., 1993, The Fundamentals of Good Medical Care, Chicago: The University of Chicago Press.
- Legislación Sanitaria Reglamento de la Ley General de Salud
- López A.D., 1980, "La Salud Desigual en México", México: Siglo XXI.

- López-Rios O , 1997,"Efecto de los Servicios de Salud y de Factores Socioeconómicos en las Diferencias Espaciales de la Mortalidad Materna". Salud Pública de México, Vol 39 Num. 1.
- Memorias del Encuentro en Cuernavaca del Instituto Nacional de Salud Pública, México 1992.
- Muy interesante, Año XIII. No 07, Errores médicos pag 24.
- Ochoa D. L. H., Sánchez P. H., y Rosado M. J.. 1991, "Formación del Investigador de Servicios de Salud: El caso de la Maestría en ISS de la Universidad Nacional autónoma de México", The Journal of Health Administration Education 9: 2 Spring.
- Omran A., 1995, "Fecundidad y Salud, la Experiencia Latinoamericana", Washington D.C., Organización Panamericana de Salud, Oficina Panamericana y Oficial Regional de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud, 1983, "Investigaciones Destinadas a Reorientar los Sistemas Nacionales de Salud" Serie de Informes Técnicos 694. Ginebra, pag 3-77, Informe de un Grupo de Estudio de la OMS.
- Paganini, J.M., 1993, "Calidad y Eficiencia en Hospitales". OPS, División de Sistemas y Servicios de Salud. Bol of Sanit Panam. Vol 115 No. 6.

- Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, el Parto y el Puerperio y del Recién Nacido” Secretaría de Salud. 1994.
- Revisión de la Literatura. Puntos de Vista de los Pacientes en la Calidad de la Atención en la Práctica General.
- Robert, J.S., O’Leary, S.O., Schyue P.M., and Jessee W.F., 1986, “The new accreditation system an overview from the joint” Commission on Accreditation of healthcare organizations.
- Rojo P. J.A., Rocha P. J., 1994, “Reorganización de los Servicios Médicos del ISSSTE, Higiene”, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Julio septiembre. Vol II, No.3, 253-257.
- Rossi P.H., y Freeman H.E., 1989, “Evaluación un Enfoque Sistemático para Programas Sociales”, Tnlías.
- Ruelas B. E., Reyes Z. H., Zurita G. B., Vidal P. L.M., Karchmer S., 1990, “Círculos de Calidad de la Atención Médica en el Instituto Nacional de Pennatología”, Salud Pública de México, 32, 207-220.
- Ruelas, B.E., (director) “Garantía de Calidad de la Atención Médica, Glosario de Conceptos Básicos”, Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Schultz-Wild L., y Muñoz L.F., 1990, “El libro de la madre y el niño”, , Barcelona: Oceano-Danae.

- Selbbmann H.K., and Eibner H.J.,1995, "Criteria and proposals for instrumentalization of Quality Assessment of Medical Care" Munich Federal Republic.
- Soni, J.M., 1994, "Actitudes de los Usuarios Hacia los Servicios de Salud de Primer Contacto", Revista de la Facultad de Medicina México, Vol. 34.
- Sonis, A., 1994, "Medicina Sanitana y Administración de Salud", Tomo II, Atención de Salud, México: Editorial El Ateneo, 56-94.
- Stern C., 1997, "El Embarazo en la Adolescencia como Problema Público: una Visión Crítica", Salud Pública México, 39, 137-143.
- Valdés O. C., 1997, "Un Futuro para la Investigación en Servicios de Salud", Conferencia magistral presentada en la II reunión Interinstitucional de Investigación de Servicios de Salud, ENEP, Iztacala.
- Vega V. G., 1993, "Evaluación de la Atención Materno Infantil en Cinco Unidades de Medicina Familiar", Salud Pública de México, 35, 283-287.

ANEXO 1

FORMATO PROCESO Y RESULTADO DE LA ATENCIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Codificación

	Si	No
1 Para establecer el diagnóstico de embarazo no emplear estudios radiológicos	1	0
2 La embarazada debe recibir como mínimo 7 consultas prenatales	1	0
3 Citar a la embarazada cada mes, hasta la semana 34 de gestación	1	0
4 Citar a la embarazada cada 15 días entre la semana 34 y 36 de gestación	1	0
5 Citar a la embarazada cada semana después de la semana 36 de gestación	1	0
6 Elaboración de la historia clínica	1	0
7 Medición y registro de peso y talla	1	0
8 Medición y registro de la presión arterial	1	0
9 Valoración del crecimiento intrauterino	1	0
10 Entre la semana 18,31 y 36 realización de biometría hemática y general de orina	1	0
11 Entre las semanas 24 y 31 de gestación: glucemia	1	0
12 Aplicación de toxoide tetánico	1	0
13 Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico	1	0
14 No prescribir medicamentos en las primeras 14 semanas de embarazo	1	0
15 Detección de factores biológicos de riesgo	1	0
16 Detección de factores sociales de riesgo (Primera, No unida)	1	0
17 Datos clínicos o de laboratorio que indican riesgo	1	0
18 Orientación nutricional	1	0
19 Envío a servicio dental	1	0
20 Envío a medicina preventiva	1	0
21 Envío a EMI	1	0
22 Envío a Trabajo Social	1	0
23 Envío a dietología	1	0
24 Calificación del riesgo	La que presente	
25 Tipo de parto	a) Espontáneo b) Fórceps c) Cesárea	
26 Condiciones del producto al nacer	a) Vivo b) Muerto	
27 Peso al nacer	El que presente	
28 Patología del producto	La que presente	
29 Patología de la madre.	La que presente	

ANEXO 2

FORMATO SATISFACCIÓN PACIENTES
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas por favor elija alguna de las respuestas Sus respuestas serán confidenciales De antemano GRACIAS

	Codificación
Acceso	
1. ¿Cuánto dinero gasta para llegar al centro?	
A) Menos de 10 pesos	2
b) De 11 a 20 pesos	1
c) Más de 20 pesos	0
2. ¿Le parece que esa cantidad es...?	
a) Excesivo	0
b) Normal	1
c) Poco	2
3. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar?	
a) Menos de 20 minutos	2
b) b) De 21 a 40 minutos	1
c) Más de 40 minutos	0
4. ¿Le parece que ese tiempo es ...?	
a).Excesivo	0
b) Normal	1
c) Poco	2
5. ¿Tiene problemas de transporte para llegar?	
a) Siempre	0
b) Algunas veces	1
c) Nunca	2
6. Le parece que ir al centro de salud es...	
a) Importante, necesario	2
b) Perder el tiempo	1
c) Otra (especificar)	0

7. ¿Existen servicios de salud que usted prefiere y a los que tiene alcance?

a) Sí	1
b) No	2

8. ¿Cuánto tiempo tarda en ser atendida?

a) Menos de 20 minutos	2
b) De 21 a 40 minutos	1
c) Más de 40 minutos	0

9. ¿Le parece que ese tiempo fué...?

a) Excesivo	0
b) Normal	1
c) Poco	2

Médico o Enfermera Materno Infantil (EMI)

10. ¿El médico o EMI, que la atiende le habla por su nombre?

a) Siempre	2
b) Algunas veces	1
c) Nunca	0

11. ¿Le daba información acerca de su padecimiento?

a) Siempre	2
b) Algunas veces	1
c) Nunca	0

12. ¿La información era clara y oportuna?

a) Siempre	2
b) Algunas veces	1
c) Nunca	0

13. ¿Entiende la explicación que le dá el médico o EMI?

a) Muy bien	1
b) Poco	0
c) Nada	0

14. ¿Siente confianza con el médico que la atiende?

a) Mucha	2
b) Poca	1
c) Nada	0

15. ¿Mostró interés?	
a) Mucho	2
b) Poco	1
c) Nada	0
16. ¿Le preguntó como se sentía?	
a) Si	2
b) No	1
17. ¿El trato que le dió fue . ?	
a) Bueno	2
b) Regular	1
c) Malo	0
18. ¿Era brusco en la exploración?	
a) Siempre	0
b) Algunas veces	1
c) Nunca	2
Estructura de la unidad	
19. ¿Cuánto tiempo tarda en pasar a consulta?	
a) Menos de 20 minutos	2
b) De 21 a 40 minutos	1
c) Mas de 40 minutos	0
20. ¿Considera que ese tiempo fué...?	
a) Excesivo	0
b) Normal	1
c) Poco	2
21. Como es el ambiente de la Clínica	
a) Insoportable	1
b) Confortable, agradable	2
22. ¿ Los asientos del centro son?	
a) Suficientes	2
b) Insuficientes	1
c) No hay	0
23. ¿La limpieza de la Clínica es...?	
a) Muy buena	2
b) Buena	1
c) Mala	0
24. ¿La ventilación del centro es . ?	
a) Muy buena	2
b) Buena	1

c) Mala	0
25. ¿La iluminación del centro es...?	
a) Muy buena	2
b) Buena	1
c) Mala	0
26. ¿Los baños del centro se encuentran?	
a) Muy limpios	2
b) Limpios	1
c) Sucios	0
27. ¿El consultorio le parece a usted?	
a) Espacioso, agradable	2
b) Pequeño, desagradable	1
28. ¿Existen en la farmacia de la unidad las medicinas requeridas?	
a) Siempre	2
b) Algunas veces	1
c) Nunca	0
29. ¿Recibe servicio oportuno en laboratorio?	
a) Siempre	2
b) Algunas veces	1
c) Nunca	0

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3

SÍNTESIS DE LA NORMA TÉCNICA MATERNO INFANTIL

Norma técnica para la vigilancia materno infantil

1. Introducción

La norma técnica para la vigilancia Materno Infantil es un esfuerzo conjunto del Sector Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social, para proporcionar los criterios profesionales más actualizados como un apoyo a las áreas operativas de la institución.

Para una unificación de término, la Norma, propone las siguientes definiciones.

2 Definiciones

2.1 *Edad Gestacional*

Periodo transcurrido entre el primer día de la última menstruación y el día en que tiene lugar el nacimiento del niño, expresado en semanas completas.

2.2. *Embarazo normal*

Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del producto a término en cuya evolución no se presentan factores que afectan la salud de la madre y el feto.

2.3. *Embarazo de alto riesgo*

Aquel en el que existen factores o características que aumentan la probabilidad de que se produzca un daño a la madre o al feto y/o al recién nacido.

2.3. *Riesgo reproductivo*

La probabilidad que tiene una mujer en edad fértil o su producto potencial, de padecer lesión o muerte en caso de ocurrir un embarazo, en presencia de ciertos factores.

2.4. Riesgo obstétrico y perinatal

La probabilidad que tiene una embarazada, el feto o el recién nacido, de padecer lesión o muerte en presencia de ciertos factores.

2.5 Aborto

Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso hasta 20 semanas de gestación.

2.6. Parto

Serie de procesos fisiológicos mediante los cuales la madre expulsa por vía vaginal, el producto de la concepción de 21 semanas de gestación a más, se divide en tres períodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

2.7. Parto pretérmino

Expulsión del feto de 21 semanas en adelante y hasta antes de que cumpla 37 semanas de gestación (parto con producto inmaduro de 21 semanas a 27 semanas y con producto prematuro de 28 a menos de 37 semanas).

2.8. Parto con producto postérmino

Expulsión del organismo materno del producto de la concepción de 42 o más semanas de gestación.

2.9. Puerperio

Período que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas en el embarazo a término y proporcionalmente menor en el aborto o en el embarazo de pretérmino.

2.10 Nacimiento

Expulsión completa o extracción del producto de la concepción, del organismo materno independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o éste unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortuatos.

2.11. Recién nacido

Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad. El recién nacido se clasifica de acuerdo con la edad gestacional en:

Pretérmino

De 21 semanas y menor de 37 semanas

- Inmaduro: De 21 a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1000 gramos

- Prematuro: De 28 a menos de 37 semanas de gestación o de 1000 gramos a menos de 2 500 gramos.

De término: De 37 a 41 semanas

Posttérmino: De 42 semanas y más.

El recién nacido se clasifica de acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional en:

a) De bajo peso (Hipotrófico)

Cuando el peso resulta inferior al valor de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

b) De peso adecuado (Eutrófico)

Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos de la edad gestacional.

c) De peso alto (Hipertrofico)

Cuando el peso corporal sea superior al valor de la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

3. Actividades recomendadas

Dicha Norma recomienda los criterios técnicos para la vigilancia del embarazo, puerperio y del recién nacido, las disposiciones generales, la prevención del bajo peso al nacimiento, la vigilancia del puerperio, el fomento a la lactancia materna, y la promoción de la salud materno infantil, a continuación se seleccionan algunas de esas actividades, en base al estudio de Coria, Bobadilla y Notzon (1996).¹

1. Seguimiento de la altura del fondo uterino.
2. Elaboración de historia clínica.
3. Medición y registro de peso y talla.

¹ Coria Soto I.L., Bobadilla, J.L. y Notzon, F., Efectividad de la atención prenatal para prevenir el retraso en el crecimiento intrauterino y el bajo peso al nacer debido a parto pretérmino, "Calidad de la atención médica" Vol. 3 NUM 1 y 2 Junio de 1996.

4.1 Factores de riesgo

4.1.1. Definición de riesgo

La OMS define como riesgo: "toda característica o circunstancia determinante de una persona o grupo de personas que según los conocimientos que se poseen, están asociados a un riesgo anormal de aparición o evolución de un proceso patológico o de afección especialmente desfavorable de tal proceso" (pag. 34, 18)³

La OMS señala que la mortalidad neonatal disminuye si la primera visita prenatal se realiza precozmente; si los controles médicos son suficientes; si la mujer es atendida durante el parto en un servicio hospitalario adecuado.

4.1.2. Importancia de detectar los riesgos

Los factores de riesgo deben ser detectados y evaluados en cada comunidad, para basar en ellos los servicios y programas de salud dirigidos a la atención de la madre y el niño.

Si la madre no presenta factores de riesgo podrá ser atendida por el médico y la familia del personal de enfermería.

4.1.3. Factores de riesgo

A continuación se presentan todas aquellas características o circunstancias que deben de ser investigadas para evitar complicaciones o poner en riesgo la salud de la madre o el producto.

Determinación del grupo sanguíneo

Para saber la incompatibilidad de los grupos sanguíneos es necesario realizar análisis de sangre, pues la vida del futuro bebé peligra si la madre tienen un Rh negativo y el padre un Rh positivo. Si el niño hereda el Rh de la madre no hay problema, pero si hereda el del padre (es decir Rh positivo), es incompatible con el Rh de la madre. Algunos glóbulos rojos de la sangre del feto pasan a la madre y provocan en ella la formación de sustancias que se llaman anti-Rh y pasan al feto destruyendo sus glóbulos rojos. La consecuencia de esta destrucción de glóbulos rojos es la anemia, la ictericia o la muerte.

³ Organización Mundial de la Salud, "Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de Salud" Serie de Informes Técnicos 694, Ginebra 1983, pag 3-77, Informe de un grupo de estudio de la OMS

Generalmente en el primer embarazo no hay tiempo para que la madre haya producido anticuerpos en cantidad suficiente para provocar la anemia o la ictericia del feto, por lo que el primer hijo suele ser normal, pero si la madre ha recibido una transfusión sanguínea en cualquier época anterior de su vida, con una sangre Rh positivo, ya en su primer embarazo tendrá anticuerpos anti-Rh y su primer hijo presentara alteraciones casi con seguridad.⁴

Embarazo ectópico

Se presenta cuando el huevo se aloja fuera del útero, generalmente en una de las trompas, o el ovario. Se presenta un embarazo ectópico por cada 300 normales. El huevo situado fuera de su lugar habitual carece de espacio para desarrollarse, provocando entonces, una ruptura con gran hemorragia interna, intenso dolor, y cuadro de abdomen agudo. La mujer presenta al principio de su embarazo los mismos síntomas de gestación normal, pero en la exploración el tocologo apreciara una tumoración dolorosa y gruesa en una de las trompas. El síntoma dolor es constante.

Tuberculosis

Es una enfermedad infectocontagiosa, generalmente de curso crónico y de evolución a brotes. En cada brote de la enfermedad aparecen nuevas localizaciones del mal o se reactivan las ya existentes. La transmisión se produce merced a las gotitas transportadas por el aire cargadas de bacilos de Koch. Otra fuente de tuberculosis humana la constituyen las vacas tuberculosas.

Problemas cardiacos

Las enfermedades que pueden afectar al corazón, su importancia es que la presencia de ellas durante el embarazo es que se tiende a la acentuación, por lo cual es necesario conocerlas para proporcionarle el tratamiento adecuado.

Anemia

La anemia viene definida como una disminución del numero de hematies, o de la cantidad de hemoglobina del organismo. El numero de hematies por milímetro cubico en la sangre es de 450 000 a 500 000 en el varón y de 400 000 a 450 000 en la mujer. El hierro es el elemento constitutivo indispensable de la

⁴ Selbmann H.K., and Eibner H.J., "Criteria and proposals for instrumentalization of Quality Assessment of Medical Care" Munich Federal Republic, 1995

hemoglobina, la falta de hierro conduce a anemias ferropénicas, la causa más importante de anemia la constituyen las hemorragias pequeñas y repetidas.

Las anemias ferropénicas por dietas pobres en hierro son muy poco frecuentes.

Una alimentación variada y rica, especialmente en frutas y verduras es suficiente para cubrir las necesidades diarias de este mineral. Pero en las embarazadas las necesidades de hierro son más elevadas, debido a ello en este período existirá mayor predisposición a la anemia ferropénica, sobre todo después de gestaciones repetidas.

Peso

El peso del bebé es importante para garantizar su supervivencia; pesos compatibles con la vida son arriba de los 2 kilos.

Problemas raquíuticos que afecten a la pelvis

Es necesario detectar si existen alteraciones pélvicas.

Atención durante el parto

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y el niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de criterios normados, es necesario por tanto recurrir la "Norma Técnica para la Atención materno infantil".⁵

2.4.2. Factores biológicos de riesgo

La presencia de uno o más de los siguiente antecedentes, características o patología se interpretará como alto riesgo obstétrico, al estar presentes en la mujer embarazada: Hipertensión arterial, Diabetes, Cardiopatía, otra enfermedad crónica y/o sistémica grave, dos o más cesáreas, dos o más abortos, cuatro o más embarazos, mayor de 34 años o menor de 20.

La presencia de dos o más de los siguientes antecedentes o características, se interpretará como alto riesgo obstétrico, al estar presentes en la mujer embarazada, intervalo intergenésico menor de 2 años, un aborto, una cesárea, permutares, defectos de:

⁵ Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el Puerperio y del recién nacido. Secretaría de Salud, 1994

nacimiento, bajo peso al nacer, Rh negativo con pareja Rh positivo, preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica o infección puerperal en el embarazo anterior, infección crónica de vías urinarias, tabaquismo crónico intenso.

4.2. Factores sociales de riesgo.

Primaria incompleta

No unida

4.3. Datos clínicos de laboratorio que indican riesgo

La presencia de uno o más de los siguientes datos clínicos o de laboratorio, durante la evolución del embarazo, se interpretará como alto riesgo obstétrico al estar presentes en la mujer embarazada

Ganancia excesiva de peso

Más de 2 kilogramos por semana en el tercer trimestre

Más de 0.5 kilogramos por semana en el último mes de la gestación

Incremento de la tensión arterial: diastólica mayor de 90 mmHg, sistólica mayor a 140 mmHg, o incremento de 30 mmHg a la sistólica o de 15 mmHg a la diastólica, respecto a los valores normales antes del embarazo.

Edema en una o más regiones del cuerpo, dos o más cruces

Proteinuria mayor de 300 mgr por litro

Sangrado transvaginal persistente

Salida del líquido amniótico

Infección de vías urinarias, bacteriuria o leucocituria y/o urocultivo positivo

Altura del fondo uterino fuera de los valores de normalidad de la gráfica establecida para esta valoración

Disminución o ausencia de movimiento fetales, percibidos por la madre

Contractilidad uterina dolorosa antes de la semana 37 de la gestación

Hemoglobina inferior a 9.0 gramos

Glicemia mayor a los valores normales, en relación a la técnica empleada.

adecuadas; no es recomendable que una mujer en el momento del parto no este diagnosticada; la atención a la mujer durante el embarazo tiene por finalidad detectar todos aquellos factores de riesgo.⁷

⁷ Selbmann H.K., and Eibner H.J., 'Criteria and proposals for instrumentalization of Quality Assessment of Medical Care' Munich Federal Republic, 1995

ANEXO 4 RESULTADOS CODIFICADOS

El anexo 4, presenta los resultados de la satisfacción de las mujeres gestantes codificados. Cada respuesta tenía tres posibles respuestas, y por tanto tres posibles formas de codificarla (0,1,2), siempre la codificación 2 correspondía a una alta satisfacción, 1 a poca satisfacción, y 0 a nula satisfacción. De esta forma una alta puntuación significa una alta satisfacción. Para cada pregunta la máxima puntuación posible era de 356, (178 mujeres gestantes por la codificación más alta 2, $178 \times 2 = 356$) y este puntaje es el 100% en base al cual se dan los porcentajes.

No expresa "cuantas mujeres" sino la codificación de sus respuestas. Se presentan tres cuadros que resumen sus codificaciones, son

1. Satisfacción del Acceso
2. Satisfacción de la relación con el prestador
3. Satisfacción de la estructura.

SATISFACCIÓN DEL ACCESO

El cuadro A, muestra los resultados de la satisfacción para las nueve preguntas de acceso, de las mujeres gestantes. Cada respuesta tenía tres posibles respuestas, y por tanto tres posibles formas de codificarla (0,1,2), siempre la codificación 2 correspondía a una alta satisfacción, 1 a poca satisfacción, y 0 a nula satisfacción. De esta forma una alta puntuación significa una alta satisfacción. Para cada pregunta la máxima puntuación posible era de 356, (178 mujeres gestantes por la codificación más alta 2, $178 \times 2 = 356$) y este puntaje es el 100% en base al cual se dan los porcentajes.

Cuadro A. Satisfacción del acceso

Preguntas	Puntaje Puntuación	
	Total	%
1. ¿Cuánto dinero gasta en llegar?	276	77.5
2. ¿Le parece que esa cantidad es?	222	62.3
3. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar?	206	57.8
4. ¿Le parece que ese tiempo es?	200	56.1
5. ¿Tiene problemas de transporte?	246	69.1
6. ¿Le parece que ir a la clínica es?	302	84.8
7. ¿Prefiere otros servicios?	308	86.5
8. ¿Cuánto tiempo tardó en ser atendido?	168	47.1
9. ¿Le parece que ese tiempo fue?	133	37.3
TOTAL	2061	64.3

SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN CON EL PRESTADOR

El cuadro B muestra los resultados de la satisfacción para relación con el prestador de las mujeres gestantes. Cada respuesta tenía tres posibles respuestas, y por tanto tres posibles formas de codificarla (0,1,2), siempre la codificación 2 correspondía a una alta satisfacción, 1 a poca satisfacción, y 0 a nula satisfacción. De esta forma una alta puntuación significa una alta satisfacción. Para cada pregunta la máxima puntuación posible era de 356, (178 mujeres gestantes por la codificación más alta 2, $178 \times 2 = 356$) y este puntaje es el 100% en base al cual se dan los porcentajes.

Cuadro B Satisfacción de la relación con el prestador

Preguntas	Total	% de mujeres 278
Relación con el prestador	Total	%
10 ¿Le habla por su nombre?	247	69.3
11 ¿Le da información?	296	83.1
12 ¿La información es clara?	288	80.8
13 ¿Entiende la explicación?	315	88.4
14 ¿Siente confianza?	307	86.2
15 ¿El prestador mostró interés?	309	86.7
16 ¿Le preguntó como se sentía?	346	97.1
17 ¿El trato que le dio fue?	335	94.1
18 ¿Era brusco en la exploración?	334	93.8
TOTAL	2777	86.4

SATISFACCIÓN DE LA ESTRUCTURA

Cuadro C muestra los resultados de la satisfacción para estructura de las mujeres gestantes. Cada respuesta tenía tres posibles respuestas, y por tanto tres posibles formas de codificarla (0,1,2), siempre la codificación 2 correspondía a una alta satisfacción, 1 a poca satisfacción, y 0 a nula satisfacción. De esta forma una alta puntuación significa una alta satisfacción. Para cada pregunta la máxima puntuación posible era de 356, (178 mujeres gestantes por la codificación más alta 2, $178 \times 2 = 356$) y este puntaje es el 100% en base al cual se dan los porcentajes.

Cuadro C Satisfacción de la estructura

Estructuras	Total de respuestas (%)	
Estructura	Total	%
19 ¿Tiempo para consulta?	160	44.9
20 ¿Ese tiempo fue?	163	45.7
21. ¿Cómo es el ambiente de la Clínica	244	68.5
22. ¿Los asientos son?	214	60.1
23. ¿La limpieza es?	220	61.7
24 ¿La ventilación es?	210	58.9
25. ¿La iluminación del centro es?	199	55.8
26. ¿Los baños se encuentran ?	192	53.9
27. ¿El consultorio le parece?	292	82.0
28. ¿Hay las medicinas?	237	66.5
9 ¿Recibe servicio oportuno en laboratorio?	284	79.7
TOTAL	2415	70.7