

31261



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

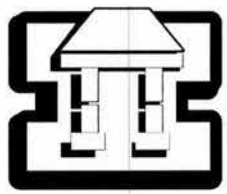
**DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN, SEGUIMIENTO
DE LA NOM-007-SSA2-1993 Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO
EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA,
HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN
"DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"
(I.S.E.M.)**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN INVESTIGACIÓN
EN SERVICIOS DE SALUD
P R E S E N T A :
MC. ELSA CERVANTES BAUTISTA**

- Director de tesis: M. en ISS Héctor Eduardo González Díaz.
- Revisor de tesis: Dra. Ana Luisa González Celis Rangel.
- Revisor de tesis: M. en ISS Rosa Isabel Esquivel Hernández.
- Revisor de tesis: M. en ISS Pilar Castillo Nava.
- Revisor de tesis: M. en ISS Jorge Salinas Rodríguez.





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.

Agradecimientos:

*Mi más profunda e infinita gratitud
a todas y cada una de aquellas personas
-Profesores, amigos y familiares-
que contribuyeron con su valioso apoyo, directa e indirectamente,
para que lograra la culminación de una meta importante en mi vida.*

*A todos mis asesores, por sus conocimientos,
por su infinita paciencia y amplia colaboración
aportados durante todo el proceso de desarrollo
de esta tesis y por permitirme la oportunidad de
dar un paso más en mi formación académica.*

*Un reconocimiento especial al hombre que me
estimula a aceptar nuevos retos, a continuar a
pesar de las adversidades, y me apoya para no
claudicar hasta alcanzarlos.*

ÍNDICE

	Pág
RESUMEN.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. MARCO TEÓRICO.....	
2.1 GENERALIDADES DE CALIDAD.....	5
2.2 DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE CALIDAD INDUSTRIAL A LAS CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	7
a) Evaluación de la Calidad.....	9
b) Estándares de Calidad.....	11
c) Componentes de Calidad: Estructura, Proceso y Resultado.....	13
d) Satisfacción del Paciente.....	13
d.1 Multidimensionalidad de la satisfacción.....	14
d.2 Reporte de Satisfacción del usuario.....	14
d.3 Satisfacción como medida de estructura, proceso y resultado.....	15
e) Medidas de Satisfacción.....	15
e.1 Perfil Social.....	15
e.2 Antecedentes de ingreso.....	16
e.3 Disponibilidad, Accesibilidad y Recursos de los servicios de salud.....	17
e.4 Aspecto interpersonal de la Calidad de la Atención.....	17
e.4.1 Ambiente.....	17
e.4.2 Relación Interpersonal.....	18
e.5 Aspecto Técnico de la Calidad de la Atención: Seguimiento de la Norma.....	19
2.3 ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (APS).....	20
2.3.1 Atención Maternoinfantil.....	23
a) Atención Prenatal.....	23
Número de consultas.....	24
Historia Clínica y expediente.....	24
Exploración Física.....	25
Registro de presión arterial, talla y peso.....	25
Exámenes de laboratorio y gabinete.....	26
Prescripción de vitaminas.....	26
b) Atención del Parto.....	27
Historia Clínica y expediente clínico.....	27
Registro de Signos vitales.....	27
Exploración Física.....	27
Hidratación.....	28
Aseo perineal.....	28

	Pág
Analgesia y anestesia.....	28
Revisión de placenta	29
Respiración inmediata del recién nacido.....	29
c) Atención del Puerperio.....	29
Registro de signos vitales.....	30
Revisión mamaria y abdominal.....	30
Lactación materna.....	30
Deambulación materna.....	31
Alimentación materna	31
Seguimiento del paciente.....	31
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	34
5.1 Objetivo General.....	34
5.2 Objetivos Específicos.....	34
6. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	34
6.1 Hipótesis Descriptivas.....	34
6.2 Hipótesis Asociativas.....	34
7. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.....	35
7.1 DISEÑO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
7.2 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.....	36
7.3 DISEÑO DE LA MUESTRA.....	36
7.4 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	37
7.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN.....	41
7.6 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.....	42
7.7 PROCEDIMIENTO.....	42
7.7.1 Procedimiento de Trabajo de Campo.....	42
7.7.2 Análisis de datos.....	43
8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	45
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS	
a) MODELO	86
b) CUADROS	87
c) FIGURAS	101
d) INSTRUMENTO	110
e) NOM	113

MODELO

Modelo.....	Pág 86
-------------	-----------

INDICE DE CUADROS

Cuadro No. I.	PERFIL SOCIAL.....	87
Cuadro No. II.	ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS.....	88
Cuadro No. III.	ANTECEDENTES DE INGRESO.....	88
EXPECTATIVAS DEL USUARIO:		
Cuadro No. IV.	ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA.....	89
Cuadro No. V.	ACCESIBILIDAD FUNCIONAL.....	89
Cuadro No. VI.	AMBIENTE.....	90
	Iluminación, Ventilación, Limpieza, Comodidad y causas de Incomodidad, Privacidad, Orden, Problemas durante la estancia, Falta de material /medicamentos.	
Cuadro No. VII.	RELACIONES INTERPERSONALES.....	91
	Trato del personal al paciente: Médico, Enfermería, Trabajo Social, Limpieza, Vigilancia	
	Interés por el paciente: Paciencia, tiempo de atención, grado de Interés, ofrecimiento de ayuda, tipo de ayudad ofrecido.	
	Actitud de servicio: Amabilidad, explicación del tratamiento, atención sin desagrado, revisión frecuente.	
SEGUIMIENTO DE LA NORMA		
Cuadro No. VIII.	Atención del Embarazo.....	92
	Control Prenatal, Inicio de Control Prenatal, Número de consultas prenatales, Motivo del inicio de Control Prenatal..	
Cuadro No. IX.	Atención Prenatal.....	93
	Investigación de Antecedentes, Prescripción de Vitaminas, Exploración Física, Realización de Expedientes y exámenes. Exámenes de Laboratorio, Radiografías, Ultrasonido	
Cuadro No. X.	Atención del Parto.....	94
	Exploración Física, Signos vitales, Anestesia, Aplicación de solución IV, Ruptura de membranas previa al ingreso, Aseo genital, Buen estado del Recién Nacido, Respiración inmediata del Recién Nacido, Información de salida completa de Placenta	

	Pág
Cuadro No. XI. Atención del Puerperio.....	96
Exploración Física, Revisión mamaria, información de lactancia materna, deambulación. Cita a consulta, alimentación materna	
Cuadro No. XII. OPINIÓN SOBRE LA ATENCIÓN.....	97
Expresiones conductuales de satisfacción, comentarios realizados, resultado, Calificación de la Atención recibida.	
Cuadro No. XIII. EVALUACIÓN FINAL.....	98
Cuadro No. XIV. ADECUANCIA DE ATENCIÓN PRENATAL.....	99
Cuadro No. XV. PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN PRENATAL.....	99
Cuadro No. XVI. PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN DEL PARTO.....	100
Cuadro No. XVII. PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO.....	100

INDICE DE FIGURAS

	Pág
Fig 1. PERFIL SOCIAL.....	101
Fig 2. ESTADO CIVIL.....	101
Fig 3. ESCOLARIDAD.....	102
Fig 4. OCUPACIÓN.....	102
Fig 5. INGRESO FAMILIAR MENSUAL.....	103
Fig 6. ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN.....	103
Fig 7. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO AL INGRESAR.....	104
Fig 8. ACCESIBILIDAD AL SERVICIO.....	104
Fig 9. AMBIENTE.....	105
Fig 10. RELACIONES INTERPERSONALES.....	105
Fig 11. CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS DEL PACIENTE.....	106
Fig 12. ATENCIÓN DEL EMBARAZO.....	106
Fig 13. ATENCIÓN DURANTE LOS PERIODOS.....	107
Fig 14. SEGUIMIENTO DE LA NORMA.....	107
Fig 15. CUMPLIMIENTO EN LA ATENCIÓN.....	108
Fig 16. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ATENCIÓN.....	108
Fig 17. CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	109

RESUMEN.

¿Cuál es la calidad de la atención materno-infantil proporcionada en un servicio hospitalario de segundo nivel de atención? ¿El seguimiento de la Norma Mexicana en Salud para la atención del Embarazo, Parto y Puerperio (NOM-007-SSA2-1993), por los prestadores del servicio, es un factor que contribuye en la percepción del usuario de la Calidad de la atención proporcionada?

OBJETIVOS. Evaluar la calidad de la atención en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Naucalpan del Estado de México. Determinar si existe seguimiento adecuado de la NOM-007-SSA2-1993 y analizar si existe relación entre la aplicación de la NOM y la calidad de la atención a la salud de mujeres durante el proceso del embarazo, parto y puerperio.

MÉTODOGÍA. Se analizó el aspecto técnico e interpersonal de la calidad según grado de satisfacción del usuario. Diseño no experimental, transversal. Estudio descriptivo-correlacional. Con un instrumento de 78 preguntas, que incluye: perfil social, antecedentes de ingreso y expectativas de las pacientes, seguimiento de la norma, resultado y opinión de la atención. Se aplicaron 553 encuestas, utilizando Alfa de Cronbach (0.85) para probar confiabilidad, y coeficientes de correlación. De la puntuación total se obtuvo el grado de satisfacción por la atención.

ANÁLISIS Y RESULTADOS. Bajo nivel de escolaridad y económico de las pacientes. La mayoría, amas de casa, ingresa sin complicaciones, ni antecedente hospitalario. Mayor accesibilidad geográfica que funcional, ambiente adecuado y buena relación interpersonal. La mayoría recibió control prenatal adecuado, iniciado durante el primer trimestre, calificando la atención del parto y puerperio como excelente, 91.6% de los recién nacidos en buenas condiciones de salud. Se obtuvo buena opinión y calificación del servicio, lo que se traduce en calidad y satisfacción excelente del 80.9% de las pacientes con la atención recibida.

CONCLUSIONES. Los factores interpersonal y técnico de la calidad, están interrelacionados y asociados a la satisfacción de usuario. El seguimiento de la norma en la atención recibida en el embarazo, parto y puerperio fue adecuado, y sugiere que a mejor calidad del servicio mayor satisfacción de las pacientes.

1. INTRODUCCION.

Debido a las condiciones históricas y socioeconómicas actuales en las que el país se ha visto involucrado, así como los cambios demográficos y epidemiológicos,^{1,2} e inequidad económica y la escasez de recursos de la población consecuentes, se originó creciente demanda de la atención médica, misma que los Servicios de Salud han tenido que enfrentar, través del Programa de Reforma del Sector Salud.² Mediante el desarrollo de estrategias que permitan planificar y orientar adecuadamente todas las condiciones y acciones organizacionales para proporcionar atención primaria a la salud en forma eficaz y eficiente,³ dando énfasis de manera importante a la promoción de la calidad de la atención en dichos servicios.^{4,5}

Actualmente la salud maternoinfantil, debido a que las complicaciones de la gestación, son causas principales de morbilidad y mortalidad maternoinfantil en mujeres en edad reproductiva,^{33,34} constituye uno de los puntos esenciales de la atención primaria a la salud, para promover la calidad y eficiencia en la prestación de servicios. A través del Programa de Salud Reproductiva,^{2,35} cuyo objetivo es conseguir que las mujeres den a luz a recién nacidos sanos con el menor riesgo posible para su salud.

El resultado del embarazo ha sido correlacionado directamente con la calidad de la atención durante la gestación.^{36,38} En su función primaria, mediante la adecuada atención prenatal,¹⁵⁴ que incluye procedimientos con un enfoque preventivo que ayudan a detectar y controlar aquellos factores de riesgo, y a evitar la aparición de complicaciones maternas o del producto durante el embarazo. En su función específica, la atención maternoinfantil está principalmente enfocada en la atención adecuada durante el trabajo de parto y el puerperio.

Sin embargo, uno de los principales problemas en el Sistema de Salud es poder ofrecer servicios y atención médica adecuada. Por lo cual es necesaria la investigación continua en los servicios de salud,³ de aquellos aspectos y actividades que contribuyen a formar la atención primaria en la salud, para analizar y determinar hasta qué punto cumplen sus objetivos en forma adecuada y logran proporcionar calidad en la atención que la población requiere, a través de Evaluación en la Prestación de Servicios de Salud, línea prioritaria de investigación de la OPS,⁶⁻⁸ como una base sólida para asegurar la Calidad de la Atención Médica,^{9,10} contribuyendo de esta manera en la reorientación del Sistema Nacional de Salud.

El objetivo principal de los servicios de salud debe responder a las necesidades de salud de la sociedad, mediante la coordinación de todos sus integrantes, de manera que sus funciones y actividades estén orientadas hacia el cumplimiento de dichas necesidades. La calidad en los servicios puede ser considerada como el grado de satisfacción que ofrecen las características de la atención (situación real) con relación a las expectativas del usuario (situación deseada). Es decir, la calidad de la atención debe lograr una relación entre lo que se desea: satisfacer las necesidades del paciente, de manera consistente, en todos los aspectos, todas las veces, y lo que se obtiene como resultado de la atención: la salud y la satisfacción del paciente.

Satisfacer dichas necesidades, aunque es un factor importante en la atención a la salud, tiene ciertas dificultades, ya que los problemas en la calidad de la atención a la salud, no son solamente de orden médico, sino que están determinados por una compleja red de influencias de diferente naturaleza, en la que intervienen características sociales⁹⁵ e idiosincráticas, variaciones entre necesidades percibidas, preferencias, derechos, o expectativas de la atención, de los pacientes y de los prestadores del servicio, experiencias previas en situaciones similares, y la experiencia actual de la atención recibida por el paciente⁷² que influyen en mayor satisfacción a mayor cumplimiento de sus expectativas.

Para poder ofrecerle al paciente diversos servicios, asegurarle la accesibilidad a ellos, a través de personal diverso, proporcionarle apoyo integral e información necesarios, promoviendo la mejor práctica científica posible de atención; dentro de un ambiente adecuado y con los recursos disponibles, enfatizando la Calidad del servicio, es necesario realizar un análisis complejo de las características involucradas en el proceso de atención, para averiguar cómo perciben los usuarios el servicio y qué es lo que prefieren, a través de un enfoque orientado al paciente, utilizando el reporte de satisfacción.

Por ello es necesario investigar en qué medida se cubren estos elementos, a partir de los requerimientos del paciente, como indicadores que permitan medir su satisfacción, apoyándonos en ciertos parámetros científicos y tecnológicos basados en estándares de referencia, generalmente aceptados,⁴⁰ llamados Normas Oficiales Mexicanas de Salud, que deben cumplirse en forma consistente en los servicios de salud, de manera que se identifiquen los problemas que impiden el funcionamiento adecuado de éstos, que permitan obtener alternativas en la planeación, organización, y administración de los servicios y tener la oportunidad de mejorarlos.

En esta tesis en el marco teórico, en “Generalidades de Calidad”, se describen las características de la calidad tomadas del modelo industrial, donde surge el

concepto de calidad, y de donde van a ser adaptadas a un modelo de atención en los servicios de salud, iniciando con la principal característica que es la de satisfacer los requisitos, expectativas, deseos y necesidades del usuario, de manera que éste sea integral, es decir, que la calidad sea total. Para ello se destaca la importancia de planear todas las actividades, para evitar problemas, aprovechando al máximo los recursos con que se cuenta, haciendo que las personas se sientan comprometidas en su labor, de tal forma que se obtengan los mejores resultados. Controlando continuamente todos los procesos a través de evaluación continua del seguimiento de normas y metas fijadas y, en caso necesario, investigar las causas de los problemas y corregirlos, todo ello a través de un proceso cíclico llamado Ciclo de Deming (citado por el Dr. Ishikawa, impulsor del modelo industrial de calidad en su libro Control Total de Calidad).¹¹

El siguiente apartado titulado “De las características del modelo de Calidad Industrial a las características del Modelo de Calidad en los Servicios de Salud”, describe la importancia de definir calidad, ya que para satisfacer al usuario de servicios de salud donde el objetivo específico de la atención primaria en salud es actuar sobre atributos individuales, debemos considerar que existe una diferencia en la percepción entre varios pacientes ante un mismo servicio, lo que dificulta conseguir dicha satisfacción. Se incluye la definición de Calidad de Donabedian, sus tres dimensiones: estructura, proceso y resultado^{29,47,48} y los dos aspectos interrelacionados en el proceso de atención médica que dicho autor considera que deben ser incluidos para ofrecerla en los servicios de salud, constituidos por el aspecto interpersonal donde influyen factores como el ambiente y el trato e interés por el paciente y la actitud de servicio del personal de salud,¹²³ y el aspecto técnico, donde se incluye la capacidad y competencia profesional de los prestadores del servicio en la práctica clínica.^{67, 151, 152}

“Atención Primaria a la Salud¹⁵⁵ se refiere a su origen e importancia en respuesta a la demanda insatisfecha de atención médica de la población a nivel mundial. Asimismo nos habla de las implicaciones estructurales y operativas del sistema de salud que conlleva esta estrategia para lograr un nivel de salud de la comunidad, sobretudo en poblaciones específicas, como es la Maternoinfantil, que contribuya al desarrollo económico y social de los países. Donde los servicios de salud ginecoobstétricos, además de que sean disponibles y accesibles, tengan la integración de sus diversos elementos tanto físicos, humanos y materiales, para que operen en forma eficaz y eficiente, con la calidad humana y técnica en la atención prenatal,¹⁵⁸ del parto y del puerperio,¹⁵⁹ y con la participación de las personas en el cuidado de su propia salud.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. GENERALIDADES DE CALIDAD.

Siempre que se habla de calidad en general de un producto o servicio, debemos entenderla como el hecho de cumplir con el compromiso de satisfacer los requisitos, expectativas, deseos y necesidades del usuario.

La preocupación por ofrecer productos de calidad surge inicialmente en el caso industrial, originando especial interés en que esa calidad sea total, y dando paso a una filosofía que ha servido de base para la garantía de calidad, ya no sólo en las empresas, sino también en los servicios, incluyendo los servicios de salud, que aunque ésto no se ha logrado en ellos, los esfuerzos por conseguir atención a la salud de calidad, parten de los conceptos del enfoque o modelo industrial.

Dentro del contexto de este modelo se pretende lograr las cosas en la forma en que fueron planeadas, poniendo énfasis en la planeación, para prevenir problemas, y evitar desperdicios de recursos financieros, humanos y materiales, involucrando a todos los individuos que forman la organización, con una actitud de superación continua, cuya meta es calidad en todas las actividades, todas las veces, para la obtención de mejores resultados con menores recursos.

Este modelo tiene dos aspectos integrados, por una parte, la aplicación de conceptos estadísticos para mejorar la productividad, por otra, el análisis sobre el comportamiento de los individuos en las labores industriales, además de influencia del ambiente externo y social, y habilidades administrativas, como la motivación, asesoría, dirección y comunicación, que pueden incrementar dicha productividad.

El modelo industrial fue impulsado por el Dr. Ishikawa, con base en la aplicación del ciclo del Dr. Deming, y de cuadros de control del Dr. Shewart, el cual fue denominado control total de calidad, en el que se identifican los aspectos de calidad que los usuarios desean, desde el proceso mismo del servicio, mediante el uso de un diagrama llamado de Causa-Efecto o Diagrama de Ishikawa.¹¹

Este diagrama considera el efecto como la meta del sistema de alcanzar la característica de calidad, y el proceso o causa, como el conjunto de factores causales que deben controlarse para obtener mejores resultados. Esta relación causa-efecto, ayuda a fijar metas para lograr el resultado deseado, que siempre deberá traducirse en satisfacción del usuario, además de prever los problemas y poder evitarlos antes de que ocurran, dando de este modo un control de calidad de vanguardia.

Para poder mejorar el proceso, dentro del modelo, se requiere del monitoreo y evaluación de los elementos básicos que constituyen la calidad en el servicio, y que son el reflejo de la organización, de su administración, de sus políticas y de los recursos asignados, para la identificación de problemas, y una vez lograda esta identificación, se requiere de un proceso cíclico, llamado Ciclo de Deming o diseño de producción, que se basa en el ciclo anterior, haciendo un nuevo diseño cada vez, en forma continua, controlándolo con el seguimiento de normas que reflejen la voz del usuario y los requisitos que se desea que se cumplan en el siguiente proceso, siguiendo los pasos que Ishikawa llama **PHVA** (**P**lanear, **H**acer, **V**erificar, **A**ctuar).

Planear, fijándose metas definidas, con una misión común, determinando plazos y formulando políticas y métodos y normas a seguir para conseguirlas.

Hacer, educando y capacitando al trabajador para que realice el trabajo acorde a lo prescrito, en cada nivel de la organización, a largo plazo, en forma continua, indefinida y formalmente, de modo que domine y utilice las técnicas aprendidas, permitiéndole utilizar sus potencialidades al máximo. Estimulando la capacidad creadora de los individuos y el desarrollo de las acciones espontáneas (aunque no siempre esta capacitación sea sinónimo de calidad asegurada).

Verificar los efectos de la realización, para ver si se desarrollan de acuerdo a las metas y normas fijadas, en caso contrario intervenir de modo que se evite que continúen los problemas o de que éstos se hagan más graves, investigando las causas, examinando el proceso, corrigiendo.

Actuar, emprender la acción apropiada para eliminar las irregularidades y obstáculos que muchas veces derivan de la misma organización, que por estar formada por humanos, es compleja.

El garantizar calidad de modo que el usuario tenga acceso a los servicios y esté satisfecho de su uso, es responsabilidad de la organización y de quienes la administran, sin embargo, no debemos de perder de vista que también implica un compromiso de quienes laboran para ello. La calidad debe incorporarse dentro de cada proceso donde tienen que participar todas las divisiones departamentales y todos los trabajadores, mediante la integración de las actividades de diferentes individuos, en diferentes especialidades dentro de la organización.

Para la realización de un plan común de trabajo en equipo, esta modalidad de trabajo supone que cada miembro del grupo tiene igualdad de condiciones en la formulación y desarrollo de la planeación, con mayor responsabilidad en aquella parte del plan para lo cual está mejor capacitado, complementando así al del resto del personal. Desarrollando su potencial humano ilimitado, que permita el logro de las metas establecidas.

Las ideas básicas y ventajas de estas actividades en grupo, llamados círculos de calidad, son contribuir al mejoramiento y desarrollo de la organización, respeto a la dignidad humana, la creación de un ambiente de confianza y agradable de trabajo, de manera que las personas se identifiquen y comprometan con las metas de la organización, en la medida en que participan en el proceso de la definición de las mismas y que descubran cómo pueden resolverse sus necesidades al integrarse a la institución.

Siendo de suma importancia tener presentes los valores que se impongan en las metas para mantener la fidelidad al enfoque evitando incongruencias entre lo que se pretende y lo que se realiza. Entendiéndose estos valores como la ética profesional que todo trabajador debe profesar, y tratar de fomentar la ayuda mutua en la organización, buenas relaciones y comunicación en todos los niveles, combinando conocimiento y acción.

2.2. DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE CALIDAD INDUSTRIAL A LAS CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Calidad, son las características de un producto o servicio que satisfacen las necesidades del consumidor. En los servicios de salud, la calidad de la atención es el grado de satisfacción que ofrecen las características de la atención (situación real) en relación a las expectativas del usuario (situación deseada), y a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas (estándares de referencia).^{12, 13}

La atención médica de calidad, enfatiza la prevención de la enfermedad, tratando al usuario en forma integral, manteniendo una estrecha y continua relación entre médico y paciente, coordinando y aplicando todos los servicios necesarios a las necesidades de la población;¹⁴ que contribuya en forma efectiva en la mejoría o resultado de salud deseado, con atención en bases científicas de la medicina, y que logre las expectativas de los pacientes,¹⁶ con los recursos con que se cuenta.¹⁴

El servicio debe ser satisfactorio para el paciente,¹⁶ y responder a sus necesidades de salud, por lo que es necesario determinar si cumple sus objetivos en forma eficiente, mediante evaluación de la prestación de servicios de salud.^{6-8,17}

Para evaluar los servicios que proporcionan atención médica, se requiere inicialmente tener una descripción de tres elementos generales: la población usuaria, los recursos físicos y humanos de los servicios de salud²⁴ y las actividades

fundamentales que desarrollan esos recursos.²⁵⁻²⁷ La evaluación integral, de este modo, incorpora los conceptos fundamentales: estructura (disponibilidad y accesibilidad a los servicios), proceso (calidad técnica y humana) y resultado (efectividad de la atención).^{28,29} Elementos interrelacionados que parecen satisfacer la mayoría de expectativas y necesidades de los pacientes que acuden a dichos servicios.^{30,31}

La calidad del proceso, según Donabedian, además considera dos elementos importantes: la calidad técnica, que se refiere al producto del servicio en sí mismo, y la calidad Interpersonal, en la que se incluye el entorno o ambiente.¹² La calidad que el paciente percibe alude a todos los elementos integrantes del servicio total.³²

La Calidad de la atención, según el enfoque del paciente,¹⁶ quien percibe y define los requisitos de dicha atención, ha sido considerada desde diferentes perspectivas. Derivando de éstas, los factores, componentes o dimensiones que la caracterizan, en términos de atributos y resultado de la atención proporcionada, enfatizando la técnica con que es proporcionada y las características de interacción entre proveedor y paciente.^{18,19} Mismos que sirven como marco de referencia para su evaluación,²⁰ y son medidos para obtener el nivel de calidad y permitir la identificación de dónde pueden realizarse intervenciones que mejoren la calidad de la atención.²¹⁻²³

Actualmente la salud materno infantil, es uno de los principales ámbitos de acción en salud pública, debido a que las complicaciones de la gestación, son causas principales de morbilidad y mortalidad maternoinfantil en mujeres en edad reproductiva,^{33,34} y constituye uno de los puntos esenciales de la atención primaria a la salud, para promover la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios; a través del Programa de Salud Reproductiva, como parte del Programa Nacional de Salud,^{2,35} cuyo objetivo es conseguir que las mujeres den a luz a recién nacidos sanos con el menor riesgo posible para su salud.

El resultado del embarazo ha sido correlacionado directamente con la calidad de la atención durante la gestación.³⁶⁻³⁸ En su función primaria, mediante la adecuada Atención Prenatal,¹⁵⁴ que incluye procedimientos con un enfoque preventivo, que ayudan a detectar y controlar aquellos factores de riesgo, y a evitar la aparición de complicaciones maternas o del producto durante el embarazo. En su función específica, la atención materno infantil, está principalmente enfocada en la atención adecuada durante el trabajo de parto y el puerperio.

La calidad de la atención de la mujer gestante en los servicios de salud se fundamenta en la existencia de médicos bien preparados y establecimientos

asistenciales dotados de todos los elementos humanos y materiales necesarios para ofrecer una atención eficiente.³⁹ La calidad en los servicios se inicia con el mismo servicio, en el momento oportuno, con trato adecuado, que incluye una actitud de cortesía y amabilidad a la paciente, desde su recepción, eliminando requisitos burocráticos, disminuyendo el tiempo de espera, y actuando con rapidez. Dando a la paciente la atención que solicita y el tiempo necesario para su atención, información, aplicación de tratamientos y seguimiento de su caso, con la aplicación de los conocimientos y habilidades de los prestadores de servicios de salud conforme a la Norma Oficial Mexicana para la Atención a la mujer durante el Embarazo, el Parto y el Puerperio y del recién nacido (NOM-007-SSA2-1993),⁴⁰ basada en normas de atención y procedimientos clínicos respaldados por ética profesional,⁴¹ lo que promueve el bienestar de la paciente. Utilizando los recursos con que cuenta para dar mejor atención a las usuarias, eliminando en lo posible la falta de todos los servicios, medicamentos y materiales necesarios para su atención. Haciendo cómoda y agradable la estancia de las pacientes durante su visita, con un lugar ordenado, limpio y acogedor. Cada interacción debe caracterizarse por interés en servir, respeto, paciencia y amabilidad, de manera que la paciente se sienta a gusto, con deseos de regresar cuando lo necesite, creando condiciones adecuadas donde pueda expresarse con libertad, dándole el tiempo suficiente para dar a conocer su necesidad de atención a su salud.

Si se quiere mejorar los resultados de la atención, se requiere de un proceso de mejora continua, que eleve la calidad, el cual debe estar basado en datos, no en suposiciones, convirtiendo la necesidad de las paciente en indicadores que permitan medir su satisfacción.^{42,43} Si la práctica es menor a estos estándares deben realizarse recomendaciones específicas para mejorarla. Por lo que es necesario analizar los pasos que dan como resultado dicho servicio, apoyándose en estándares (Normas Oficiales Mexicanas de Salud) que deben cumplirse en forma consistente, en los servicios de salud, de manera que se identifiquen los problemas que impiden el funcionamiento adecuado de éstos, y tener la oportunidad de corregirlos, comprometiendo a todo el personal de los servicios en la mejoría de la Calidad de la Atención.

a) Evaluación de la calidad.

Para poder ofrecer mejora continua en la calidad de la atención en los servicios como lo propone el “Ciclo de Deming” o “Ciclo de PHVA” de Ishikawa, mediante la detección oportuna de problemas que afectan el proceso, primero deben conocerse los aspectos que la determinan, integrando un diagnóstico situacional operativo en las unidades donde se otorga el servicio.

En la identificación de tales problemas es necesario establecer juicios de valor objetivos, que sean homogéneos, a partir de un marco de referencia previamente determinado y dentro de un contexto social aceptable. Deben comprender los aspectos relacionados con la atención, desde la organización en los servicios, el proceso y el resultado de la atención, y las relaciones humanas participantes en ella. Esto se logra mediante evaluación,^{10,44,45} la cual debe estar diseñada para ser aplicable en todos los niveles y enfocados desde el punto de vista de los servicios, de los usuarios y de los prestadores del servicio.

La evaluación en los servicios de salud ha sido definida como: “el proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos”.⁴⁶

También puede ser considerada como “el análisis metodológico de los factores ambientales y tecnológicos que intervienen en el proceso de la atención de los pacientes, asignando valores uniformes a cada concepto o componente para su estudio mediante una organización institucional establecida. Incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador de los servicios y de la institución, también se extiende a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico del personal.”⁸⁴

La evaluación debe ser en forma “programada, “sistemática, permanente y continua” para la identificación oportuna de alteraciones, para el análisis de los problemas y establecimiento de programas de solución, en forma “objetiva”, evitando “prejuicios y tendencias preestablecidas, con fines punitivos”.⁴⁵

La evaluación permite conocer las características con que se otorga la atención, las situaciones que afectan o promueven la calidad en ella, los mecanismos de registro y seguimiento de problemas hasta su solución. Lo cual sirve de base para difundir aquellos procedimientos que demuestran ser efectivos en la mejoría de calidad y puedan ser aplicados. A través ella se realizan mediciones y comparación de situaciones pasadas, presentes y esperadas, con base en indicadores promedio, preestablecidos, que tienen características similares.

Para hacer factible esta evaluación, se requiere del análisis de todos los aspectos que intervienen en la atención médica: si son suficientes los recursos físicos, y tienen la calidad necesaria; si se dispone de recursos humanos y si éstos tienen la capacidad profesional o técnica necesaria de acuerdo al nivel de atención que se

está otorgando; si se cuenta con material de consumo; si los servicios se encuentran debidamente organizados; si los procedimientos y actividades que se realizan son de acuerdo a las normas de calidad vigentes; si los resultados son congruentes con los objetivos de la atención; dentro de un trato social humanitario que satisfaga al paciente, al prestador del servicio y a la institución donde se lleva a cabo la atención.

b) Estándares de calidad.

Para poder llevar a cabo evaluación de la calidad en la atención médica en unidades de primer nivel, se debe contar con instrumentos, basados en instructivos y manuales normativos que explican las características que deben tener cada uno de los aspectos evaluados, para llegar a un diagnóstico situacional.

El juicio de calidad en la atención a la salud, está determinado no sólo por el aspecto técnico en el proceso, sino también por el aspecto interpersonal que incluye diferentes percepciones, valores, expectativas y necesidades de las partes involucradas en dicho proceso, por lo que para poder evaluar la calidad, es importante contar con estándares o criterios con base en indicadores que permitan medir estas diferencias,^{11,46} que sean objetivos, confiables y específicos y que faciliten el seguimiento, la corrección y el control de los problemas detectados, con “capacidad de respuesta, garantizables y con capacidad de aceptación cultural”.⁸⁴ Los indicadores se definen como “aquellas variables susceptibles de ser observadas y medidas, y que cumplen con los requisitos de validez, objetividad, sensibilidad y especificidad”.⁴⁶ El valor asignado a cada indicador corresponde a su estándar, y una vez definidos, éstos se comparan con los resultados del seguimiento de los indicadores para lograr la evaluación.

Un indicador es importante en relación a los datos que nos va a proporcionar acerca de la atención médica y de todos sus elementos, incluyendo la descripción de la población a la que va dirigida y de todos aquellos factores que la integran, de manera que la información sea confiable, congruente y válida, y que como un formato, facilite el seguimiento de los problemas detectados. La importancia fundamental de estos indicadores es su repercusión en la evaluación de los servicios y por consiguiente en la calidad de la atención.

Ruiz de Chávez y cols,²⁷ incluyen un sistema de evaluación, propuesto como un documento que permite el análisis de acuerdo al tipo de unidad o servicio, al nivel de atención o a los aspectos que quieran evaluarse, o a los recursos con que se cuenta para hacerlo. Este Sistema, formado por 3 partes, permite discriminar el grado de calidad de un concepto mediante criterios absolutos de evaluación:

Información básica general; evaluación de la calidad de la atención, que incluye entre otros aspectos el análisis de la suficiencia de recursos, organización de los servicios, proceso y resultados de la atención, y la satisfacción del derechohabiente; y, la asignación de juicios de valor, que conjuntan varios criterios,²⁰ ya que la calidad en la prestación de servicios médicos puede enfocarse desde diferentes puntos de vista o expectativas:

*Las expectativas de la institución pretenden que la atención sea proporcionada por los trabajadores a los pacientes, con oportunidad, y calidad conforme a las normas y programas de la misma institución, dentro de los rangos de productividad esperados y de acuerdo a presupuestos de costo calculado, con disminución en la morbilidad y mortalidad, y ausencia de quejas.

*Del prestador del servicio, lograr satisfacción en la realización de sus labores, otorgando atención a los pacientes, en instalaciones con equipo e instrumental apropiados; con el reconocimiento por parte de sus superiores por las actividades realizadas; y con una remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

*Del paciente, que espera contar con servicios de salud accesibles, atención cortés y oportuna; en un ambiente agradable; con personal suficiente en cantidad y capacidad profesional, técnica y humana para el tipo y nivel de atención que se otorga. Con los recursos necesarios en cuanto a equipo, instrumental y material de consumo, suficientes, disponibles, adecuados, funcionando correctamente y en buen estado de conservación para su atención. Determinación de un diagnóstico oportuno, programas de estudio y tratamiento congruentes con su problema de salud. Incluso la proposición de un pronóstico probable. Resultados satisfactorios de la atención, en cuanto a la solución de su problema, egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención.

También existe una metodología llamada metodología de trazadores, que evalúa diversas características del proceso a través de indicadores, para detección oportuna de casos, procedimientos adecuados para cada paciente, calidad de los expedientes clínicos, resultado a largo plazo de la prestación de atención médica en el aspecto técnico y humano, costo relativo y efecto en la salud del paciente.²⁰

Un problema de salud específico, constituye el “trazador” que al combinarse en conjuntos, permite a los evaluadores de atención médica, mediante la medición repetida en intervalos periódicos, precisar los puntos fuertes y débiles de la práctica médica, de un área específica o de todo el sistema, mediante el análisis de la interacción entre pacientes, proveedores y su ambiente, proporcionando un indicador de la efectividad de la atención médica.

c) Componentes de calidad: estructura, proceso y resultado.

Donabedian integra los diferentes puntos de vista o percepciones de calidad en un enfoque llamado Estructura-Proceso-Resultado. Conceptualmente la calidad de la atención puede evaluarse con base en estos tres importantes componentes, que proporcionan información valiosa de la atención.^{29,47,48}

De acuerdo a Donabedian, la *estructura*, representa la posibilidad de atención del sistema de salud, incluye los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para proporcionar la atención,^{12,28} definida por la capacidad de trabajo y características de los médicos, del hospital o servicio en particular y otros componentes como organización del sistema de atención: tiempo de estancia, nivel de atención, disponibilidad de recursos.

La estructura influye en el *proceso de atención*, es decir, las actividades de los médicos y demás profesionales de la salud con los recursos, para proporcionar y recibir atención -Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, y Rehabilitación-, incluye conocimientos, experiencia clínica, acceso a tecnología y enseñanza, y la interacción con el paciente.⁴⁹

El proceso influye en el *resultado*, es decir, el cambio en el estado de salud del paciente, atribuido a la atención, o a la falta de ella.^{28,50} La mejoría de la función, dolor y complicaciones, bienestar general del paciente y la satisfacción del paciente,⁵¹ también se encuentran asociadas a factores de naturaleza socioeconómica fuera del sistema de salud, por lo que no todos los resultados pueden ser imputables al proceso y no todos los procesos dependen directa y únicamente de la estructura.^{52,53}

d) Satisfacción del paciente.

Considerada como parte integral de alta calidad de atención,^{54,55} la satisfacción del paciente es una evaluación individual positiva hacia distintos aspectos sobresalientes de la estructura, del proceso y resultado de la atención.⁵⁶⁻⁵⁸ Representa una mezcla compleja de necesidades percibidas, expectativas de atención, experiencias previas en situaciones similares,⁵⁹ y la experiencia actual de la atención recibida por el paciente (Wilkin et al,1991).^{60,61} La manera en que los usuarios del servicio perciben la atención y sus reacciones como consecuencia de ella, está influida por el grado en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con sus expectativas.⁶²

Los pacientes no responden en forma global, ya que sus expectativas tienen diversas influencias sociales⁵⁷ e idiosincráticas. Por ello pueden tener experiencias y puntos de vista totalmente distintos en diferentes aspectos, aún con experiencias similares en una situación de atención específica, en un tiempo determinado en los servicios de salud.^{59,64} En la percepción de calidad por el paciente, influyen características demográficas (sexo, edad, educación, ingreso económico, etc.),⁶⁵ personales (actitud, creencias, valores, experiencia previa), de los servicios (recursos físicos del hospital, manejo organizacional, duración de estancia, etc.), así como características y resultado de la enfermedad.

d.1). Multidimensionalidad de la Satisfacción.

La satisfacción del paciente ha sido conceptualizada como multidimensional, por muchos investigadores: Oberst, Clearly,⁵⁵ Strasse, Davis,⁶⁶ Greeneich,⁶⁷ Hulka et al,⁶⁸ Ware y Zinder,⁶⁹ Hall y Dornan,^{50,59,70,71} llamando dimensión a cada característica del servicio que representan las expectativas del paciente, en la que existen diferencias en los valores y experiencias, expresando mayor satisfacción con algunos aspectos que con otros.⁷² Ware et al,⁵⁵ identificaron 8 dimensiones de atención principales, frecuentemente utilizadas en la mayoría de estudios de satisfacción: atención interpersonal (interés, respeto, etc.), atención técnica (competencia para el diagnóstico y tratamiento), accesibilidad (tiempo espera, ubicación), finanzas (capacidad de pago), ambiente físico (condiciones y comodidad de las instalaciones), disponibilidad, continuidad o seguimiento de la atención y eficacia o resultado de la atención. Las cuales son evaluadas para determinar la calidad de la atención,⁷³ sin embargo, ninguna medida estándar de satisfacción es aplicable a todas las situaciones.⁷⁴

d.2). Reporte de Satisfacción.

El concepto de atención centrada en el paciente considera sus puntos de vista como indicadores importantes de la calidad de atención,^{75,16} a través del reporte de satisfacción, porque da información de las necesidades y expectativas de la atención,⁷⁶ en las que el paciente es la última autoridad (Donabedian,1980),⁷⁷ y otros estudios reportan que existe un excelente rango de respuesta en las encuestas realizadas a los pacientes, de más del 92%.⁷⁸

Los pacientes son el producto de la atención médica, quienes fijan las pautas de atención, la regulan y la juzgan, expresando satisfacción o insatisfacción ante sus diversos aspectos y consecuencias. Quienes tienen derecho a que se tomen en cuenta estos puntos de vista en la planeación, administración, evaluación e investigación de servicios (Hudson,1990,⁷⁹ Roberts,1992^{80,81}). Porque además de evaluar el proceso de la atención, permiten la retroalimentación de datos de aspectos interpersonales, del funcionamiento y calidad de la atención^{76,82,83} proporcionando claves de problemas

específicos, ofreciendo una estrategia efectiva en la mejora de calidad de atención al paciente,^{51,84} con alternativas para la organización y provisión de atención, planteadas en las percepciones expresadas por el paciente en el reporte de satisfacción, como medidas que han mostrado ser confiables.⁷⁶

d.3). Satisfacción como medida de estructura, proceso y resultado.

La satisfacción del paciente, además de un objetivo es considerada como un resultado importante de la atención.^{85,55} Como medida, permite evaluar la atención de los servicios de salud como un todo,^{12,86} incluido el funcionamiento y la atención específica del servicio,⁶⁸ reflejando la capacidad del proveedor de cubrir la necesidad del paciente, no solo si se proporcionó sino qué tan bien se cumplió. Los resultados para que un producto sea aceptable deben alcanzar estándares mínimos de calidad en un grupo de atributos importantes para que logre la satisfacción del paciente, si excede este nivel el paciente estará más satisfecho. La relación de dimensiones entre calidad técnica e interpersonal podría apoyar este modelo.

El principio del modelo de satisfacción está en el juicio que los pacientes realizan cuando la atención cumple sus expectativas, es decir, a mayor cumplimiento de expectativas mayor satisfacción, sin embargo hay evidencia que las expectativas tienen efecto indirecto ya que los pacientes están satisfechos incluso cuando sus expectativas no se logran.^{57,86,87} Si la satisfacción está inversamente relacionada a expectativas, y si las expectativas son bajas, o existe falta de expectativas,⁸⁸ al entrar a una situación de servicios de salud, entonces la satisfacción será probablemente mayor.^{57,81}

Casi todas las investigaciones indican que pocos pacientes expresan puntos de vista negativos acerca de alguna dimensión y frecuentemente se hallan altos niveles de satisfacción, más del 90% de pacientes expresan satisfacción a cualquier pregunta.^{89,90} Una razón es la renuencia de muchos pacientes a expresar comentarios críticos de las deficiencias de los servicios de salud en algunos aspectos, hecho considerado un “efecto normativo”.^{88, 91-94}

e) Medidas de satisfacción.

e.1). Perfil social.

La literatura indica que factores sociodemográficos⁹⁵ como sexo, edad, escolaridad, ocupación e ingreso económico,⁹⁶ relacionados a actitudes y creencias de enfermedad y salud^{97,98} están asociados con satisfacción en los servicios,⁶³ sin embargo, la relación entre estos niveles no son consistentes, ya que se relacionan en forma directa, inversa, o no tienen relación.⁹⁹ La edad parece estar consistentemente

relacionada al nivel de satisfacción con la atención;¹⁰⁰ ya que pacientes mayores generalmente expresan más altos niveles de satisfacción (Fitzpatrick,1993),^{101,102} quizá porque valoran más la atención. Pacientes jóvenes expresan menor satisfacción quizá por diferencias de expectativas o mayor disposición a expresar puntos de vista negativos o diferencias actuales en la calidad de los servicios recibidos.¹⁰³

Personas con diferente escolaridad podrían diferir substancialmente en el valor que dan a la calidad de la atención.¹⁰⁴ Las mujeres más educadas podrían tener más ventajas, al estar más informadas de complicaciones del embarazo, y buscar atención cuando surgen éstas; estar concentradas en áreas urbanas y vivir más cerca de los servicios de salud; tener mejor acceso, y transporte necesario para llegar al servicio; recibir atención apropiada y oportuna cuando llega a un servicio de salud por su capacidad de pago; o, por virtud de su estatus tener más probabilidad de ser bien tratada,¹⁰⁵ además de facilitar su comprensión de los aspectos técnicos de la atención. A diferencia de personas con baja escolaridad y desventaja socioeconómica, quienes no están familiarizados con los servicios de salud, “tienen menor capacidad para navegar en complejos impedimentos burocráticos”¹⁰⁶ y tienden a estar menos satisfechos.

e.2). Antecedentes de ingreso:

e.2.1). Hospitalización previa.

La experiencia previa en los servicios de salud influye en las expectativas y satisfacción del paciente. (Donabedian,1991,¹⁰⁷ Fitzpatrick,1992, Carr-Hill,1992,⁶⁴ Aharony y Strasse,1993^{107,108}). El contacto repetido en los servicios, con experiencias en situaciones similares podría traer mayor información, experiencia y conocimiento que conduce a una evaluación más informada y crítica del servicio,^{57,59,101,108} con lo que el estándar del paciente podría ser más real y existir menor diferencia entre expectativas y experiencia, o existir mayor tolerancia, aumentando la probabilidad de satisfacción.¹¹⁰ Mientras que la percepción de experiencias previas, personales o referida de otros, de mala práctica de atención, maltrato y humillación por parte del personal, o larga espera por la atención, crean expectativas negativas, expresadas mediante conductas o actitudes como la intención de no regresar¹¹¹ o no recomendar al hospital,¹¹² influyendo en el nivel de satisfacción.^{83,94}

e.2.2). Estado de salud percibido al ingresar.

La autopercepción de salud y nivel de bienestar contribuye a la satisfacción general,²⁵ la gente que tiene baja percepción de su estado de salud (es decir, de mayor gravedad) está más insatisfecho que las que evalúan su salud más favorablemente.^{112,113} La edad materna en los extremos de la vida reproductiva

(menor de 20 años, mayor de 37 años) tiene efecto de incremento de riesgo de presentar más enfermedades que compliquen el embarazo,^{114,115} con lo que tendrían baja percepción de salud, contribuyendo a menor satisfacción.

e.3). Disponibilidad, accesibilidad y recursos de los servicios de salud.

La disponibilidad define recursos existentes en función de la población a servir y su capacidad de funcionamiento dedicados a las actividades de los servicios. La accesibilidad,¹¹⁶ es decir, la facilidad con que se obtiene la atención, no depende sólo de los que la proveen, sino también de la capacidad de los clientes potenciales para superar los obstáculos financieros (determinados por el poder adquisitivo del usuario), de organización de los servicios (incluyendo factores geográficos como ubicación, distancia, tiempo en llegar, disponibilidad de transporte; y factores funcionales o administrativos como tiempo de espera, ambiente físico, etc.),⁶³ y características de la población: demográficas, sociales, culturales y psicológicas -determinados por actitudes negativas o creencias desfavorables respecto de los servicios- que les impide obtener la atención que el sistema y profesionales le ofrecen para restaurar, mantener o fomentar su salud.¹¹⁷

Factores como el transporte y tiempo de espera son determinantes en la satisfacción del usuario en los servicios de salud.¹¹⁸ El tiempo promedio de traslado establecido por el Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta (MASPA), en unidades urbanas debe corresponder a isócronas de 24 minutos, y de 1 hora en unidades rurales, y el Tiempo de espera para recibir atención es de 30 minutos, en unidades urbanas y rurales, de acuerdo a la concentración de población, acceso a los servicios y demanda de los mismos.¹¹⁹

e.4). Aspecto Interpersonal de la Calidad de la Atención.

e.4.1). Ambiente.

Las condiciones externas generales que rodean a los pacientes durante su estancia, y las consecuencias derivadas de él -comodidad, privacidad, etc, dependen de la organización de los servicios y pueden influir en la satisfacción con la atención⁽¹²⁰⁾. El ambiente debe facilitar la interacción personal para causar actitudes y comportamientos que redunden en un buen servicio (Larrea P, 1991),¹²¹ y conseguir también un resultado operativo positivo. Cada servicio debe utilizar los recursos con que cuenta para dar mejor atención a los usuarios, disminuyendo tiempos de espera, eliminando requisitos burocráticos, actuando con rapidez, haciendo cómoda y agradable la estancia del paciente durante su visita, en un ambiente físico adecuado, con un lugar limpio y acogedor, dando al paciente la atención que solicita y el tiempo necesario para ella, proporcionándole los medicamentos, y materiales necesarios. Creando las condiciones de privacidad adecuadas donde pueda expresarse

con libertad. Obviamente, durante el examen médico, ésta es muy limitada y el toque íntimo es inevitable y necesario. Algunas conductas como tocar inesperadamente al paciente, son identificadas como violación a su privacidad, y puede tener impacto en la relación interpersonal.¹²²

e.4.2). Relación interpersonal.

La primera y fundamental necesidad en relación a satisfacer las necesidades del paciente en la atención médica, es evitar la amenaza de la enfermedad e incrementar la supervivencia, sin embargo, en la interacción médico-paciente la condición central es una buena relación interpersonal.¹²³ La calidad de ésta depende de varios elementos: habilidad para comunicarse, comprender y mantener la confianza del paciente.¹²⁴⁻¹²⁹ Los pacientes deben sentirse bien tratados por todas las personas con quienes interactúan, desde que llegan a solicitar el servicio, hasta que su necesidad ha sido satisfecha, de manera que el paciente se sienta a gusto y con ganas de regresar. Cada interacción debe caracterizarse por trato con respeto e integridad, con una actitud de interés en ayudar, amabilidad, empatía (capacidad de ponerse en el lugar del paciente, y comprender objetivamente sus sentimientos y su conducta), honestidad, tacto y sensibilidad.^{15,130-132} Se ha comprobado que el mejor trato personal, en la medida en que los proveedores sean capaces de establecer una comunicación efectiva con los usuarios se asocia con mayor satisfacción.¹⁴

La conducta médica,^{70,86,133,134} y de enfermería,^{111,135,136} durante la interacción, están directamente relacionadas a satisfacción, debido a que el paciente tiene expectativas específicas antes del encuentro, que si no son lograrlas pueden conducir a insatisfacción. Los pacientes son sensitivos a observar la comunicación no verbal expresada por el médico, a través de su actitud, que incluso filtra mensajes que no quieren ser transmitidos, como la falta de sinceridad en la relación médico-paciente.¹³⁷

La comunicación es un factor importante para que el médico obtenga información necesaria para establecer el diagnóstico y tratamiento, y proporcionar información efectiva y adecuada al paciente.¹³⁰ Al paciente, le permite explicar síntomas, sentimientos, pensamientos y expectativas,¹³⁸ y conocer y comprender su problema de salud. Algunos estudios han demostrado la importancia de proporcionar información a los pacientes,¹³⁹ dándole tiempo suficiente para expresar sus necesidades y responder a ellas, lo cuál se asocia a satisfacción general,¹⁴⁰ especialmente en hospitales.¹¹¹ El personal debe escuchar con paciencia y ofrecer toda la información que la persona requiera, con delicadeza, sin omitir lo importante; en forma adecuada y clara, hablar en lenguaje sencillo, sin utilizar términos que

resulten incomprensibles, sin abundar en puntos que aunque sean ciertos, puedan producir confusión y angustia al paciente.

La forma en que la gente recibe y responde a la información es un proceso complejo influenciado por factores sociales,¹⁰⁴ características personales y el estilo de comunicación del paciente.¹⁴¹ Pacientes que expresan mayor interés preguntan más, y reciben más información, generalmente son mujeres.¹⁴² Los pacientes frecuentemente están insatisfechos con la información que reciben,¹³⁰ debido a que los médicos frecuentemente subestiman su deseo de información.¹⁴³

La importancia de dedicar mayor tiempo de atención al paciente^{61,138,144-146} y estar disponibles cuando se les necesita,¹³⁰ debido al interés en ellos¹⁰² y porque se les toma en serio,¹³⁰ están asociados positivamente a su satisfacción. La relación interpersonal puede ser vista como una forma de apoyo social para el paciente, ya que amortigua los efectos negativos de eventos estresantes de la vida, como la hospitalización,^{129,147} que involucra emociones como miedo, ansiedad, e incertidumbre emocional, especialmente en adolescentes,¹⁴⁸ reforzando la confianza y motivación del paciente, lo cual por lo tanto podría influir directamente en el resultado de salud del paciente percibiendo positivamente su estado de salud.¹⁴⁹

e.5). Aspecto Técnico de la Atención: Seguimiento de la Norma.

La calidad en los servicios de salud, debe cumplir con normas y especificaciones aplicables para controlar adecuada y continuamente los factores humanos, técnicos y administrativos que pudieran afectar los elementos de calidad y prevenir o corregir fallas que pudieran producirse durante el proceso de atención. Las Normas Mexicanas en Salud (NOM, o NMX) son procedimientos operativos que coordinan las diferentes actividades para una atención efectiva de la salud, donde se establecen requisitos específicos, documentados por escrito, en forma de instrucciones que deben llevarse a cabo en cada proceso de atención, variando en importancia según la enfermedad de que se trate.

Estas normas, de carácter obligatorio, a las que se sujeta la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional, en materia de salubridad general son determinadas por la Secretaría de Salud, con base en el artículo 13 fracción 1, de la Ley General de Salud y verificadas en su cumplimiento. Dentro de ellas se encuentra la Norma Mexicana en Salud Para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio.^{40-40A} Una de las dimensiones considerada como central en la calidad de la atención es la competencia profesional, capacidad científica o técnica. Incluye los conocimientos y habilidades que los prestadores de servicios de salud deben tener en prácticas clínicas, normas y procedimientos de atención. Es importante vigilar que dichas prácticas funcionen adecuadamente, y se trabaje de acuerdo a lo prescrito en las

intervenciones que se piensa que son seguras, proporcionables, y tienen la capacidad para producir impacto en la morbilidad,¹⁵⁰ ya que la falta de capacidad técnica trae consigo riesgos a la salud, dolor innecesario, infecciones, complicaciones e incluso la muerte. El aspecto técnico debe estar respaldado por la ética profesional que promueva el bienestar del paciente.

Algunos estudios enfocados al paciente indican que el aspecto técnico se percibe independientemente del aspecto interpersonal de la calidad¹⁵¹ como principal determinante del resultado clínico.^{29,67,152} El seguimiento de la Norma Oficial Mexicana para la Atención a la mujer durante el Embarazo, el Parto y el Puerperio y del recién nacido (NOM-007-SSA2-1993),⁴⁰ proporciona la base de evaluación de la calidad técnica mediante la medición de procedimientos específicos de la atención realizados, en todos los hospitales,¹⁵³ los que deben cumplirse al menos el 80%.¹⁵⁴

2.3. ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (APS).

En 1950, en Estados Unidos surge el inicio de la Atención Primaria a la Salud, denominada en ese entonces Medicina Comunitaria, en respuesta a las necesidades de salud de poblaciones marginadas, cuyo propósito era lograr la participación de la comunidad en acciones de medicina integrada, a través de la responsabilidad de los habitantes de su propia salud, considerando sus hábitos y costumbres en relación con ésta, utilizando sus propios recursos. Siendo entonces divulgada a América Latina, partir de 1960-1970, como una nueva estrategia en el campo de la salud, llamada “Alianza para el Progreso”,¹⁵⁵ y difundida después en 1971, en el documento “Plan Decenal de Salud para las Américas” como un acuerdo de la 2º Reunión de Ministros de Salud de las Américas, donde se reconoció el fracaso en el logro de las metas de salud establecidas en dicha alianza, llegando a la conclusión de que 40% de la población, especialmente en comunidades rurales y marginales, no tenía acceso a los servicios de salud.

A partir de 1970, ante esta desigualdad en salud, en distintas regiones del mundo, comienza a discutirse la atención primaria, basada en las concepciones de los distintos niveles de salud, como medio para garantizar el acceso a los servicios de toda la población, a través de extensión en la cobertura de los mismos, con la participación comunitaria relacionada al sistema de salud existente.¹⁵⁵

Del 6 al 12 de septiembre de 1978, se realizó en Alma-Ata, URSS una Conferencia Internacional, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con la participación de 134

delegaciones de gobiernos miembros de la OMS, donde surge el compromiso de tomar acciones urgentes para proteger y promover la salud mundial exhortando a los gobiernos a adoptar los conceptos de Atención Primaria a la Salud.¹⁵⁶

A partir de esta Conferencia, nace la política de salud denominada “Salud para Todos en el año 2000”, y permitir a la población mundial llevar una vida social y económicamente productiva, a través de atención primaria a la salud. Considerada ésta última como una estrategia específica y fundamental para organizar los servicios de salud, de acuerdo a sus recursos y capacidad técnica, en un sistema regionalizado, y lograr metas mínimas de salud, como la cobertura universal, con programas prioritarios dirigidos a poblaciones específicas como mujeres, niños, trabajadores, ancianos y discapacitados, considerando tanto aspectos preventivos como curativos, basados en programas para la salud en general, nutrición, salud bucal, salud mental, control de enfermedades, prevención de accidentes y saneamiento ambiental entre otros, y así, alcanzar el desarrollo económico y social, transformando las condiciones desfavorables y lograr el bienestar general en un proceso continuo y permanente.

La atención primaria a la salud ha sido definida desde entonces como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte central tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.¹⁶⁰ Lograr el objetivo de cobertura universal, tanto poblacional, geográfica, así como de programas y actividades, requiere de evaluar la relación dinámica entre las necesidades y aspiraciones de la población, expresada en demanda de servicios, y los recursos disponibles y su combinación tecnológica y organizativa que configuran la disponibilidad para satisfacerla.

Esto implica el ajuste estructural del sistema de salud: mejorar el acceso y la utilización de los servicios, aumentar la disponibilidad relativa de los recursos y operar un sistema técnico y administrativo que responda a las necesidades y expectativas de la población. Para ello es necesario integrar los recursos físicos, humanos y materiales, de forma que funcionen en diferentes grados de complejidad.

El acceso depende de la disponibilidad regular y sostenida de servicios en combinación con los recursos que geográfica, económica, temporal y culturalmente estén al alcance de las comunidades. La disponibilidad de servicios además de ser eficiente, debe ser eficaz para resolver los problemas o necesidades de la población, ser apropiada en los términos de su contenido acorde con las necesidades básicas de la comunidad, accesible a la población y con la aceptación por la misma, expresada como utilización real y la participación de ésta en el diseño y prestación del servicio.¹⁵⁷

Dentro de las acciones para proteger la salud, la atención en los servicios está orientada hacia servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades más comunes, integrados en los tres niveles de atención operativos de la organización de salud. Un elemento para lograr un nivel de funcionalidad adecuado del sistema administrativo, relacionado con los servicios básicos de salud requiere del suministro de insumos humanos y materiales necesarios, medicamentos, comunicaciones, información, locales y mantenimiento.

Ante los recursos limitados, se han establecido prioridades para satisfacer necesidades en la atención, lo que ha llevado a un enfoque dirigido a grupos poblacionales que corren riesgos específicos, como en la Atención Médica a la Salud Materno-Infantil, aplicando un concepto integrador de historia natural de la enfermedad. Acentuando las actividades de tipo preventivo, a través de la promoción y prevención de la salud,¹⁵⁸ mediante el Cuidado Prenatal como una práctica anticipada y programada, antes de que se presente el daño y en forma continua. A su vez, en el aspecto curativo, se extiende a las fases iniciales y tempranas de la atención médica, a través del diagnóstico, tratamiento oportuno, y rehabilitación, cuando el daño en evolución tiene posibilidades de ser reversible e indicar las medidas para modificarlo o atenuarlo para prolongar la vida y disminuir la mortalidad materno infantil, durante la atención del Parto y Puerperio. Lo cual puede medirse en porcentaje de embarazadas con atención prenatal y porcentaje de nacimientos atendidos por personal preparado.¹⁵⁹

Es necesario que la atención prioritaria, además de ser de calidad, armonice y se refuerce con normas, procedimientos, tecnologías, recursos y tipo de servicio, e investigación y educación continua, para garantizar mayor eficiencia (costo-beneficio) y efectividad (impacto en la salud).

Otros aspectos de relevancia en la APS son el grado de desarrollo de las comunidades a intervenir (educación, ingreso familiar, etc) calidad y cobertura de la atención.¹⁶⁰ El acceso a la educación y a la información es esencial para fomentar la participación comunitaria,¹⁶¹ ya que el nivel educativo podría representar un factor relacionado con la resolución de problemas de salud, por conocimientos en salud y mayor facilidad de acceso a los servicios por saber como demandarlos.

Los recursos humanos, son considerados como un componente crítico para asegurar el cambio estructural de los sistemas de salud y reorientar la forma en que trabajan estos profesionales de la salud en la ejecución de actividades que se reflejen en la realidad. Requiere de la capacitación para asumir responsable y deliberadamente esta estrategia, modificar la mentalidad de la gente, lograr cambios de actitud favorables por parte del personal, como aprender a escuchar, a dialogar, a aprender de los demás y compartir sus propios conocimientos^(162,163). Lo que plantea un desafío, en la capacidad técnica y voluntad de servicio que quienes tienen a su cargo la orientación de procesos que han de conducir al logro de nivel más digno de salud y bienestar para una alta proporción de la población.

Sin olvidar los aspectos de salud pública en la que factores sociales y ambientales pueden contribuir a mejorar la salud colectiva, como servicios urbanos, vivienda, educación, alimentación, legislación, seguridad social, regulación industrial y ambiental.¹⁶⁴ Lo cual requiere de cambios profundos en la estructura económica, cultural, política y social de la sociedad como única vía para alcanzar la verdadera salud.¹⁶⁵

2.3.1.) Atención MaternoInfantil.

La atención maternoinfantil, es un programa de atención a la salud, explicitado como prioritario a nivel nacional, en el Programa Nacional de Salud, donde la atención se enfoca principalmente en la mujer gestante, en su función primaria, con un enfoque preventivo, anticipatorio y de riesgo, y en su función específica, en la atención adecuada durante el trabajo de parto y puerperio.

a) Atención Prenatal.

En la Atención primaria a la salud, el enfoque eminentemente preventivo, lo constituye la Atención prenatal,¹⁶⁶ la cual debe ser impartida con calidad y calidez, según la Norma Oficial Mexicana para la Atención a la mujer durante el Embarazo, el Parto y el Puerperio y del recién nacido: NOM-007-SSA2-1993. en su apartado Especificaciones. Disposiciones Generales 5.1.3. Según la OMS, en países desarrollados, de los nacimientos que ocurren en los hospitales, 98% de las mujeres reciben atención prenatal; en Suecia, casi todas las mujeres se benefician con este servicio,¹⁶⁷ mientras que en países en desarrollo sólo 60% de las mujeres reciben atención prenatal,¹⁶⁸ asociado a desigualdad social, pobreza y educación (OPS/OMS,1990).¹⁶⁵ Algunas mujeres que podrían beneficiarse con la mejoría de procedimientos de atención prenatal, reciben poca o ninguna atención.¹⁶⁹ En México se estima que existe un elevado porcentaje de mujeres sin escolaridad, o primaria inconclusa que no reciben atención prenatal.³⁴ Mujeres solteras, menores

de 18 años y pobres tienen menor probabilidad de recibir atención prenatal adecuada.^{169,170}

Su propósito fundamental es el cuidado integral de la mujer durante el embarazo mediante la identificación y el manejo de problemas sintomáticos maternos y fetales, la prevención de complicaciones desarrolladas durante la gestación que afecten la salud de la madre y el recién nacido, y la preparación para la atención adecuada del parto¹⁷¹⁻¹⁷⁴ NOM-007-SSA2-1993.-5.2.2. “El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo”.

La atención prenatal, debe reunir ciertos requisitos, para proporcionar un control de acuerdo a los estándares generalmente aceptados, según lo establece la norma previamente citada. NOM-007-SSA2-1993. 5.1.6. “Establecimiento del Diagnóstico Integral y Valoración del riesgo obstétrico”. Requiere apertura de expediente clínico, elaboración cuidadosa de una historia clínica y exploración física completa realizadas al principio de la gestación, que proporcionan la base para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones que se presentan entre 5 y 20% de los casos¹⁷²-aún cuando las mujeres tengan buena salud y reciban atención prenatal,¹⁷⁵ y que pueden comprometer el embarazo.^{176,177} También requiere de exámenes de laboratorio y gabinete y otras medidas, en consultas subsecuentes.

Número de consultas prenatales. NOM-007-SSA2-1993. “5.2.3. La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación”. Aunque no existe consenso general sobre el número y contenido mínimo en consultas prenatales¹⁷⁸ - en Suiza existe un promedio de 5 y en los Países Bajos, 14,¹⁷¹ incluso se considera que no existe asociación entre el número de visitas, o de inicio temprano de la atención y el resultado (el mayor número de consultas acumuladas no se traduce en menor riesgo de mortalidad),^{178-181,197} la norma considera que el control médico debe iniciarse preferentemente en el 3er. mes de gestación, y que cada mujer debe recibir como mínimo 5 consultas prenatales al final del embarazo.

Historia Clínica y Expediente Clínico. NOM-007-SSA2-1993 - 5.1.6 “Elaboración de historia clínica”. Deben registrarse todas las alteraciones médicas, hereditarias, psiquiátricas y obstétricas que pueden afectar a la paciente o al recién nacido. Así como toxicomanías, ya que el consumo de tabaco,¹⁸³ alcohol¹⁷² y otros medicamentos o drogas durante el embarazo, incrementan el riesgo de alteraciones fetales y el riesgo materno. Desde la primera consulta hasta el parto, debe mantenerse el registro continuo del progreso del embarazo a través del expediente clínico.

Exploración Física. Periódica, en forma completa, permite evaluar la evolución del desarrollo, madurez y bienestar fetal y descubrir problemas médicos no sospechados.

General. Efectuada como cualquier otro examen de rutina. Es necesario realizar revisión mamaria, auscultación cardíaca y pulmonar,^{173,176} notar el estado nutricional y constitución de la paciente, para detectar anemia u otras enfermedades.

Abdominal. (NOM-007-SSA2-1993. 5.1.6. “Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto”). Durante 1er. trimestre. Identifica datos correlacionados con la edad gestacional, desarrollo y bienestar fetal:

-Altura del fondo uterino. NOM-007-SSA2-1993. 5.3.2.2. “Se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero de acuerdo al APÉNDICE A (Normativo)”. para detectar retraso del crecimiento y desarrollo fetal.¹⁷⁴

-Tamaño y Posición Fetal. Siempre está indicado determinar la posición del feto,¹⁷⁶ para detectar problemas de malpresentación fetal.¹⁷⁴

-Frecuencia Cardíaca Fetal, es necesario registrarla, para comprobar y verificar el bienestar fetal.¹⁸⁴

Ginecológica. Para confirmar la presentación, establecer su altura, si existe encajamiento, tamaño del feto y determinar las condiciones del cuello uterino o advertir cualquier anomalía en el conducto del parto. Estos datos adquieren mayor importancia una o 2 semanas antes del término o cuando el parto ya es inminente.¹⁷⁶

Registro de Presión Arterial. NOM-007-SSA2-1993.-5.1.6. “Medición y registro de la presión arterial, así como su interpretación y valoración”. En cada consulta prenatal. Su incremento puede indicar alteraciones circulatorias.¹⁷⁴

Registro de Talla y Peso. NOM-007-SSA2-1993.-5.1.6. “Medición y registro del peso y talla, así como su interpretación y valoración”. La talla se relaciona con la capacidad pélvica (mujeres con menos de 150 cm de estatura tienen mayor probabilidad de desproporción fetopélvica, y deben valorarse cuidadosamente). El peso materno es determinante del peso del producto al nacer.¹⁷⁶ La elevación significativa de presión arterial, junto con aumento excesivo y súbito de peso, indica la aparición de toxemia del embarazo, complicación hipertensiva que puede comprometer la vida de la paciente y el producto. Mujeres con bajo peso tienen mayor probabilidad de deficiencia nutricional y de tener hijos con bajo peso al nacer.¹⁷³

Realización de Exámenes.

De Laboratorio. NOM-007-SSA2-1993.-5.1.6. “Determinación de BH completa y EGO...”. Prueba positiva del embarazo, para corroborar embarazo.

Pruebas Hematológicas, de rutina, para el diagnóstico precoz de anemia materna, o infecciones. Se incluye tipo y Rh sanguíneo.

Se realiza *Análisis General de Orina*, para detectar problemas renales, endocrinos o cardiovasculares.^{174, 176}

De Gabinete. Corroboran la impresión clínica obtenida mediante la historia y exploración clínicas, y revelan alteraciones inesperadas.

-Radiografías. NOM-007-SSA2-1993.-5.2.1. “Para establecer el diagnóstico en el embarazo no se deben emplear estudios radiológicos”, no se deben solicitar radiografías en etapas tempranas del embarazo, para proteger a la madre y el feto contra posibles riesgos genéticos y oncógenos, sin embargo si el beneficio potencial supera al riesgo, pueden ser de utilidad, en casos específicos.^{172,185}

-Ultrasonografía. Técnica de diagnóstico más utilizada debido a mayor precisión y detalles en el diagnóstico del desarrollo y bienestar fetal intrauterino,^{172,185} rápido, indoloro, sin efectos adversos y resultados inmediatos,¹⁸⁵ para determinar edad gestacional, confirmar vida fetal (frecuencia cardiaca,movimientos fetales),¹⁷⁷ crecimiento y anomalías fetales.¹⁷⁴

Prescripción de Vitaminas y Minerales. NOM-007-SSA2-1993.-5.1.6. “Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico”. Constituye un factor importante. Las necesidades del metabolismo y crecimiento fetal, y del metabolismo materno, aumentan considerablemente la demanda de hierro y ácido fólico durante el embarazo, exigiendo que se preste atención a su consumo adecuado, especialmente durante la 2ª mitad del embarazo.¹⁸⁶

La deficiencia de hierro es causa de 95% de los casos de anemia durante el embarazo,¹⁸⁷ y muchas pacientes son anémicas al inicio de la gestación,¹⁸⁶ asociado a menudo con ausencia de cuidado prenatal.⁸⁷ Está indicado el tratamiento profiláctico de hierro, complementado con ácido fólico, calcio y cinc entre otros y preparados multivitamínicos, para proporcionar los requerimientos suficientes de la paciente en esta etapa.^{172,176} Sin embargo una proporción substancial de mujeres (30%) no reciben complementos vitamínicos, y aquellas a quienes se les indican, no necesariamente los obtienen regularmente, probablemente debido a que se los impiden factores económicos.¹⁸⁸

Atención del Parto.

Atención del Parto. NOM-007-SSA2-1993.-5.4. El parto, es el proceso dinámico mediante el cual el producto de la concepción sale normalmente al exterior. Requiere de una secuencia coordinada y efectiva de contracciones uterinas involuntarias, que aumentan en regularidad, intensidad y duración, que bajo condiciones normales, causan la dilatación progresiva del cuello uterino y una serie de cambios de posición definidos para la acomodación de las partes exactas de la cabeza fetal (1ª etapa), que permiten el descenso del feto por el conducto del parto (2ª etapa), y termina con la expulsión de la placenta (3ª etapa).^{176,189} En la 1ª y 2ª etapa, cuando la paciente se encuentra en trabajo de parto, debe examinarse en forma cuidadosa para confirmarlo, conocer la evolución básica de su estado clínico actual, e identificar anormalidades importantes. Los aspectos específicos de atención durante el parto incluyen:

Historia y Expediente Clínicos. NOM-007-SSA2-1993.-5.4.1. “A toda mujer que ingrese para atención obstétrica, se le elaborará, en su caso, expediente clínico, historia clínica, así como partograma”. Durante la admisión de la paciente al hospital, se debe obtener una historia clínica de los aspectos médicos importantes que se hayan manifestado desde la última consulta y exámenes previos realizados. Todo problema que se haya desarrollado debe anotarse y valorarse mediante la exploración física y registrarse en el expediente clínico.

Registro de Signos Vitales. NOM-007-SSA2-1993.-5.4.2. “El control del trabajo de parto normal debe incluir: 5.4.2. 3. El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada 4 horas, considerando la evolución clínica”. Se medirán y registrarán la temperatura, frecuencia del pulso, frecuencia respiratoria y la presión arterial, cada 4 horas en casos no complicados o más frecuentemente en caso de presentarse complicaciones.

Exploración Física:

General en forma breve, se valora el estado general de la paciente, observando su reacción y tolerancia al parto. La inquietud y el malestar, a menudo se desarrollan conforme avanza el trabajo de parto y el temor y la tensión, pueden retrasarlo e intensificar las molestias.¹⁷⁶ El conocimiento adecuado del mecanismo de parto, la preparación física y emocional, producen confianza, reduciendo frecuentemente el dolor y la tensión, y mayor colaboración por parte de la paciente, por lo que es importante una buena relación médico-paciente y el acondicionamiento psicológico positivo de la embarazada, implicados en una buena atención prenatal, y específicamente durante el parto.

Abdominal. NOM-007-SSA2-1993. 5.4.2.1. “Verificación y registro de la contractibilidad uterina y el latido cardiaco fetal, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos”.

-Contracciones Uterinas. Para verificar progreso del trabajo de parto⁽¹⁷⁶⁾. - **Auscultación del latido cardiaco fetal.** Para determinar bienestar fetal, ya que el trabajo de parto representa un momento de riesgo elevado particularmente para el feto.¹⁷⁵

Examen Ginecológico. NOM-007-SSA2-1993. 5.4.2.2. “La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de las exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y el criterio médico”. Debe repetirse cuantas veces sea necesario para determinar el progreso del parto. Es esencial para identificar la presentación fetal y su altura en relación con las espinas ciáticas; la dilatación y borramiento cervical,¹⁷⁶ así como cualquier otra anomalía de los tejidos blandos del conducto del parto.¹⁹¹ Con demasiada frecuencia los tactos vaginales causan molestias a la paciente y elevan la frecuencia de infecciones intrauterinas, especialmente después de ruptura de las membranas, sin embargo, exámenes posteriores pueden ayudar a determinar el progreso del trabajo de parto. Aunque es recomendable practicar el menor número de tactos posibles, las exploraciones vaginales son de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y el criterio médico.

Hidratación. (NOM-007-SSA2-1993. 5.4.2.4. “Mantener la hidratación adecuada de la paciente”). Procedimiento normal durante el trabajo de parto y el parto, administrando soluciones intravenosas, que además proporcionan un medio de acceso rápido para la aplicación de medicamentos o sangre que pueden requerirse, si ocurren complicaciones o si se requiere de estimular el trabajo de parto, y control de la cantidad de líquido administrado.¹⁹²

Aseo Perineal. NOM-007-SSA2-1993. 5.4.2.2. “Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión”. Es importante la preparación y aseo de la región perineal, para una higiene adecuada, lavando cuidadosamente los órganos genitales externos con jabón y agua o con detergente quirúrgico.¹⁷⁶

Anestesia y Analgesia en el Trabajo de Parto. NOM-007-SSA2-1993. 5.4.1.3. “No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta”. Pueden aminorarse las molestias del dolor del trabajo de parto a las pacientes, a nivel

tolerable con *Analgesia* y *Anestesia obstétrica*,¹⁹³ ajustadas individualmente a su estado,¹⁹⁴ etapa de trabajo de parto,^{190,194} y vía de parto (vaginal o por cesárea). El alivio del dolor y la relajación puede aumentar la rapidez del trabajo de parto, pero también puede afectar su progreso, causar pérdida de conciencia de la paciente, disminuyendo su capacidad de participación activa, o producir complicaciones para el lactante (depresión del centro respiratorio) y para la madre (la abolición de reflejos faríngeos maternos facilita la aspiración del contenido gástrico, produciendo problemas respiratorios).^{193,195,196}

Los requisitos para que un anestésico obstétrico sea ideal - que produzca alivio total, sin peligro para la madre o el feto, y no interfiera con el progreso de trabajo de parto - son únicos y no se satisfacen fácilmente, sin embargo, la prioridad es la seguridad de la madre y el hijo,¹⁹³ y sobre todo, el apoyo emocional a la paciente es un requisito en todos los casos.

3ª Etapa del Parto. Revisión de la Placenta. NOM-007-SSA2-1993. 5.4.4. “Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta...comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas”. Es necesario examinar con todo cuidado la placenta, membranas, y el útero para descartar laceraciones cervicales o vaginales y evitar que queden restos en el útero.^{173,189}

Respiración Inmediata del Recién Nacido. La mayoría de los recién nacidos respiran en menos de un minuto después del nacimiento, aquellos que no reaccionan por cualquier causa en 1 o 2 minutos están desarrollando asfixia, causada por alteraciones maternas o alteraciones fetales.¹⁷⁶

b) Atención del Puerperio.

El puerperio es el periodo de recuperación del parto, que inicia con la terminación del trabajo de parto, y dura aproximadamente 6 semanas, durante el cual debe regresar el organismo materno a su estado normal que tenía antes del embarazo.¹⁷⁶ Se divide en puerperio inmediato (primeras 24 hrs después del parto, durante el cual pueden ocurrir mayores complicaciones), Puerperio Mediato (hasta la 1ª semana del parto), y Puerperio Tardío, incluye el periodo necesario para la involución de los órganos genitales (hasta 6 semanas después del parto).¹⁹²

Puerperio Inmediato NOM-007-SSA2-1993. 5.5.1. Durante este periodo, la paciente debe ser trasladada y permanecer en la sala de recuperación, cuando menos una o dos horas después del parto para su observación y tratamiento.¹⁷⁶

Registro de Signos Vitales.

En Sala de Recuperación. NOM-007-SSA2-1993. 5.5.1.4. “En las primeras dos horas la verificación del pulso, tensión arterial y temperatura. Posteriormente cada 8 horas”. Al mismo tiempo que se hace palpación uterina, debe registrarse presión arterial, frecuencia y ritmo del Pulso y cambios respiratorios cada 15 minutos o más seguido si es necesario, durante las 2 primeras horas consecutivas al parto hasta que sus condiciones se hayan estabilizado suficientemente,¹⁶¹ o hasta que desaparezcan los efectos de la anestesia general o regional.¹⁹²

En Sala de Hospitalización. Al llegar la paciente a la sala de hospitalización, se mide y registra periódicamente su presión arterial, cada 8 hrs. En presencia de preeclampsia-eclampsia, infección u otra contingencia, las determinaciones se harán con mayor frecuencia. También se miden temperatura, pulso y frecuencia respiratoria.¹⁷⁶

Revisión Mamaria y Abdominal. Antes de dar de alta a la paciente se le examinan mamas y abdomen, observando anomalías de los pezones, dolor o formación de masas en las mamas.¹⁷⁶ También se observa el grado de involución e hipersensibilidad uterinas, características de loquios, inspección de episiotomía o herida quirúrgica.

Lactación Materna. NOM-007-SSA2-1993. 5.5.1.7. “Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos” 5.5.1.3. “En los primeros 30 min. el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda”. Debe darse información a las pacientes de la conveniencia de la lactancia materna, para ellas y sus hijos,¹⁹² mediante pláticas objetivas de los cuidados del recién nacido e instrucciones en las técnicas de preparación para alimentarlo. Es vital estimular el instinto materno y el deseo inherente de alimentar al niño. Es aconsejable iniciar la lactación el primer día del puerperio, si las condiciones de la madre lo permiten, si así lo desea y el recién nacido es maduro normal.¹⁷⁶ La producción láctea puede aumentarse física y emocionalmente durante el embarazo con una conducta apropiada del personal durante la atención en el puerperio, ya que la secreción láctea puede inhibirse por dolor, congestión mamaria, vergüenza o condiciones psíquicas adversas, por lo que debe tenerse paciencia en estos casos y tratar de ayudar y apoyar emocionalmente a la paciente, principalmente a las primigestas.

Deambulaci3n. (NOM-007-SSA2-1993. 5.5.1.5. “En las primeras 6 horas favorecer la deambulaci3n, la alimentaci3n normal y la hidrataci3n, informar a la paciente sobre signos y sntomas de la complicaci3n”. Aunque el descanso es esencial despu3s del parto, se debe instar a la paciente a caminar. Es conveniente darle a conocer los beneficios de la deambulaci3n temprana que adem3s de ayuda psicol3gica, da sensaci3n de bienestar, apresura la involuci3n del 3tero, promueve mejor circulaci3n sangunea en la pelvis y en las extremidades inferiores, reduciendo la frecuencia de problemas de flebotrombosis y de tromboflebitis, adem3s de ser 3til para restablecer las funciones urinaria e intestinal normales. Sin embargo, no debe obligarse a ninguna paciente a levantarse contra su deseo, ni forzarla a la actividad.¹⁷⁶

Alimentaci3n de la Madre. Tan pronto como la paciente est3 libre de los efectos de la analgesia, o anestesia, y solicite comer, se le puede servir una dieta normal, que debe incluir alimentos, de alto valor proteico, frutas, verduras, productos l3cteos y lquidos abundantes.^{176,192}

Seguimiento del Paciente: Cita a consulta subsecuente. NOM-007-SSA2-1993. 5.5.1.8. “Se debe promover desde la atenci3n prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un m3nimo de tres controles”. Para asegurar la recuperaci3n normal, debe realizarse un examen completo, y estudios de vigilancia respecto a cualquier anormalidad advertida durante el embarazo,¹⁹⁵ hasta la resoluci3n del problema de salud y satisfacci3n del paciente,¹⁴⁰ lo cual incluye un sentido de responsabilidad profesional sobre el cuidado del paciente.⁴²

Resultado. La satisfacci3n del paciente conduce a mejores resultados cl3nicos (Steibleer y Krownsky 1990),¹⁵² Greeneich,1993⁶⁷), y la mejor3a de salud, es predictor de satisfacci3n con el hospital, Fleming.^{61,102}

Una vez definidos cada uno de estos elementos es necesario investigar en qu3 medida se cubren en cada uno de los servicios, para descubrir las 3reas donde existe la oportunidad de mejorar.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la calidad de la atención materno-infantil proporcionada en un servicio hospitalario de segundo nivel de atención?

¿Cuáles son algunos de los factores que intervienen en el proceso de atención materno-infantil?

¿El seguimiento de la NOM-007-SSA2-1993.-por los prestadores del servicio, es un factor que contribuye en la percepción de los usuarios de la Calidad de la atención proporcionada en el servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital de segundo nivel de atención?

4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Ante los cambios socioeconómicos, culturales y demográficos actuales, que conllevan el crecimiento global de la población y la disminución de recursos consiguiente,¹⁹⁹ han surgido cambios en la complejidad tanto organizacional como operativo de los servicios de salud para lograr las condiciones necesarias en la prestación de servicios médicos y el uso adecuado de éstos.

Esto ha implicado un ajuste estructural del sistema de salud,²⁰⁰ para mejorar la disponibilidad, el acceso y la utilización de los servicios, a través de la integración de recursos físicos, humanos y materiales en éstos, para que humana, técnica y administrativamente logren ser funcionalmente eficaces y eficientes en la atención médica.

Poder ofrecer servicios y atención médica adecuada, es uno de los principales problemas en el Sistema Nacional de Salud, por lo que es necesario, enfatizar las actividades que forman parte de la atención primaria en la salud, para que respondan al objetivo principal de satisfacer la demanda y cubrir las necesidades de la población en materia de salud, sobretodo en población de riesgo específico, como son las mujeres y los niños,¹⁵⁸ y que contribuyan así con la reestructuración de los servicios de salud.

Las complicaciones durante la gestación, son causas principales de morbimortalidad materno-infantil,^{34,35} por lo que actualmente constituyen uno de los principales problemas de salud pública, relacionado con la calidad de la atención médica, en la prevención de factores que pongan en riesgo la salud de la madre y su hijo durante el embarazo, y en la atención adecuada durante el trabajo

de parto o puerperio, y con un trato humano y manejo técnico adecuado conforme a los estándares de atención establecidos en normas de salud.

La calidad en los servicios de salud maternoinfantil, debe lograr cubrir las necesidades de atención de las pacientes, y ser eficaz y eficiente en todos los aspectos, para obtener como resultado la salud de la madre y su hijo y la satisfacción de la paciente. Por ello es importante determinar las características involucradas en el proceso de atención, a través de un enfoque orientado al paciente, para averiguar cómo se lleva a cabo el servicio, cómo lo perciben y si existen deficiencias. Conocer este proceso permite identificar los aspectos que impidan un funcionamiento adecuado del servicio, y en caso de ser necesario, tomar las medidas pertinentes para modificarlo, mejorarlo, o bien de continuarlo para lograr el cumplimiento en la prestación de servicios médicos.

Es necesario que la atención prioritaria de calidad, se apoye en estándares aceptados como mínimos, que deben cumplirse en el aspecto científico, basados en normas, procedimientos, tecnologías, recursos y tipo de servicio, para garantizar el bienestar de la población a la que sirven. Por ello es importante conocer si el seguimiento de estas normas en salud por los prestadores del servicio, contribuye en la percepción de los usuarios de la calidad de la atención proporcionada.

La factibilidad de que la prestación del servicio pueda medirse en forma continuo como un aspecto más del mismo proceso, dentro de los mismos servicios, promovería la mejor práctica posible de atención, sin necesidad de emplear mayores recursos, implementando una cultura de calidad en ellos.

5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

5.1 Objetivo General:

Evaluar la Calidad de la Atención en el Servicio de Ginecoobstetricia de un hospital de 2º nivel de atención.

5.2 Objetivos Específicos:

- Identificar los factores vinculados a la calidad (Perfil Social, Antecedentes de Ingreso, Accesibilidad, Ambiente, Relaciones Interpersonales -trato, interés y actitud del prestador del servicio), medida a través de la satisfacción del usuario.
- Determinar si existe seguimiento adecuado de la NOM-007-SSA2-1993.
- Analizar si existe relación entre la aplicación de la Norma Mexicana en Salud y la calidad de la atención a la salud de mujeres durante el proceso de Embarazo, Parto y Puerperio.
- Identificar deficiencias en el servicio que puedan corregirse para mejorar la calidad de la atención proporcionada.

6. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

A. DESCRIPTIVAS:

- * Existe seguimiento parcial de la Norma Mexicana en Salud para la atención del Embarazo, Parto y Puerperio. NOM-007-SSA2-1993.
- * El trato al paciente y la actitud de servicio son los adecuados.
- * La mayoría de las usuarias se muestran satisfechas con el servicio.

B. HIPOTESIS ASOCIATIVAS:

- *El perfil social (estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso económico), el antecedente de hospitalización, el estado de salud en que llega la paciente, y sus antecedentes ginecoobstétricos son factores que afectan la satisfacción del paciente en los servicios de salud.
- *La percepción de la calidad en los servicios de salud, según el reporte del usuario, está determinada principalmente por el aspecto interpersonal del proceso de atención.
- *La accesibilidad (geográfica y funcional), el ambiente agradable, y las relaciones interpersonales (el trato amable del personal, su interés y actitud de servicio mostrado al usuario), contribuyen a la satisfacción del usuario por el servicio recibido.

*La actitud de servicio adecuada, el buen trato al paciente y el interés por su caso son factores que favorecen la preferencia del usuario por el servicio.

*La resolución del problema es el factor de mayor peso en la calificación que da el paciente a la atención recibida.

*El seguimiento de la Norma Mexicana en Salud para la atención del Embarazo, Parto y Puerperio Normal en la Atención Primaria a la Salud, es un factor altamente relacionado con la calidad del servicio de ginecoobstetricia del hospital de 2º nivel de atención.

*El mayor seguimiento de la norma por parte del prestador de servicio contribuye a una percepción elevada de Calidad por la atención recibida por el usuario, por lo tanto a mayor satisfacción del usuario.

7. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.

7.1 DISEÑO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.

Diseño de Investigación No Experimental-Transversal. Para responder las preguntas de investigación y probar las hipótesis se selecciona un Diseño No Experimental con el propósito de observar los fenómenos presentes en la calidad de la atención en forma natural, después de haber recibido la atención. La muestra representativa de la población fue obtenida en forma intacta, es decir, se formó independientemente del estudio, sin asignación aleatoria, idéntica en términos de agregación: mujeres en edad reproductiva, que llegan para la atención de su parto, al mismo hospital, con la misma clase de atención, por lo que no existe manipulación de variables. A todas las pacientes que llegaban al servicio de Ginecoobstetricia se les pedía participar en el estudio antes de ser dadas de alta. La duración de la colección de datos fue en una sola medición, del 27 de noviembre de 1998 al 17 de mayo de 1999, relacionada al tamaño de la muestra. El diseño es Transversal Retrospectivo.

Nivel De Investigacion: Descriptivo-Correlacional. El estudio Descriptivo busca especificar las propiedades importantes en la calidad de la atención midiendo una serie de factores, cada uno independientemente para describir la calidad, según el reporte de satisfacción. El Estudio Correlacional pretende ver si estos factores están o no relacionados con el seguimiento de la Norma Mexicana en Salud para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido y analizar la correlación, para saber cómo se puede comportar la variable de calidad conociendo el comportamiento de la otra variable relacionada, el seguimiento de las normas y evaluar el grado de relación entre dichas variables.

7.2 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.

Criterios de Selección:

A. Criterios de Inclusión:

- *Mujeres puérperas.
- *Hospitalizadas en un servicio de 2° Nivel de Atención.
- *Que hayan sido dadas de alta.
- *Cuyo ingreso haya sido generado por atención de parto.
- *Pacientes que acepten contestar la encuesta.

B. Criterios de Exclusión:

- *Aquellos casos en que las mujeres puérperas sean parte del personal del hospital, dado su posible trato preferencial.
- *Aquellos casos en que se cancele su alta.
- *Personas que no acepten contestar a las encuestas.
- *Aquellos casos en que la alta sea voluntaria, en contra del consejo médico.

C. Criterios de Eliminación:

- *Aquellos casos en que se encuentre incongruencia en las respuestas a preguntas de un mismo indicador.

D. Consideraciones Éticas:

No existe riesgo para las pacientes, ya que sólo se trata de responder a las preguntas de la encuesta. La información se mantendrá en forma totalmente confidencial. Se pedirá el consentimiento de las personas para responder a ese cuestionario. El posible beneficio que podrían tener las pacientes sería que mediante la detección de fallas en la atención y su posterior corrección se otorgará a futuro, mejor calidad en la atención que reciben las pacientes obstétricas en el servicio de salud de 2° nivel de atención.

7.3 DISEÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra se determinó tomando como base el número máximo posible de opciones de respuesta de las preguntas (10), multiplicado por el posible cruce con igual número, por cinco sujetos por celdilla como mínimo, obteniéndose un total mínimo de 500 encuestas.

$$n = (10)(10)(5) = 500$$

Se extrajo una muestra por cuota de 553 encuestas de pacientes postparto, de prealta en el Servicio de Ginecoobstetricia de un Hospital público de 2o. Nivel, del área metropolitana de la Ciudad de México, obteniéndose por muestreo no probabilístico.

7.4 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Se resumen en los siguientes cuadros.

CONCEPTO	CATEGORIA	VARIABLE	INDICADORES	INDICES	SUBINDICES	REACTIVOS
CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD Relación armónica entre la atención que se desea y la que se obtiene, predeterminada mediante estándares de referencia para lograr el más alto beneficio de salud con el menor riesgo para el paciente.	SATISFACCIÓN DEL USUARIO Grado de Confortabilidad que el paciente manifiesta con el servicio recibido.	PERFIL SOCIAL Características Sociales de la Paciente	EDAD Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta que se le realiza el cuestionario (en años). ESTADO CIVIL Situación social en la que se encuentra ESCOLARIDAD Estudios realizados en centros educativos oficiales. Número de Años terminados OCUPACION Actividad laboral que desempeña la persona INGRESO ECONÓMICO Ingreso monetario familiar mensual actual			1. ¿Cuántos años tiene? 2. ¿Cuál es su estado civil? 3. ¿Cuál es su escolaridad? 5. ¿Cuál es su ocupación? 6. ¿Cuál es su ingreso económico familiar mensual actual?
		ANTECEDENTES DE INGRESO	DATOS GINECO-OBSTÉTRICOS Número de embarazos, partos, abortos y cesáreas HOSPITALIZACIÓN PREVIA ESTADO DE SALUD EN QUE INGRESA			4. ¿Cuántos embarazos, partos, abortos, y cesáreas, ha tenido? 7. ¿Es la primera vez que la hospitalizan? 8. ¿En qué estado ingresó al hospital?
		EXPECTATIVAS DEL PACIENTE Lo que el paciente espera recibir del servicio.	ACCESIBILIDAD Ausencia de barreras geográfica y funcional para que la comunidad pueda utilizar los servicios de salud disponibles en forma oportuna A. GEOGRAFICA Es la distancia y el tiempo necesarios para recorrerla y los medios de transporte para para llegar al sitio de atención. A. FUNCIONAL Es la prestación de asistencia para quienes la necesitan, por conducto del grupo de salud.	TRANSPORTE Medios de traslado del domicilio del usuario al sitio de atención.	DISTANCIA Intervalo entre el sitio de atención y el domicilio del usuario. TIEMPO DE TRASLADO Tiempo que tarda en llegar de su casa al sitio de atención DISPONIBILIDAD Existencia del medio para trasladarse de su casa al sitio de atención. FACILIDAD Sencillez para llegar al sitio de atención.	9. ¿Qué tan cerca vive del hospital? 10. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar? 11. ¿Que tipo de transporte utilizó? 12. ¿Existe transporte a su disposición cuando lo necesita para ir al hospital? 13. ¿Puede llegar fácilmente al hospital?
			TRAMITES Cantidad y complejidad de pasos a seguir por parte del usuario para obtener atención en el servicio de salud.	TIEMPO DE ESPERA Intervalo de tiempo desde el arribo del paciente al servicio hasta que se le otorga la atención EN ADMISION EN HOSPITALIZACION	14. ¿Cómo calificaría la rapidez con que le atendieron en el hospital? 15. ¿Cómo calificaría el tiempo de espera en admisión? 16. ¿Cuánto tiempo tardaron en asignarle cama?	

CONCEPTO	CATEGORIA	VARIABLE	INDICADORES	INDICES	SUBINDICES	REACTIVOS		
CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD Relación armónica entre la atención que se desea y la que se obtiene, predeterminada mediante estándares de referencia para lograr el más alto beneficio de salud con el menor riesgo para el paciente.	SATISFACCIÓN DEL USUARIO Grado de Confortabilidad que el paciente manifiesta con el servicio recibido.	EXPECTATIVAS DEL PACIENTE Lo que el paciente espera recibir del servicio.	AMBIENTE AGRADABLE Comodidades físicas en relación a la función prevista del servicio.	ILUMINACION Luz o claridad percibida por la paciente en la habitación		17. ¿Cómo considera la iluminación en su cuarto o en su cama?		
				VENTILACION Aereación, o corriente de aire percibida en la habitación.		18. ¿Cómo considera la ventilación de la habitación?		
				LIMPIEZA Aseo y pulcritud de la habitación.		19. ¿Cómo considera la limpieza del hospital?		
				COMODIDAD Situación que le hace sentirse a gusto en el hospital		20. ¿Qué tan cómoda se sintió en el hospital?		
				PRIVACIDAD Respeto a la intimidad de la persona		21. ¿Considera que respetaron la privacidad en su cama o en la habitación?		
				ORDEN Colocación de las cosas en el lugar que les corresponde		22. ¿Encontró todo en orden?		
				FUNCIONALIDAD Cumplimiento de la función que se adapta al fin práctico de la atención médica.		23. ¿Tuvo algún problema durante su estancia? 24. ¿Le faltó algún medicamento o material?		
				RELACIONES INTERPERSONALES Vínculo establecido entre el paciente y el prestador del servicio, en relación a la atención a la salud del paciente.			TRATO AL PACIENTE Grado de cortesía, consideración y respeto mostrado al paciente desde el momento de la recepción hasta su salida del hospital, por parte del personal	TRATO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO MEDICO Y PARAMEDICO, Y DE INTENDENCIA
			INTERES POR EL PACIENTE Demostración de empatía o de afinidad por el paciente, haciéndole sentir cómodo, estableciendo comunicación con él y permitiéndole su participación en la conversación, por el personal					30. ¿Con cuánta paciencia le escuchó el personal? 31. ¿Cómo considera el tiempo que le dieron para tratar su caso? 32. ¿Cómo califica el grado de interés del personal por su caso? 33. ¿Le han dicho si en el hospital le pueden ayudar una vez que haya sido dado de alta en caso de tener algún problema? 34. ¿Qué tipo de ayuda le han ofrecido?
			ACTITUD DE SERVICIO Disposición de ánimo manifestado por el personal para satisfacer las necesidades del paciente					35. ¿El personal se mostró amable? 36. ¿La explicación su tratamiento fue clara? 37. ¿Le atienden cuando lo requiere sin mostrar desagrado? 38. ¿La revisaban con frecuencia? 39. ¿Cómo califica la atención que recibió? Los siguientes se incluyen al final del instrumento: 73. ¿Resolvieron su problema de salud? 74. ¿En caso de ser necesario, regresaría a ser atendida en el hospital? 75. ¿Recomendaría a alguien el hospital? 76. ¿Tiene alguna queja o sugerencia? 77. ¿Sabe donde depositarla, para hacerla conocer? 78. Si desea realizar algún otro comentario:

CONCEPTO	CATEGORIA	VARIABLE	INDICADORES	INDICES	SUBINDICES	REACTIVOS
CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD Relación entre la armonía (lo que se desea y lo que se obtiene). Lograr el más alto beneficio de salud con el menor riesgo para el paciente.	SATISFACCIÓN DEL USUARIO Grado de Conformidad que el paciente manifiesta con el servicio recibido.	SEGUIMIENTO DE LA NORMA MEXICANA DE SALUD Grado de apego a los estándares señalados en la Norma	PERCEPCION DEL USUARIO DEL SEGUIMIENTO DE LA NORMA MEXICANA DE SALUD PARA LA ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO NORMAL Como ve el paciente los aspectos sobre los cuáles se le interroga.	ATENCION AL EMBARAZO NORMAL Atención otorgada en el edo. fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del producto a término y en cuya evolución no se presentan factores que afectan la salud de la madre o del producto.	DIAGNOSTICO Y CONTROL DEL EMBARAZO	40. ¿Tuvo control médico durante su embarazo? 41. ¿Le hicieron prueba de embarazo? 42. ¿Cuántas consultas le dieron durante su embarazo? 43. ¿Le tomaron radiografías al principio de su embarazo? 44. ¿Le realizaron ultrasonido? 45. ¿Le hicieron un expediente clínico? 46. ¿Le preguntaron si era diabética, si tenía problemas de la presión o del corazón? 47. ¿Le preguntaron si alguno de sus familiares tenía algún problema de salud? 48. ¿Le preguntaron si fumaba, o tomaba alcohol o medicamentos? 49. ¿La revisaban en cada consulta? 50. ¿Le tomaban pulso y presión arterial? 51. ¿La pesaban y medían en cada consulta? 52. ¿Revisaban como venía su bebé? 53. ¿Escuchaban los latidos cardiacos del bebé? 54. ¿A ud. le hicieron exámenes de laboratorio? (BH, EGO, VDRL) 55. ¿Le recetaron vitaminas durante su embarazo?
				ATENCION AL PARTO Atención otorgada en la serie de procesos fisiológicos mediante los cuales la madre expulsa por vía vaginal el producto de la concepción a término y se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.	DIAGNOSTICO Y CONTROL DEL PERIODO DE DILATACION Y ATENCION DEL PERIODO EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO	56. ¿Cómo fué su estancia en la sala de partos? 57. ¿Le realizaron exploración física durante su parto? 58. ¿Le tomaron presión arterial, pulso y temperatura durante la atención de su parto? 59. ¿Le pusieron suero? 60. ¿Cuantas veces le hicieron tacto vaginal? 61. ¿Le pusieron anestesia? 62. ¿Llegó con la fuente rota? 63. ¿Asearon sus genitales antes de atender su parto? 64. ¿Se encuentra bien su bebé? 65. ¿Respiró o lloró al nacer? 66. ¿Le dijeron o escuchó si salió la placenta completa?
				ATENCION AL PUERPERIO Atención otorgada en el periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales adquieren características anteriores a la gestación. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.	CONTROL PUERPERIO INMEDIATO (24 hrs. después del parto) PUERPERIO TARDIO (2a. a 8a. semana después del parto)	67. ¿Cuántas veces la revisaron después de su parto? 68. ¿Cuántas veces revisaron su pecho antes de darla de alta? 69. ¿Le dijeron como alimentar a su bebé? 70. ¿Le pidieron que caminara? 71. ¿A ud. le dieron alimentación? 72. ¿La citaron a consulta nuevamente? Del 73 al 78 se mencionan en el cuadro anterior.

7.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN.

La investigación se realizó en el Hospital General de Naucalpan del Estado de México (ISEM). La satisfacción del paciente fue medida en una condición específica: Gestación, incluyendo atención prenatal, del parto y del puerperio utilizando un cuestionario de 78 preguntas que incluía diferentes aspectos de la atención, relacionados a la calidad de la atención en servicios de salud: 5 preguntas valoraban perfil social, 3 valoraban antecedentes de ingreso, 32 valoraban expectativas del usuario, 32 valoraban seguimiento de la norma; 3 se consideraron para medir el resultado y 5, la opinión de la atención.

16 preguntas dicotómicas, 58 preguntas policotómicas, con opciones de respuesta tipo diferencial semántico, planteadas en forma afirmativa, en sentido ascendente, y 4 preguntas abiertas, que posteriormente se codificaron. Todas fueron codificadas con valores en escala descendente, para efecto de su análisis.

PERFIL SOCIAL: Edad. Estado civil. Escolaridad. Ocupación. Ingreso económico mensual.

ANTECEDENTES DE INGRESO: Hospitalización previa, Estado de salud percibido al ingresar y antecedentes ginecoobstétricos.

EXPECTATIVAS DEL PACIENTE:

Accesibilidad a la atención:

Geográfica - Referida a cercanía del hospital, tiempo para llegar al servicio, disponibilidad de transporte y facilidad para llegar al hospital.

Funcional - Rapidez de atención en general, tiempo en admisión y en asignación de cama.

Ambiente: Iluminación, ventilación, limpieza, comodidad, privacidad, orden, problemas durante la atención, falta de materiales o medicamentos.

Relación Interpersonal: Evaluaba:

Trato del personal al paciente - Médicos, enfermeras, trabajo social, de limpieza y de vigilancia. **Interés por el paciente** - Paciencia, tiempo de atención, grado de interés mostrado, ofrecimiento de ayuda y tipo de ayuda ofrecida.

Actitud de Servicio - Amabilidad, explicación del tratamiento, atención sin mostrar desagrado, y revisión frecuente.

OPINIÓN DE LA ATENCIÓN:

Expresiones manifiestas - Regreso al hospital, recomendación del hospital a otras personas, quejas, comentarios.

Calificación de la Atención.

Estas variables evaluaron el aspecto interpersonal de la calidad de la atención.

SEGUIMIENTO DE LA NORMA:

Atención del Embarazo: Atención Prenatal, trimestre de inicio, número de consultas. Investigación de antecedentes patológicos, heredofamiliares y de toxicomanías. Exploración Física, toma de signos vitales, peso y medición, determinación de posición fetal, y frecuencia cardíaca fetal. Realización de expediente clínico. Realización de exámenes de laboratorio y radiológicos. Prescripción de vitaminas.

Atención del Parto: Exploración Física. Toma de signos vitales. Aplicación de soluciones intravenosas. Número de Tactos realizados, Aseo Genital. Información de salida de placenta. Estado de salud y respiración inmediata del recién nacido. Estancia en la sala de expulsión.

Atención del Puerperio: Exploración Física. Revisión mamaria. Información de lactancia materna. Deambulación. Cita a consulta. Dieta Materna. Estas variables evaluaron el aspecto técnico de la atención, en base a criterios específicos de la NOM-007-SSA2-1993.

RESULTADO: Estado de Salud del Recién Nacido. Resolución de su condición de salud por la que acudió al hospital.
Ver instrumento anexo.

7.6 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

La confiabilidad de las variables fue evaluada para determinar la consistencia interna de las escalas, utilizando estimación alfa de Cronbach, basada en el promedio de correlación entre las variables medidas. El análisis determinó un coeficiente alfa de 0.85, comparado favorablemente con aquellos reportados para grandes mediciones.¹⁹³ Para probar la validez de las escalas de medición, se calcularon coeficientes de correlación de Spearman entre puntuaciones totales de cada subescala y la puntuación de satisfacción, en general todas ellas estadísticamente significantes ($r < p.001$). El análisis de regresión múltiple reveló que la varianza en la puntuación de satisfacción general es explicada por las puntuaciones de las subescalas.

7.7 PROCEDIMIENTO.

7.7.1 Procedimiento de Trabajo de Campo.

Se realizaron 48 encuestas como prueba piloto para buscar la congruencia de variables con la redacción del instrumento y poder validarlo para su posterior aplicación en la investigación, al concluir esta muestra. La colección de datos de la investigación se realizó del 27 de noviembre de 1998 al 17 de mayo de 1999. La duración de la colección de datos estuvo relacionada al tamaño de la muestra.

Se realizaron 550 encuestas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital de 2° Nivel de atención. Se solicitó la colaboración de la Jefatura de Enseñanza Médica, la Jefatura de Enfermería y Trabajo Social del hospital para que participaran en el proyecto, informando a los encuestadores de las altas del día.

A todas las pacientes que llegaban al servicio para atención de parto, y eran dadas de alta, generalmente en horario matutino, en diferentes días de la semana, se les pedía participar en el estudio antes marcharse del hospital,. Explicando antes de iniciar, el propósito de la encuesta, aclarando que los datos se mantendrían como información confidencial y enfatizando la importancia de su colaboración en el estudio.

Se procedía entonces a realizar las encuestas a las pacientes ya en etapa de puerperio, quienes se encontraban directamente involucradas y por lo tanto, debidamente enteradas de la atención otorgada, para conocer su satisfacción por dicha atención. El encuestador realizaba las preguntas estructuradas en el instrumento, marcando con una cruz la opción elegida por la paciente. Aclarando dudas acerca de cada pregunta o replanteando la pregunta en caso de ser necesario, y haciendo las anotaciones pertinentes del replanteamiento en cada pregunta y/o respuesta del instrumento. El encuestador daba tiempo suficiente para responder, observando la reacción de la paciente, y anotando en algunos casos, algún comentario al respecto al final de la encuesta en la parte posterior del instrumento.

7.7.2 Análisis de Datos.

Procesamiento de datos. Se concentraron los datos de las encuestas. Se elaboró la base de datos y se analizaron los resultados en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 10.

El número de opciones de respuestas, fueron tomadas como puntuaciones que se recodificaron por intervalos, según el total. Cada variable estaba formada por varios reactivos que al ser sumadas sus puntuaciones dieron un valor que fue agrupado en 4 intervalos (Excelente, Bueno, Regular y Malo), en forma descendente, dependiendo del valor total, correspondiendo la mayor puntuación a lo calificado como excelente, y la menor a lo calificado como malo o inadecuado. Los valores sumados fueron diferentes determinándose los intervalos de acuerdo a éstos, para cada variable.

Las medidas de evaluación son el resultado de la suma de variables específicas individuales, que representan el aspecto evaluado utilizando un modelo

matemático lineal compensatorio. Se halló mínima varianza interitems, es decir que cada pregunta contribuyó similarmente a la medida de la escala sugiriendo adecuado significado del constructo, también se hallaron diferencias cuantificables en la varianza de respuesta entre pacientes, sugiriendo que existen niveles variables de satisfacción, debido al mayor número de alternativas de respuesta ofrecidas, que dieron mayor oportunidad al paciente de expresar su punto de vista, evaluando la relación de satisfacción obtenida con la calidad de la atención.

Se realizó análisis descriptivo, de todas las variables, obteniendo distribución de frecuencias y porcentajes. Se realizó Correlación y pruebas estadísticas para ajustar diferencias en la comparación de medidas específicas asociadas a satisfacción. Las diferencias se consideraron significativas con un valor $p < 0.01$.

8. RESULTADOS DISCUSIÓN.

Resultados Descriptivos

Se obtuvo un porcentaje de respuesta del 98.8%, sólo una paciente rehusó contestar. De 557 encuestas aplicadas a mujeres postparto, que habían sido dadas de alta, se descartaron 7 por criterios de exclusión y de eliminación, obteniéndose una muestra total de 550 pacientes, de la cuál, el 86.2% fueron atendidas por parto vaginal y el 13.8% por cesárea. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, determinándose frecuencias y porcentajes. Hallándose lo siguiente:

Se excluyeron encuestas inconclusas, y mujeres puérperas que eran parte del personal del hospital, dado su posible trato preferencial y se eliminaron encuestas donde se encontró incongruencia en las respuestas a preguntas de un mismo indicador.

PERFIL SOCIAL.

Mujeres con un rango de *edad* entre 13 y 40 años, con mayor frecuencia y porcentaje en los grupos de edad de 16 a 20 años (197, 35.8%) y de 21 a 25 años (151, 27.5%). (Fig.1). El *estado civil* de la mayoría es la unión libre con una frecuencia de 293, es decir, 53.3% de ellas, 14.4% son solteras. (Fig.2). Aunque el 92.4% cuenta con *escolaridad*, el nivel básico predominante es de primaria 46.9%, seguido de secundaria 36%, con porcentajes muy bajos en un nivel de escolaridad media: preparatoria 5.3%, con carrera comercial o técnica 3.6%; y con un nivel de escolaridad superior, de licenciatura, sólo 0.5%. El 7.6% sin ningún estudio (Fig.3).

En su *ocupación*, 88.9% (489) se encuentra dedicada a actividades del hogar, únicamente 9.1% (50) empleadas, del cuál 1.3% (7) son empleadas domésticas y el restante 7.8 % (43) asalariadas; 1.6% (9) tienen otra actividad (comerciantes ambulantes, albañiles, recolección de fierro). (Fig.4). El mayor porcentaje, 67.5% percibe un *ingreso familiar* muy bajo, \$1,000 a \$1,999 mensuales, 10.7% tienen percepción menor de \$999; 4.4% no perciben ingresos. Solo 0.5% cuentan con un ingreso familiar entre \$4,000 a \$4,999 mensuales (Fig.5). Por lo que el nivel socioeconómico es bajo. (Cuadro No.1).

ANTECEDENTES DE INGRESO.

Antecedentes Ginecoobstétricos: Existe un rango de 1 a 10 embarazos en las pacientes, 81.3% (447) con 1-3 embarazos, con mayor porcentaje con 1 embarazo 37.8% (208). 18% (99) con 4-6 embarazos, y 0.7% (4) con 7-10 embarazos. 9.3% no cuentan con antecedentes de parto por vía vaginal; con 1-3 partos 75.5% (415), 4-6

partos 14.5% (89), 7-10 partos 0.7% (4). 91.8% sin antecedente de abortos, 82.5% sin antecedente de cesárea, 8.2% (45) con antecedente de 1-3 abortos; 15.6% (96) con 1-3 cesáreas. (Cuadro No.II).

Para la mayoría de ellas, 62.7%, era la primera vez que ingresaban a un hospital, 37.3% tenían *antecedente de hospitalización* previa (Fig.6). De acuerdo al *estado de salud percibido al ingresar*, 76.5% considera que ingresa sin complicaciones (6.9% de ellas indica que tuvieron ruptura de membranas por trabajo de parto). El 21.1% perciben que ingresan delicadas y 2.4% que ingresan graves (Fig.7); 4.4% de ellas indican que ingresaron en ese estado por Embarazo Prolongado, 4.2% por Ruptura prematura de membranas, 2.5% por Hemorragia, 2.5% por Enfermedad hipertensiva del embarazo, 3.1% por Malpresentación fetal, 2.2. % por Sufrimiento Fetal, 1.8% por Trabajo de Parto Prematuro, 1.6% por Distocias, y 1.1% por Óbito Fetal. (Cuadro No.III).

ACCESIBILIDAD.

Accesibilidad Geográfica. La mayoría no tienen problema con la *cercanía* para llegar al hospital, 36.4% y 3.8% reportan vivir cerca y muy cerca del hospital respectivamente, sólo 2% perciben que viven muy lejos del hospital. El 54.8% llegan en un *tiempo* promedio de 15 a 30 minutos, 33% entre 30 min-1hora, 10.4% en 1 a 2 hrs y sólo 1.8% en más de 2 hrs. Se halló que la mayoría, 65.5% llegó en microbús, y 5.5% en otro medio de transporte (ambulancia o caminando).

En relación a la *disponibilidad de transporte* la mayoría, siempre y casi siempre 63% y 8.2% respectivamente, dispone de medio de transporte durante el día, sólo 8.2% casi nunca consiguen transporte. La *facilidad* para llegar al hospital es buena, 72.5% llegan fácilmente, 5.1% muy fácil, 16.5% la califica como regular, debido al tráfico, 5.1% refiere que se le hace difícil llegar al hospital y sólo al 0.2%, muy difícil. (Fig.8). (Cuadro No.IV).

Accesibilidad Funcional. La mayoría no encuentra problema con la *rapidez de la atención*, 48.9% reportaron atención rápida, 13.8% muy rápida; mientras que 10% la reportan tardada y 5.8% muy tardada. En el *servicio de admisión*, al 65.1% no se le hizo esperar mucho, ya que 47.5% reportaron atención rápida y 17.6% atención muy rápida, sin embargo, 11.8% refieren que fue un tiempo de espera largo y 4.7% que fue muy largo. Las pacientes refirieron el *tiempo de asignación de cama* como el tiempo que tardaron en trasladarlas de la sala de recuperación al servicio de hospitalización, reportando 20.8% que el tiempo para que se les asignara cama fue entre 1 a 2 hrs, para 8.9% de 30 minutos a 1 hora y sólo 9.3% esperaron entre 15 y 30 minutos. La mayoría de ellas, 61% manifestaron problemas de incomodidad ya que tuvieron que esperar más de 2 hrs para que se les trasladara a su cama, de las cuales, 55.9%

esperaron un promedio entre 3 a 8 hrs, 3.6% de 9 a 12 hrs y 1.5% de 13 a 24 hrs. (CuadroNo.V).

AMBIENTE.

La mayoría no encontró problema con la **iluminación**, la **ventilación** y la **limpieza**, reportándolas predominantemente como buenas el 78.4%, 71.8%, y 81.3%, y como muy buenas 11.1%, 8.9%, y 12.7% respectivamente, sólo 0.4% reportaron la iluminación como mala, debido a que las lámparas de las camas no funcionaban, el 1.1% reportan la ventilación como mala, debido a grados extremos de temperatura, y sólo algunas expresan problemas con la limpieza manifestándola mala y muy mala en un 0.7% y 0.2% respectivamente. (Cuadro No.VI).

En general, al cuestionar a las pacientes acerca de su **comodidad**, 72.2% de ellas se sienten cómodas en la habitación, 12% muy cómodas. (Fig.9). Algunas expresaron incomodidad, sintiéndose regular, incómodas y muy incómodas, 10.5%, 5.1% y 0.2% respectivamente. Refiriendo dicho malestar, 3.8% por incomodidad de las camas (duras, muy altas, falta de banquillo para subir y bajar fácilmente, o debido a la falta de sábanas o batas); 2.5% por sentirse entrañas al hospital o considerarlo deprimente; 1.8% por molestias postparto (dolor, sangrado, suturas de episiotomía o cesárea); 1.8% por diversas sensaciones (hambre, frío, soledad, cansancio, o aburrimiento); 0.9% por otros motivos (no les permiten dormir, no acuden sus familiares a visitarlas, etc.); 0.7% por falta de atención (porque no se les ayudaba para ir al sanitario cuando aún tenían soluciones). El 93.5% considera que siempre respetaron su **privacidad**, únicamente 0.4% manifestaron que casi nunca respetaron su privacidad y 0.2% que nunca la respetaron. El 97.5% encontraron siempre todo en **orden**.

La mayoría, 96.9 % de las pacientes, no encontraron **problemas durante su estancia** en el hospital, quienes refieren problemas, 3.1% mencionan falta y retardo en la atención o impaciencia del personal durante la atención. Al 90% no le hizo **falta** ningún **medicamento o material**, sin embargo, del 10% que reportaron falta: 7.5% refiere falta sólo algunas veces, y 2.5% regularmente. Refiriendo la falta principalmente de pañales y sábanas para sus bebés, de analgésicos, batas, ropa de cama, banquillos para subir y bajar de las camas, agua caliente, cucharas para sus alimentos y cómodos. (Cuadro No.VI).

RELACIÓN INTERPERSONAL.

Trato del personal al paciente. 95.3% de las pacientes no manifestaron problema con la atención por parte del **personal médico**, 69.8% reportó buena atención, y 25.5% muy buena atención. Mientras que porcentajes muy bajos, 4.4%, 0.2% y

0.2% reportan regular, mala y muy mala atención respectivamente, mencionando brusquedad o enojo por parte del personal médico durante la atención. Del **personal de enfermería** 68% de las pacientes reporta buena atención y 25.8% reportan muy buena atención, es decir, 94.2% no refieren problema con la atención. Únicamente 4%, 1.5% y 0.2% reportan regular, mala y muy mala atención respectivamente, por maltrato y falta de paciencia de este personal tanto en sala de expulsión como en hospitalización. 57.1% de las pacientes mencionaron no haber tenido ningún contacto con el **personal de trabajo social**, debido a que no lo identificaban, mientras que del 42.9% de las que sí lo conocieron, 31.1% y 10.5%, reportaron buena y muy buena atención respectivamente. El 0.7%, 0.4% y 0.2% refiere regular, mala y muy mala atención debido a que no se les atendió su solicitud de ayuda económica. 91.6% no manifestaron problemas con el **personal de limpieza**, reportando 75.1%, 16.5% buena y muy buena atención; 1.6%, 1.1% y 0.2% reporta regular, mala y muy mala atención respectivamente manifestando maltrato por ensuciar el piso. 55.5% de las pacientes no tuvieron contacto con el **personal de vigilancia**, del 45.5% que sí lo trataron, 35.3% y 8.2% reportaron buena y muy buena atención, es decir, 43.5% no refieren problema con la atención, sólo 0.4% reporta mala atención. (Fig.9). (Cuadro No. VII).

Interés por el paciente. En general, las pacientes expresaron que el personal les tenía **paciencia** durante su atención, reportando 30.1% mucha paciencia y 56.4% suficiente paciencia; mientras que algunas expresaron falta de paciencia por parte del personal, reportando 11.1% paciencia regular, 2% poca paciencia y 0.2% que no les tuvieron paciencia (Fig.9). El **tiempo de atención** que se les dedicó a las pacientes, fue referido principalmente como suficiente por 85.1%, como mucho tiempo por 4.7%; y sólo 3.6% refieren que se les dedicó poco tiempo de atención. La mayoría de las pacientes expresaron que el personal muestra su **interés por el paciente**, reportando interés suficiente 62.7%, mucho interés 26.9%; sólo 3.5% y 0.4% expresan poco interés y falta de interés en la atención respectivamente.

La mayoría de las pacientes, 65.3% recibieron **ofrecimiento de ayuda** por parte del personal. Aunque inicialmente 43.6% dijeron no haber recibido ninguno, cuando se les dieron opciones de respuesta específicas, contestaron afirmativamente a alguna de ellas, disminuyendo el porcentaje de esta forma a 34.7% de las pacientes que no reciben este ofrecimiento. Se halló que la ayuda ofrecida por el personal, incluye revisión pediátrica, materna, planificación familiar, exámenes de laboratorio (entre ellos Papanicolao), vacunación pediátrica, o combinación de estas, y otras (económica, traslado a su casa, administrativa, ropa para el bebé y orientación en salud). Encontrándose un mayor porcentaje de ofrecimiento de Revisión pediátrica y materna, 17.8%, y de Revisión pediátrica, materna, Planificación Familiar y realización de exámenes de laboratorio, 17.6%. (Cuadro No. VII).

Actitud de Servicio. La *amabilidad* del personal fue para la mayoría de las pacientes, 75.1% y 13.5% siempre y casi siempre respectivamente; 8.7% mencionan que el personal sólo fue amable algunas veces. 0.2% reporta que casi nunca y 0.2% que nunca fueron amables con ellas. Un alto porcentaje, manifestó que se les dio una *explicación clara de su tratamiento*, reportando que esta explicación fue siempre para el 69.1%, casi siempre para el 13.3% y regularmente para el 2.9%. Sin embargo, al 6.9% se les dio explicación clara algunas veces, al 1.5% casi nunca les dieron explicación, y 6.4% nunca recibieron alguna explicación de su tratamiento. 92.7% no manifestaron problemas al solicitar la atención del personal, ya que 82.9% expresaron que el personal siempre les otorgó *atención sin mostrar desagrado*, cuando lo solicitaban; 8.7% refieren que las atendían casi siempre sin mostrar desagrado. El 6.5% de los casos, manifestaron que el personal les mostraba desagrado algunas veces durante la atención, sólo 0.5% y 0.2%, que casi nunca y nunca respectivamente, las atendieron con agrado. Al 98% de las pacientes se les realizó *revisión frecuente*; 90.4% siempre; 4% casi siempre, al 0.7% sólo se les revisaba algunas veces, al 1.1% casi nunca las revisaban y sólo 0.2% refiere que no se le revisó. (Fig.9). (Cuadro No. VII).

ATENCIÓN PRENATAL.

88.9% de las pacientes expresaron haber recibido *Control Prenatal*, 52.2% siempre y 10.7% casi siempre, 20.3% casi nunca, mientras que 11.1% de ellas no llevaron ningún control durante su embarazo. *Inicio de Control Prenatal* De las pacientes que tuvieron atención prenatal, el mayor porcentaje, 61.3%, lo iniciaron en el 1er. Trimestre. 28.9% en el 2o. Trimestre y 9.8% durante el 3er. Trimestre. El motivo principal para haber iniciado dicho control en el 1er. trimestre referido por 43.6% de las pacientes, fue por ser importante su embarazo. Mientras que los motivos de las pacientes que iniciaron su atención prenatal durante el 2º. Trimestre, en igual porcentaje, 2.2% lo refieren principalmente debido a falta de tiempo, ya que tenían que cuidar a otros hijos o trabajar; por sentirse bien; por desidia o descuido; 1.8% por radicar en otros estados de la República Mexicana, ya que donde vivían no contaban con médicos, o no se les atendía en los centros de salud donde acudían. Los motivos mencionados para iniciar su atención en el 3er. Trimestre lo refieren principalmente por cuestión económica, desconocimiento de su estado grávido; por cuestiones personales, ya que a ellas o a su esposo no les agradaba que las revisara el médico; por no considerarlo necesario, debido a que ya habían tenido embarazos previos; por ocultar su embarazo ante sus familiares, por término de su aseguramiento social o por miedo. (Cuadro No.VIII).

Se encontró un rango de 1 a 30 *consultas prenatales*. 59.7% de las pacientes recibieron de 5 a 9 consultas, y 30.3% menos de 5 consultas. El control prenatal fue adecuado en 51.9% de los casos. Durante la atención prenatal se realizó *investigación de antecedentes patológicos*, en 49.5% de los casos en la primera consulta, 24.9% en todas las consultas, sin embargo, en 12.5% de los casos no se interrogó a la paciente sobre estos antecedentes. Los *antecedentes heredofamiliares* también fueron investigados predominantemente en la 1ª consulta, sin embargo no fueron investigados en el 9% de los casos, ni tampoco se investigaron *toxicomanías* en 10.2% de los casos. Se les realizó *expediente clínico* a la mayoría de las pacientes, 85.9%, sólo 13.9% refirieron que no. (Cuadro No.IX).

La *exploración física* de las pacientes, generalmente se realiza siempre de manera satisfactoria en la mayoría de ellas, incluyendo revisión completa, toma de signos vitales, peso y medición, revisión de posición fetal y frecuencia cardíaca fetal. Sin embargo, al 4.7% de las pacientes no se les pesa ni mide nunca, y casi nunca se les revisa de forma completa en un 0.8%.

La realización de *exámenes de laboratorio* se inició con prueba de embarazo al 61.8% de las pacientes. De 71% de las pacientes que les solicitaron exámenes de laboratorio, a la mayoría, 89.4%, se les solicitó Biometría Hemática (BH) y Examen General de Orina (EGO), al 5.2% sólo BH, y al 5.4% únicamente EGO. Al 29% no se les solicitó ningún examen. Es importante mencionar que de las pacientes que se les solicitó exámenes de laboratorio, 2.1% (12) no se los realizó por falta de recursos económicos. 98.6% de las pacientes refiere que no se les realizaron *radiografías*; 1.2% refiere que se les realizaron estudios radiológicos casi al final del embarazo y sólo el 0.2% refiere que se les realizó en las primeras semanas. Al 64.2% se les realizó ultrasonido, al 63.9% de las pacientes durante el 3er. Trimestre del embarazo, al 27.9% en el 2º. Trimestre y al 8.2% en el 1er. Trimestre.

Prescripción de vitaminas. Al 83.5% de las pacientes se les prescriben vitaminas, al 33.5% en algunas consultas, al 31.6% en una consulta y al 18.4% en todas las consultas, mientras que al 16.5% de las pacientes nunca se les prescriben. Aunque a algunas pacientes de las que se les prescribieron vitaminas, refirieron que no se les administraron por falta de recursos económicos (1.4%). (Cuadro No.IX).

ATENCIÓN DEL PARTO.

En general, se realiza *exploración física* y se les registraron *signos vitales* a la mayoría de las pacientes, con incremento en el porcentaje en el número de veces que se realizaban los procedimientos. El 6% refiere que no se les realizó exploración física y 7.1% refiere que nunca les registraron ni presión arterial, ni temperatura. (Cuadro No. X). Se mantiene la *hidratación* del 99.3% de las

pacientes, con aplicación de soluciones IV. Al 85.6% de las pacientes se les realizó **aseo genital** antes de la atención de su parto, 14.4% refiere que no se les aseó.

El 91.6% refiere que el recién nacido se encuentra en buenas condiciones de salud, mientras que el 7.3% reporta que no. Entre los **problemas de salud del recién nacido** que reportan las pacientes, se encuentran por orden de frecuencia bajo peso al nacer, prematuridad, hipotermia, trastornos genéticos: labio leporino y paladar hendido, problemas pulmonares (por aspiración de líquido amniótico o meconio), infecciones, fractura de clavícula, y otros (ictericia, diabetes), 1.5% reporta óbito fetal y muerte del recién nacido. En 85.5% de los casos el recién nacido **respiró y lloró de inmediato**, sólo 12.9% mencionan que no fue así, y 1.6% que no saben.

La **estancia en la sala de partos** es agradable para el 48.4% de las pacientes y regular para el 36.5% de ellas, con bajos porcentajes para las categorías desagradable, muy desagradable y muy agradable. Entre las causas de su opinión de cómo fue su estancia en la sala de partos, por orden de frecuencias encontramos que el 27.8% menciona que fue buena la atención; 4% que se les atendió rápido, 49.7% no dio su opinión. Entre otros motivos de su opinión en la sala de partos, con menores porcentajes, encontramos maltrato por parte del personal 3.1%; falta de atención 2.7%; dolor y molestias propias del parto; miedo; y retardo en su traslado 2.2%, frío; y atención brusca o tautos muy frecuentes 1.8%, otras causas como ruido excesivo 1.1%; atención tardada 5%; y falta de paciencia del personal, 0.4%.

Se encontró que a las pacientes se les realizaron en promedio de 1 a 20 **tactos vaginales**, con mayor porcentaje, 62.5%, en el rango de 1 a 3 tactos, 29.5%, entre 4 y 6 tactos, 3.8% de 7 a 10 tactos, y 1.8% de 10 a 20 tactos. Al 2.4% de las pacientes no se les realizó tacto. Al 56.5% se les dio **información de que la placenta salió completa**, al 42.5% no se les informó. (Cuadro No. X).

ATENCIÓN DEL PUERPERIO.

Después del parto, a la mayoría de las pacientes se les brindan los cuidados adecuados, ya que 45.5% de las pacientes reportaron que les realizaron **exploración física** y al 18.9% **revisión de glándulas mamarias** más de 3 veces, al 22% y 16.9% se les realizó exploración física y revisión de glándulas mamarias respectivamente 2 a 3 veces, al 30.9 % y 44.9% se les realizó exploración física y revisión de glándulas mamarias sólo una vez, y el 1.6% y 19.3% refieren que no se les realizó exploración física, ni revisión de glándulas mamarias. Al 95.1% se les informó de cómo alimentar a su bebé, sólo 4.7% menciona que no se le indicó como hacerlo, aunque se realizan pláticas de **lactancia materna** en el servicio antes de que sean dadas de alta, mientras que a 1.5% de las pacientes, se les invitó a estas pláticas a pesar de que se

trataba de óbito fetal, o de que había ocurrido la defunción del recién nacido. (Cuadro No. XI).

El 98.5% de las pacientes recibieron **dieta normal** después del parto, dentro de las cuáles, al 13.8% de las pacientes se les inició su alimentación con dieta líquida, posteriormente dieta blanda y finalmente dieta normal debido a operación cesárea. Al 1.3% de las pacientes de parto normal, no se les permitió que ingirieran alimento ya que se les realizaría salpingoclasia, sin embargo, debido a diversas circunstancias, no se les programó para el quirófano y fueron dadas de alta sin haber recibido alimentos, por estar fuera del horario de comidas. A la mayoría de las pacientes, 82.5%, se les solicita **deambulación**, y sólo se citó a consulta a 64.2%, refiriendo 35.8% que no se les había dado **cita para consulta**, hasta que realizaran los trámites para su salida del hospital.

OPINIÓN DE LA ATENCIÓN.

Se encontró que 95.1% de las pacientes expresan que **regresarían y recomendarían el hospital**, únicamente el 4% de ellas manifiestan tener **queja en contra de la atención recibida**, sin embargo, la mayoría de las pacientes 89.6% no sabe dónde hacerlo. Un porcentaje del 58.9% no hace **comentarios** acerca de su atención y del 41.1% que sí los hacen, 48.7% son favorables respecto a agradecimientos y felicitaciones al personal por la atención recibida, mientras que el 51.3% restante, se refieren a comentarios relacionados a solicitud de mejoría, con el siguiente orden de frecuencia: 49.6% mejoría en comodidad física, solicitando proporción de materiales como cobijas, batas, pañales, camas más cómodas, mejor aseo y alimentos que no estén fríos o insípidos; 23.1% mejoría y rapidez en la atención, en sala de expulsión y de hospitalización, sin brusquedad en la exploración, y que se les traslade pronto a la sala de Ginecoobstetricia; 13.7%, solicita mejoría en el trato, que el personal sea más amable, paciente y tenga mayor interés en atender a las pacientes; algunas, 6.8% solicitan mayor información de su estado de salud y del recién nacido, y explicaciones del proceso de parto a primigestas; 6.8% solicita aumento de personal, y que el personal no escuche música con volumen muy alto. (Cuadro No. XII).

RESULTADO DE LA ATENCIÓN.

Se reporta que en 91.6% de los casos, el **estado de salud del recién nacido** es satisfactorio, un porcentaje mínimo, 7.3% refiere problemas con el estado de salud del recién nacido; el 99.1% de las pacientes considera que **resolvieron su estado de salud**. Un alto porcentaje de pacientes **califican la atención recibida** como buena: 52.2%, muy buena: 27.6%, y 11.6% como excelente, encontrándose pequeñas puntuaciones que la califican como regular 8%, y únicamente 0.8% como mala.

EVALUACIÓN TOTAL.

Se realizó el análisis estadístico de las dimensiones específicas de calidad medidas, para obtener una evaluación final. La *Accesibilidad Geográfica* fue calificada Buena 53.6%, Excelente 41.8%, y Regular 4.6%; la *Accesibilidad funcional* fue calificada Buena 47.3%, Excelente 24.6%, Regular 25.9% y Mala 2.2%, dando calificaciones de *Accesibilidad Total* Buena 66.5%, Excelente 29.2%, y Regular 4.3%. (Cuadro No. XIII). (Fig.No.8).

El *Ambiente*, lo califican como Excelente 98.5% y Bueno 1.5%. (Fig.No.9). El *Trato al Paciente* fue calificado como Bueno 65.6%, y 30.2% Excelente, únicamente 4.2% es calificado como trato Regular, hallándose que pocos tienen contacto con el personal de trabajo social. La mayoría reporta estar satisfecha con su atención, específicamente la mayoría reportó que el personal mostró interés y cuidado. La *Actitud de Servicio* del personal resultó Excelente 88.4%, 10.2% Bueno y 1.5% Regular. El Trato, Interés y la Actitud del personal hacia la paciente fueron tomados como una sola variable llamada *Relación Interpersonal*, la cual resultó 58.8% Excelente, 39.9% Buena, sólo 1.3% es calificada Regular. (Fig.No.10).

La suma de las variables *Accesibilidad, Ambiente y Relaciones Interpersonales*, forman una sola variable llamada **Expectativas del Paciente**, dando como resultado que la atención logró satisfacer las expectativas del paciente 76.3% en forma Excelente y 23.7% Buena. (Fig.No.11).

El 89.9% de las pacientes llevaron Atención Prenatal, que incluyó *Medidas de Control*, calificadas 56.8% como Excelentes, 23.7% Buenas; sólo 11.1% fueron calificadas como Malas. La *Investigación de Antecedentes de Riesgo* en la paciente, fueron 22.7% Excelente, 55.4% Regular, Buena 16.6% y Mala 5.3%. La realización de *Exploración Física* durante la atención prenatal, calificó Excelente en alto porcentaje: 94%, 5.8% Buena y 0.2% Regular. Las variables Medidas de Control, Investigación de Antecedentes y Exploración Física, forman la categoría *Atención del Embarazo*, la cual resultó calificada de la siguiente manera: El 76% Excelente, el 12.7% Buena, el 0.4% Regular y 11.1% Mala. (Figs.No.12 y 13).

La *Atención del Parto* es calificada 72.4% como Excelente, 26.9% Buena, y el 0.7% Regular. La *Atención del Puerperio*, es calificada 68.3% Excelente y 31.5% Buena, (Fig.No.13) por lo que el **Seguimiento de la Norma**, formada por Atención Prenatal, Atención del Parto y Atención del Puerperio, califica 79.5% Excelente, 9.5% Bueno, 10.7% Regular y 0.2% es Malo. (Fig.No.14).

La *Calificación de la Atención* resultó Buena 52.2% y 39.3% Excelente, únicamente 8.5% Regular. *Expresiones de Intenciones Conductuales Positivas*, Excelentes 41.3%, y 56.1% Buenas, el 2.6% Regulares. Con un *Resultado Satisfactorio* 8.4% y *Resultado Muy Satisfactorio* para el 91.6% de ellas. La *Calificación de la Atención*, *Expresión de Satisfacción* y el *Resultado* obtenido forman la variable **Opinión de la Atención**, dando una calificación del 88.7% de Excelente opinión y 11.3% Buena opinión con el servicio.

En la evaluación final, se obtuvo la **Satisfacción de las pacientes con la Atención**: 80.9% Muy satisfechas, 18.5% Satisfechas, y únicamente 0.6% como regularmente satisfechas según las variables analizadas (**Expectativas del paciente, Seguimiento de la Norma, Resultado y Opinión de la Atención**). (Figs.No.16 y 17).

Correlaciones.

Se observaron algunos efectos sociales en la satisfacción, encontrando que la edad tiene débil correlación negativa ($r = -0.1472$; $p < .00001$), ya que las pacientes que tienden a expresar sus comentarios, tienen mejor opinión de la atención, y más satisfacción, son pacientes jóvenes de 16 a 25 años a diferencia de pacientes mayores de 30 años.

El estado civil refleja que quienes tienen mejor seguimiento de la norma y mayor satisfacción con la atención son en su mayoría mujeres que viven en unión libre y casadas, quienes inician su atención prenatal en el 2º y 1º trimestre respectivamente. Mientras que las pacientes que no llevaron atención prenatal o la iniciaron en el 3º trimestre, son predominantemente solteras y separadas.

En el análisis se buscó correlación de la educación con satisfacción ($r = .18432$; $p < .00002$), revelando que las pacientes con mayor escolaridad estuvieron más satisfechas con la atención técnica ($r = .18958$; $p < .00001$) que con la atención interpersonal ($r = .12816$; $p < .00002$). Asimismo, se halló a menor educación, retardo en el trimestre de inicio de atención prenatal ($r = .86602$; $p < .00002$). La mayoría de pacientes que no recibieron atención prenatal, eran mujeres sin escolaridad; mujeres con primaria y secundaria iniciaron su atención predominantemente en el 2º o en el 3º trimestre; pacientes con preparatoria, con otra escolaridad y licenciatura, inician en el 1º trimestre, y refieren mejor seguimiento de la norma.

Se halló débil asociación estadísticamente inversa entre ocupación y satisfacción por la atención recibida ($r = .22470$; $p < .00001$), con mayor satisfacción en pacientes

dedicadas al hogar, comparado con empleadas. Sin encontrar correlación con satisfacción ($r = .00458$; $p = <.91459$), las pacientes con mejor ingreso económico, tuvieron mayor porcentaje de atención prenatal siempre y casi siempre, en forma adecuada, con inicio más temprano en comparación con las de menor ingreso económico.

En el análisis de antecedentes de ingreso, se buscó correlación de antecedentes ginecoobstétricos con la edad, y adecuancia de su atención prenatal. De 9.3% de las pacientes sin antecedente de parto, aproximadamente un tercio tenían de 16 a 20 años, y en mínimo porcentaje, mayores de 30 años. La mayoría de pacientes con antecedente de 1 a 3 embarazos y partos, predominantemente de 16 a 20 años de edad, recibieron atención prenatal en forma adecuada. Pacientes con antecedente de 4 a 6 embarazos o partos principalmente de 26 a 30 años, recibieron atención prenatal, en forma inadecuada final o inicial. Pacientes con más de 7 embarazos o partos, de 36 a 40 años, recibieron atención inadecuada total e inicial. Quienes presentaron mayor antecedente de abortos eran pacientes de 21 a 25 años. El mayor porcentaje de pacientes con antecedente de una cesárea, se encontró en rangos de edad de 16 a 20 años y de 26 a 30 años; con antecedente de 2 cesáreas, en el rango de 16 a 20 años, y con antecedente de 3 cesáreas, en rangos de 21 a 30 años. Se halló que las pacientes con menor número de embarazos, partos, y cesáreas, sin antecedentes de abortos, tuvieron mejor seguimiento de la norma, resultado y mayor satisfacción.

Las pacientes con antecedente de hospitalización previa, estaban más satisfechas con el aspecto técnico y general ($r = .43870$; $p = <00001$), que las pacientes cuyo ingreso a un hospital era de primera vez.

La auto percepción de mayor gravedad del estado de salud, parece estar asociado con evaluación negativa en satisfacción ($r = .87686$; $p = <.00001$), consistente con la literatura, ya que las pacientes que se percibieron con mejor estado de salud, y con mayor porcentaje de antecedente hospitalario tienen mejor opinión y satisfacción, que las pacientes sin hospitalización previa quienes se perciben más graves o delicadas ($r = .79512$; $p = <.00001$). Sobre todo, un factor importante en estas pacientes que se percibieron sin complicaciones, es que reportaron mejor seguimiento de la norma ($r = .7784$; $p = <.00002$). Se encontró que el mayor porcentaje de pacientes que percibieron su estado de salud como delicado o grave, sin antecedente hospitalario, tenían mayor porcentaje de recién nacidos con estado de salud satisfactorio, y resultado similar a quienes si tenían antecedentes de hospitalización, con mayor satisfacción en el aspecto interpersonal.

La satisfacción con los aspectos del acceso geográfico se encuentra correlacionada positivamente ($r = .7119$; $p = <00001$), quienes viven más cerca, con mayor disponibilidad de transporte, llegan más fácilmente, y rápido, tienen mejor opinión y

mayor satisfacción con la atención recibida. La mayoría utilizó más el medio de transporte público. Quienes llegaron en 15 a 30 minutos tuvieron mayor disponibilidad de transporte y facilidad para llegar al hospital utilizando preferentemente auto. Quienes llegaron en un tiempo de 30 minutos a 1 hora, utilizaron principalmente microbús; de 1 a 2 horas, taxi, y quienes llegaron en más de 2 horas utilizaron otro medio de transporte; con disponibilidad, y facilidad para llegar al hospital disminuidas asociadas a mayor tiempo. En relación al acceso funcional se encontró correlación negativa ($r = .7118$; $p = <.00001$), ya que el tiempo que transcurre entre el momento en que el paciente llega hasta que es atendido es calificado con menor satisfacción y se asocia inversamente reflejando largos tiempos de espera en admisión (11.8% largo, 4.7% muy largo), o en asignación de cama (más de 2 hrs, 61%), disminuyendo con ello la rapidez de la atención. En general, el acceso contribuye en forma importante en la satisfacción del paciente ($r = .8132$; $p = <.00001$).

En la evaluación del ambiente se encontraron altas puntuaciones en relación a la iluminación, ventilación, limpieza, y comodidad, así como orden, privacidad, ausencia de problemas y provisión adecuada de medicamentos, con mejor opinión y mayor satisfacción en la relación interpersonal ($r = .5197$; $p = <.00001$) y a nivel general. Aunque se encontró que 15.8% de las pacientes manifestaron alguna incomodidad, el mayor porcentaje es debido a falta de recursos físicos como camas cómodas, y sus aditamentos relacionados (sábanas, banquillos, etc.), o ropa para las pacientes y los recién nacidos (aunque a algunas pacientes les hacía falta algún material, y no lo manifestaron; sólo se consideró en la evaluación lo reportado por las pacientes). Se halló correlación positiva del ambiente en el cumplimiento de expectativas del paciente con mayor satisfacción con la atención ($r = .9658$; $p = <.00002$).

Las características de satisfacción específica muestran la atención interpersonal establecida y pueden reflejar que el personal médico, de enfermería y limpieza, en general proveen trato humano de buena calidad. Las puntuaciones muestran tendencia de las pacientes a expresar mayor satisfacción con los médicos y el personal de enfermería con quienes tienen mayor contacto, que con otro personal ($r = .6639$; $p = <.00001$). Sin embargo, el personal de trabajo social y vigilancia que no tiene contacto con las pacientes en alto porcentaje, tienen un índice de satisfacción casi similar.

La mayoría reportó que en general, el personal está interesado en su atención. Quienes expresan suficiente paciencia, mayor tiempo de atención, amabilidad, y suficiente grado de interés, expresan mejor calificación de la atención interpersonal ($r = .6707$; $p = <.00001$), y mayor satisfacción en relación a su estancia en sala de partos y hospitalización ($r = .5529$; $p = <.00001$). La mejor actitud de servicio, con mayor ofrecimiento de ayuda, y atención sin mostrar desagrado a las pacientes, tiene mayor cumplimiento en las expectativas del paciente, con mayor satisfacción en el aspecto interpersonal ($r = .9286$; $p = <.00001$). Las pacientes que recibieron

mayor explicación del tratamiento médico, expresaron mejor atención y mayor satisfacción con la atención, sin embargo, algunas pacientes (6.8%), desean más información del tratamiento de su condición de salud. La revisión frecuente se correlaciona positivamente con mejor atención técnica. Estos aspectos: trato, interés y actitud se encuentran relacionados a mejor relación interpersonal, mayor cumplimiento de expectativas, y mayor satisfacción, con moderada significancia estadística ($r=.66202$; $p= <.00001$).

Resultados de pequeños porcentajes sumados, indican trato inadecuado al paciente (regular, malo y muy malo), 4.8% por parte del personal médico, 5.7% del personal de enfermería, 2.9% del personal de limpieza, 1.3% del personal de trabajo social y 1.1% del personal de vigilancia; así como 13.5% indican paciencia regular, poca paciencia o impaciencia del personal, 3.6% poco tiempo de atención, 10.4% menor interés; 9.1% menor amabilidad, 7.2% atención con desagrado, y 2% revisión poco frecuente; y porcentajes mayores, 14.8% menor explicación del tratamiento médico, o 34.7% de las pacientes que no reciben algún ofrecimiento de ayuda.

En el análisis se encontró que 88.9% de las pacientes llevó Atención Prenatal, y únicamente en 51.9% de las pacientes, la atención prenatal fue adecuada. La mayoría de ellas tuvieron atención del parto por vía vaginal. Se encontraron diferencias altamente significativas, de mayor satisfacción en quienes recibieron atención prenatal, en pacientes en unión libre y casadas, con edades entre 16 y 25 años, que recibieron atención siempre y casi siempre, en el 1er y 2º trimestre, en forma más adecuada, reflejándose en mejor seguimiento de la norma ($r=.78499$; $p= <.00001$), comparadas con aquellas que no recibieron o casi nunca recibieron atención.

La atención al Embarazo basada en medidas de adecuación de atención prenatal se evaluó con índice modificado de Kessner, incluyendo trimestre de inicio de atención prenatal, número total de consultas prenatales, parto a término, y contenido de la atención prenatal examinado en muchos estudios.³⁶ Ver cuadro XIV. Considerándose como Atención Prenatal:

*Adecuada, en el caso en que las mujeres recibieron atención desde el 1er trimestre de embarazo y mínimo 5 consultas acumuladas de control prenatal hasta la atención del parto.

*Inadecuada Inicial, si las mujeres no recibieron atención desde el 1er trimestre de embarazo, pero acumularon un mínimo de 5 consultas hasta la atención de su parto.

*Inadecuada Final, si las mujeres recibieron atención desde el 1er trimestre de embarazo, sin tener el mínimo de 5 consultas de control hasta la atención de su parto.

*Inadecuada Total, cuando las mujeres ni recibieron atención desde el 1er trimestre de embarazo ni tuvieron como mínimo 5 consultas prenatales hasta la atención de su parto.

De acuerdo a los criterios mencionados, únicamente 51.9% de las pacientes recibió atención prenatal siempre y casi siempre, en forma adecuada, encontrando alta correlación con mejor atención del embarazo y seguimiento de la norma. Quienes recibieron atención prenatal regularmente, el mayor porcentaje fue inadecuada inicial. Quienes casi nunca recibieron atención prenatal fue inadecuada final y total, con menor calidad técnica.

En contraste, no se encontró asociación estadística entre adecuación de la atención prenatal recibida y el resultado. Quienes recibieron control prenatal en forma adecuada, tuvieron excelente resultado, y recién nacidos con estado de salud satisfactorio en mayor porcentaje, comparado con quienes no reciben atención prenatal, o la reciben en forma inadecuada, sin embargo quienes recibieron atención inadecuada total tuvieron mejor resultado, comparado con quienes recibieron atención inadecuada inicial, y quienes no recibieron atención prenatal tuvieron mejor resultado que quienes recibieron atención inadecuada final. El porcentaje de recién nacidos con mal estado de salud fue mayor en quienes recibieron atención inadecuada total o inicial, comparado con los recién nacidos de quienes nunca tuvieron atención prenatal, la diferencia estadística en estas pacientes, es en la menor satisfacción ($r=-.95483$; $p<.00001$).

De las pacientes que recibieron atención prenatal, 61.3% iniciaron su atención en el 1er trimestre de embarazo, correlacionada positivamente a mejor atención del embarazo y mayor satisfacción en comparación con las demás pacientes ($r=.85973$; $p<.00001$), desafortunadamente 9.8% de las pacientes no solicitaron atención prenatal temprana e iniciaron la primera consulta cuando el embarazo ya llevaba cierto tiempo. Aunque tampoco se halló asociación significativa del trimestre de inicio de la atención con el resultado, ya que quienes recibieron atención en el 1er trimestre tuvieron mejor resultado, en comparación con quienes lo inician en el 2º o 3º trimestre o quienes no reciben atención prenatal. Quienes iniciaron su atención en el 3er trimestre tienen mejor resultado que aquellas pacientes sin atención prenatal, y éstas últimas tienen mejor resultados que quienes iniciaron su atención en el 2º trimestre.

Los motivos, mayormente relacionados a las actitudes de las mujeres para recibir atención prenatal, reflejan factores culturales, identificados en el 1^{er} trimestre, como percepción de importancia (quienes recibieron atención adecuada presentaron una actitud positiva hacia su embarazo al considerar que la atención era necesaria para asegurar su bienestar); en el 2^o trimestre, la percepción de cualquier problema común como barrera para recibir atención (retardo en sospecha de embarazo, falta de tiempo, desidia); o relacionada a los servicios de salud (falta de médicos o de atención), se refleja principalmente en atención inadecuada inicial.

En el 3er trimestre, los principales factores de atención prenatal tardía (no comunicar a otros su embarazo, falta de aseguramiento), o factores económicos, se reflejan en atención inadecuada total. Finalmente, los motivos principales de las pacientes que no recibieron atención prenatal son principalmente económicos, por no considerarlo necesario, o sentirse bien de salud. También se encontraron diferencias en pacientes con menor paridad (1 a 3 partos), con mejor atención prenatal por su importancia, sobre todo en el 1er embarazo, en comparación con pacientes con más embarazos y partos, que recibieron menos atención quizá porque las mujeres ya sabían cómo cuidarse en embarazos subsecuentes.

En relación al número de consultas, las cuales fueron agrupadas por rango, encontramos que 30.3% de las pacientes recibieron menos de 5 consultas, con atención regular del embarazo, 69.7% de mujeres acumularon 5 o más consultas, la mayoría de ellas recibió 5 a 9 consultas, repercutiendo en mejor atención del embarazo, relacionada a mejor estado de salud percibido al ingresar; mayor porcentaje de recién nacidos con estado de salud satisfactorio, y mayor satisfacción por la atención. Sin encontrar asociación estadística entre el número de consultas y resultado, hallando que la mayoría de las pacientes tuvo excelente resultado, sobretodo quienes acumularon de 5 a 9 consultas, mientras que quienes no recibieron atención prenatal tienen mejores resultados que aquellas que recibieron 1-4 consultas.

Se encontró mayor porcentaje de recién nacidos en mal estado de salud, en pacientes que recibieron menos de 5 consultas y en quienes no recibieron atención prenatal, también se encontró que proporcionar más de 20 consultas disminuye la satisfacción ($r = .56228$; $p < .00004$), y aumenta la percepción de gravedad de su estado de salud, sin embargo mejora la atención del embarazo, y todos los recién nacidos de las pacientes, a partir de 15 consultas recibidas, nacieron con estado de salud satisfactorio.

El contenido de la Atención Prenatal se midió preguntando los procedimientos de la atención, registro de historia clínica, apertura de expediente clínico, exploración física, medición y registro de presión arterial, peso y talla maternas, exámenes de laboratorio, radiografías, y prescripción de vitaminas. Los cuales se encontraron

altamente significativos y correlacionados a la adecuación de la atención prenatal, hallando que los altos porcentajes de procedimientos realizados, que permiten al médico establecer de manera global el estado de la embarazada, contribuyen en forma muy importante en la atención adecuada del embarazo, con alta significancia en el seguimiento de la norma ($r=.9519$; $p= <.00001$), resultado y mayor satisfacción por la atención recibida ($r=.78499$; $p= <.00001$). Las actividades en conjunto, correspondientes al cuadro de procedimientos de Atención Prenatal (ver cuadro XV), podrían traducirse en conocimiento y control general de las pacientes.

De las pacientes a quienes se le solicitan exámenes de laboratorio (71%) sólo a 89.4% se le realiza BH y EGO, y a 10.6% de ellas sólo BH o EGO. Aunado a esto, 2.1% de las pacientes, no se les realizó por cuestiones económicas, aumentando de esta manera el porcentaje de pacientes a quienes no se les realiza exámenes. La mayoría de las pacientes recibió prescripción de vitaminas en una consulta o varias consultas, de las cuales 1.4% no se les administraron debido al factor económico. Encontraron diferencias significativas de pacientes que recibieron vitaminas en algunas consultas con mejor resultado en la atención, y mayor satisfacción de la atención en pacientes que recibieron prescripción de vitaminas en todas las consultas, en comparación con pacientes a quienes nunca se les administró vitaminas ($r=.80372$; $p= <.00001$).

El análisis de la Atención del Parto revela altos porcentajes de cumplimiento de los procedimientos realizados y criterios considerados en la evaluación, y menores porcentajes de mujeres que no recibieron los procedimientos que son necesarios para una mejor atención durante el parto, como Exploración Física, Registro de Signos Vitales, Aseo Genital y Verificación de Salida Completa de la Placenta. Ver cuadro XVI.

Las pacientes que reportaron que se les realizó Exploración física y Registro de signos vitales mayor número de veces; así como Aseo genital, y Aplicación de soluciones intravenosas, calificaron la atención como excelente en mayor porcentaje. Los procedimientos anteriores se encontraron relacionados positivamente con mejor resultado ($r=.8306$; $p= <.00001$), adecuada atención del parto, excelente seguimiento de la norma ($r=.9519$; $p= <.00001$) y mayor satisfacción de las pacientes ($r=.7850$; $p= <.00001$).

El porcentaje de pacientes a las que no se les informó de la salida completa de la placenta, no puede revelar necesariamente que no se les realizó el procedimiento, por lo que no se consideró en la evaluación del parto. Se halló que las pacientes con mayor satisfacción ingresan al hospital sin ruptura de membranas. Aunque la correlación estadística entre número de tactos y resultado no es consistente estadísticamente ($r=.02262$; $p= <.59654$), a la mayoría de las pacientes con mayor satisfacción se les realizó de 1 a 3 tactos, disminuyendo esta satisfacción con más de 7

tactos, encontrando mejor atención del parto a quienes se les realizó de 4 a 6 tactos y mejor resultado de la atención a quienes se les realizó de 7 a 10 tactos.

En pacientes con mejor atención del embarazo y del parto (por tanto mejor seguimiento de la norma), el recién nacido Respiró y lloró de inmediato, con estado de salud satisfactorio en mayor porcentaje, con mejor resultado y mayor satisfacción con la atención ($r=.73631$; $p<.00001$), en relación con pacientes que tuvieron regular o mala atención durante el embarazo.

No se encontró ninguna correlación, entre tipo de anestesia utilizada y atención del parto ($r=.03059$; $p<.47525$). A la mayoría de las pacientes se les aplicó anestesia local o no se les aplicó anestesia, con mayor porcentaje con recién nacidos en estado de salud satisfactorio y mejor resultado. A quienes se les aplicó bloqueo y anestesia local, tenían en mayor porcentaje atención excelente del parto, mayor seguimiento de la norma y manifestaron más satisfacción.

Altamente significativa con la atención del parto, quienes calificaron como agradable o regular su Estancia en la Sala de Expulsión, revelaron mejor atención, resultado y mayor satisfacción ($r=.9717$; $p<.00001$), que aquellas cuya estancia fue desagradable y muy desagradable.

En pacientes con Buena Atención del Puerperio, a quienes se les realizó Exploración Física muchas veces, revisión mamaria algunas veces, se les proporcionó información de cómo alimentar a los recién nacidos, se les solicitó que deambularan, se les citó a consulta nuevamente, y se les proporcionó alimentación, se halló relación con mejor resultado, mejor opinión por la atención y alta asociación estadística con mejor atención del puerperio, por tanto mejor seguimiento de la norma, y mayor satisfacción que las demás pacientes. Ver Cuadro XVII.

En las medidas de Resultado consideradas, encontramos alto porcentaje de recién nacidos en Buen estado de Salud en 91.6% de los casos, y alta Resolución de la condición de salud de las pacientes en 99.1% de los casos, encontrando en general un resultado de excelente a bueno. Con mejor resultado en pacientes con mejor atención del embarazo, del parto y puerperio, es decir, quienes reportaron excelente seguimiento de la norma ($r=.9519$; $p<.00001$), dieron mejor calificación y opinión de la atención aumentando consecuentemente su satisfacción ($r=.7850$; $p<.00001$).

En el análisis sobre la Opinión de la Atención, se halló que los altos porcentajes de las expresiones afirmativas de intenciones conductuales, como el regreso al hospital en caso necesario, recomendación del hospital a otras personas, y ausencia de quejas (ésta última expresión relacionada a mínimos porcentajes de problemas que se presentaron en su atención), así como altas calificaciones de la atención

recibida, y comentarios favorables expresados por las pacientes, están altamente asociados con mayor satisfacción.

Aunque la mayoría de las pacientes no realiza comentarios sobre la atención recibida, del total de quienes si los hacen, 48.7% se expresan favorablemente, lo cual se encuentra asociado significativamente con mejor resultado, recién nacido con estado de salud satisfactorio, y mejor atención interpersonal, lo cual a su vez se asocia con mayor satisfacción.

En la evaluación final de la atención, encontramos que el cumplimiento de expectativas del paciente en la atención fue excelente. En relación a la accesibilidad geográfica y funcional fue bueno en mayor porcentaje, obteniéndose accesibilidad que varía de buena a excelente; con buena relación interpersonal debido al buen trato al paciente e interés, y una actitud de servicio excelente, en un ambiente adecuado. Con algunas deficiencias en la atención al embarazo, en medidas de control prenatal, de investigación de antecedentes y exploración física de las pacientes; con adecuada atención durante el parto y puerperio, y seguimiento de la norma en general aceptable. Con mayor porcentaje de pacientes con opinión excelente y muy satisfechas con la atención recibida.

DISCUSIÓN

Una de las exigencias actuales en la atención médica en los Servicios de Salud es la Calidad, la cual está determinada por múltiples factores, por lo que evaluarla resulta complejo. El método más conocido, y utilizado en esta investigación, es el enfoque orientado al paciente, donde la calidad se analiza con base en el cumplimiento de satisfacer las necesidades y expectativas del usuario (aspecto interpersonal), lo cual debe ser acorde con las Normas y especificaciones (aspecto técnico) que controlan que el proceso de la atención sea efectivo.

Se realizó evaluación de la calidad de la atención en una unidad de 2º Nivel de Atención que proporciona servicio a población abierta. utilizando satisfacción como indicador de Calidad, y evaluando Estructura, Proceso y Resultado, los tres principales componentes del modelo de Donabedian, para tener una visión integral de la atención recibida en el servicio de Ginecoobstetricia. La satisfacción del paciente se evaluó a través de un cuestionario con preguntas específicas relacionadas a los aspectos técnico e interpersonal de la calidad, y otros factores asociados a satisfacción general con la atención, en un modelo multidimensional. Si se toma la satisfacción relativa de cada aspecto como evidencia del funcionamiento real del servicio, la alta satisfacción reflejará atención adecuada. Algunos estudios indican que la satisfacción se correlaciona positivamente con la

calidad técnica, si ocurre mayor satisfacción con la calidad técnica, podría significar que se le da mayor énfasis que a la calidad interpersonal, o viceversa. La NOM-007-SSA2-1993 proporciona las bases de evaluación técnica, mediante el cumplimiento de procedimientos de la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Consistente con los hallazgos de otros estudios,⁸⁸⁻⁹⁴ se obtuvo un alto rango de respuesta y la mayoría de las pacientes generalmente reporta que estuvieron satisfechas con la mayoría de los aspectos de la atención medidas, expresándolo con altas puntuaciones (con pequeñas diferencias entre satisfacción específica y general) asociadas con mayor nivel de satisfacción, lo que indica que existe mayor calidad de la atención en el servicio de ginecoobstetricia.

Se observaron algunos efectos sociales como factores en la satisfacción de las usuarias del servicio, encontrando que las pacientes con mayor satisfacción (contrario al concepto conocido de que son personas con edad mayor a 37 años^{63, 95}) eran jóvenes de 16 a 25 años, una relación inversa, esto podría ser comprensible considerando en este sentido, que la edad, una de las características de la mujer reproductiva, podría tener interacción con la percepción de salud disminuida, cuando está en los extremos, lo cual podría influir en la menor satisfacción de estos grupos.^{110, 111} Asimismo, se encontró que pacientes con mayor escolaridad estuvieron más satisfechas con la atención interpersonal, con mejor seguimiento de la norma y mayor calidad técnica, a diferencia de pacientes con menor educación quienes presentan retardo en el trimestre de inicio de atención prenatal. Aunque la satisfacción es inversa con la ocupación, con mayor satisfacción en pacientes dedicadas al hogar. Sin encontrar correlación entre satisfacción y mejor ingreso económico, lo cual nos indica la inconsistencia de estos factores mencionada en el marco teórico, debido a diversas influencias sociales e idiosincráticas^{57,99}.

En el análisis de antecedentes de ingreso, de acuerdo con los diversos autores, si influye favorablemente en el aspecto técnico y general en la satisfacción del paciente, el antecedente de hospitalización previa,^{64, 107, 108} y la auto percepción de mejor estado de salud²⁵ relacionada con la edad,^{114,115} con menor número de embarazos, partos, y cesáreas, sin antecedentes de abortos, con un mejor seguimiento de la norma, resultado y mayor satisfacción^{112,113}. Sin embargo, podría ser interesante analizar si los resultados hubieran sido diferentes si las pacientes con percepción de gravedad, fuera en número similar a quienes se perciben sin complicaciones.

Factores como el acceso, tanto geográfico, que incluía mayor disponibilidad y mayor facilidad de acceso al servicio, así como el acceso funcional con menor

tiempo de espera en admisión y asignación de cama y con mayor rapidez en la atención, también son determinantes en forma importante en la satisfacción del paciente.

Consistente con la literatura¹²³⁻¹²⁹, las condiciones externas que rodean al paciente durante su estancia, parecen determinar positivamente el resultado del aspecto interpersonal de la atención, como el ambiente,¹²⁰ factor que contribuye a mayor cumplimiento de expectativas del paciente, relacionado a mejor iluminación, ventilación, limpieza, y comodidad, orden, privacidad, ausencia de problemas y provisión adecuada de medicamentos. Lo mismo podríamos decir respecto a factores involucrados en el aspecto humano, donde el buen trato proporcionado por el personal se asoció a mayor satisfacción, aquí es importante mencionar que el alto porcentaje referido por las pacientes de no tener contacto con personal de trabajo social, puede ser debido a que no lo identifican, o bien, lo identifican como personal médico, mientras que el personal de vigilancia tiene mayor contacto con los familiares que con las pacientes. sin embargo esto no parece influir mucho en la evaluación interpersonal de la atención.

Mientras que el interés,¹⁰² otro factor caracterizado por suficiente paciencia, tiempo de atención y grado de interés, así como una adecuada actitud donde se es amable con la paciente, se le explica su tratamiento,^{130, 139} se le atiende con mayor agrado, se le revisa con frecuencia y se le ofrece ayuda, se encuentran relacionados a mejor relación interpersonal, mayor cumplimiento de expectativas¹²⁹, y mayor satisfacción. Mínimos porcentajes con evaluaciones negativas en estos aspectos, hacia los prestadores del servicio, aunque por separado, no influyen fundamentalmente en la satisfacción general, evidencian la necesidad de mejorar los servicios en este nivel e intensificar su control. Los cambios podrían transferirse a la conducta individual en la práctica del personal ya que la habilidad de los profesionales para una relación interpersonal adecuada, adquiere gran relevancia sobretodo durante la atención del parto, para lograr una mejor calidad de la atención. Aunque no todo el personal asume como suya esta función, la actitud es un elemento decisivo para mejorar los niveles de atención. La percepción de maltrato personal podría ser el reflejo de problemas de carácter organizacional como sobrecarga de trabajo, insuficiencia de personal, o de organización interna, y generalmente principal fuente de problemas en la calidad de la atención, sin embargo, nada justifica que se trate al paciente con prisa, impaciencia o descortesía. Una mejor relación afectiva, en un ambiente adecuado, probablemente hará que la atención sea más de mayor calidad, con mejor resultado y mayor satisfacción para el paciente.

En relación al 88.9% de las pacientes que recibió Atención Prenatal, podemos notar que es un porcentaje mayor si comparamos con el porcentaje nacional de

60% en otros países en desarrollo,¹⁵³ y menor comparado con el 98% en países desarrollados,¹⁶⁸ de acuerdo con la revisión de la literatura. Aunque el porcentaje en un servicio de salud no puede ser generalizado a otros servicios, es importante mencionar que si únicamente en 51.9% de las pacientes, la atención prenatal fue adecuada, entonces estas cifras podrían no ser muy alentadoras, pues estarían por debajo del porcentaje nacional, corroborando los hallazgos referidos en otros estudios, respecto al elevado porcentaje de mujeres, jóvenes, sin escolaridad y con bajo ingreso económico que no reciben atención prenatal.^{34,169,170}

La atención prenatal, esencial durante el embarazo de las pacientes, cuando es adecuada incluye inicio en el 1er trimestre de embarazo y tener 5 consultas hasta la atención del parto, ambos factores se ven influidos por factores culturales, y aspectos socioeconómicos de las pacientes, reflejándose en el seguimiento adecuado de la norma. Aunque existe un porcentaje similar al del promedio en Suiza y menor que en Países Bajos, al igual que en otros estudios, se encontró que no existe asociación entre el número de consultas, inicio y resultado,^{178,181,197} ya que proporcionar más de 20 consultas aumenta la percepción de gravedad de su estado de salud, y disminuye la satisfacción en la atención. También debe agregarse el contenido de estas consultas, en las cuales deben llevarse a cabo diversos procedimientos que contribuyen a una mejor atención, sin embargo, como puede observarse, esto no se realiza en forma integral, ya sea por parte de algunas pacientes que no realizan las recomendaciones médicas, como tomar vitaminas, 1.4%, cifras mínimas en comparación del 30% referido en la literatura por Piper et al,¹⁷³ pero que influye en la calidad esperada de atención a esta población, o bien por parte del prestador del servicio, donde encontramos deficiencias en algunas actividades como la apertura de expedientes clínicos e investigación de antecedentes en la historia clínica, que requieren de mayor atención.

En mayor porcentaje de procedimientos realizados en la Atención del Parto, contribuye en el seguimiento de la norma, además del resultado satisfactorio en la salud materna y del recién nacido (de 7.3% de recién nacidos con problemas de salud, solo en 1.5% de los casos ocurrió el deceso), por lo que es importante reducir los porcentajes de procedimientos que no se realizan (exploración física, toma y registro de signos vitales, y aseo genital).

El uso de anestesia durante el trabajo de parto normal de acuerdo a la norma, se aplica según el criterio médico, y no se encontró correlación, entre el tipo de anestesia utilizada y atención del parto, pero aunque algunas mujeres pueden soportar los dolores del parto y la expulsión con muy poca analgesia o sin ella, casi todas quieren y merecen que se proporcione alivio al dolor cuando sea necesario, de acuerdo a su situación obstétrica y psicológica particular, y quizá sea conveniente hacer de su

conocimiento que en el hospital se dispone de anesthesiólogo, para reducir la ansiedad de la paciente, y el temor al trabajo de parto prolongado y doloroso, facilitándole soportar el malestar del momento, además de hacer que su estancia en la Sala de Expulsión, no sea desagradable. Comentarios de maltrato, falta de atención, retardo en traslado a sala de hospitalización, atención brusca y tacto frecuente, ruido excesivo y tardanza en la atención, son mínimos, sin embargo podrían corregirse, mientras que aquellos comentarios favorables de buena atención y rapidez en la atención son dignos de elogiarse.

Con respecto a la Atención del puerperio algunos procedimientos durante la Atención del Puerperio que contribuyen a un mejor resultado, mejor opinión por la atención y mayor satisfacción, no se realizan en un porcentaje importante de las pacientes, lo que contribuye a menor calidad técnica. Estos porcentajes podrían reducirse, con adecuada atención en la exploración física y revisión de mamas antes de su alta. También podría mejorarse la solicitud de deambulación, sin que esta solicitud incluya el forzar a la paciente a caminar, mediante la explicación de los beneficios a su salud. Es necesario considerar que mientras al 4.7% de las pacientes no se les informó acerca de la lactancia materna, al 1.5% de las pacientes se les dio información de cómo amamantar al recién nacido, a pesar del deceso de éste último, por lo que es recomendable prestar atención en este aspecto de la atención, aunque este porcentaje sea mínimo. En relación al alto porcentaje de pacientes que no se les citó nuevamente, es importante mencionar que referían que se les citaría hasta que realizaran los trámites necesarios para su salida del hospital (por cuestiones de organización del servicio), lo cual solo fue corroborado en algunas pacientes, debido a tiempo limitado.

Aunque la atención durante el embarazo, parto, o puerperio, influyen en diferente grado en los componentes que la conforman en cada uno de estos periodos, y todos ellos contribuyen en el seguimiento adecuado de la norma (con menor proporción la atención del embarazo), reflejándose en la satisfacción de las pacientes relacionada con el aspecto técnico de la calidad.

La mayoría de las pacientes expresaron mayor satisfacción, mediante una opinión positiva, sin embargo algunos comentarios indican que aunque los pacientes rehúsan expresar insatisfacción, quizá por efecto normativo,^{84,87-90} les gustaría que fuera mejor el servicio, sugiriendo mejorías en comodidades físicas, en la atención, en la rapidez de atención y en el trato al paciente durante la atención principalmente.

El cumplimiento de expectativas del paciente y el seguimiento de la norma en la atención materno infantil son determinantes en la mayor satisfacción de las pacientes por la atención recibida, sin embargo tiene el aspecto técnico tiene mayor peso no solo como principal determinante del resultado clínico, como nos indican algunos estudios,^{29,67,152} sino en la satisfacción en general.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proceso de atención es un componente esencial en toda evaluación de atención médica, ya que refleja directamente los elementos específicos en la práctica clínica que afectan al paciente, y a través de su comprensión precisa pueden detectarse y solucionarse las deficiencias en la estructura y resultado en los servicios de salud.

Evaluar la calidad de la atención médica desde el enfoque centrado en el paciente, con el modelo de Donabedian, contempla el proceso, es decir, la secuencia de aquellas actividades que se proporcionan a las usuarias del servicio de Ginecoobstetricia, y que las relacionan con los prestadores del servicio, lo cual permite determinar si los resultados de la atención recibida son consistentes con la prestación de la misma. Observando que múltiples dimensiones relacionadas a las necesidades y expectativas del paciente, y referidas a los aspectos técnico (seguimiento de la norma de atención del embarazo, parto y puerperio) e interpersonal (acceso, ambiente, relación interpersonal) de la calidad, están asociados a la satisfacción de las pacientes por la atención recibida. Por lo que proporcionar atención adecuada, en cada uno de estos aspectos dará como resultado mejor calidad, reflejada en mayor satisfacción del paciente.

En el análisis de la investigación se encontró a una población con un nivel socioeconómico y escolaridad bajo, la mayoría de las pacientes dedicadas al hogar, y con percepción de ingreso familiar mínima. Condiciones sociales adversas que además de influir negativamente en la satisfacción de las pacientes, podrían complicar la salud materna y del recién nacido, sobretodo en los extremos de la vida reproductiva (<20 años, >37 años), ya que precisamente las mujeres con estas características, se embarazan más frecuentemente, tienen escasa o nula atención durante el embarazo. Por lo cual, el compromiso y responsabilidad del Sistema Nacional de Salud de vigilar y fomentar la salud de esta población vulnerable, mediante adecuada atención médica, constituye una prioridad nacional, enfatizando la Calidad en su prestación, en los servicios de salud.

En relación a la atención Materno infantil, sus objetivos específicos, son el proporcionar el servicio, apoyo y atención acorde a las necesidades específicas de la mujer embarazada. A través de la supervisión de su salud, detección y prevención de riesgos de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; reduciendo así, problemas de salud materna severos, para garantizar en la medida de lo posible, el nacimiento del lactante vivo y sano y la salud de las mujeres durante estas etapas.

La retroalimentación de la evaluación en el servicio es esencialmente vital para mejorar la calidad de la atención, por lo que es necesario mencionar que durante el

análisis de resultados de la investigación se pudo identificar algunos aspectos específicos de la atención que podrían mejorarse:

Las normas y procedimientos de atención representan una base fundamental para asegurar que las actividades de los prestadores del servicio se lleven a cabo bajo una pauta uniforme, conforme al conocimiento científico práctico y funcional vigente, de manera que la atención se otorgue en forma integral, contribuyendo en la eficiencia y calidad en los servicios de salud. Permitiendo su mejoría, mediante la evaluación de la atención médica otorgada, basada en estas normas. La calidad de la Atención Materno infantil está formulada en el seguimiento adecuado de la línea de estándares, de la NOM-007-SSA2-1993.

Sin embargo, a pesar de la existencia de esta norma para el manejo clínico, los resultados sugieren que existe deficiencia en el seguimiento estandarizado de algunos procedimientos de atención prenatal, disminuyendo con ello la calidad de la atención, y satisfacción de las usuarias. Haciendo evidente la necesidad de establecer una supervisión sistematizada en la práctica de estos procedimientos específicos, además de fortalecer las acciones educativas para promover la asistencia de embarazadas de manera adecuada a través de la capacitación permanente en los aspectos de diagnóstico y control en atención prenatal, para mejorar los resultados actuales de la atención. Especialmente en pacientes en extremos de edad reproductiva, que requieren vigilancia prenatal cuidadosa, debido al alto riesgo de presentar complicaciones, y en quienes no reciben atención durante las últimas semanas del embarazo, lo cual disminuye la posibilidad de identificar complicaciones graves que pueden prevenirse mediante adecuada atención médica. También es importante asegurar que las intervenciones directamente relacionadas con la atención en las etapas de parto y puerperio sean las adecuadas mediante atención obstétrica de calidad, sobretodo en pacientes que nunca recibieron atención prenatal.

Asimismo es necesario cambiar las actitudes, valores e información de aquellas mujeres que requieren atención prenatal, comprendiendo su entorno social y estimulando el interés por su salud. Es indispensable que en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital, se desarrollen diversos esfuerzos para una mayor captación de mujeres embarazadas, principalmente con problemas específicos de riesgo, ofreciéndoles apoyo social para lograr continuidad en las consultas prenatales. Estas visitas médicas podrían ser productivas para las pacientes, utilizando el tiempo de espera en el hospital, para aprender acerca de la importancia del cuidado del embarazo (medidas de higiene, alimentación, ejercicio), el mecanismo del parto, recomendaciones después del parto, atención del recién nacido y lactancia materna, etc. Mediante el uso de medios educativos interesantes: pláticas, videos, folletos, y material escrito en forma sencilla, amigable y fácil de comprender, teniendo en cuenta a aquellas pacientes que no saben leer. También podría involucrarse a los familiares

en el cuidado del embarazo de las pacientes e iniciarlos en una cultura preventiva. Así como fomentar la interacción de las pacientes, especialmente primigestas y madres solteras, con otras mujeres embarazadas y con el personal de salud, de manera que esto les ayude a tener mejor preparación física y psicológica para el momento del parto, disminuyendo de esta manera el temor y aumentando su colaboración en este periodo tan importante.

Conocer y comprender los valores y sentimientos de las pacientes, con quienes se tiene contacto, requiere de dedicación del personal en los servicios, por lo que es difícil desarrollar una relación interpersonal profunda y comprensiva, en tan poco tiempo de hospitalización, en este caso se observó que era de 24 horas para casos de parto vaginal sin complicaciones, y de 3 días para casos de cesáreas sin complicaciones. En un ambiente apresurado, donde muchas veces el personal se encuentra bajo presión, con sobrecarga de trabajo, con largas jornadas clínicas (que en ocasiones convierten en rutinaria la atención), saturados de múltiples trámites de documentación que tienen que cubrir, sin reconocimiento constantes por su labor, o con limitación de recursos, puede transmitir al paciente falta de interés, de preocupación, o de tacto del personal en la atención. Sin embargo, debemos recordar que los pacientes son ante todo una persona, y que más que una cuestión de tiempo, presiones o carencias, una actitud adecuada del personal es indispensable en una buena relación interpersonal, por lo que es necesario que los profesionales de la salud proporcionen la atención y el trato que ellos a su vez desearían recibir.

La calidad de la atención no se refiere únicamente al aspecto técnico, también incluye el aspecto humano, que constituye también una parte muy importante en la prestación de la atención en los servicios de salud, en el cual intervienen múltiples factores: biológicos, psicológicos, culturales y sociales, y donde es primordial la habilidad del personal para desarrollar y mantener una buena relación interpersonal, que refleje el interés y disposición por atender al paciente, influyendo en forma positiva en su satisfacción.

Considerando que es esencial que los servicios de salud proporcionen atención de calidad y lograr la satisfacción del paciente es substancial en la calidad de la atención médica, ambas podrían incrementarse, reforzando la práctica de atención personalizada, como parte integral de la vida profesional, a través de educación y capacitación permanente del personal, con el debido apoyo institucional y la colaboración de todos los trabajadores. Siendo el personal un factor muy importante en la calidad del servicio, su actitud de servicio debe ser más que cortesía profesional, para obtener el bienestar de todas y cada una de las pacientes. Con una actitud comprometida, para encontrar la manera más adecuada para hacerles sentir que son bienvenidas, y no una causa de molestia, específicamente durante el parto.

Comprendiendo y considerando sus necesidades de salud precisas y sus expectativas como si fueran ellos las pacientes, para obtener un mejor resultado en la atención.

Es importante que el paciente conozca quién es su interlocutor en cualquier circunstancia, por ello es necesario que el personal se identifique, o presente en forma breve y cordial, de manera que se establezca mayor confianza con las pacientes y una relación interpersonal que además de permitir satisfacer sus expectativas, le ofrezca el apoyo emocional necesario durante el periodo de hospitalización.

Otros factores indispensables en la adecuada atención médica, además de una buena relación interpersonal, son la accesibilidad funcional y el ambiente hospitalario favorables. Aspectos en los cuales se encontraron algunos inconvenientes, lo que varió las circunstancias en la atención, afectando la calidad del servicio. Por lo que es importante considerar disminuir el tiempo de espera tanto en admisión como en la asignación de cama, y la deficiencia de material (por mínima que ésta parece ser), áreas donde deben orientarse estos esfuerzos, a través de adecuada organización en el servicio y de recursos con que cuenta el hospital, para crear las condiciones necesarias para una mejor atención.

Específicamente, se encontró que la satisfacción del paciente fue mayor con la calidad técnica de la atención. Debe equilibrarse la atención que se presta en el aspecto técnico e interpersonal, ya que ambos están interrelacionados y deben incluirse en forma equiparable para lograr mejor calidad en el servicio.

En el resultado de la evaluación general se encontró que las diferentes variables medidas indican relación consistente entre calidad y aspectos específicos de la atención médica en el servicio. Las altas calificaciones otorgadas por las pacientes en cada uno de estos aspectos, reflejan el efecto de cumplimiento significativo de expectativas en la satisfacción. Lo que nos permite ver que existe asociación entre la satisfacción de las pacientes y la calidad de la atención.

Existe relación interpersonal adecuada, con buen trato, interés, y actitud de servicio por parte del personal del servicio, en un ambiente excelente, con mayor facilidad de acceso geográfico que funcional al servicio. Estas tres últimas variables, consideradas como expectativas del paciente, indicaron menor satisfacción con el aspecto interpersonal de calidad de la atención.

El aspecto técnico, asociado al seguimiento de la NOM-007-SSA2-1993 de atención a la mujer gestante en sus tres aspectos: Atención del embarazo, parto y puerperio, indican que existe adecuado seguimiento general de la norma, con mayor contribución de la atención prenatal en su observación y mayormente relacionada a la satisfacción de las pacientes por la atención. Durante el embarazo, los resultados muestran que se

incluyen buenas medidas de control durante la atención prenatal, con deficiente investigación de antecedentes de riesgo de la paciente y excelente exploración física, mientras que el seguimiento de la norma en la atención del parto y atención del puerperio, fue muy bueno, con alta resolución del problema, por lo que la calificación de las pacientes, otorgada a la atención en estos periodos fue excelente. Se estableció el grado de relación de estos factores, determinando que el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Naucalpan se encuentra dentro de un margen favorable de calidad con gran satisfacción de las pacientes manifestada por la atención recibida.

Aún cuando los resultados, según las variables analizadas, indican que la atención médica proporcionada en el servicio, en general es aceptable, ésta puede mejorarse continuamente. Para lograr calidad permanente en los servicios de salud, es necesario evaluar periódicamente la atención que recibe el paciente y analizar el resultado para identificar aquellos problemas significantes y específicos en la prestación del servicio, que pueden corregirse y contribuir a una mejoría de calidad de la atención médica. Los problemas esporádicos muchas veces causados por errores inadvertidos, pueden ser difíciles de detectar, por ello se requiere de seguimiento, para comprobar que las pacientes reciben la atención adecuada, comparando los avances logrados en la solución de problemas, e impedir su repetición. Podría ser importante que al realizar otras investigaciones, no solo se compare la atención del servicio consigo misma, sino que también con la atención en otros servicios con características similares para estimular cambios en la calidad de la atención, que siempre estará reflejada en la mayor satisfacción del paciente.

Las principales conclusiones en resumen son las siguientes:

Conclusiones:

1. La mayoría de las usuarias mostraron gran satisfacción con la atención recibida en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Naucalpan.
2. Existe seguimiento parcial en la aplicación de algunos procedimientos estandarizados específicos de atención prenatal de la NMXS, para la atención del Embarazo, Parto y Puerperio.
3. El trato al paciente y la actitud de servicio son los adecuados.
4. El perfil social: estado civil, escolaridad, ocupación e ingreso económico; el antecedente de hospitalización; el estado de salud en que llega la paciente, y sus antecedentes ginecoobstétricos si son factores que afectan en forma negativa la satisfacción del paciente en los servicios de salud.
5. La percepción de la calidad en los servicios de salud, según el reporte del usuario, está determinada principalmente por el aspecto técnico del proceso de atención, contrario a la hipótesis que se dirigía hacia el aspecto interpersonal.

6. La accesibilidad (con mayor facilidad de acceso geográfico que funcional al servicio), el ambiente agradable, y las relaciones interpersonales (el trato amable del personal, interés y actitud de servicio mostrados), contribuyen a la satisfacción de las expectativas del usuario por el servicio recibido.
7. La actitud de servicio adecuada por parte del personal, el buen trato al paciente, y el interés por su caso, son factores que favorecen la preferencia del usuario por el servicio.
8. La resolución del problema si es el factor de gran peso en la calificación que da la paciente a la atención recibida.
9. El seguimiento de la Norma Mexicana en Salud para la atención del Embarazo, Parto y Puerperio Normal en la Atención Primaria a la Salud, si es un factor altamente relacionado con la calidad del servicio de ginecoobstetricia del hospital de 2º nivel de atención.
10. El mayor seguimiento de la NOM-007-SSA2-1993 por parte del prestador de servicio contribuye a una percepción elevada de Calidad por la atención recibida por la usuaria, por lo tanto relacionada a mayor satisfacción de la misma.

Recomendaciones:

- Promover el diagnóstico y control adecuado de atención prenatal a través de un proceso educativo del personal en el servicio de Ginecoobstetricia del hospital.
- Creación de carteles con los procedimientos básicos de atención prenatal en cada consultorio.
- Supervisión sistemática de la práctica de procedimientos específicos de atención prenatal basados en estándares de la NOM-007-SSA2-1993.
- Atención adecuada del parto y puerperio, con especial atención a pacientes que no tuvieron atención prenatal.
- Promover la continuidad de consultas prenatales, explicando claramente a las pacientes el día próximo de cita a consulta.
- Mejorar el trato del personal, a través de capacitación en relación interpersonal a los trabajadores del servicio.
- Realizar actividades de educación dirigida a las pacientes y sus familiares, explicando cuidados requeridos antes y después del embarazo, de modo que contribuya a la cooperación de su cuidado médico y psicológico.
- Evitar dar pláticas de lactancia materna a mujeres que hayan tenido óbito fetal o hayan perdido a su bebé después del parto.
- Uso de identificaciones claras del personal de trabajo social.
- Disminuir tiempos de espera en admisión y en asignación de cama.
- Asegurarse que al retirarse la paciente del servicio haya recibido dieta normal.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. González Carbajal E. Diagnóstico de Salud en México. Ed. Trillas. México.1990.
2. Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México. Diario Oficial de la Federación. Marzo, 1996.
3. Mercedes J. Modernización de la Regulación Sanitaria en México. Salud Pública de México, 1991;33:373-7.
4. Poder Ejecutivo Federal, Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Estados Unidos Mexicanos. Salud. México. 1995.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia de la Comisión Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. Rusia, 6-12 Septiembre,1978. Ginebra: OMS.
6. Organización Mundial de la Salud. Investigaciones destinadas a reorientar los Sistemas Nacionales de Salud. Serie de Informes técnicos. Ginebra, 1983.
7. OPS. Prioridades del Programa de Subvención de Investigación de la Organización Panamericana de la Salud 1995-1998.
8. Organización Panamericana de la Salud. Investigación en Servicios de Salud, Situación y Perspectiva. 1984. Washington.
9. Ruelas Barajas E. Hacia una Estrategia de Garantía de Calidad, de los Conceptos a las Acciones. Salud Publica Mex 1992;34 suppl:29-45.
10. Ruelas BE, Zurita GB. Nuevos Horizontes de la Calidad de la Atención a la Salud. Salud Pública Mex 1993;35:235-37.
11. Ishikawa K. ¿Qué es el control total de calidad. La modalidad japonesa. Ed. Norma. Colombia:1985:209.
12. Varo J. Cap. 2. La Calidad de la Atención Médica. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de Gestión Hospitalaria. Ed. Díaz de Santos, 1993. Madrid.
13. Cordera A, Bobenrieth M. Administración de Sistemas de Salud. Cap.36. Evaluación. p529-35. Tomo III. 1983. México
14. Marqueti PR. Monografías Clínicas en Atención Primaria. No.13. Garantía de Calidad en Atención Primaria de Salud. Ed.Doyma. Barcelona, España. 1993. p7-46.
15. Martínez-González L, Reyes-Fausto S, García-Peña MC. Utilización Adecuada de la Atención Prenatal en el IMSS. Salud Publica Mex 1996;38:341-51. México.
16. Moss EN, Hensleigh PA. Initiation of Prenatal Care by Adolescents. Association with Social Support, Stress and Hispanic Ethnicity. J Perinatol 1990;10:170-4.

17. Aguirre-Gas H. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, Expectativas de los Pacientes y de los Trabajadores de las Unidades Médicas. *Salud Pública Mex* 1990;32:170-80.
18. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Characteristics of Clinical Indicator QRB. 1989:320-339.
19. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. *Quality Assurance in Ambulatory Care*. 2ª Ed. Chicago JCAHO. 1990:18.
20. De Geydnt W. Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención al paciente. *Salud Publica Mex* 1986;28:221-29.
21. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press. Ann Arbor Michigan 1980 (1):1-32.
22. Donabedian A. The Quality of Care: How Can it be Assessed?. *Journal of the American Medical Association* 1988;260(12): 1743-48.
23. Donabedian A. Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad. *Salud Pública Mex* 1993;35:238-47.
24. Donahue KT. La Calidad de la Atención a la Salud en los Estados Unidos, Nuevas Tendencias. *Salud Publica Mex* 1993;35:288-90.
25. Palmer RH. Considerations in Defining Quality of Health Care. *JAMA* June 19,1996;275(23):1851-2.
26. Palmer RH, Donabedian A, Povar G. String for Quality in Health Care. An Arbor Health Administration Press 1991:1-58. p10.
27. Ruiz de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Ríos JM, Aguirre-Gas H, Arango-Rojas R, Lara Carreño R, et al. Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. *Salud Publica de Mex* 1990;32:156-69.
28. Donabedian A. Basic Approaches to Assessment: Structure, Process, and Outcome. In the Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press 1980:77-128.
29. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of Health Care. 2. Measuring Quality of Care. *New Eng J Med* September 26 1996;335(13):966-970. California; Boston. USA.
30. Bruce J. The Population Council. Fundamental Elements of the Quality of Care. A Simple Framework Working Paper No. 1. Programs Divisions. The Population Council 1990. New York.
31. Donabedian A. Promoting Quality Trough Evaluating the Process of Patient Care. *Medical Care* Mayo 1968; 6(3):181-201.
32. Varo J. Cap. 1. Conceptos Fundamentales. ¿Qué es la Calidad?. *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un Modelo de Gestión Hospitalaria*. Ed. Díaz de Santos. 1993. Madrid.

33. Centro de la Prevención y Control de las Enfermedades. Mortalidad Infantil de los Estados Unidos. *The Journal of the American Medical Association* 1994;271:1-15. p.7.
34. Red de Prevención Materna. Análisis Situacional de Atención Obstétrica de Emergencia. Once Proyectos de Investigación de Operaciones en Africa Occidental. *Society Science Medicine* 1995;40:657-67.
35. SSA. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 1995-2000. *Diario Oficial de la Federación* Septiembre 13, 1996;20-46.
36. Shear ChL, Gipe BT, Mathleis JK, Levy MR. Provider Continuity and Quality of Medical Care. A Retrospective Analysis of Prenatal and Perinatal Outcome, *Med Care* December 1983;21(12):1204-10. California.
37. Poland ML, Anger JM, Olson KL, Sokol RJ. Quality of Prenatal Care: Selected Social, Behavioral and Biomedical Factors; and Birth Weight. *Obstet-Gynecol* April 1990;75(4):607-12. Detroit, Michigan.
38. Halligan WF, Taylor DJ, Naftalin NJ, Crump BJ. Achieving Best Practice in Maternity Care. Commentaries. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* August 1997;104:875-6. Boston.
39. Lindmark KG. Quality Assurance: a Process for Improving Perinatal Care: *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; Supp 164;76:22-4. Sweden.
40. Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (NOM-007-SSA2-1993). Secretaría de Salud. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, Subcomité de Planificación Familiar y Atención Maternoinfantil. México. 1995. (*Diario Oficial de la Federación* Julio 14 1994).
- 40A. Secretaría de Salud. Catálogo de Normas Técnicas Vigentes en materia de Salubridad General, al 31 de diciembre de 1991. *Diario Oficial de la Federación*. 6 de enero de 1992.
41. Vega-Vega G. Evaluación de la Atención Materno Infantil en Cinco Unidades de Medicina Familiar. *Salud Publica Mex* Enero/Febrero 1993;35(1):94-7. Michigan, USA.
42. Shortell SM. Continuity of Medical Care: Conceptualization and Measurement *Med Care* 1976;14:377-391. En Saturno-Hernández PJ. Cap. 1. La Definición de Calidad de la Atención. p9-17. Monografías Clínicas en Atención Primaria. No.13. Garantía de Calidad en Atención Primaria de Salud. Ed. Doyma. Barcelona, España. 1993. p7-46.
43. Schlaepfer-Pedrazzini L, Infante-Castañeda C. La Medición de Salud: Perspectivas Teóricas y Metodológicas. *Salud Publica Mex* 1990;32:141-55.
44. Ruelas-Barajas E, Vidal-Pineda LM. Unidad de garantía de calidad, estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex*. 1990; 32:225-31.

45. Ruelas-Barajas E, Reyes-Zapata H, Zurita-Garza B, Vidal-Pineda LM, Karchmer KS. Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública Mex.* 1990;32:207-20.
46. Vidal-Pineda LM, Reyes Zapata H. Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Publica Mex* 1993;35:326-31.
47. Blendon RJ, Donelan K, Leitman R, et al. Physicians Perspectives on Caring for Patients in the United States, Canada, and West Germany. *N Engl J Med.* 1993;328:315-336. En Green J, Wintfeld N, Krasner M, Wells Ch. In Search of America's Best Hospitals, the Promise and Reality of Quality Assessment. *JAMA* April 9 1997;227(14):1152-55. USA.
48. Donabedian A. The Epidemiology of Quality. *Inquiry* 1993;12:151-163.
49. Donabedian A. The Quality of Care: How can it be assessed?. *JAMA* 1988;260:1743-1748.
50. Donabedian A. La investigación sobre la Calidad de la Atención Médica. *Salud Publica Mex* Mayo/Junio. 1986;28(3):324-327. México. p 324.
51. Longo DL, Land G, Schram W, Fraas J, Hoskins B, Howell V. Consumer Reports in Health Care. Do They Make a Difference in Patient Care?. *JAMA.* November 19 1997;278(19):1579-1584. Missouri, Columbia.
52. Donabedian A. Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. *La Prensa Médica Mexicana* 1991. México, DF.
53. Donabedian A. Los Espacios de la Salud: Aspectos Fundamentales de la Organización de la Atención Médica *Biblioteca de la Salud.* Fondo de Cultura Económica. 1988:496-546. México, DF.
54. Moores B & Thompson A. What 1357 Hospitals Inpatients Think About Aspects of Their Stay in British Hospitals. *Journal of Advances Nursing* 1996(11):87-102.
55. Young P. An Analysis of the Concept "Patient Satisfaction" as it Relates to Contemporary Nursing Care. *Journal of Advanced Nursing* December 1996;24(6):12451-8. University of New York.
56. Abramowitz S, Cote A & Berry E. Analyzing Patient Satisfaction: a Multianalytic Approach. *Quality Review Bulletin* April 1987;13(4):122-130.
57. Linder-Pelz S. Toward a Theory of Patient Satisfaction. *Soc Sci Med* 1982a;16:577-82. Faculty of Medicine, Technion, Haifa. Israel.
58. Pascoe G. Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis Evaluation and Program Planning 1983;6(3):185-210.
59. Hjørtdahl P, Laerum E. Continuity of Care in General Practice: Effect on Patient Satisfaction. *BMJ* May 16 1992;304:1286-90. Oslo, Norway.
60. Wilkin D, Hallam L, Doggett M. Measures of Need and Outcome for Primary Health Care. Oxford University Press. 1992. New York.

61. Fitzpatrick R, Hopkin A Harvard-Watts O. Social Dimensions of Healing: A Longitudinal Study of Outcomes of Medical Management of Headaches. *Soc Sci Med* 1983;17:501-10.
62. Ferrans C, Powers M, Kasch C. Satisfaction With Health Care of Hemodialysis Patients . *Research in Nursing & Health* 1987;10:367-374.
63. Zastowky TR, Roghmann KJ, Henst A. Satisfaction With Medical Care: Replications and Theoretic Reevaluation. *Med Care* March 1983;21(3):294-322. New York, USA.
64. Carr-Hill RA. The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 1992;14(3):236-49.
65. Joan P, Cooney MA. What Determines the Start of Prenatal Care, Insurance and Education. *Med Care* 1985;23:986-97.
66. Strasser S, Davis R. Measuring patient satisfaction for improved patient services. American College of Health Care Excentives. Ann Arbor. MI. 1991.
67. Greeneich D. The Link Between New and Return Business and Quality of Care: Patient Satisfaction *Advances in Nursing Science* 1993;16(1):62-72.
68. Patrick DL, Scrivens E, Charlton JRH. Disability and Patient Satisfaction With Medical Care. *Med Care* November 1993;21(11):1602-75. University of North Carolina; St'Thomas's Campus London, England.
69. Ware JE Jr, Snyder MK. Dimensions of Patients Attitudes Regarding Doctors and Medical Care Services. *Med Care* 1975;8:669.
70. Bertakis KD, Roter D, Putman SM. The Relationship of Physician Medical Interview Style to Patient Satisfaction. *J Fam Pract* 1991;32(2):175-81. USA.
71. Grogan S, Conner M, Willits D, Norman P. Development of a Questionnaire to Measure Patient's Satisfaction with General Practitioner's Services. *Br J Gen Pract* October. 1995;45:525-9.
72. Hall J, Dornan MC. What Patients Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: a Meta-Analysis of the Satisfaction Literature. *Soc Sci Med* 1988;27(9):935-9. Boston, USA.
73. Wensing M, Grol R, Smits A. Quality Jugdements by Patients on General Practice Care: a Literature Analysis. *Soc Sci Med* 1994;38:45-53.
74. Schomner JC, Kucukarshn SN. Measuring Patient Satisfaction with Pharmaceutical Services. *Am J Health Syst Pharm* December 1. 1997;53(23):2721-32. Ohio, USA.
75. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. The Importance of Patient Preferences in the Measurement of Health Care Satisfaction. *Med Care* 1993;31(12):1138-49. Chicago.
76. Fitzpatrick R. Surveys of Patient Satisfaction: I. Important General Considerations. *Audit en Person. BMJ* April 13 1991;302:887-9. Oxford.

77. Donabedian A. Explorations in Quality assessment and Monitoring. Vol I. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press. Ann Arbor, MI. 1980.
78. Concato J, Feinstein AR. Asking Patients What They Like: Overlooked Attributes of Patient Satisfaction With Primary Care. American Journal of Medicine. April.1997;102(4):399-406. Yale University; New Haven, Connecticut.
79. Hudson B. Free Speech, Not Lip Service. Health Service Journal 1990;100(5206):918-9.
80. Baker R, Whitfield M. Measuring Patient Satisfaction: A Test of Construct Validity: Quality in Health Care 1990;1:104-9.
81. Williams B. Patient Satisfaction: A Valid Concept?. Social Science and Medicine 1994;38:509-16.
82. Jones L, Lernerman L & Maclean U. Consumer Feedback for the NHS: A Literature Review. King's Fud. London. 1987.
83. Ramírez-Sánchez TdeJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: Perspectiva de los Usuarios. Salud Publica Mex 1988;40:3-12. México.
84. Verheggen FWSM, Harteloh PPM. La Calidad de los Servicios en la Atención a la Salud. Aplicación de Resultados de la Investigación Mercadotécnica. Salud Publica Mex 1993;35:316-20.
85. Richard JD. What Should Residents Know About Quality of Care. Resident Forum. JAMA, November 19 1997;278(19):1579-84. Missouri, Columbia.
86. Linder-Pelz S. Social Psychological Determinants of Patient Satisfaction: a Test of Five Hypotheses. Soc Sci Med 1982;16:583-9. Faculty of Medicine, Technion, Haifa, Israel.
87. Fitzpatrick R. Measurement of Patient Satisfaction. In Measuring the Outcome Clinics. Journal of Psychosomatic Research. 1990;25:329-334.
88. Williams S, Calman M. Convergence and Divergence: Assessing Criteria of Consumer Satisfaction Across General Practice, Dental, and Hospital Care Settings. Social Science and Medicine 1991;33:707-16.
89. Lebow JL. Research Assessing Consumer Satisfaction With Mental Health Treatment: A Review of Findings. Eval Program Plan 1983;6:211.
90. Kurata JH, Nogawa AN, Phillips DM, Hoffman S, Werblun MN. Patient and Provider Satisfaction With Medical Care. J Fam Pract 1991;35(2):176-9. California. USA.
91. Fitzpatrick R. Scope and Measurement of Patient Satisfaction. En Fitzpatrick R, Hopkin A (eds) Measurement of Patients Sastisfaction With Their Care. London Royal College of Physicians. 1993.
92. Fitzpatrick R, Hopkin A. Problems in the Conceptual Framework of Patient Satisfaction Research. Sociology of Health and Illness 1983;5:297-311.

93. Hill J, Bird H, Hopkins R, Lawton C & Wright V. Survey of Satisfaction With Care in a Rheumatology Outpatient Clinic. *Annals of Rheumatic Diseases* 1992;51:195-7.
94. Avis M, Bond M, Arthur A. Patient Satisfaction in the Management of Outpatient Consultation. Unpublished Report. 1994. University of Nottingham, Nottingham.
95. Fox J, Storms D. A Different Approach to Sociodemographic Predictors of Satisfaction With Health Care. *Soc Sci Med*. 1981;15A:557-564.
96. Fletcher RH, O'Malley MS, Earp JA, Littleton TA, Fletcher SW, Geganti MA, Davidson RA, Taylor J: Patient's Priorities for Medical Care. *Med Care* February 1983;21(2):234-42. North California; New Jersey.
97. Lewis JZ. Patient views on Quality Care in General Practice: Literature Review. *Soc Sci Med* 1994;39(5):655-70.
98. Bronfman M, Castro R, Zuñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "Cuanto" al "Porqué": La Utilización de los Servicios de Salud desde la Perspectiva de los Usuarios. *Salud Publica Mex* 1997; 39:442-50. México.
99. Geerten R, Klauber MR, Rindflesh M, Kane RL & Gary R. A Reexamination of Suchman's Views on Social Factors in Health Care Utilization. *J Hlth Soc Behar*.1975;16:226. En Fox JG, Storms DM. A Different Approach to Sociodemographic Predictors of Satisfaction With Health Care. *Soc Sci Med* 1981;15A:557-564. Los Angeles; Baltimore. USA.
100. Cartwright A & O'Brien M. Social Class Variations in Health Care and the Nature of General Practitioner Consultations. In the *Sociology of the NHS* (Stacey M ed.), *Sociological Review Monograph*. 1976;22:77-98. En Avis M, Bond M & Arthur A. Satisfying Solutions?. *Journal of Advanced Nursing*. August 1995;22(2):316-22.
101. Avis M, Bond M & Arthur A. Satisfying Solutions? A Review of Some Unresolved Issues in the Measurement of Patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. August 1995;22(2):316-22. University of Nottingham, Queens Medical Centre, Nottingham. England.
102. Carmel S. Satisfaction with Hospitalization: A Comparative Analysis of Three Types of Services. *Soc Sci Med* 1985;21(11):1243-49. Israel.
103. Fitzpatrick R. Survey of Patient Satisfaction II: Designing a Questionnaire and Conducting a Survey. *BMJ* May 11 1991;302:1129-32. Oxford.
104. Clearly PD, Edgman-Levitan S. Health Care Quality. Incorporating Consumer Perspectives. *JAMA* November 19 1997;278(19):1608-12. Boston.
105. Sotelo Figueiredo JM. El Enfoque de Riesgo y la Mortalidad Materna: Una Perspectiva Latinoamericana, *Bol of Sanit Panam* 1993;114(45):289-301. México.

106. Epstein AM. Medicaid Managed Care and High Quality. Can We Have Both?. Policy Perspectives, JAMA November 19 1997;278(19):1617-21. Massachussetts; Boston.
107. Donabedian A. Quality Assurance in Health Care: Consumer's Role. Quality in Health Care.1992;1:247-51.
108. Aharony L, Strasser S. Patient Satisfaction: What We Know About and What We Still Need to Explore. Med Care Rev.1993;50:49-79.
109. Staniszevska S, Ahmed L. Patient Expectations and Satisfaction With Health Care. Nursing Standard January 21 1998;12(18):34-8. Institute Oxford.
110. Mcwhinney IR. Textbook of Family Medicine. New York: Oxford University Press. 1989. En Hjörtdahl P, Laerum E. Continuity of Care in General Practice: Effect on Patient Satisfaction. BMJ May 16 1992;304:1286-90. Oslo, Norway.
111. Houston CS, Panasen WE. Patient's Perceptions of Hospital Care. Hospitals 1972;46-70. 49/R32. Doering ER. Factors Influencing Impatient Satisfaction with Care. QRB 1983;9(10):291. En Rubin HR. Patient Evaluation of Hospital Care. A Review of the Literature. Med Care September 1990. Suppl 28 (9):S3-9. USA.
112. Penchansky R, Thomas J. The Concept of Access, Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Med Care 1981;19-27.
113. Hardy M, West G. Happy Talk. Health Service Journal 1994;104(5410):24-6.
114. Samueloff A, Mor-Yosef S, Seidman DS, Adler I, Persitz E, Schender JG. Ranking Risk Factors for Perinatal Mortality. Analysis of a Nation-Wide Study. Acta Obstet Gynecol Scand 1989;68:677-82. Jerusalem. Israel.
115. McCarthy J, Maine D. A Framework for Analysing the Determinants of Mathernal Mortality. Stud Fam Plann 1992;23:23-33.
116. Penchansky R, Thomas J. The Concept of Access, Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Med Care 1981;19-27.
117. Hernández Peña P, Zapata O, Leyva R, Lozano R. Equidad y Salud. Necesidades de Investigación para la Formulación de una Cultura Social. Salud Publica Mex 1991;33:9-17.
118. Blumenthal D, Epstein AM. Quality of Health Care.6. The Role of Physicians in The Future of Quality Management. New Eng J Med. October 24, 1995;335(17):1328-31. Boston.
119. Lezana-Fernández Ma, Álvarez-Lucas CH, Leviz-Cordero A. Evaluación del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud. México-BID.1991. Salud Publica Mex Noviembre-Diciembre,1993;35(6):514-9. México.
120. Varo J. Cap. 6. Los Servicios y su Gestión. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un Modelo de Gestión Hospitalaria. Ed. Díaz de Santos. 1993. Madrid.

121. Varo J. Cap. 20. El Servicio al Cliente. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un Modelo de Gestión Hospitalaria. Ed. Díaz de Santos. 1993. Madrid.
122. Parrot R, Burgoon JK, Burgoon M and Lepoire BA. Privacy Between Physicians and Patients: More than a Matter of Confidentiality. Soc Sci Med. 1989;29:1381.
123. Morley GW. The Quality of Caring. Obstet-Gynecol. January 1988;71(1):1-5. Michigan; Las Vegas, Nevada.
124. Macklin R, Enemies of Patients. New York, NY. Oxford University Press Inc. 1993, Chaps 1,5,7,11.
125. Brody H. The Healer's Power. New Haven, Conn: Yale University Press. 1992. Chaps 4,8.
126. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. JAMA 1992;267:2221-26.
127. Brook D. The Ideal of Shared Decision-Making Between Physicians and Patients. Kennedy Inst J Ethics. 1991;1:28-47.
128. Campbell JD, Mauksch HO, Mekirk HJ, Hosokawa MC. Colaborative Practice and Provider Styles of Delivering Health Care. Soc Sci Med 1990;30:1359-85.
129. Emanuel EJ, Neveloff DN. Preserving the Physician-Patient Relationship in the Era of Managed Care. JAMA January 25,2995;273(4):323-29. USA.
130. Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-Patient Communication: a Review of the Literature. Soc Sci Med 1995;40(7):903-18 New York.
131. Brook RH. Maintaining hospital quality: the need for international cooperation. JAMA 1993;270:985-7.
132. Kassirer JP. The Quality of Care and the Quality of Measuring It. New Eng J Med October 21 1993;329(17):1263-65.
133. Kravitz RL, Cope DW, Bhrany V, Leake B. Internal Medicine Patient's Expectations for Care During Office Visits. J Gen Intern Med 1994;9:75-81.
134. Weingarten SR, Stone E, Green A, Pelter M, Nessim S, Hanqiang, Kristopaitis R. A Study of Patient Satisfaction and Adherence to Preventive Care Practice Guidelines. Clinical Studies. Am J Med December 1995;99:590-6. Los Angeles, California.
135. Thomas LH, Bond S. Measuring Patient's Satisfaction with Nursing: 1990-1994. Journal of Advance Nursing 1996;23:747-56.
136. Rubin HR. Patient Evaluation of Hospital care. A Review of the Literature. Med Care September 1990 Suppl 28 (9):S3-9. USA.
137. Friedman HS. Non-verbal Communication Between Patients and Medical Practitioners. J Soc Issues 1979(89):35. En Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-Patient Communication: a Review of the Literature. Soc Sci Med 1995;40(7):903-18 New York.

138. Henbest RJ, Stewart MA. Patient- Centeredness in the Consultation.2: Does it Really Make a Difference?. *Family Practice* 1990;7:28.
139. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The Relationship Between Patient Satisfaction With Their Physicians and Perceptions About Interventions They Desires and Received. *Med Care* November 1989;27(11):1027-35. Philadelphia; Pennsylvania, USA.
140. Rowland-Morin PA, Carroll JG. Verbal Communication Skills and Patient Satisfaction A Study of Doctor Patient Interviews. *Evaluation and the Health Professions* 1990;13:168-85.
141. Street RL. Information-Giving in Medical Consultations: The Influence of Patient's Communicative Styles and Personal Characteristics. *Soc Sci Med* 1991;32:541.
142. Sutherland HJ, Llewellyn-Thomas HA, Lockwood GA et al. Cancer Patients: Their Desire for Information and Participation in Treatment Decision JR. *Soc Sci Med* 1989;82:260.
143. Waitzkin H. Doctor-Patient Communication. Clinical Implications of Social Scientific Research. *J. Am Med Assoc* 1984, 252:2441.
144. Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA, Ware JE Jr. Patient's Ratings of Outpatient Visits in Different Practice Settings. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1993;270:835-40.
145. Weyrauch KF. Does Continuity of Care Increase HMO Patient's Satisfaction with Physician Performance?. *J Am Board of Fam Prac* January-February 1996;9(1):31-6. University of Washington, Seattle.
146. Ludwing-Beymer P, Ryan CJ, Johnson NJ et al. Using Patient Perceptions to Improve Quality Care. *J Nur Care Quality* 1993;7(2):42-5.
147. Cobb S. Social Support As a Moderator of Life Stress. *Psychosom Med* 1976;38:300-14. En Carmel S. Satisfaction with Hospitalization: A Comparative Analysis of Three Types of Services. *Soc Sci Med* 1985;21(11):1243-49. Israel.
148. Spiro H, McCrea-Curnen MG, Peschel I, St James D.eds. Empathy and the Practice of Medicine. New Haven, Conn: Yale University Press; 1993: Chaps-1-3,8,9,13-16.
149. Kaplan SH, Greenfield, Ware JE. Assessing the Effects of Physicians-Patient Interaction in the Outcome of Chronic Disease. *Med Care* 1980;27:S110.
150. Adeyi O, Morrow R. Essential Obstetric Care: Assessment and Determinants of Quality. *Soc Sci Med*, 1997;45(11):1631-39. Washington; Baltimore, USA.
151. Sira ZB. Affective and Instrumental Components in the Physician-Patient Relationship. *J Health Soc Behav* 1980;21:170-80.
152. Steiber S & Krowinski W. Measuring and Managing Patient Satisfaction. American Hospital Association. 1990, Chicago.

153. Kogan MD, Alexander GR, Kotelkuch M, Nagey DA. Relation of the Content of Prenatal Care to the Risk of Low Birth Weight. Maternal Reports of Health Behavior Advice and Initial Prenatal Care Procedures. JAMA May 4 1994;271(17):1340-45. USA.
154. Thomas L & Bond S. Outcomes of Nursing Care: The Case of Primary Nursing. International Journal of Nursing Studies. 1991;28;291-314. England.
155. OPS Informe Dawson sobre el Futuro de los Servicios Médicos y Afines, 1920 Washington, DC; OPS Publicación Científica No.93.1964. OPS. Referido en Extensión de la Cobertura de los servicios de salud con las estrategias de APS y participación de la comunidad. Reunión especial de ministros de salud de las Américas, Washington, DC. OPS. 1977.
156. OMS, UNICEF- APS Informe de la Conferencia Internacional sobre APS. Alma-Ata, URSS. 1978
157. OPS. Extensión de la Cobertura de los servicios de salud con las estrategias de APS y participación de la comunidad. Reunión especial de ministros de salud de las Américas, Washington, DC. OPS. 1977.
158. World Health Organization (WHO). Europe Health Promotion. A discussion document on the concepts and principles. Copenhagen. WHO, 1984.
159. APS como instrumento de desarrollo en México. José MV-Kumate J, Barnard A. Salud Pública Mex. 31:177-184(1989).
160. Revista de la OMS. Salud Mundial:47;3 Mayo-Junio. 1994).
161. World Health Organization (WHO). The Jakarta Declaration on Health promotion into XXI Century. Jakarta, Julio. 1997.
162. Diez años después de Alma-Ata. Bol of Sanit Panam 105(2):177. 1988.
163. Quince años después de Alma-Ata. Bol of Sanit Panam 115(6):177. 1993.
164. Álvarez Manilla JM. Atención Primaria a la Salud. Salud Pública Mex. 1988;30:676-682.
165. Lowe R. Atención Primaria a la Salud: Revisión Conceptual. Salud Pública Mex. 1988;30:666-675.
166. Brown S. Prenatal Care. Reaching Mothers, Reaching Infants. Washington, National Academy Press. 1988;26-9.
167. Björklund A. Quality Assurance in Antenatal Care. Experiences from a Professional Workshop Group in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand 1997. Supplement 164;76:34-6. Danderyd, Sweden.
168. Jansone M, Lazdane G. Prenatal Problems and Quality Assurance in Latvia -A Country in Economic Transition. Acta Obstet Gynecol Scand 1997. Supplement 164;76:31-3. Riga, Latvia.
169. Poland ML, Anger JW, Olson JM. Barriers to Receiving Adequate Prenatal Care. Am J Obstet Gynecol 1987;157(2):297-303. Detroit, Michigan.

170. School TO, Miller LK, Salmon RW, Cofsky MC, Sheare J. Prenatal Care Adequacy and the Outcome of Adolescent Pregnancy: Effects on Weight Gain, Preterm Delivery, and Birth Weight. *Obstet Gynecol* 1987;69:312-16.
171. Chamberlain G. Normal Antenatal Management Care of Antenatal Care. *BMJ* March 30 1991;302:774-9. London.
172. Taylor CM, Pernoll ML, Benson. Cap. 7. Embarazo Normal y Cuidados Prenatales. p.163-180. En Pernoll ML, Benson RC. *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos*. Ed. Manual Moderno. 1993. México.
173. Bhatia R, Sokol RJ, Pernoll ML. Cap. 11. Identificación del Embarazo de Alto Riesgo. p.252-260. En Pernoll ML, Benson RC. *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos*. Ed. Manual Moderno. 1993. México.
174. Catanzarite VA, Perkins RP, Pernoll ML. Cap. 13. Valoración del Bienestar Fetal. p.284-308. En Pernoll ML, Benson RC. *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos*. Ed. Manual Moderno. 1993. México.
175. World Health Organization. Indicators to Monitor Maternal Health Goals: Reports of a Technical Workind Group, Geneve November 1993.
176. Benson RC. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Ed. El Manual Moderno. 1989.
177. Long AE. Cap. 30. p552-573. Historia Ginecológica, Exploración y Procedimientos de Diagnóstico. En Pernoll ML, Benson RC. *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos*. Ed. Manual Moderno. 1993. México.
178. Casanova E. Prevención del Bajo Peso al Nacer. *Salud Publica Mex* 1988;30:370-8.
179. Bobadilla JL. Calidad de la Atención Médica Prenatal en la Cd. de México. Instituto Nacional de Salud Pública. Serie Perspectivas en Salud Pública Mex 1988;3:138-9.
180. Sinimae H. Recent Development in Perinatal Problems in the Baltic Countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; Supplement 164;76:31-3. Riga, Latvia.
181. Rooney C. Antenatal Care and Maternal Health: How Effective is it?. Geneve. World Health Organization (WHO/MSM/92.4). 1992.
182. McDuffie RS, Heck A, Bishoffk, Cross J, Orleans M. Effect of Frecuency of Prenatal Care Visits on Perinatal Outcome Among Low-Risk Women: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* March 20 1996;275(1):847-50. USA.
183. Barden TP. Cap. 51. Trabajo de Parto Prematuro. p.401-408. En Queenan JT. *Management of High Risk Pregnancy*. Medical Economics Company INC. 1990.
184. Nepp R. Cap. 53. Asistencia del Embarazo Prolongado. p. 418-434. En Queenan JT. *Management of High Risk Pregnancy*. Medical Economics Company INC. 1990.
185. Queenan John T, Warsoff SL. Cap. 20. Ultrasonografía. p164-176. En Queenan JT. *Management of High Risk Pregnancy*. Medical Economics Company INC. 1990.

186. Carr MC. Cap.24 Deficiencia de Hierro. p202-7. En Pernoll ML, Benson RC. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos Ed. Manual Moderno. México. 1993.
187. Kitay DZ. Cap. 23. Enfermedades Maternas. p190-201. En Queenan JT. Management of High Risk Pregnancy. Medical Economics Company INC. 1990.
188. Piper JM, Baum C, Kennedy DL. Prescription Drug Use Before and During Pregnancy in a Medicaid Population. Am J Obstet Gynecol 1987;157(2):148-156. Rockville, Maryland, USA.
189. Herrera E, Pernoll ML. Cap. 25. Complicaciones del Trabajo de parto y del Parto. p.461-6. En Pernoll ML, Benson RC. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Ed. Manual Moderno. México. 1993.
190. Fishburne JI Jr. Cap. 57. Anestésicos Locales. p458-471. En Queenan JT. Management of High Risk Pregnancy. Medical Economics Company INC. 1990.
191. Russell KP. Cap.8. Curso y Atención del Trabajo de Parto y Parto Normales. p181-208. En Pernoll ML, Benson RC. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Ed. Manual Moderno. México. 1993.
192. Novy MJ. Cap. 10. Puerperio Normal. p.220-251. En Pernoll ML, Benson RC. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Ed. Manual Moderno. México. 1993.
193. McDonald JS. Cap 26 Analgesia y Anestesia Obstetricas. p467-492. En Pernoll ML, Benson RC. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Ed. Manual Moderno. México. 1993.
194. Wright WC. Cap. 59. Bloqueo Epidural Continuo. p477-482. En Queenan JT. Management of High Risk Pregnancy. Medical Economics Company INC. 1990.
195. Rypins. Guía para el Examen Médico Profesional. Asistencia Prenatal. México. 1990.
196. James III FM. Cap. 58. Anestésicos por Inhalación. p472-6. En Queenan JT. Management of High Risk Pregnancy. Medical Economics Company INC. 1990.
197. Velasco MV, Navarrete HE, CardonaPJA, Madrazo NM. Mortalidad Materna en el IMSS. Rev. Med. IMSS México:35(5):377-383. 1997.
198. Ware JE, Hays RD. Methods for Measuring Patient Satisfaction with Specific Medical Encounters. Med Care April 1988. 26(4): 393-402.
199. CONAPO Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. México.1999. Situación demográfica nacional y estatal. págs.11-14. Veinticinco años de transición epidemiológica en México. págs.49-61. La revolución silenciosa: el descenso de la fecundidad en México, 1974-1999. págs.30-37. Proyecciones de las población nacional 1995-2050. págs.49-61.
200. Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México. Diario Oficial de la Federación. Marzo, 1996. SSA. IMSS, ISSSTE. Plan Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la Salud en México hacia un sistema universal de salud.

MODELO

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

PERFIL SOCIAL: EDAD, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDAD, OCUPACIÓN, INGRESO ECONÓMICO

ANTECEDENTES DE INGRESO: A.G.O., HOSPITALIZACIÓN PREVIA, ESTADO DE SALUD AL INGRESAR

SATISFACCIÓN DEL USUARIO	EXPECTATIVAS DEL PACIENTE	ACCESO	ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA ACCESIBILIDAD FUNCIONAL
		AMBIENTE	
		RELACIONES INTERPERSONALES	TRATO AL PACIENTE INTERÉS POR EL PACIENTE ACTITUD DE SERVICIO
	SEGUIMIENTO DE LA NORMA	ATENCIÓN DEL EMBARAZO	CONTROL ANTECEDENTES EXPLORACIÓN FÍSICA
		ATENCIÓN DEL PARTO	
		ATENCIÓN DEL PUERPERIO	
	OPINIÓN DE LA ATENCIÓN	CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EXPRESIÓN DE LA SATISFACCIÓN RESULTADO	

CUADROS

Cuadro I.- PERFIL SOCIAL		
Edad por grupos	f	%
11-15 años	25	4.5
16-20 años	197	35.8
21-25 años	151	27.5
26-30 años	115	20.9
31 - 35 años	37	6.7
36-40 años	25	4.5
Estado civil	f	%
Soltera	79	14.4
Casada	171	31.1
Viuda	1	0.2
Unión Libre	293	53.3
Separada	6	1.1
Escolaridad	f	%
Sin escolaridad	42	7.6
Primaria	258	46.9
Secundaria	198	36
Preparatoria	29	5.3
Licenciatura	3	0.5
Otra	20	3.6
Ocupación	f	%
Empleada	50	9.1
Estudiante	2	0.4
Hogar	489	88.9
Otra	9	1.6
Ingreso Mensual	f	%
No sabe	13	2.4
Nada	24	4.4
Menos de \$999	59	10.7
\$1000-\$1999	371	67.5
\$2000-\$2999	64	11.6
\$3,000-\$3,999	16	2.9
\$4,000-\$4,999	3	0.5

Características Socioeconómicas.

Fuente: Encuesta de Satisfacción Servicio de G-O Hospital General de Naucalpan. Dr "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM

Cuadro II.- ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS								
No.	Gestas		Partos		Abortos		Cesáreas	
	f	%	f	%	f	%	f	%
0			51	9.3	505	91.8	454	82.5
1	208	37.8	207	37.6	43	7.8	76	13.8
2	141	25.6	128	23.3	1	0.2	9	1.6
3	98	17.8	80	14.5	1	0.2	11	2
4	54	9.8	48	8.7				
5	33	6	24	4.4				
6	12	2.2	8	1.5				
7	1	0.2	1	0.2				
8	0	0	0	0				
9	1	0.2	2	0.4				
10	2	0.4	1	0.2				

Cuadro III.- ANTECEDENTES DE INGRESO		
Hospitalización Previa	f	%
Si	205	37.3
No	345	62.7
Estado de salud percibido al ingresar	f	%
Muy grave	0	0
Grave	13	2.4
Delicada	116	21.1
Sin complicaciones	421	76.5
Motivo del Estado de salud percibido	f	%
Sin problema	383	69.6
Ruptura de Membranas por parto	38	6.9
Ruptura Prematura de Membranas	23	4.2
Hemorragia	14	2.5
Enfermedad Hipertensiva del Emb.	14	2.5
Trabajo de parto prematuro	10	1.8
Malpresentación fetal	17	3.1
Problemas fetales	12	2.2
Obito fetal	6	1.1
Embarazo prolongado	24	4.4
Distocias	9	1.6

Cuadros III y IV. Fuente: Encuesta de Satisfacción. Hospital General de Naucalpan Dr "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM

**E X P E C T A T I V A S D E L U S U A R I O
A C C E S I B I L I D A D**

Cuadro IV.- ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA		
Cercanía del Hospital	f	%
Muy cerca	21	3.8
Cerca	200	36.4
Regular	227	41.3
Lejos	91	16.5
Muy lejos	11	2
Tiempo en llegar	f	%
15-30 min.	301	54.8
31-1 hora	181	33
1-2 hrs	57	10.4
Más de 2 hrs.	10	1.8
Transporte Utilizado	f	%
Auto	87	15.8
Taxi	72	13.1
Microbús/Autobús	360	65.5
Metro	1	0.2
Otro	30	5.5
Disponibilidad de transporte	f	%
Siempre	347	63
Casi siempre	45	8.2
Regularmente	101	18.4
Casi Nunca	45	8.2
No saben	12	2.2
Facilidad para llegar al hospital	f	%
Muy fácil	28	5.1
Fácilmente	399	72.5
Regular	91	16.5
Difícil	28	5.1
Muy Difícil	1	0.2
Sin respuesta	3	0.6

Cuadro V.- ACCESIBILIDAD FUNCIONAL		
Rapidez de Atención	f	%
Muy rápido (15 minutos)	76	13.8
Rápido (30 minutos)	269	48.9
Regular (1 hora)	118	21.5
Tardado (1-2 horas)	55	10
Muy tardado (más de 2 horas)	32	5.8
Tiempo de atención en admisión	f	%
Muy rápido	97	17.6
Rápido	261	47.5
Regular	101	18.4
Tardado	65	11.8
Muy tardado	26	4.7
Tiempo de Asignación de cama	f	%
15-30 min	51	9.3
31 min - 1 hr	49	8.9
1 -2 hrs	114	20.8
Más de 2 hrs	335	61
a.- 3 - 8 hrs hrs	307	55.9
b.- 9 - 12 hrs	20	3.6
c.- 13 - 24 hrs	8	1.5

Cuadros IV y V. Acceso al Servicio de Salud.

Fuente: Encuesta de Satisfacción.Hospital General de Naucalpan Dr "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM.

Cuadro VI.- A M B I E N T E										
			Iluminación		Ventilación		Limpieza			
			f	%	f	%	f	%		
Muy buena			61	11.1	49	8.9	70	12.7		
Buena			431	78.4	395	71.8	447	81.3		
Regular			56	10.2	100	18.2	28	5.1		
Mala			2	0.4	6	1.1	4	0.7		
Muy mala			0	0	0	0	1	0.2		
Comodidad			Causas de Incomodidad				f	%		
	f	%	Molestias postparto				10	1.8		
Muy cómoda	66	12	Extrañeza al lugar				14	2.5		
Cómoda	397	72.2	Falta de atención				4	0.7		
Regular	58	10.5	Diversas sensaciones				10	1.8		
Incómoda	28	5.1	Camas incómodas				21	3.8		
Muy incómoda	1	0.2	Otras				5	0.9		
			Privacidad		Orden		Problemas durante estancia		Falta de material/ medicamentos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Siempre	514	93.5	536	97.5	0	0	0	0	0	0
Casi siempre	24	4.4	9	1.6	1	0.2	0	0	0	0
Regularmente	9	1.6	5	0.9	0	0	14	2.5		
Casi Nunca	2	0.4	0	0	16	2.9	41	7.5		
Nunca	1	0.2	0	0	533	96.9	495	90		

Ambiente. Fuente: Encuesta de Satisfacción.

Hospital General de Naucalpan Dr "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM.

Cuadro VII.- RELACIONES INTERPERSONALES										
TRATO DEL PERSONAL AL PACIENTE										
	Médico		Enfermería		Trabajo Social		Limpieza		Vigilancia	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Muy bien	140	25.5	142	25.8	58	10.5	91	17	45	8.2
Bien	384	69.8	376	68.4	171	31.1	413	75	194	35.3
Regular	24	4.4	22	4	4	0.7	9	1.6	4	0.7
Mal	1	0.2	8	1.5	2	0.4	6	1.1	2	0.4
Muy mal	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2	0	0
No tuvo contacto	0	0	1	0.2	314	57.1	30	5.5	305	55.5
INTERÉS POR EL PACIENTE										
	Paciencia		Tiempo de Atención		Grado de interés		Ofrecimiento de ayuda			
	f	%	f	%	f	%			f	%
Mucho	165	30	26	4.7	148	26.9	Si		359	65.3
Suficiente	310	56.4	468	85.1	345	62.7	No		191	34.7
Regular	61	11.1	36	6.5	36	6.5				
Poco	11	2	20	3.6	19	3.5				
Nada	2	0.4	0	0	2	0.4				
Tipo de Ayuda Ofrecida										
	f	%		f	%		f	%		%
1.- Revisión Pediátrica	51	9.5	6.- Revisión Pediátrica y Materna	98	17.8					
2.- Revisión Materna	10	1.8	7.- Rev.Ped., Materna y PF	16	2.9					
3.-Planificación Familiar	3	0.5	8.- Rev.Ped., Materna, PF y Ex.Lab.	97	17.6					
4.- Exámenes de Laboratorio	4	0.7	9.- Rev.Ped., Materna, PF, Ex.Lab.y Vac.	68	12.4					
5.-Vacunación	2	0.4	10.- Otra (económica, traslado, etc.)	9	1.6					
ACTITUD DE SERVICIO										
	Amabilidad		Explicación del Tratamiento		Atención sin desagrado		Revisión Frecuente			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Siempre	413	75.1	380	69.1	465	82.9	497	90		
Casi Siempre	74	13.5	73	13.3	48	8.7	22	4		
Regularmente	13	2.4	16	2.9	6	1.1	20	3.6		
Algunas Veces	48	8.7	38	6.9	36	6.5	4	0.7		
Casi Nunca	1	0.2	8	1.5	3	0.5	6	1.1		
Nunca	1	0.2	35	6.4	1	0.2	1	0.2		

Relaciones interpersonales del personal de salud con las pacientes.
Fuente: Encuesta de Satisfacción. Hospital General de Naucalpan
Dr "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM.

Cuadro VIII.- ATENCIÓN DEL EMBARAZO										
Control Prenatal			Control Prenatal						f	%
	f	%	Adecuado						254	52
Si	489	88.9	Inadecuado						235	48
1.- Siempre	255	46.4	a.- Inicial						86	16
2.- Casi Siempre	52	9.5	b.- Final						42	7.6
3.- Regularmente	83	15.1	c.- Total						107	20
4.- Casi Nunca	99	18	No. Consultas Prenatales						f	%
No	61	11.1	1-4 consultas						148	30
Inicio de Control Prenatal	f	%	5-9 consultas						292	60
1er. trimestre	300	61.3	10-14 consultas						38	7.8
2o. Trimestre	141	28.9	15-19 consultas						8	1.6
3er. Trimestre	48	9.8	20-30 consultas						3	0.6
Motivos de Inicio de control prenatal										
Trimestre de Control Prenatal	Sin control		1er Trimestre		2o. Trimestre		3er. Trimestre		Total	
Motivos de Inicio	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin comentario	8	1.5	49	8.9	45	8.2	14	2.5	116	21
Por ser importante			240	43.6	22	4			262	48
Por presentar malestar			3	0.5	2	0.4	3	0.5	8	1.5
Por cuestión económica	12	2.2	3	0.5	6	1.1	11	2	32	5.8
Por falta de tiempo	12	2.2	1	0.2	12	2.2	4	0.7	29	5.3
Por sentirse bien	7	1.3	1	0.2	12	2.2	2	0.4	22	4
Por radicar en otro lugar	8	1.5			10	1.8	3	0.5	21	3.8
Por desidia	3	0.5	2	0.4	12	2.2	3	0.5	20	3.6
Por desconocimiento de su estado	1	0.2			8	1.5	1	0.2	10	1.8
Por cuestiones personales	1	0.2	1	0.2	5	0.9	3	0.5	10	1.8
Por no considerarlo necesario	4	0.7			2	0.4	1	0.2	7	1.3
Por ocultamiento de embarazo	2	0.4			2	0.4	1	0.2	5	0.9
Por término de aseguramiento					2	0.4	1	0.2	3	0.5
Por otra causa	1	0.2			1	0.2	1	0.2	3	0.5
Por miedo	1	0.2			1	0.2			2	0.4
Total	60	10.9	300	54.5	142	25.8	48	8.7	550	100

Características del control prenatal, adecuación y motivos de inicio.

Fuente: Encuesta de Satisfacción. Hospital General de Naucalpan

Dr "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM.

Cuadro IX.- A T E N C I Ó N P R E N A T A L										
Investigación de Antecedentes	En todas las Consultas		En algunas Consultas		En una sola Consulta		Nunca			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Patológicos	122	24.9	64	13.1	242	49.5	61	12.5		
Heredofamiliares	120	24.5	64	13.1	261	53.4	44	9		
Toxicomanías	116	23.7	66	13.5	257	52.6	50	10.2		
Prescripción de Vits.	90	18.4	164	33.5	155	31.6	81	16.5		
Exploración Física	Siempre		Casi Siempre		Regularmente		Casi Nunca		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Revisión Completa	457	93.5	9	1.8	19	3.9	4	0.8	0	0
Toma signos vitales	463	94.7	8	1.6	12	2.5	2	0.4	4	0.8
Peso y Medición	431	88.1	11	2.3	19	3.9	5	1	23	4.7
Posición Fetal	457	93.5	7	1.4	17	3.5	2	0.4	6	1.2
FC Fetal	454	92.9	7	1.4	17	3.5	3	0.6	8	1.6
Realización de Exp. y Exámenes	Expediente		Prueba Emb.		Ex. de Lab.		Rx		Ultrasonido	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No	68	13.9	187	38.2	142	29	482	98.6	175	35.8
Si	420	85.9	303	61.8	347	71	7	1.4	314	64.2
Ex. de Lab.					f	%				
a.- BH y EGO					310	89.4				
b.- Sólo BH					18	5.2				
c.- Sólo EGO					19	5.4				
Rx							f	%		
Nunca							482	98.6		
En las primeras semanas							1	0.2		
Casi al final del embarazo							6	1.2		
Ultrasonido									f	%
1er. Trimestre									26	8.2
2o. Trimestre									88	27.9
3er. Trimestre									202	63.9

Atención Prenatal. Fuente: Encuesta de Satisfacción.
Hospital General de Naucalpan
Dr "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM.

Cuadro X.- A T E N C I Ó N D E L P A R T O

	Exploración Física		Signos Vitales		Anestesia	f	%					
	f	%	f	%	General	25	4.5					
Muchas veces	280	51	274	50	Bloqueo	59	11					
Algunas veces	136	24.8	138	25.2	Local	330	60					
Una sola vez	100	18.2	97	17.7	Nada	136	25					
Nunca	33	6	39	7.1								
				Si		No		No sabe		*Problema de Salud del Recién Nacido		
				f	%	f	%	f	%	f	%	
Aplicación de Solución IV				546	99.3	4	0.7			Prob.Pulmonares	8	1.4
Ruptura de Membranas previa al ingreso				171	31.1	378	68.9			Prematuro	5	0.9
Aseo Genital				469	85.6	79	14.4			Peso Bajo al nacer	4	0.7
Buen estado de salud del recién nacido				504	91.6	40	7.3	6	1.1	Infección	4	0.7
Respiración inmediata del recién nacido				470	85.5	71	12.9	9	1.6	Hipotermia	3	0.6
Información de Salida Completa de Placenta				311	56.5	234	42.5	5	0.9	Alt. Genéticas	3	0.6
Estancia en sala de Partos	f	%	No. de Tactos realizados				f	%				
Muy agradable	17	3.1	No se les realizó				13	2.4	Fractura de clavícula			
Agradable	266	48.4	1 a 3 tactos				344	63	Otras			
Regular	201	36.5	4 a 6 tactos				162	30	Defunción			
Desagradable	60	10.9	7 a 10 tactos				21	3.8	Óbito Fetal			
Muy desagradable	5	0.9	10 a 20 tactos				10	1.8	Total			

Características en la atención del Parto. Fuente: Encuesta de Satisfacción.
Hospital General de Naucalpan. Dr "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM.

Cuadro X (continuación). A T E N C I Ó N D E L P A R T O

Estancia en Sala de Partos												
Opinión	Muy agradable		Agradable		Regular		Desagradable		Muy desagradable		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin opinión	15	2.7	241	43.9	16	2.9	1	0.2			273	49.7
Buena Atención			7	1.3	115	21	26	4.7	5	0.9	153	27.8
Rapidez de la Atención					12	2.2	10	1.8			22	4
Maltrato del personal					15	2.7	2	0.4			17	3.1
Falta de Atención					11	2	4	0.7			15	2.7
Dolor y molestias del parto					8	1.5	4	0.7			12	2.2
Miedo					4	0.7	8	1.5			12	2.2
Retardo en el traslado			11	2	1	0.2					12	2.2
Frío	2	0.4	6	1.1	2	0.4					10	1.8
Atención Brusca y Tactos muy frecuentes					7	1.3	3	0.5			10	1.8
Otra causa					6	1.1					6	1.1
Atención tardada			1	0.2	4	0.7					5	0.9
Falta de Paciencia del personal							2	0.4			2	0.4
Total	17	3.1	266	48.5	201	37	60	10.9	5	0.9	549	100

Opinión de la estancia en la sala de partos para su atención.

Fuente: Encuesta de Satisfacción. Hospital General de Naucalpan

Dr "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM.

Cuadro XII.- OPINIÓN SOBRE LA ATENCIÓN

	Si		No			
	f	%	f	%		
Expresiones Manifiestas de Satisfacción						
Regreso al hospital	521	95.1	27	4.9		
Recomendación	522	95.1	27	4.9		
Quejas	22	4	528	96		
Conocimiento Sitio de quejas	57	10.4	493	89.6		
Comentarios	228	41.1	322	58.9		
Comentarios Realizados	f	%				
Total	228	41.1				
1.- Favorables						
Agradecimientos y Felicitación por la Atención	111	48.7				
2.- Solicitud de Mejoría	117	51.3				
a.- Mejoría en el trato	16	13.7				
b.- Mejoría y rapidez de la atención y traslado	27	23.1				
c.- Mejoría de Comodidad	58	49.6				
d.- Mayor información	8	6.8				
e.- Otros	8	6.8				
Resultado	Si		No		No sabe	
	f	%	f	%	f	%
Estado de salud del recién nacido Satisfactorio	504	91.6	40	7.3	6	1.1
Resolución del Problema de Salud	545	99.1	5	0.9	0	0
Calificación de la Atención Recibida	f	%				
Excelente	64	11.6				
Muy buena	152	27.6				
Buena	287	52.2				
Regular	44	8				
Mala	3	0.6				
Muy mala	0	0				

Opinión de las pacientes sobre la atención recibida. Fuente: Encuesta de Satisfacción. Hospital General de Naucalpan. Dr "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM.

Cuadro XIII.- EVALUACIÓN FINAL

	Excelente		Bueno (a)		Adecuado (a)		Regular		Malo (a)		Inadecuado (a)	
	%		%		%		%		%		%	
Accesibilidad Geográfica	41.8		53.6		95.4		4.6					4.6
Accesibilidad Funcional	24.6		47.3		71.9		25.9		2.2			28.1
ACCESIBILIDAD	29.2		66.5		95.7		4.3					4.3
Ambiente físico	79.1		20.9									
Entorno	97.1		2.9									
Funcionalidad	99.5		0.5									
AMBIENTE	98.5		1.5		100							0
Trato al paciente	30.2		65.6		95.8		4.2					4.2
Interés por el paciente	39.3		53.2		92.5		7.5					7.5
Actitud de servicio	88.4		10.2		98.6		1.5					1.5
RELACIÓN INTERPERSONAL	58.8		39.9		98.7		1.3					1.3
EXPECTATIVAS DEL PACIENTE	76.3		23.7		100							0
Control del Embarazo	56.8		23.7		86.5		8.4		11.1			19.5
Indagación de Antecedentes	22.7		16.6		39.3		55.4		5.3			60.7
Exploración Física	94		5.8		99.8		0.2					0.2
ATENCIÓN DEL EMBARAZO	76		12.6		88.6		0.4		11.1			11.5
ATENCIÓN DEL PARTO	72.4		26.9		99.3		0.7					0.7
ATENCIÓN DEL PUERPERIO	68.3		31.5		99.8		0.2					0.2
SEGUIMIENTO DE LA NORMA	79.5		9.5		89		10.7		0.2			10.9
Calificación de la Atención	39.3		52.2		91.5		8.5					8.5
Expresiones manifestadas de Satisfacción	41.3		56.1		97.4		2.6					2.6
Resultado	91.6		8.4		99							
OPINIÓN DE LA ATENCIÓN	88.7		11.3		100							0
SATISFACCIÓN / CALIDAD	80.9		18.5		99.4		0.6					0.6

88

Evaluación final de la atención. Fuente: Encuesta de Satisfacción.

Hospital General de Naucalpan. Dr "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM.

Cuadro XIV.- Adecuancia Atención Prenatal	Inicio en 1er. trimestre de embarazo	Mínimo 5 consultas hasta la atención del parto
Adecuada	Si	Si
Inadecuada Inicial	No	Si
Inadecuada Final	Si	No
Inadecuada Total	No	No

Atención del embarazo según índice de Kessner modificado. Incluye inicio de atención prenatal número total de consultas prenatales, parto a término y contenido de atención prenatal.

Cuadro XV.- Control Prenatal		
Procedimientos de Atención Prenatal	Si	No
	f	%
Apertura de expediente clínico	85.9%	13.9%
Investigación de antecedentes patológicos	87.5%	12.5%
Investigación de antecedentes hereditarios	91.0%	9.0%
Investigación de antecedentes toxicomanías	89.8%	10.2%
Exploración física	100.0%	0.0%
Registro de presión arterial	99.2%	0.8%
Registro de peso y medición	95.3%	4.7%
Determinación de posición fetal	98.8%	1.2%
Frecuencia cardiaca fetal	91.4%	1.6%
Estudios de laboratorio	71.0%	29.0%
Estudios Radiológicos	*0.2%	98.6%
Realización de Ultrasonido	64.2%	35.8%
Prescripción de Vitaminas	83.5%	16.5%

* Este valor debe ser mínimo, inversamente a los demás procedimientos.

Procedimientos de atención durante el control prenatal.

Fuente: Encuesta de Satisfacción. Hospital General de Naucalpan. Dr "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM.

FIGURAS

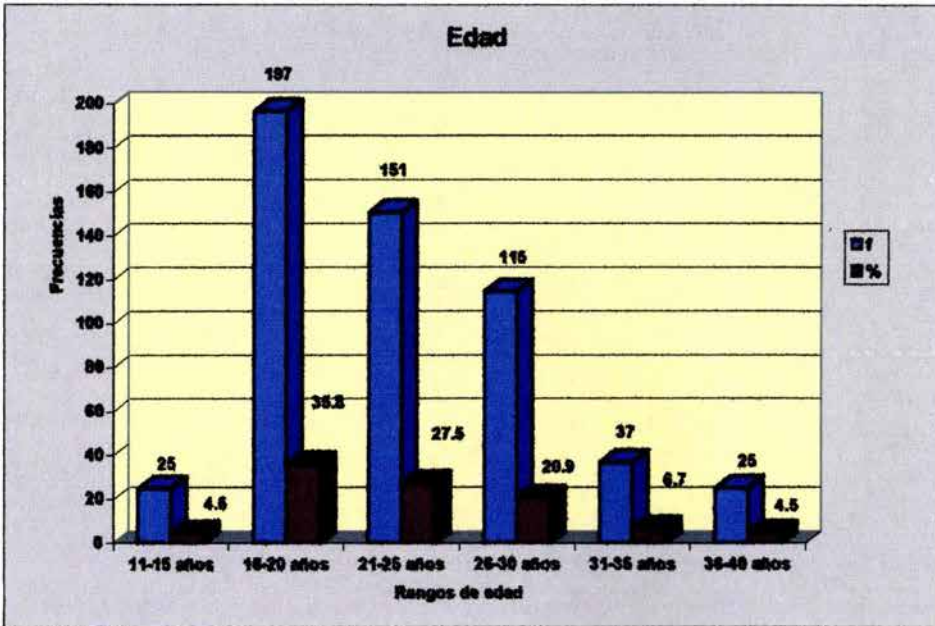


Figura No. 1

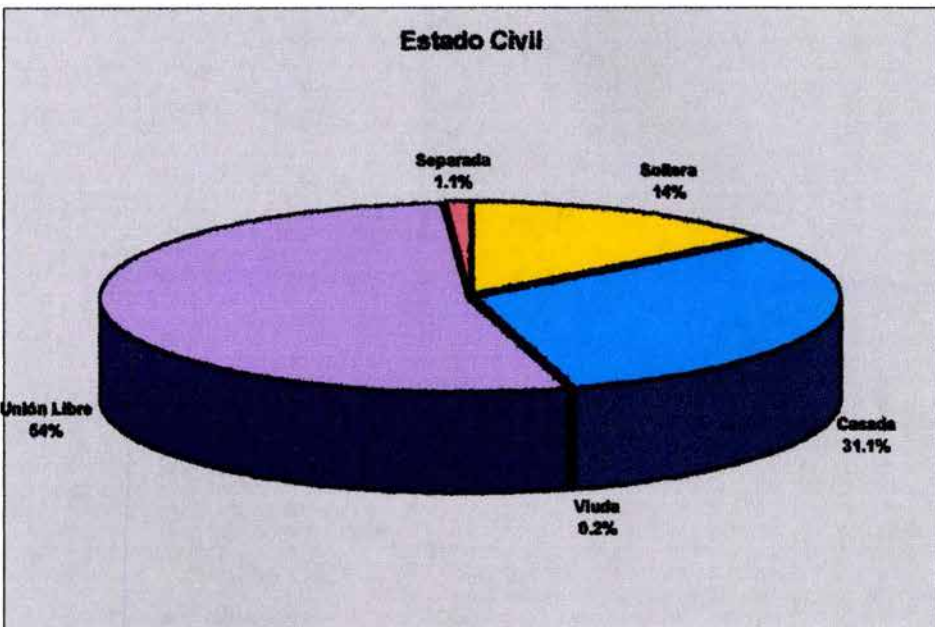


Figura No.2

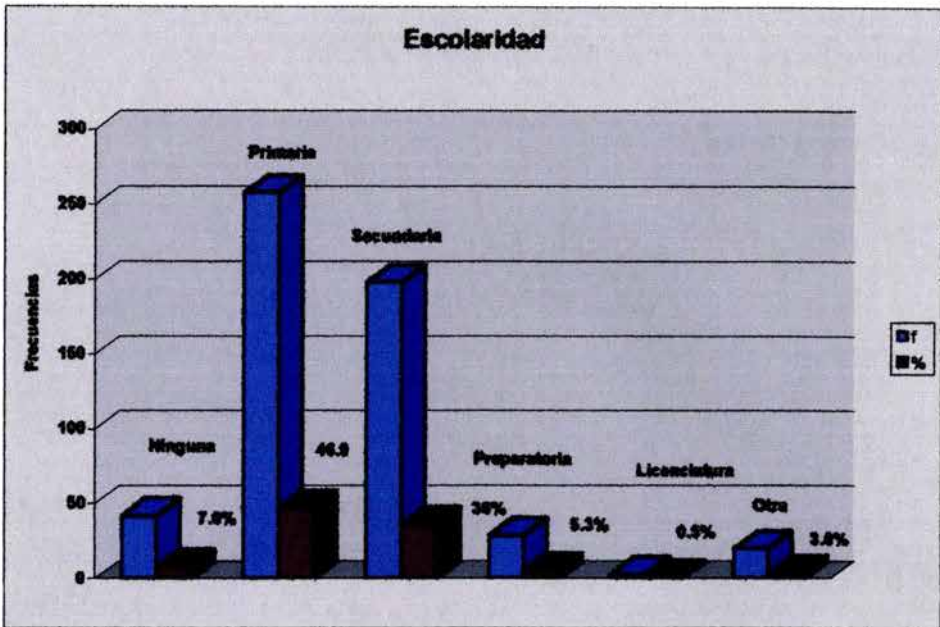


Figura No. 3

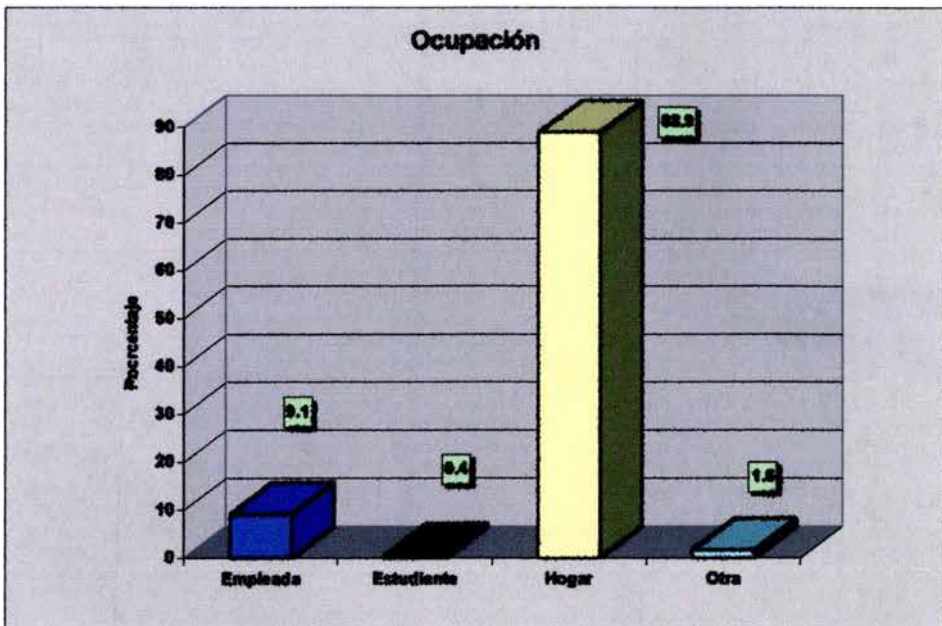


Figura No. 4

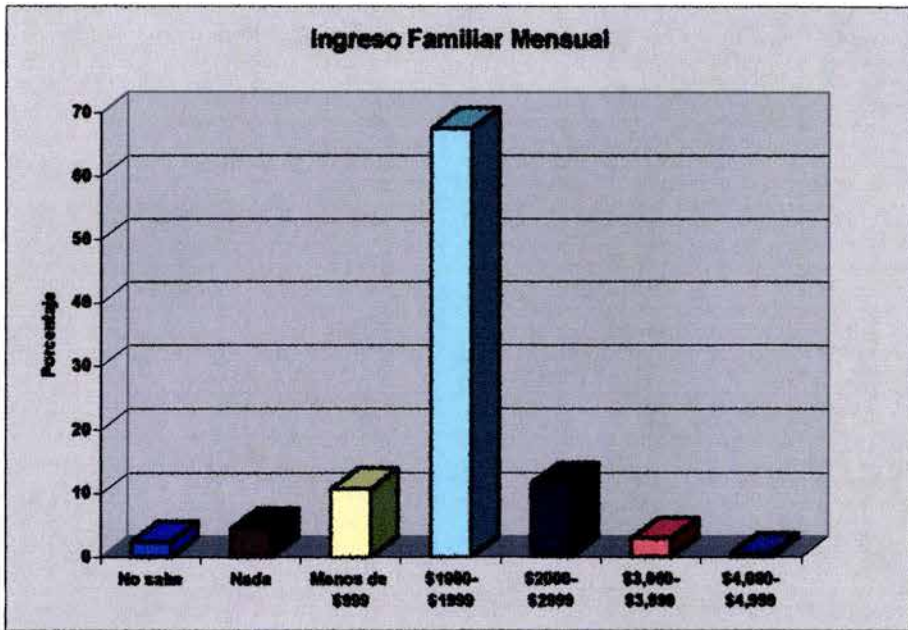


Figura No.5

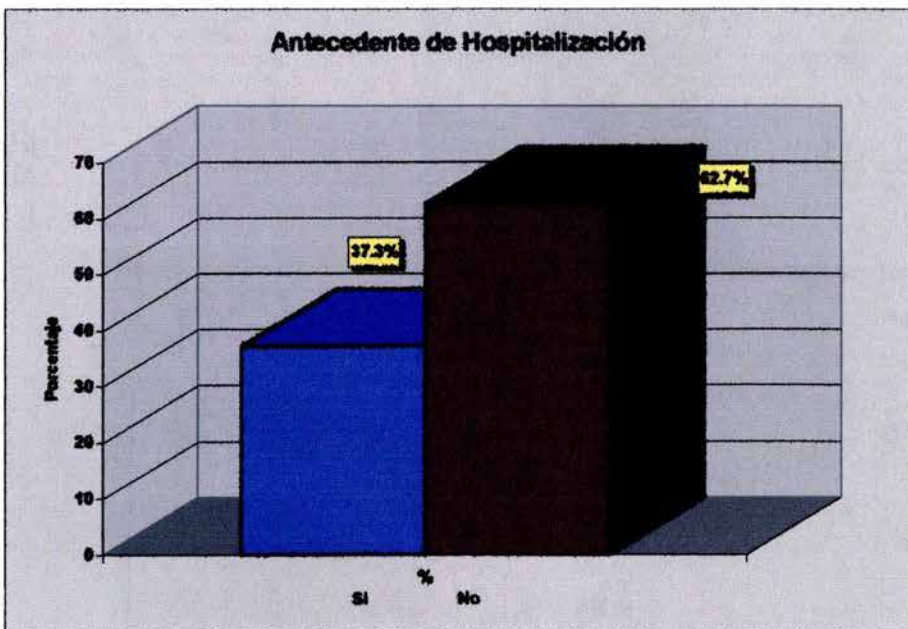


Figura No. 6

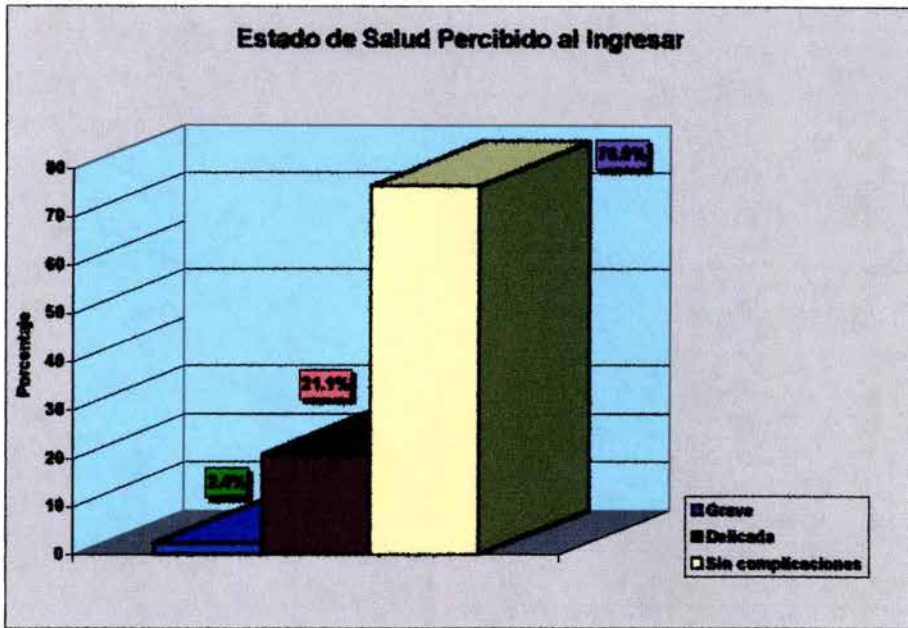


Figura No. 7

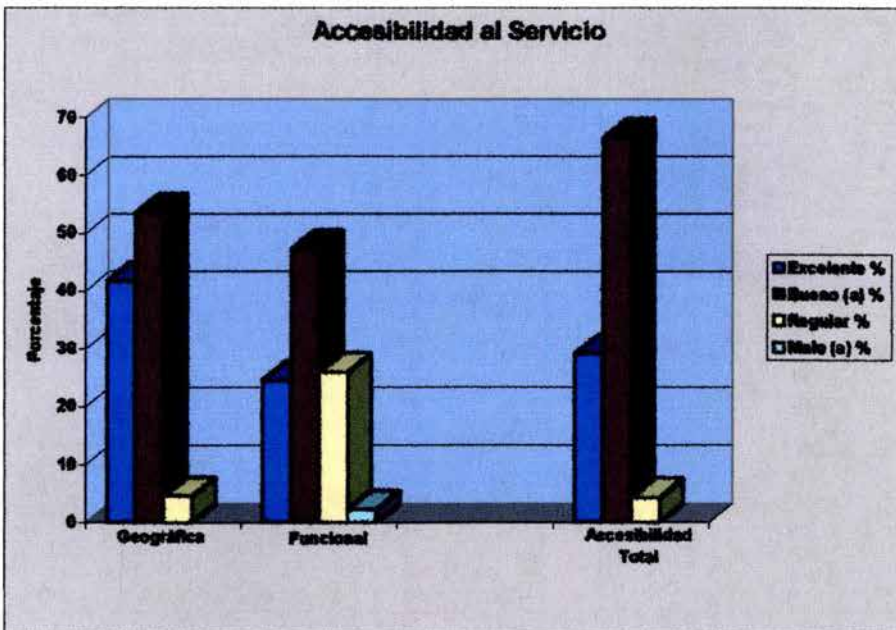


Figura No. 8

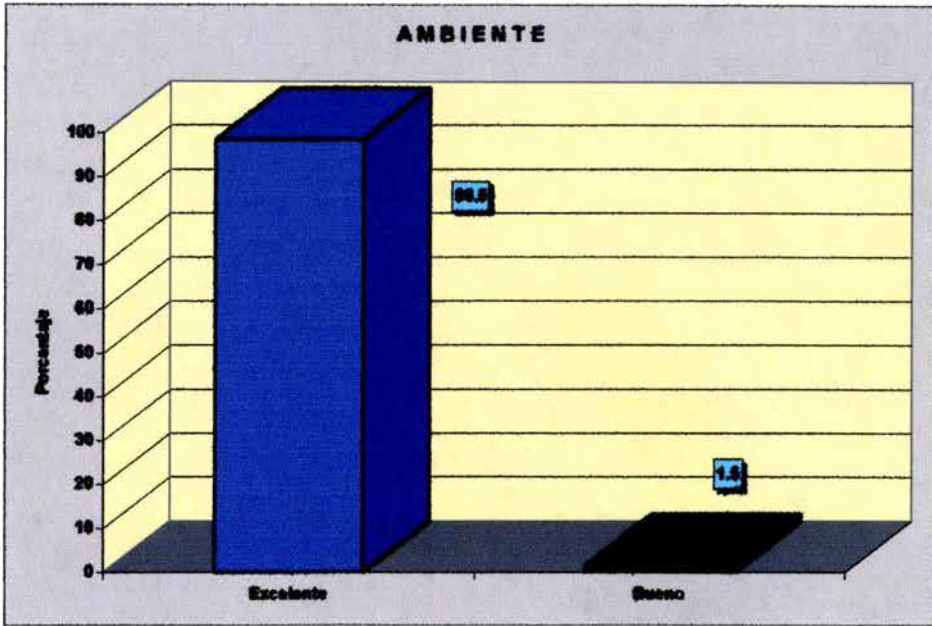


Figura No. 9

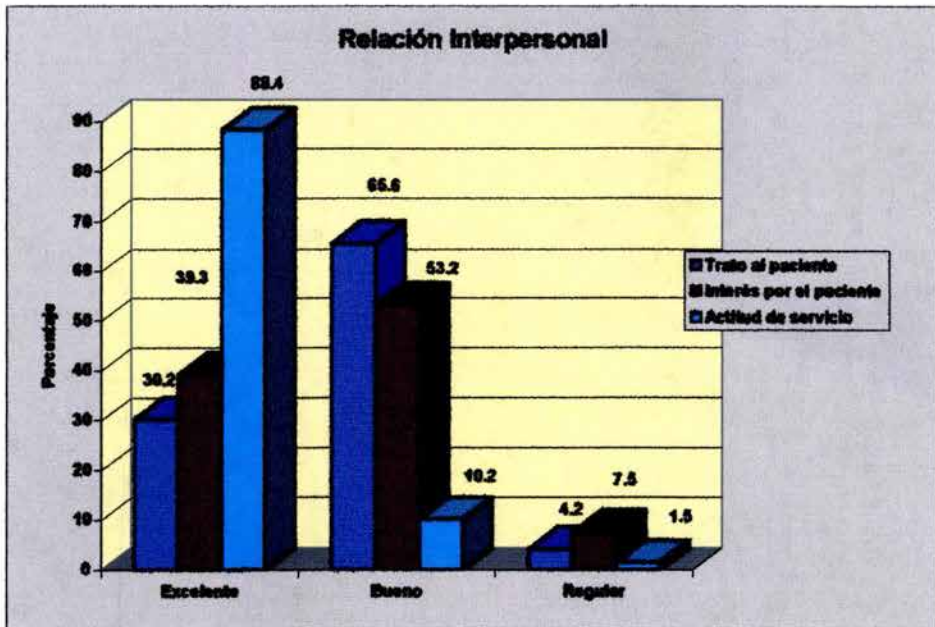


Figura No. 10

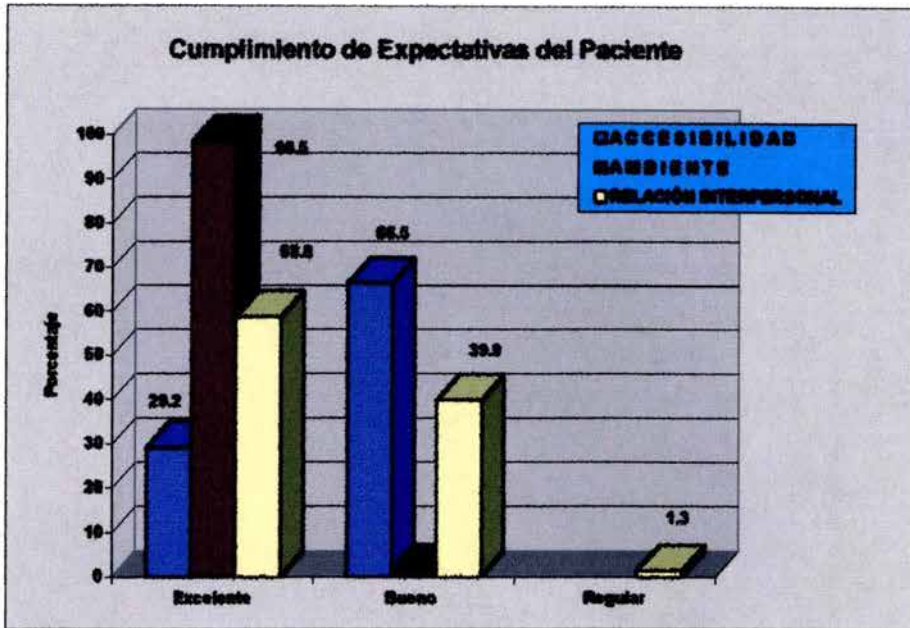


Fig. No. 11

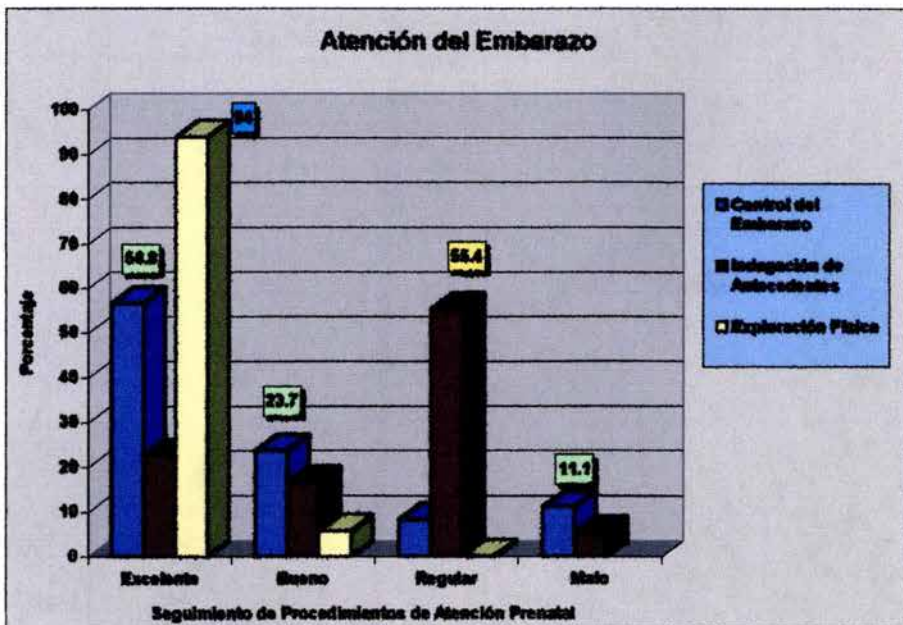


Fig. No. 12

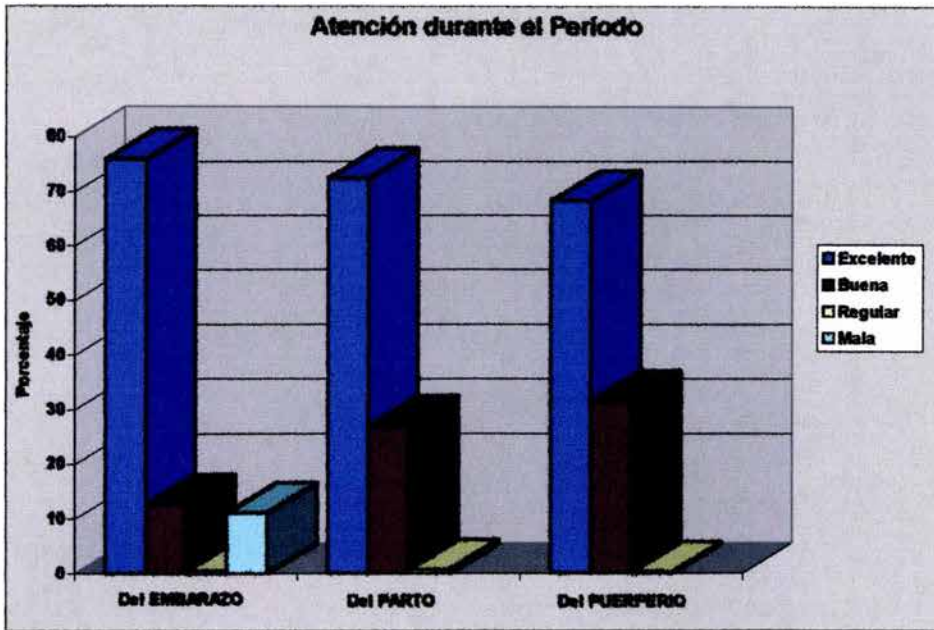


Figura No.13

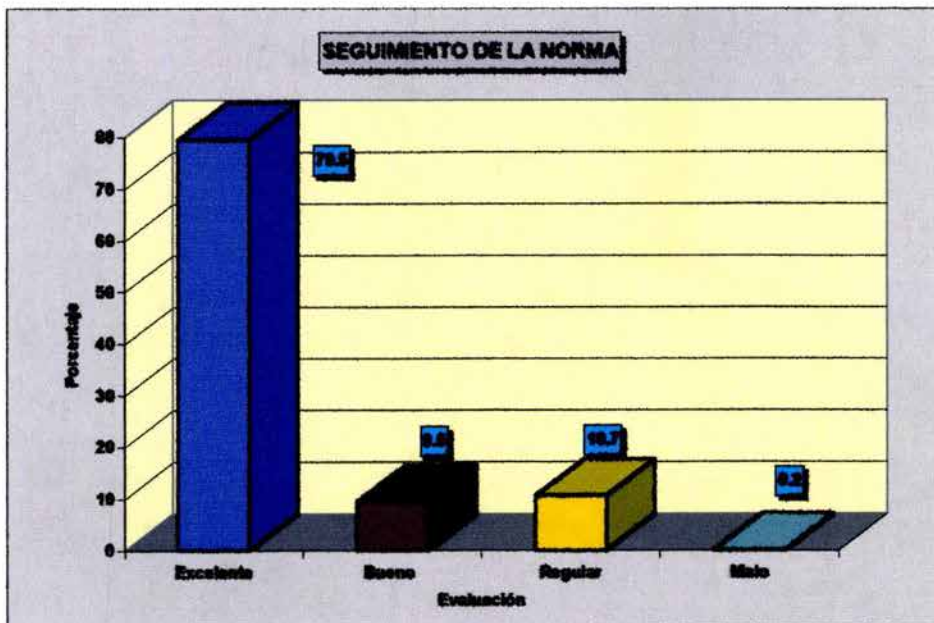


Figura No.14

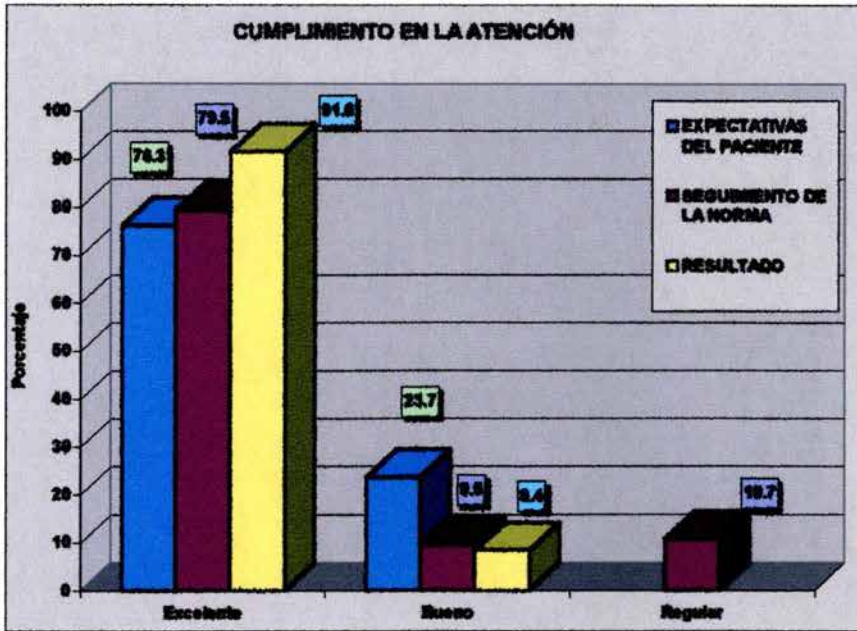


Figura No. 15

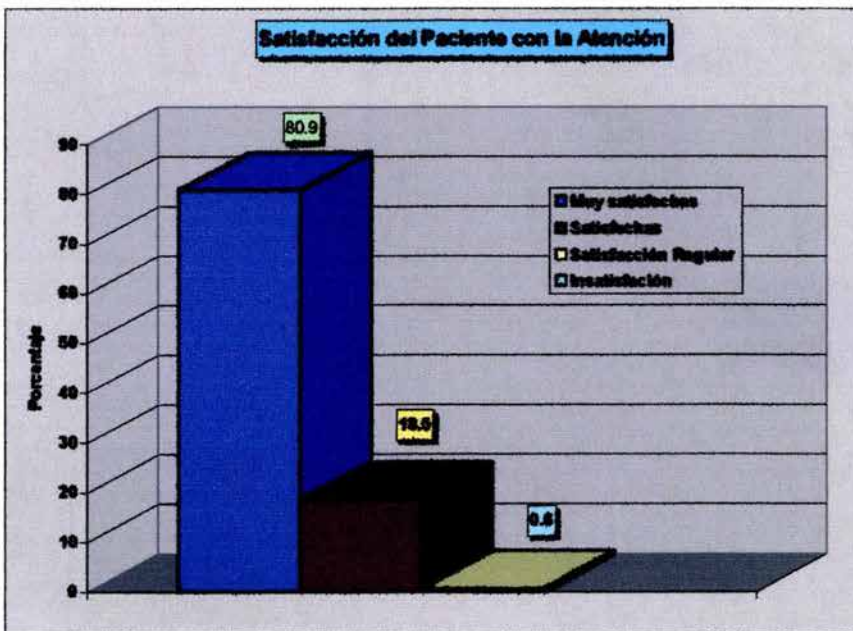
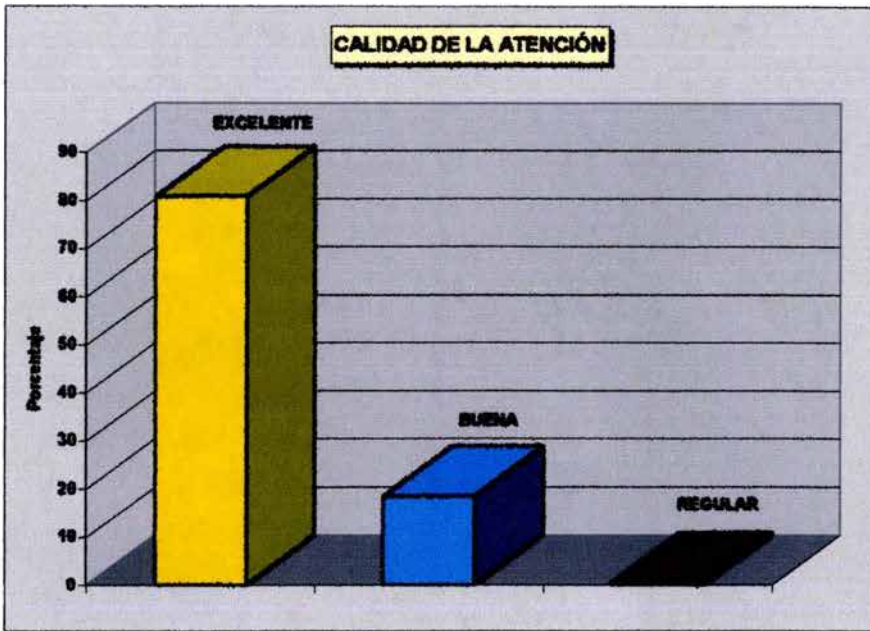


Figura No. 16



19 Figura No. 17

INSTRUMENTO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN

ESTIMADO PACIENTE CON EL FIN DE OTORGARLE UNA MEJOR ATENCION Y SERVICIO, SOLICITAMOS DE SU VALIOSA COOPERACIÓN PARA CONTESTAR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO, AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU AMABLE ATENCIÓN.

INSTRUCCIONES

FAVOR DE MARCAR CON UNA CRUZ LA RESPUESTA EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE Y ANOTAR LAS RESPUESTAS EN LAS PREGUNTAS QUE TENGAN ESPACIOS VACIOS. FAVOR DE NO LLENAR LOS CUADROS DEL EXTREMO DERECHO.

Parto Normal Cesárea
 No. de Folio

DATOS GENERALES:

1. Edad: _____ años. 1.
2. Estado Civil: Soltera _1 Casada _2 Viuda _2 Divorciada _4 Unión Libre _5 2.
3. Escolaridad en años: Sin escolaridad _1 Primaria _2 Secundaria _3 3.
 Preparatoria _4 Licenciatura _5 Otras _6
4. Número de Embarazos _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____ 4.

CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

5. Ocupación: Empleada _1 Estudiante _2 Hogar _3 Otra _4 5.
6. Ingreso Familiar Mensual Actual: Nada _1 Menos de \$999 _2 \$1,000-1,999 _3 \$2,000-2,999 _4 6.
 \$3,000-3,999 _5 \$4,000-4,999 _6 \$5,000 ó más _7
7. ¿Es la primera vez que la hospitalizan? Si _1 No _2 7.
8. ¿En qué estado llegó al hospital? Muy grave _1 Grave _2 Delicada _3 Sin complicaciones _4 8.
9. ¿Qué tan cerca vive del hospital? Muy cerca _1 Cerca _2 Regular _3 Lejos _4 Muy lejos _5 9.
10. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar? 15-30min _1 30min-1hora _2 1-2hrs _3 Más de 2 hrs _4 10.
11. ¿Qué tipo de transporte utilizó? Auto _1 Taxi _2 Micro/Autobús _3 Metro _4 Otro _5 11.
12. ¿Existe transporte a su disposición cuando lo necesita para ir al hospital? :
 Siempre _1 Casi Siempre _2 Regularmente _3 Casi Nunca _4 Nunca _5 12.
13. ¿Puede llegar fácilmente al hospital?
 Muy fácilmente _1 Fácilmente _2 Regular _3 Difícil _4 Muy difícilmente _5 13.
- Muy rápido Rápido Regular Tardado Muy tardado
14. ¿Cómo calificaría la rapidez con que le atendieron en el hospital? _1 _2 _3 _4 _5 14.
15. ¿Cómo calificaría el tiempo de espera en el servicio de admisión? _1 _2 _3 _4 _5 15.
- 15-30min 30min-1hora 1-2hrs Más de 2 hrs
16. ¿Cuánto tiempo tardaron en asignarle cama? _1 _2 _3 _4 16.
- Muy buena Buena Regular Mala Muy mala
17. ¿Cómo considera la iluminación en su cuarto o en su cama? _1 _2 _3 _4 _5 17.
18. ¿Cómo considera la ventilación en su cama? _1 _2 _3 _4 _5 18.
19. ¿Cómo considera la limpieza del hospital? _1 _2 _3 _4 _5 19.
20. ¿Qué tan cómoda se sintió en la habitación?
 Muy cómoda _1 Cómoda _2 Regular _3 Incómoda _4 Muy incómoda _5 20.
- Siempre Casi Siempre Regularmente Casi Nunca Nunca
21. ¿Considera que respetaron la privacidad en su cama o en la habitación? _1 _2 _3 _4 _5 21.
22. ¿Encontró todo en orden? _1 _2 _3 _4 _5 22.
23. ¿Tuvo algún problema durante su estancia? _1 _2 _3 _4 _5 23.
24. ¿Le faltó algún medicamento o material? _1 _2 _3 _4 _5 24.

¿Cómo le atendió el personal?

	Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy Mal	No tuvo Contacto	
25. El (los) Médico (s)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	25. <input type="checkbox"/>
26. La (s) Enfermera (s)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	26. <input type="checkbox"/>
27. El (las) Trabajador (as) Social (es)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	27. <input type="checkbox"/>
28. La (s) afanadora (s)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	28. <input type="checkbox"/>
29. El (los) vigilante (s)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	29. <input type="checkbox"/>

30. ¿Con cuánta paciencia le escuchó el personal ? 30.

Mucha ₁ Suficiente ₂ Regular ₃ Poca ₄ Nada ₅

31. ¿Cómo considera el tiempo que le dieron para tratar su caso? 31.

Mucho ₁ Suficiente ₂ Regular ₃ Poco ₄ Nada ₅

32. ¿Cómo considera el grado de interés del personal por su caso? 32.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

33. ¿Le han dicho si en el hospital le pueden ayudar una vez que haya sido dada de alta en caso de tener algún problema? 33.

Si ₁ No ₂

34. ¿Qué tipo de ayuda le han ofrecido? 34.

Revisión Pediátrica	<input type="checkbox"/> ₁	Revisión Pediátrica y Materna	<input type="checkbox"/> ₆
Revisión Materna	<input type="checkbox"/> ₂	Revisión Pediátrica, Materna y Vacunación	<input type="checkbox"/> ₇
Planificación Familiar	<input type="checkbox"/> ₃	Rev. Pediátrica, Materna, Vacunación y Planificación Familiar	<input type="checkbox"/> ₈
Vacunación	<input type="checkbox"/> ₄	Rev. Pediátrica, Materna, Vacunación, PF y Ex. de Lab.	<input type="checkbox"/> ₉
Exámenes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> ₅	Otra: _____	<input type="checkbox"/> ₁₀

35. ¿El personal se mostró amable? 35.

36. ¿La explicación de su tratamiento fué clara? 36.

37. ¿Le atienden cuando lo requiere sin mostrar desagrado? 37.

38. ¿La revisaban con frecuencia? 38.

39. ¿Cómo calificaría ud. la atención que recibió? 39.

Excelente ₁ Muy buena ₂ Buena ₃ Regular ₄ Mala ₅ Muy mala ₆

40. ¿Tuvo control médico durante su embarazo? 40.

Siempre ₁ Casi Siempre ₂ Regularmente ₃ Casi Nunca ₄ Nunca ₅

41. ¿Le hicieron prueba de embarazo? Si ₁ No ₂ 41.

42. ¿Cuántas consultas le dieron durante su embarazo? _____ 42.

43. ¿Le tomaron radiografías durante su embaraz En las primeras semanas ₁ Casi al final ₂ Nunca ₃ 43.

44. ¿Le realizaron ultrasonido? Si ₁ Semana o Mes del embarazo: _____ No ₂ 44.

45. ¿Le hicieron expediente clínico? Si ₁ No ₂ 45.

46. ¿Le preguntaron si era diabética, si tenía problemas de la presión o del corazón? ₁ ₂ ₃ ₄ 46.

47. ¿Le preguntaron si alguno de sus familiares tenía algún problema de salud? ₁ ₂ ₃ ₄ 47.

48. ¿Le preguntaron si fumaba, si tomaba alcohol o medicamentos? ₁ ₂ ₃ ₄ 48.

49. ¿La revisaban en cada consulta? ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ 49.

50. ¿Le tomaban pulso y presión arterial en la consulta? ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ 50.

51. ¿La pesaban y medían en cada consulta? ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ 51.

52. ¿Revisaban cómo venía su bebé? ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ 52.

53. ¿Escuchaban los latidos cardiacos del bebé? ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ 53.

54. ¿A ud. le hicieron exámenes de laboratorio (BH, EGO, VDR Biometría Hemática y Exámen General de Orina ₁ 54.

Solo Biometría Hemática en sangre ₂ Solo Exámen General de Orina ₃ Ninguno ₄

55. ¿Le mandaron vitaminas durante su embarazo? 55.

En todas las consultas ₁ En algunas consultas ₂ En una sola consulta ₃ Nunca ₄

56. ¿Cómo fué su estancia en la sala de partos? 56.
 Muy agradable _1 Agradable _2 Regular _3 Desagradable _4 Muy desagradable _5

¿Porqué?: _____

57. ¿Cuántas veces le realizaron Exploración física durante su parto? 57.
 Muchas veces _1 Algunas veces _2 Una Vez _3 Nunca _4

58. ¿Le tomaron presión arterial, pulso y temperatura durante su parto? _1 _2 _3 _4 58.

59. ¿Le pusieron suero? Si _1 No _2 59.

60. ¿Cuántas veces le hicieron tacto vaginal? _____ No se lo hicieron 60.

61. ¿Le pusieron anestesia? General _1 Bloqueo _2 Nada _3 Local _4 61.

62. ¿Llegó con la fuente rota? Si _1 No _2 62.

63. ¿Asearon sus genitales antes del nacimiento de su bebé? _1 _2 63.

64. ¿Se encuentra bien su bebé? Si _1 No _2 No sabe _3 64.

65. ¿Respiró o lloró de inmediato su bebé? _1 _2 _3 65.

66. ¿Le dijeron o escuchó si salió la placenta completa? _1 _2 _3 66.

67. ¿Cuántas veces la revisaron después de su parto? Muchas veces _1 Algunas veces _2 Una sola Vez _3 Nada _4 67.

68. ¿Cuántas veces revisaron su pecho antes de darla de alta? _1 _2 _3 _4 68.

69. ¿Le dijeron cómo alimentar a su bebé? Si _1 No _2 69.

70. ¿Le pidieron que caminara? _1 _2 70.

71. ¿A ud. le dieron alimentación? No _1 Líquida _2 Blanda _3 Normal _4 71.

72. ¿La citaron a consulta nuevamente? Si _1 No _2 72.

73. ¿Resolvieron su problema de salud? _1 _2 73.

74. ¿En caso de ser necesario, regresaría a ser atendida en el hospital? _1 _2 74.

75. ¿Recomendaría a alguien el hospital? _1 _2 75.

76. ¿Tiene alguna queja o sugerencia? _1 _2 76.

77. ¿Sabe a donde depositarla, para hacerla conocer? _1 _2 77.

78. Si desea realizar algún otro comentario favor de anotarlo a continuación: 78.

¡MIL GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

NOM-007-SSA2-1993.

NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER
DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN
NACIDO.

Norma Oficial Mexicana
para la Atención de la Mujer
durante el Embarazo,
Parto y Puerperio y
del Recién Nacido



SECRETARIA DE SALUD



Secretaría de Salud

Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez
Secretario

Dr. José Narro Robles
Subsecretario de Servicios de Salud

Lic. Javier Bonilla Castañeda
Subsecretario de Planeación

Dr. Rafael Camacho Solís
Subsecretario de Regulación y Fomento Sanitario

Lic. Jorge Tamayo López Portillo
Oficial Mayor

Dr. Gregorio Pérez-Palacios
Director General de Salud Reproductiva

Lic. Alberto Pérez Blas
Director General de Comunicación Social

COMITE CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Secretaría de Salud

Dirección General de Epidemiología
Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud
Dirección General de Planificación Familiar
Dirección General de Fomento de la Salud
Dirección General de Coordinación Estatal
Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal
Dirección General de Atención Materno Infantil
Dirección General de Medicina Preventiva
Dirección General de Estadística y Evaluación
Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica
Gerencia General de Biología y Reactivos
Registro Nacional de Transplantes
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA
Consejo Nacional de Vacunación
Consejo Nacional Contra las Adicciones
Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud

Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos
Secretaría de Comunicaciones y Transportes
Secretaría de Comercio y Fomento Industrial
Secretaría de Educación Pública
Secretaría de Desarrollo Social
Secretaría de la Defensa Nacional

Secretaría de Marina
Secretaría de Turismo
Departamento del Distrito Federal
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Petróleos Mexicanos
Consejo Nacional de Población
Comisión Nacional del Agua
Instituto Nacional Indigenista
Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la UNAM
Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del IPN
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina
Academia Nacional de Medicina
Academia Mexicana de Cirugía
Organización Panamericana de la Salud
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Fundación Mexicana para la Salud
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.
Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario, A.C.
Asociación Mexicana de Médicos Veterinarios Especialistas en Pequeñas Especies
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, A.C.
Colegio Nacional de Enfermeras, A.C.
Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.
Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer
Federación de Asociaciones Mexicanas de Diabetes
Liga de la Leche de México, A.C.
Comité Nacional Pro-Vida, A.C.
Alcohólicos Anónimos
Hospital Angeles del Pedregal
Hospital ABC
Consejo Nacional de Sanidad Animal
Comité Pro-Animal

**SUBCOMITE DE PLANIFICACION FAMILIAR
Y ATENCION MATERNO INFANTIL**

Secretaría de Salud

Dirección General de Planificación Familiar
Dirección General de Atención Materno Infantil
Dirección General de Fomento de la Salud
Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA

Instituto Mexicano del Seguro Social

Jefatura de Salud Reproductiva y Materno Infantil

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Subdirección de Medicina Familiar, Medicina Preventiva y Programas para la Salud

Secretaría de Educación Pública

Dirección General de Educación Primaria en el Distrito Federal

Secretaría de la Defensa Nacional

Dirección General de Sanidad Militar

Secretaría de Marina

Dirección General de Salud Naval

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

Instituto Nacional de Pediatría

Hospital Infantil de México

Departamento del Distrito Federal

Dirección General de Servicios de Salud

Petróleos Mexicanos

Gerencia de Servicios Médicos

Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.

Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario, A.C.

Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.

Comité Nacional Pro-Vida, A.C.

Liga de la Leche de México, A.C.

Academia de Investigación en Biología de la Reproducción, A.C.

NOM-007-SSA2-1993

**Norma Oficial Mexicana para la Atención
de la Mujer durante el Embarazo,
Parto y Puerperio y del Recién Nacido**

Esta norma deja sin efecto a las Normas Técnicas N° 36 y 37, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 8 de julio de 1986 y la 321 el día 22 de septiembre de 1988.

**PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA
NOM-007-SSA2-1993**

**Atención de la Mujer durante el Embarazo,
Parto y Puerperio y del Recién Nacido.
Criterios y Procedimientos para la prestación del servicio.**

**COMITE CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACION DE
SERVICIOS DE SALUD**

YOLANDA SENTIES ECHEVERRIA, Directora General de Atención Materno Infantil, con fundamento en los artículos 45, 46 fracción II, 38 fracción II y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 3 fracciones I a V, 13 A) fracción I, 27, 34, 61, 62, 64 y 65 de la Ley General de Salud 1º y 7º fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 11 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

CONSIDERANDO

Que el proyecto de Norma Oficial Mexicana, fue aprobado por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, de la Secretaría de Salud, en sesión celebrada el 26 de abril de 1993, expidiéndose para consulta pública, de conformidad con el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que dentro de los siguientes 90 días naturales contados a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, los interesados presentaran sus comentarios ante la Dirección General de Atención Materno Infantil, para que en términos de la Ley se consideraran en el seno del Comité que lo propuso.

Que con fecha 14 de julio de 1994 se publicó en el Diario Oficial de la Federación.

Que en fecha previa, fueron publicadas en el **Diario Oficial de la Federación** las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, de la Secretaría de Salud, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA. NOM-007-SSA2-1993. ATENCION A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIEN NACIDO. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO.

PREFACIO

EN LA ELABORACION DE LA PRESENTE NORMA PARTICIPARON LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES:

Secretaría de Salud;
Instituto Mexicano del Seguro Social;
IMSS-Solidaridad;
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
Secretaría de la Defensa Nacional;
Secretaría de Marina;
Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos;
Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal;
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;
Comisión Nacional de Alimentación;
Hospital Infantil de México "Federico Gómez";
Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán";
Instituto Nacional de Pediatría;
Instituto Nacional de Perinatología;
Grupo de Estudios del Nacimiento, A. C. (Grupo Gen);
Sociedad Mexicana de Pediatría;
Asociación Mexicana de Pediatría;
Asociación Mexicana de Nutrición;
Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia;
Asociación Mexicana de Hospitales;
Liga de la Leche de México, A.C.;
Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) en México;
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF);
Hospital A B C;
Hospital Angeles del Pedregal;
Hospital de México. Asociación Gineco-obstétrica, S. A. de C. V.;
Hospital Infantil Privado, S. A. de C. V.;
Sanatorio Santa Mónica.

INDICE

Introducción	15
1 Objetivo	17
2 Campo de aplicación	17
3 Referencias	17
4 Definiciones y terminología	18
5 Especificaciones	22
5.1 Disposiciones generales	22
5.2 Atención del embarazo	25
5.3 Prevención del bajo peso al nacimiento	25
5.4 Atención del parto	26
5.5 Atención del puerperio	29
5.6 Atención del recién nacido	30
5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva	31
5.8 Manejo del niño con bajo peso al nacimiento	32
5.9 Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito	33
5.10 Promoción de la salud materno infantil	34
5.11 Registro e información	35
6 Apéndices Normativos	38
Apéndice A Normativo (ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL)	38
Apéndice B Normativo (VALORACION DEL RECIEN NACIDO)	40
Apéndice C Normativo (EDAD GESTACIONAL)	42
(VALORACION FISICO-NEUROLOGICA)	44
Apéndice D Normativo (CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS)	46
(PESO AL NACER EN RELACION CON EDAD GESTACIONAL)	47
7 Bibliografía	49
8 Concordancia con normas internacionales	52
9 Observancia de la Norma	52
10 Vigencia de la Norma	52

INTRODUCCION

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo.

Como puede verse, es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

1 OBJETIVO

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

2 CAMPO DE APLICACION

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puerperas y a los recién nacidos.

3 REFERENCIAS

Para la correcta aplicación de esta norma, es conveniente consultar la siguiente norma técnica ¹: para la Información Epidemiológica, (Diario Oficial de la Federación del 7 de Julio de 1986).

Asimismo deben consultarse la Norma Oficial Mexicana "NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", así como la Norma Oficial Mexicana "NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar".

¹ Por haber dejado de tener vigencia en términos de lo dispuesto en el artículo TERCERO TRANSITORIO de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización vigente, deberá tomarse únicamente como antecedentes técnicos para la mejor aplicación de la NOM, en tanto no se expidan las NOMs, que substituyan a las normas técnicas en materia de salubridad general.

4 DEFINICIONES Y TERMINOLOGIA

Para los fines de esta Norma son aplicables las definiciones siguientes:

4.1 edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

4.2 embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

4.3 embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

4.4 emergencia obstétrica: Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

4.5 muerte materna: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

4.6 aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

4.7 parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

4.7.1 distocia: Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

4.7.2 eutocia: Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

El parto en función de la edad gestacional del producto se clasifica en:

4.8 parto pretérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

4.8.1 parto con producto inmaduro: Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.

4.8.2 parto con producto prematuro: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

4.9 parto con producto a término: Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

4.10 parto con producto a posttérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.

4.11 puerperio normal: Periodo 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 o 42 días.

4.12 nacimiento: Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté 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 mortinatos.

4.13 recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

4.14 recién nacido vivo: Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

4.15 mortinato o nacido muerto: Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.

4.16 de acuerdo con la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

4.16.1 recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación;

4.16.2 recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos;

4.16.3 recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos;

4.16.4 recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más;

4.16.5 recién nacido posttérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación;

4.16.6 recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional;

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

4.17.1 de bajo peso (hipotrófico): Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.17.2 de peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.17.3 de peso alto (hipertrófico): Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.18 lactancia materna: La alimentación del niño con leche de la madre.

4.19 lactancia materna exclusiva: La alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

4.20 lactancia materna mixta: La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento protéico lácteo.

4.21 sucedáneo de la leche materna: Todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.

4.22 alojamiento conjunto: La ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.

4.23 hipotiroidismo congénito: Enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por ausencia o formación inadecuada de la glándula tiroides con disminución permanente en su función, y menos frecuente por disminución transitoria en su funcionamiento.

4.24 calidad de la atención: Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).

4.25 calidez en la atención: El trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.

4.26 oportunidad en la atención: Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

5 ESPECIFICACIONES

5.1 DISPOSICIONES GENERALES

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

5.1.2 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez.

5.1.4 Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.

5.1.5 La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- elaboración de historia clínica;
- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales);
- medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración;
- medición y registro de la presión arterial, así como su interpretación y valoración;
- valoración del riesgo obstétrico;
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo);
- determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh₀, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rh₀ antígeno D y su variante débil D^w, se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos);
- examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36;
- detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad;
- prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico;
- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);
- aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicán-

dose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales;

- orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones económicas y sociales de la embarazada;
- promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;
- promoción de la lactancia materna exclusiva;
- promoción y orientación sobre planificación familiar;
- medidas de autocuidado de la salud;
- establecimiento del diagnóstico integral.

5.1.7 Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

5.1.8 La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste como documento de referencia y contrarreferencia institucional.

5.1.9 Toda unidad médica del segundo nivel con atención obstétrica, debe integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal.

5.1.10 Los dictámenes del Comité y Grupo de Estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales.

5.2 ATENCION DEL EMBARAZO

5.2.1 Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

5.2.2 El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

5.2.3 La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

5.2.4 La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

5.3. PREVENCIÓN DEL BAJO PESO AL NACIMIENTO

5.3.1 En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematurez y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).

5.3.2 La detección oportuna incluye dos etapas:

- durante el embarazo y
- al nacimiento

5.3.2.1 Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

5.3.2.2 Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero de acuerdo al APENDICE A (Normativo).

5.3.2.3 El manejo de la prematurez, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro).

5.4 ATENCION DEL PARTO

5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma;

5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;

5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el sólo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la norma institucional al respecto;

5.4.1.5 En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiocografía y el ultrasonido;

5.4.1.6 Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores;

5.4.1.7 El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto, debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer;

5.4.1.8 La episiotomía debe practicarse por personal médico calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer;

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;

5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;

5.4.2.4 Mantener la hidratación adecuada de la paciente;

5.4.2.5 El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;

5.4.3 Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

5.4.4 Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.

5.4.5 Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- Tipo de parto;
- Fecha y hora del nacimiento;
- Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas;
- Inicio de alimentación a seno materno;
- En su caso, método de planificación familiar posparto elegido.

5.5 ATENCION DEL PUERPERIO

5.5.1 Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal).

5.5.1.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:

5.5.1.3 En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

5.5.1.4 En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas.

5.5.1.5 En las primeras 6 horas favorecer la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación.

5.5.1.6 Se recomienda aplicar a las madres Rh₀ (D) negativas, con producto Rh₀ positivo, la globulina inmune anti-Rh₀ preferentemente dentro de las primeras 72 horas siguientes al parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento obstétrico invasivo capaz de ocasionar hemorragia fetomaterna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D" que estuviese en la superficie de los glóbulos rojos del producto.

5.5.1.7 Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

5.5.1.8 Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles.

5.5.1.9 Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)

- Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer;
- Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura;
- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el posparto.

5.6. ATENCION DEL RECIEN NACIDO

5.6.1 La atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días.

5.6.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K 1 mg. intramuscular y la prevención de la oftalmía purulenta, examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para la valoración de Apgar del APENDICE B (Normativo), así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular de acuerdo con el APENDICE C (Normativo) [a criterio de la institución, se podrá utilizar cualquiera de las dos opciones que se incluyen], vacunación BCG y antipoliomielítica, el alojamiento conjunto madre/hijo y la lactancia materna exclusiva;

5.6.3 Se recomienda investigar rutinariamente en el recién nacido de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el

factor Rh₀ (D), su variante débil D^u y la prueba de antiglobulina directa (prueba de Coombs).

5.6.4 En el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria y sólo por indicación médica realizarse la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre hijo.

5.6.5 En ningún caso se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial, si la unidad médica no cuenta con el recurso deberá remitir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.

5.7. PROTECCION Y FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

5.7.1 Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2 Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.

5.7.3 Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

5.7.4 La atención a la madre durante la lactancia debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

5.7.5 Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a las embarazadas y púerperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

5.7.6 En las unidades médicas no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

5.7.7 En las unidades de salud no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.

5.7.8 Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.

5.7.9 Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa.

5.8. MANEJO DEL NIÑO CON BAJO PESO AL NACIMIENTO

5.8.1 Al nacimiento, utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar al recién nacido y tomar las medidas pertinentes en su manejo, de conformidad con el APENDICE D (Normativo). Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.8.2 Las instituciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el parto pretérmino, el recién nacido pretérmino y el retraso del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel o por personal especializado.

5.8.3 Se debe promover que el recién nacido de bajo peso sea alimentado con leche materna y la creación de "bancos de leche materna" en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre.

5.8.4 Los padres deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de bajo peso.

5.9. PREVENCIÓN DEL RETRASO MENTAL PRODUCIDO POR HIPOTIROIDISMO CONGENITO

5.9.1 La prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo a través de la promoción de la salud, el diagnóstico y tratamiento oportuno:

5.9.1.1 Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, mediante la determinación de tirotrópina (TSH) en sangre extraída por punción del talón o venopunción colectada en papel filtro (la prueba debe efectuarse antes del primer mes, para evitar daño cerebral que se manifiesta por retraso mental). La muestra puede ser tomada en el transcurso de la primera media hora a través de sangre del cordón umbilical, lo que debe explicitarse en la hoja del papel filtro que se envía al laboratorio.

5.9.1.2 La muestra de sangre debe remitirse a un laboratorio previamente definido a nivel de la institución que corresponda o de conformidad con convenios de coordinación establecidos para el efecto. El resultado debe remitirse a la unidad de salud correspondiente, en un plazo no mayor de dos semanas.

5.9.1.3 El diagnóstico de un caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se establece por determinación de tirotrópina y tetrayodotironina (T4) en suero de sangre extraída.

5.9.1.4 El tratamiento del caso comprobado de hipotiroidismo congénito se debe llevar a cabo por administración de hormona tiroidea a dosis terapéutica (10 a 12 microgramos de L-tiroxina por kilo de peso por día).

5.9.1.5 El control y el tratamiento del paciente debe continuarse, y por ningún motivo suspenderse hasta que alcance una edad neurológica equivalente a los dos años. Si se requiere corroborar el diagnóstico, a partir de este momento se puede suspender durante 6 a 8 semanas el tratamiento, y realizar nuevos exámenes tiroideos.

5.10. PROMOCION DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL

5.10.1 La promoción de la salud se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel unidad). Las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud que comprenda los temas siguientes:

5.10.1.1 Importancia de la mujer y la madre en el autocuidado de la salud personal y familiar;

5.10.1.2 Importancia y beneficios del control prenatal;

5.10.1.3 Orientación alimentaria y nutricional e higiene de los alimentos;

5.10.1.4 Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño;

5.10.1.5 Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes;

5.10.1.6 Cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde acudir para la atención;

5.10.1.7 Signos del inicio del parto y conducta ante los mismos;

5.10.1.8 Cuidados del recién nacido y signos de alarma que requieren atención médica urgente;

5.10.1.9 Importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas del niño;

5.10.1.10 Prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobrevida suero oral;

5.10.1.11 Prevención de las infecciones agudas de vías respiratorias;

5.10.1.12 Esquema de vacunación;

5.10.1.13 Planificación familiar desde el control prenatal e información de los métodos posparto;

5.10.1.14 Prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito;

5.10.1.15 Prevención del bajo peso al nacimiento.

5.10.1.16 Información sobre los cambios físicos y emocionales de la embarazada;

5.10.1.17 Importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

5.11. REGISTRO E INFORMACION

5.11.1 Las instituciones y unidades de atención médica deben efectuar el registro de las atenciones a embarazadas, parturientas y puérperas y recién nacidos mediante formatos únicos. Estos formatos deben ser llenados por el personal de salud que presta el servicio y concentrados por el personal responsable de la estadística de la unidad y de la institución.

5.11.2 Con el propósito de alimentar el Sistema Nacional de Información en Salud, se debe asegurar el registro, procesamiento y entrega de información a la Secretaría de Salud, de las actividades en seguida mencionadas, de acuerdo con la periodicidad requerida. Esta debe ser remitida a través de los canales institucionales establecidos:

- Embarazadas atendidas de primera vez según trimestre gestacional.
- Consultas totales a embarazadas.
- Consultas subsiguientes por trimestre de gestación
- Toxoide tetánico aplicado a embarazadas según primera y segunda dosis y dosis de refuerzo.
- Puerperas atendidas de primera vez.
- Consultas totales a puerperas.
- Consultas subsiguientes a puerperas.
- Partos atendidos según edad gestacional:
 - Pretérmino:
 - inmaduro de 21 - 27 semanas
 - prematuro de 28 - 37 semanas
 - Término:
 - maduro de 37 - 41 semanas
 - Postérmino:
 - posmaduro de 42 o más semanas
- Partos atendidos según características de normalidad:
 - eutócicos
 - distócicos
- Partos distócicos según vía de resolución.
 - vaginal
 - abdominal
 - Abortos atendidos
- Nacidos vivos según peso al nacer en gramos, considerando los siguientes grupos:
 - 500 a 999 gramos.
 - 1000 a 2499 gramos
 - 2500 a 3499 gramos
 - 3500 o más gramos

- Muertes fetales según edad gestacional de acuerdo con los siguientes grupos:
 - Pretérmino:
 - inmaduro de 21 - 27 semanas
 - prematuro de 28 - 37 semanas
 - Término:
 - maduro de 37 - 41 semanas
 - Postérmino:
 - posmaduro de 42 o más semanas
- Muertes maternas
- Muertes de recién nacidos.

5.11.3 Para cada nacido vivo debe llenarse un Certificado de Nacimiento en original y cuatro copias, cuya distribución gratuita estará a cargo de la Secretaría de Salud.

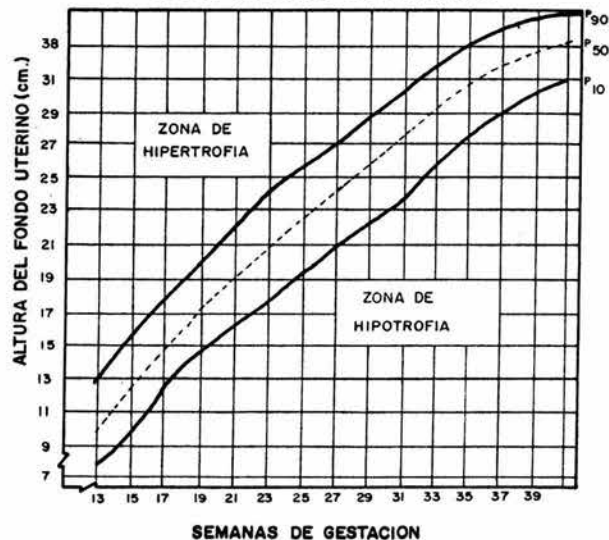
5.11.4 El certificado debe ser llenado por el médico o por la persona que atienda el parto y al recién nacido, inmediatamente después del mismo o dentro de las primeras 24 horas de ocurrido. En caso de que ninguna persona asistiera a la madre en el parto, el certificado puede ser llenado por el personal auxiliar de salud de la propia comunidad o bien los familiares deben notificar al personal de salud de la unidad más cercana para que se efectúe el registro.

5.11.5 Para cada muerte materna o infantil debe efectuarse el llenado del Certificado de Defunción inmediatamente después de la ocurrencia del hecho, observando lo señalado por las disposiciones técnicas sobre el manejo del Certificado de Defunción. Asimismo, en caso de muerte fetal se debe llenar el certificado correspondiente de acuerdo con las disposiciones técnicas antes mencionadas.

6 APENDICES NORMATIVOS

APENDICE A (NORMATIVO)

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL



FUENTE : FESCINA, R.N. y COLS ; CLAP ; 1990

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN EDAD GESTACIONAL (CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE A NORMATIVO)

La altura del fondo uterino según la edad gestacional se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis hasta alcanzar el fondo uterino.

De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:

Normal.- Cuando esté entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura del fondo uterino según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal.- Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura del fondo uterino según edad gestacional. Amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente. Se deberá citar cada 15 días y consultar con el especialista.

**APENDICE B (Normativo)
VALORACION DEL RECIEN NACIDO
METODO DE APGAR**

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO- VENTILACION	BUENO, LIANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMI- DADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LIANTO, ALGUNA MOVILIDAD	LIANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL, PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

**VALORACION DEL RECIEN NACIDO
METODO DE APGAR
(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE B NORMATIVO)**

Se valorará al recién nacido de acuerdo con el método de Apgar al minuto y los cinco minutos.

La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:









- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de 7 o más se considera normal. Se debe continuar con su atención y pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita atención a nivel hospitalario.

APENDICE C (Normativo)

EDAD GESTACIONAL

S O M A T I C O Y N E U R O L O G I C O	A	FORMA DEL PEZÓN .	Pezón apenas visible. No se visualiza Areola.	Pezón bien definido Areola. 0.75 cm.	Areola bien definida. No sobresaliente. 0.75 cm.	Areola sobresaliente. 0.75 cm.		
			0	5	10	15		
	B	TEXTURA DE LA PIEL .	Muy fina Gelatinosa .	Fine y Lisa	Lisa y moderadamente gruesa Descamación superficial.	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial.	Gruesa y Aparentada.	
			0	5	10	18	22	
	C	FORMA DE LA OREJA .	Plana y sin forma.	Inicio engrosamiento del borde .	Engrosamiento sobre mitad anterior.	Engrosada e incurvada totalmente.		
			0	5	10	24		
	K= 204 días	TAMAÑO DEL TENDÓN MARIANO .	No palpable	Diámetro 0.5 cm.	Diámetro 0.5-1.0 cm.	Diámetro >1.0 cm.		
			0	5	10	15		
		PLIEGUES PLANTARES .	Ausentes	Pequeños surcos rojos en mitad anterior.	Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1/3 anterior.	Surcos sobre mitad anterior.	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior.	
			0	5	10	15	20	
K= 200 días		SIGNO : "DE LA BUFANDA"						
			0	6	12	18		
		SIGNO : "CABEZA EN GOTA"						
			0	4	8	12		

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE C NORMATIVO)

Se utilizan:

Cinco datos somáticos 1) Formación del pezón, 2) Textura de la piel, 3) Forma de la oreja, 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares y Dos signos neurológicos: I) Signo "de la bufanda" y II) Signo "cabeza en gota".

Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B").

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológica se utilizan los cinco datos somáticos (columna "A"), agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Prematuro o pretérmino: todo recién nacido que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria y/o pasar a terapia intensiva, de acuerdo con su condición.
- A término o maduro: cuando el recién nacido sume de 261 a 295 días de gestación. Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.
- Postérmino o posmaduro: si el recién nacido tiene más de 295 días de gestación, debe observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten, debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

APENDICE C (Normativo)

VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

		0	1	2	3	4	5
MADUREZ NEURO MUSCULAR	POSTURA						
	ANGULO DE LA MUÑECA						
	ANGULO DEL CODO						
	ANGULO POPLITEO						
	SIGNO DE LA BUFANDA						
	TALON OREJA						

		0	1	2	3	4	5
MADUREZ FISICA	PIEL	DELATINOSA ROSA TRANSPARENTES	LIGERAMENTE ROSADA VENAS VISIBLES	DESCAMACION SUPERFICIAL VENAS PROFUNDAS	DESCAMACION AREAS PALIDAS VENAS RARAS	NO HAY VASOS EN VENAS PROFUNDAS	GRUESA RUGOSA
	LAMUGO	NO HAY	ABUNDANTE	ADELGAZADO	AREAS SIN LAMUGO	MUY ESCASO	ESCALA DE MADUREZ
	PLEGUES PLUMBRES	NO HAY	MARCAS INJAS TENUES	PLIEGUE ANTERIOR TRANSVERSO LINGO	PLEGUES EN 2/3 ANT.	PLEGUES EN TODA LA PLANTA	
	MAMAS	LIGERAMENTE PORCEPTIBLES	AREOLA PLANA SIN PEZON	AREOLA LEVANTADA 1-2 mm DE PEZON	AREOLA LEVANTADA 3-4 mm DE PEZON	AREOLA COMPLETA 5-10 mm DE PEZON	5 28
	ODO	APLANADO PERMANENTE DOBLADO	BORDE LIGERAMENTE CURVO, SUAVE RECUP. LENTA	BORDE CURVO SUAVE REFAZ. RECUPERACION	FORMADO FIRME RECUPERACION INSTANTANEA	CARTILAGO GRUESO FIRME	10 28 15 30 20 32
	GENITALES	ESCROTO VACIO SIN ARRUGAS		TESTICULOS DESCENDIDOS POCAS RUGOSIDADES	TESTICULOS DESCENDIDOS MUCHAS RUGOSIDADES	TESTICULOS PENDULO RUGOSIDADES COMPLETAS	25 34 30 36 35 38
	GENITALES	CLITORIS Y LABIOS MENORES PROMINENTES		LABIOS MAYORES Y MENORES IGUALES	LABIOS MAYORES Y MENORES GRANDES	CLITORIS Y LABIOS MENORES CUBIERTOS	40 40 45 42 50 44

FUENTE: BALLARD

VALORACION FISICO-NEUROLOGICA
METODO DE BALLARD PARA VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE C NORMATIVO)

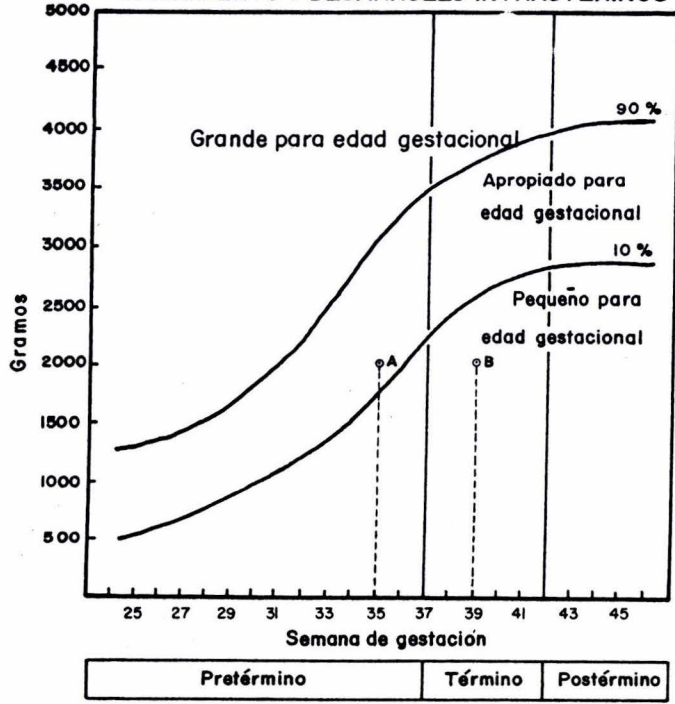
Se utilizan seis signos físicos y seis signos neuro-musculares, sumándose los valores de ambos cuadros. El valor (calificación) se compara con la escala de madurez del recuadro inferior derecho, que establece las semanas de edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Pretérmino o prematuro: de 28 a 37 semanas (5 a 30 puntos). Se transfiera para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva, de acuerdo con su condición.
- A término o maduro: los recién nacidos de 37 a menos de 42 semanas (35 a 43 puntos). Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.
- Posttérmino o posmaduro: recién nacido de 42 o más semanas (45 a 50 puntos). Debe observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia, pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten, debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

APENDICE D (Normativo)
(primera opción)

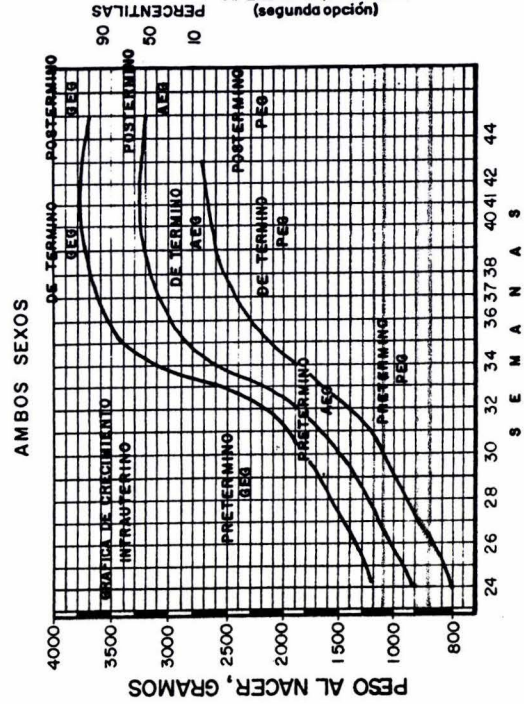
CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS



ADAPTADO BATTAGLIA Y LUBCHENCO.

APENDICE D (Normativo)
(segunda opción)

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL



PRETERMINO
PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL
AEG - ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL
GEG - GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL

TERMINO POSTERMINO

Dr. Juvareo Benda

**CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS
PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL
GRAFICAS DE BATTAGLIA/LUBCHENCO Y JURADO GARCIA
(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE D NORMATIVO)**

De conformidad con la institución se puede utilizar cualquiera de las dos opciones para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

1. De acuerdo con el peso del recién nacido y a las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL:

PRETERMINO.- Todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación.

DE TERMINO.- Los recién nacidos entre las semanas 37 y 42 de gestación.

POSTERMINO.- Recién nacido después de 42 semanas de gestación.

CON RESPECTO A SU PESO AL NACER:

PEQUEÑO.- Con peso por debajo de la percentila 10, correspondiente a su edad gestacional.

APROPIADO O ADECUADO.- Cuyo peso se localiza entre las percentilas 10 y 90 correspondientes a su edad gestacional.

GRANDE.- Con peso por arriba de la percentila 90 correspondiente a su edad gestacional.

7 BIBLIOGRAFIA

- 1.- Mortalidad materna: Ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. Crónica OMS, 1986; 40(5):195.
- 2.- Elementos básicos para el estudio y la prevención de la mortalidad materna. Bol. Epidem. OPS/OMS. 1986; 7:1.
- 3.- Necesidades esenciales de México. Situación actual y perspectivas al año 2000. 4. Salud. 2a. ed. Siglo XXI editores. Presidencia de la República. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. México, 1983; 78.
- 4.- Karchmer KS, Armas DJ, Chávez-Azueta J, Shor-PV. Estudios de Mortalidad Materna en México. Consideraciones médico sociales. Gac. Med. Mex. 1975; 65:190.
- 5.- Farnot UC. Los partos son ahora más seguros. Foro Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1986; 7:374.
- 6.- Schwartz R, Díaz GA, Fescina R, De Mucio B, Belitzky R, Delgado RL. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Pub. Científica No. 1205. Uruguay, 1990.
- 7.- Nesbit R, Aubry R. High-risk obstetrics. II. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. Am. J. Obst. Gynec. 1969; 103: 972.
- 8.- Niswander KR. Manual of Obstetrics. Diagnosis and Therapy. Ed. Little, Brown and Company. Boston, U.S.A. 1980; 52.
- 9.- Benson RC. Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Ed. Lange Medical Publ. Los Altos California, 1976; 737.
- 10.- Williams. Obstetricia. Salvat Ed. México, 1973; 839.
- 11.- Jurado-GE. Etiología del daño secundario a los defectos al nacimiento. En Manejo integral de los defectos al nacimiento. Ed. Grupo de Estudios al Nacimiento (GEN). México. 1986; 7.
- 12.- Mortalidad 1990. Secretaría de Salud, México. 1992; 46.
- 13.- Encuesta Nacional de Prevalencia de uso de anticonceptivos. Secretaría de Salud. México. 1980.


- 14.- Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud. Secretaría de Salud. México. 1987.
- 15.- Encuesta Nacional de Salud. Secretaría de Salud. México. 1988.
- 16.- Alvarez BA, Mortalidad materna I. Los estudios de mortalidad materna en el mundo actual. *Gac. Med. Mex.* 1972; 104:25.
- 17.- Benedeti JT, Starzik P, Frost F. Maternal deaths in Washington State. *Obstet. Gynecol.* 1985; 66:99.
- 18.- Beer CE. Promoting Breast Feeding. A national responsibility. *Studies in Family Planning.* 1985; 12:198.
- 19.- Castelazo AL, Importancia de los estudios de mortalidad materna en la medicina institucional. *Gac. Med. Mex.* 1972; 104:36.
- 20.- Espinoza RSV. Comités de estudio de la mortalidad materna. Evolución histórica y objetivos. *Ginec. Obstet. Mex.* 1985; 53:237.
- 21.- Karchmer KS. Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualidades en Gineco-obstetricia. *Cong. Mex. Ginecol. Obstet.* 1978; 3(7):577.
- 22.- Lowenberg FE., Torre BJ, Ahued AJ. Mortalidad materna en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Actualidades en Gineco-obstetricia. *Cong. Mex. Ginecol. Obstet.* 1978; 3(7):578.
- 23.- Loudon I. Obstetric care, Social class and maternal mortality. *Br. Med. J.* 1983; 293: 606.
- 24.- Maternal mortality rates. A tabulation of available information. World Health Organization. Division of family Health. Geneva. 1985.
- 25.- Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. Paltex No. 7. 1986.
- 26.- Programa Nacional de Salud 1990-1994. Secretaría de Salud, México. 1990.
- 27.- Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio 1990. UNICEF. 1990.
- 28.- Programa Nacional de Acción. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. México. 1991.

- 29.- Jurado GE. Epidemiología de la prematuridad. Memoria del VIII Congreso Colombiano de Pediatría. Ed. Arbeláez. Colombia, 1967; 478.
- 30.- Battaglia FC, Lubchenco LO. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *J. Pediatr.* 1967; 71 (2):159-153.
- 31.- Jurado GE. El crecimiento intrauterino. *Gac. Med. Mex.* 1971; 102 (2):227-255.
- 32.- Jurado GE. La curva de crecimiento intrauterino como indicador de riesgo neonatal. I simposio nacional sobre endocrinología e investigación pediátrica. *Hosp. Centr. Milit. México.* 1985.
- 33.- Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. Simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *Pediatrics.* 1978; 93(1):120-122.
- 34.- Ballard, Kazmdier K, Driver M. A simplified assessment of gestational age. *J. Ped.* 1979; 95:796.
- 35.- Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil "Análisis de riesgo-beneficio en el uso de medicamentos administrados durante el embarazo y la lactancia.", IMSS. México. 1994.
- 36.- WHO: Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1977; 56:247-53.
- 37.- Cloherty JP, Stank AR. Manual of neonatal care. Little, Brown Co. 3rd. edition. 1991:85-101.
- 38.- Klaus MH, Fanaroff AA. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. Ed. Panamericana 2a. edición. 1984.
- 39.- Manual de evaluación de la calidad de la atención médica. Sistema Nacional de Evaluación. Sistema Nacional de Salud, SSA México. 1992.
- 40.- Modelo de atención a la salud. *Revista médica del IMSS.* 1994; Supl 1, vol.32.




8 CONCORDANCIA CON NORMAS INTERNACIONALES

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.



9 OBSERVANCIA DE LA NORMA

La vigilancia de la aplicación de esta norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.



10 VIGENCIA DE LA NORMA

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor a partir del día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, D. F., a 31 de octubre de 1994.

LIC. YOLANDA SENTIES E. Q.F.B.
DIRECTORA GENERAL
DE ATENCION MATERNO INFANTIL

Esta norma fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995.

