



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21



## **GRADO DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS SOBRE CONTROL PRENATAL**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. MÁRQUEZ SÁNCHEZ MARÍA ISABEL**

**ASESOR:**

**DR. JUAN ISMAEL PARRILLA ORTIZ**

**México, D.F. 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

---

## AUTORIZACIÓN

---

---

DR. JOSÉ ANTONIO MATA MARTÍNEZ  
*Director de la U.M.F. 21*

---

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN  
*Jefe de Educación Médica*

---

DR. JORGE MENESES GARDUÑO  
*Profesor titular de la residencia de Medicina Familiar, U.M.F. No 21*

---

DRA. ANA MARÍA MEZA FERNÁNDEZ  
*Profesora adjunta de la residencia de Medicina Familiar, U.M.F. No 21*

---

**ASESOR DE TESIS**

---

---

MC. SS. DR. JUAN ISMAEL PARRILLA ORTIZ

*Médico Familiar de la U.M.F. No 21  
Profesor titular de la residencia de medicina familiar  
para médicos generales*

---

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS**

---

### **Gracias a Dios**

Por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

### **Gracias a mis padres y hermanos**

Quienes quiero mucho y siempre me han apoyado en cada decisión que he tomado. Gracias por creer en mí, les agradezco de todo corazón que estén a mi lado

### **Gracias a ti Luis**

Por tu apoyo, comprensión y amor que me permite sentir poder lograr lo que me proponga. Gracias por escucharme y por tus consejos Gracias por ser parte de mi vida.

### **Gracias a mi asesor**

Por sus consejos, paciencia y opiniones que sirvieron para sentirme satisfecho con este proyecto

### **Gracias a mis profesores**

Que participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora.

### **Gracias a mi Universidad Nacional Autónoma de México,**

Por darme la oportunidad de aprender y forjarme como especialista.

---

## AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

---

*Y así después de esperar tanto, un día como cualquier otro decidí triunfar.  
Decidí no esperar a las oportunidades sino yo misma buscarlas.*

*Decidí ver cada problema como la oportunidad de encontrar una solución.  
Decidí ver cada desierto como la oportunidad de encontrar un oasis.  
Decidí ver cada día como una nueva oportunidad de ser feliz.*

*Aquel día descubrí que mi único rival no eran más que mis propias debilidades, y  
que en éstas, está la única y mejor forma de superarnos.*

*Aquel día dejé de temer a perder y empecé a temer a no ganar.  
Descubrí que no era yo el mejor y que quizás nunca lo fui, me dejó de importar  
quién ganara o perdiera.*

*Ahora me importa simplemente saberme mejor que ayer.  
Aprendí que lo difícil no es llegar a la cima, sino dejar de subir.  
Descubrí que el amor es más que un simple estado de enamoramiento, "el amor es  
una filosofía de vida".*

*Aquel día dejé de ser un reflejo de mis escasos triunfos pasados y empecé a ser mi  
propia tenue luz de este presente.  
Aprendí que de nada sirve ser luz si no vas a iluminar el camino de los demás.*

*Aquel día decidí cambiar tantas cosas.  
Aquel día aprendí que los sueños son solamente para hacerse realidad, desde aquel  
día ya no duermo para descansar.*

*Ahora simplemente duermo para soñar.*

*Walt Disney*

---

## INDICE

---

AUTORIZACIÓN.....	2
ASESORES DE TESIS.....	3
DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS.....	4
RESÚMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
MARCO TEÓRICO.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
OBJETIVOS.....	23
HIPÓTESIS.....	24
MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
TIPO DE ESTUDIO.....	25
UNIVERSO DE TRABAJO.....	26
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	27
MUESTRA.....	28
VARIABLES.....	29
METODOLOGÍA.....	33
RECURSOS Y ETICA.....	39
RESULTADOS.....	41
DISCUSION.....	56
CONCLUSIONES.....	59
SUGERENCIAS.....	60
LIMITANTES.....	61
ANEXOS.....	62
BIBLIOGRAFIAS.....	70

## RESÚMEN

**Título:** GRADO DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS SOBRE CONTROL PRENATAL

**Autores:** Dr. Juan Ismael Parrilla Ortiz\*      Dra. Márquez Sánchez María Isabel\*\*

\*Asesor metodológico MC S.S., Médico familiar de U.M.F. No 2, \*\*Residente de tercer año de Medicina Familiar en U.M.F. No 21

**Lugar del estudio:** Unidad de Medicina Familiar No 21 IMSS

**Resumen:** Los servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios ocasionando poca demanda de los servicios, que se expresa en baja cobertura y productividad de los programas. Por lo que nos planteamos conocer el grado de satisfacción de las embarazadas que utiliza el servicio de control prenatal

**Metodología:** estudio epidemiológico en el periodo de julio a noviembre del 2009, muestreo no probabilístico por conveniencia, con una muestra de 216 pacientes se utilizó el instrumento de Colmenarez. Se realizó un análisis descriptivo y de asociación de los resultados. **Resultados:** Las embarazadas presentaron satisfacción en 91.2% y medianamente satisfechas en 8.8% Los motivos de inconformidad fueron: el tiempo de espera prolongado en el 36.6% y desabasto de medicamentos en el 25.5%. **Conclusiones:** la satisfacción presentada es de regular a buena y esta es favorecida por la relación medico paciente y la insatisfacción presentada es con respecto a la estructura y abasto de fármacos. Se encontró una asociación significativa con relación a escolaridad y número de gestas.

**Palabras clave:** satisfacción, control prenatal, calidad de la atención



## INTRODUCCION

La salud materno-fetal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales económicos, genéticos, políticos y ambientales (vivienda, clima, geografía) pero quizá sea la salud integral de la madre desde la etapa pre-concepcional y la utilización oportuna y adecuada de los servicios médicos prenatales de alta calidad los factores más susceptibles a modificar, teniendo como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas.

El control prenatal se ha constituido como una de las prioridades en la prestación de servicios de salud, ofrece la posibilidad de reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, permite establecer oportunamente acciones preventivas y terapéuticas al identificar factores de riesgo durante el embarazo. <sup>1,2</sup>

La calidad de atención se considera un elemento clave de los programas de salud reproductiva en el contexto de un enfoque centrado en el paciente que tiene como objetivo proporcionarle a éste un servicio de alta calidad.

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta; estructura, proceso y resultados. La satisfacción de los usuarios ha sido reconocida como uno de los indicadores de elección para medir el impacto de las intervenciones de reforma del sector salud en América.

Para proporcionar atención de alta calidad los médicos tienen que entender y respetar las necesidades, actitudes e inquietudes de sus pacientes y hay que tener en cuenta que las percepciones de estos últimos, se ven afectadas por factores personales, sociales y culturales.

Las investigaciones ponen de relieve la necesidad de considerar dichas perspectivas sobre la calidad de la atención porque esto eleva la satisfacción del usuario y su uso sostenido de los servicios y mejora en último término la salud.

Nuestra investigación busco encontrar el grado de satisfacción que presentaban las mujeres embarazadas con respecto al control prenatal por parte de su médico familiar, a través de la encuesta de satisfacción; encontrando que en el 91.2% fue satisfactoria la atención proporcionada por el personal médico.

## MARCO TEÓRICO

### CONTROL PRENATAL

Es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico<sup>1</sup>; significa una oportunidad para identificar factores de riesgo<sup>2 3</sup>

El control prenatal fue impuesto por John William Ballantine en 1913, en Inglaterra, quien crea un “hotel pro-maternidad”, con el fin de estudiar la fisiología y calidad del embarazo. Sin embargo, la primera clínica para control prenatal fue creada por Haig Ferguson en 1915, en Edimburgo que sirvió de modelo. El desarrollo y divulgación general de la atención prenatal en el mundo occidental, se debe principalmente a Janet Campbell; gracias a su trabajo, se logró que del 40% de las embarazadas que recibía control prenatal antes de la segunda guerra mundial se pasara a 100% después de la misma.<sup>4</sup>

El programa de atención prenatal, con inicio desde el primer mes de embarazo y consultas medicas una vez por mes, reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros, productos con bajo peso, prevención del síndrome de insuficiencia respiratoria del recién nacido; identifica complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras); permite establecer medidas preventivas oportunas de

acuerdo con la situación de la embarazada en el momento oportuno, lo que significa un costo menor en su atención posterior y mejora la calidad de la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos.<sup>1,5,6</sup>

La tasa de mortalidad perinatal en el ámbito mundial varían de 7 a 12 por 1,000 recién nacidos en países desarrollados y hasta 100 o más por 1,000 recién nacidos en los países en vías de desarrollo.<sup>5</sup> Por lo tanto la mortalidad perinatal ocurre predominantemente en países en vías de desarrollo con una tasa promedio de 57 por mil nacidos vivos en comparación con 11 por mil nacidos vivos para países desarrollados.<sup>6,7</sup> En 1996, la Organización Mundial de la Salud estimaba que se producían más de 7.6 millones de muertes perinatales en todo el mundo.<sup>1</sup> En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la mortalidad perinatal ha mostrado una notoria tendencia descendente en los últimos 10 años, en los cuales han pasado de 16.5 por mil nacimientos en 1993 a 11.4 por mil nacimientos en 2002 lo que representa una reducción de 30.9% en la tasa correspondiente durante el periodo señalado.<sup>8</sup>

Las Causas de Mortalidad materna global reportadas en el 2001 son: hemorragia (34%), infecciones (21%), aborto (18%), trastornos hipertensivos (16%), parto obstruido (11%).<sup>9</sup> Estimaciones de la ONU en el año 2003 registraron 529 mil muertes maternas y 411 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos. En el Sector Salud en México en 2004 la mortalidad fue de mil 200 complicaciones del embarazo y el parto, debido a que más del 50% de las embarazadas que llegan a terapia intensiva

no tienen un adecuado control prenatal y sólo 70 por ciento asistió a su control prenatal durante el primer trimestre del embarazo.<sup>10</sup>

Por lo anterior el control prenatal se ha constituido como una de las prioridades en la prestación de servicios de salud. En México seis de cada diez partos son atendidos en instituciones del sector público<sup>2</sup>, y existe un alto porcentaje de partos institucionales pero sigue habiendo una baja tasa de utilización de los servicios para el control del embarazo.<sup>1 11</sup>

### CALIDAD

La calidad se ha definido a nivel clínico, en términos de conocimientos técnicos y de la habilidad de proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para el bienestar del paciente. Actualmente, la calidad de la atención es percibida en forma multidimensional y puede definirse y medirse de distintas formas, según las prioridades de los interesados<sup>12</sup> como en el sector salud, la calidad de la atención se da a través del logro de la eficiencia y la efectividad, fomentando así un énfasis gerencial. Este enfoque hace que los procesos de calidad tiendan a dirigirse hacia los procedimientos técnicos, el personal, el entrenamiento, los equipos, etc., es decir, los aspectos que se pueden controlar dentro del ámbito institucional de la salud.<sup>13</sup> Por lo tanto el sector salud retoma lo escrito por Donabedian con su modelo que incluye las dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca lograr los mejores resultados que la ciencia actual hace posible. La segunda es lo que se ha denominado la calidez de la atención; es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción.<sup>13</sup>

## CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad de atención se considera un elemento clave de los programas de salud reproductiva en el contexto de un enfoque centrado en el paciente que tiene como objetivo proporcionarle a éste un servicio de alta calidad, por considerarse a éste un derecho humano básico. La provisión de servicios de salud de alta calidad es algo que ha sido promovido tanto por los interesados a nivel local como por las organizaciones de salud de la mujer y de atención primaria a la salud.<sup>14</sup>

*Avedis Donabedian* propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: *"Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"* <sup>14</sup>

En 1983, González Posada y su grupo desarrollaron en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Evaluación Integral de las Unidades Médicas que, con base en los preceptos de la Teoría de Sistemas utilizada por Donabedian, evaluaba los recursos físicos, el personal, los insumos y la organización necesarios para otorgar una atención de calidad, para continuar con la evaluación del proceso de la atención, incluyendo la oportunidad, la capacidad profesional del personal, la aplicación de los conocimientos médicos vigentes, la seguridad del paciente y el respeto a los principios éticos de la práctica médica, para terminar con la evaluación de los resultados de la atención en materia de salud y la satisfacción de usuarios y prestadores de servicios con la atención recibida y con el trabajo desempeñado respectivamente. <sup>15</sup>

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".<sup>15</sup>

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta:

1. Estructura: es la aplicación de la ciencia y de la tecnología incluyendo los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para proporcionar atención médica.
2. Proceso: el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
3. Resultados: es un enfoque indirecto para evaluar la calidad de la atención, se refiere a la dimensión interpersonal la subjetividad del paciente al definir la satisfacción como un indicador de la calidad de la atención, y valora la efectividad y eficacia de la atención recibida.<sup>16 17 18</sup>

Centrándonos en el concepto de calidad en el ámbito de la asistencia sanitaria, se define como la capacidad que puede tener una organización para satisfacer las necesidades de los consumidores de los servicios de salud, por lo que el indicador

externo más frecuentemente utilizado ha sido el estudio de la *satisfacción del usuario*, siendo ésta fruto de una evaluación positiva por parte del usuario de las diferentes dimensiones que configuran la atención sanitaria.<sup>19</sup>

## SATISFACCIÓN

En México se han realizado avances importantes para ofrecer servicios de calidad que permitan la satisfacción del usuario.<sup>20</sup> En México la Norma técnica para la evaluación de la calidad de la atención médica de 1990 en su artículo 6 refiere que la calidad de la atención médica deberá incorporar el grado de satisfacción de las necesidades de salud y las características en la prestación del servicio, en relación con las expectativas del usuario interno y externo y de la institución.<sup>21</sup> La calidad percibida por el usuario, se refiere desde la percepción del trato recibido en el momento de la asistencia hasta abarcar todos los aspectos del proceso de atención: provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospitalización, continuidad de los cuidados entre niveles de atención, etc. De hecho, la calidad percibida (en su doble dimensión humana y administrativa) figura cada vez más como un factor que afecta y modula notablemente a la calidad técnica, tanto en términos de los procesos como de los resultados.<sup>22</sup>

La satisfacción de las usuarias con los servicios de atención prenatal está relacionada con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que esperó para recibirla, pero no con la capacidad de resolución clínica del profesional, ni con su edad o género. El trato recibido durante la consulta por la paciente también se asoció con su nivel socioeconómico y se encontró que las usuarias más pobres reciben,



proporcionalmente, peor trato.<sup>23</sup> Por lo que el enfoque de la calidad asume que el paciente es el juez final e inapelable de las actividades de gestión. Los índices de calidad - satisfacción representan, en este sentido, un activo sobre el cual pivota la rentabilidad y crecimiento de los servicios sanitarios o la confianza del ciudadano en los servicios que se le presta.<sup>18</sup>

En los últimos años se ha puesto de manifiesto la necesidad de tener en cuenta las percepciones de los usuarios, e incorporar a la medida de la calidad global de un servicio una medida de la *Calidad Percibida* que le otorgan los usuarios. El argumento de que si la calidad mejora, aumentarían los costos de los servicios por incremento de la demanda no es muy acertado. Mejorando la calidad se reducen tratamientos y pruebas diagnósticas innecesarias, que son la principal causa de los altos costos de la atención. Actividades de promoción efectivas disminuyen el número de personas afectadas por un daño a la salud, reduciendo los costos.<sup>1</sup>

El estudio de la satisfacción del paciente ha sido uno de los temas estrella en los últimos 20 años, generando numerosas publicaciones, los propios expertos no dudan en reconocer que se trata de un concepto escurridizo a la hora de ser delimitado de manera clara. Se ha conceptualizado como un resultado y como un proceso, como una respuesta tanto cognitiva como emocional. La diferencia entre calidad y satisfacción es que la calidad es más bien una actitud duradera a lo largo del tiempo, frente a un juicio transitorio ante un servicio específico, que sería la satisfacción.<sup>19</sup>

## SATISFACCIÓN EN EL CONTROL PRENATAL

La satisfacción de las usuarias ha sido reconocida como uno de los indicadores de elección para medir el impacto de las intervenciones de reforma del sector salud en América. Existe una amplia experiencia de uso de este indicador en los últimos 20 años, además de existir a nivel internacional diversas aproximaciones y herramientas de medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. <sup>19,22</sup>

Posiblemente, uno de los aspectos menos explorados sea la satisfacción de las mujeres embarazadas, entendiendo como tal *el grado de cumplimiento de sus expectativas*. La satisfacción es una medida del resultado obtenido con el servicio de control prenatal y permite conocer el punto de vista de las mujeres sobre la atención al embarazo, aspecto esencial para adaptar las características de la atención a sus preferencias y desarrollar un diseño apropiado de estos servicios.<sup>24</sup>

Existe el antecedente de que los elevados porcentajes de satisfacción de las usuarias de establecimientos de primer nivel de atención, a pesar de condiciones objetivas que deberían conducir a mayores porcentajes de insatisfacción, plantea la hipótesis que la percepción del beneficio obtenido por la atención es tan grande, que el paciente expresa el beneficio obtenido como satisfacción, a pesar de existir manifestaciones objetivas de diversos niveles de inconformidad. Vicuña y colaboradores encuentran satisfacción inmediata después de la consulta de las usuarias del control prenatal en primer nivel de atención del Ministerio de Salud (MINSA), dado que se encuentran niveles de satisfacción superiores al 90%, con porcentajes significativos de quejas de los usuarios (50.8% refiere más de dos quejas respecto al establecimiento). Otros

investigadores muestran como algunas situaciones de deficiencias en la atención del servicio (como tiempos de espera prolongados, medidos por observación directa) son percibidos como normales por los usuarios.<sup>25</sup>

La prevalencia global de satisfacción por la calidad de atención brindada a la embarazada fue de 86.6% en las pacientes. El motivo de sustento de percepción de satisfacción más frecuentemente señalado fue la calidez de atención (84.5%). Consecuentemente, las razones declaradas como fuente de insatisfacción fueron el maltrato (77.7%)<sup>25</sup>. En otros estudios la satisfacción media mostrada por las mujeres fue en intervalo entre las categorías de “satisfechas” y “claramente satisfechas”. El grado de satisfacción es diferente según el nivel asistencial en el que se haya realizado el seguimiento del embarazo, que fue mayor en las mujeres que acudieron a servicios privados. La satisfacción de las embarazadas en relación a atención y competencia se obtuvo satisfacción clara, con porcentajes superiores al 50% en todas las dimensiones, con excepción de organización, que obtiene un 49.7%, y accesibilidad, que llega al 23.1%. El porcentaje de mujeres claramente satisfechas para el total del cuestionario es del 50.4% sólo la edad, el grado de escolaridad, la presencia de riesgos o complicaciones en el embarazo, y la capacidad de elección del profesional sanitario alcanzan diferencias estadísticamente significativas con la satisfacción. También en la dimensión de accesibilidad, las mujeres con un embarazo de riesgo están menos satisfechas que las que no presentan riesgo. La ausencia de complicaciones se asocia con una mayor satisfacción en la escala de atención y competencia.<sup>24</sup>

En un estudio realizado en México los principales hallazgos fueron que 81.2% de las personas entrevistadas percibió que la atención recibida fue buena y para los usuarios, la calidad estuvo representada por las características del proceso de atención en 45%, por el impacto o el resultado en su salud, en el 21%; estructura 18% y por la accesibilidad de 16%. Los motivos percibieron de mala calidad de la atención fueron los largos tiempos de espera en el 24%. Los factores que marcaron diferencias en la percepción de buena calidad fueron: la escolaridad, la edad, la condición de aseguramiento y la ocupación.<sup>26</sup>

Es importante también mencionar el estudio cualitativo que se realizó en las zonas rurales de Ancash, La Libertad y Huancavelica en 1998, a fin de determinar la calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y los proveedores de servicios de salud. Las mujeres rurales definieron calidad de atención desde tres componentes:

1. Capacidad resolutoria de las atenciones de salud (componente eficacia),
2. Forma en que se desenvuelven las atenciones y el proceso de alivio o curación (componente de procedimiento) y
3. Vínculo del médico con la comunidad, el tipo de reciprocidad y buen trato (componente relación social médico-usuaria).<sup>12</sup>

Para proporcionar atención de alta calidad los médicos tienen que entender y respetar las necesidades, actitudes e inquietudes de sus pacientes y hay que tener en cuenta que las percepciones de estos últimos, se ven afectadas por factores personales, sociales y culturales. Las investigaciones ponen de relieve la necesidad de considerar

dichas perspectivas sobre la calidad de la atención porque esto eleva la satisfacción del usuario y su uso sostenido de los servicios y mejora en último término la salud.

Los pacientes manifiestan una serie de obstáculos antes de llegar a la atención:

1. Antes de llegar a la clínica: barreras socioculturales, autonomía de la mujer, mitos, rumores, cuestiones de género, discriminación, acceso, distancia y costo.
2. En la consulta propiamente dicha: disponibilidad de insumos, trato respetuoso, intimidad, confidencialidad, médicos competentes, ejercicio del derecho a la decisión informada, horarios, tiempo de espera adecuados y servicios accesibles.<sup>25</sup>

Es importante mencionar que el grado de satisfacción que percibe la embarazada para con su médico familiar es alto.<sup>27</sup>,

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud materno-fetal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales económicos, genéticos, políticos y ambientales (vivienda, clima, geografía) pero quizá sea la salud integral de la madre desde la etapa pre-concepcional y la utilización oportuna y adecuada de los servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad los factores más susceptibles a modificar y de mayor incidencia en las tasas de morbilidad perinatal. Teniendo como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas durante el curso del embarazo o el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, evitando intervenciones innecesarias, favoreciendo la satisfacción de la mujer embarazada.

La muerte materna y la muerte fetal son dos tragedias propias del subdesarrollo de graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia en el actuar médico.

Aunque la tasa de mortalidad perinatal ha disminuido en los últimos años y América es el continente con índices más altos de control prenatal y a pesar de esto la mortalidad perinatal y materna es 5 a 10 veces superior a las tasas de países industrializados como Canadá y Estados Unidos.

Como ya se mencionó que aunque la cobertura de control prenatal ha aumentado en los últimos años es frecuente la captación tardía en el último trimestre del embarazo,

un bajo promedio de controles prenatales por el paciente y un llenado incompleto de la historia clínica.

Por lo tanto el control prenatal en la medida que se lleve a cabo de una forma adecuada nos permitirá identificar el verdadero riesgo de nuestros neonatos.

Cuando se brindan servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios ocasionando poca demanda de los servicios, que se expresa en baja cobertura y productividad de los programas. El hecho de que la población considere que la prestación de los servicios es de mala calidad y que no responde a su necesidad, hace que cada vez menos personas recurran a otros centros de atención. La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores, causando desmotivación en el personal y todo esto se traduce en mala calidad de la atención.

Es de interés conocer si en la Unidad de Medicina Familiar No 21 se lleva adecuadamente la atención del programa de control prenatal con respecto al grado de satisfacción de la embarazada cuyo impacto se reflejará en la calidad del control prenatal, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta.

¿Cuál es el grado de satisfacción de las embarazadas que acuden a recibir control prenatal en la U.M.F. No 21?

## **OBJETIVOS**

### **GENERALES:**

1. Evaluar el grado de satisfacción alcanzado por las embarazadas que acude a recibir su control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No 21

### **ESPECÍFICOS:**

1. Identificar el grado de satisfacción que presentan las embarazadas que acuden a recibir atención médica.
2. Comparar el grado de satisfacción presentado por las embarazadas entre las primigestas y multigestas.



## **HIPOTESIS**

El grado de satisfacción que presenta las embarazadas durante su control prenatal es de regular a bueno en más del 70 %.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### DISEÑO DEL PROYECTO

#### TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- **Por el control de la maniobra experimental:** es observacional, se observa el fenómeno sin modificación de las variables.
- **Por la captación de la información:** prospectivo, se definen previamente y con precisión la forma de recolección de los datos se planea a futuro y la información se recolecta de cuestionarios; la información se obtiene directamente de la fuente, tan pronto como esta se genere. Este estudio tiene ventajas en la colección de datos, ya que los datos son captados por el propio investigador, esto hace que los datos sean más confiables.
- **Por la medición del fenómeno en el tiempo:** Transversal: las variables de estudio serán medidas en una sola ocasión.
- **Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras:** Abierto: porque el investigador conoce las condiciones de aplicación de la maniobra y de las variables de resultado.

## DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO

- **Lugar del estudio:** Realizado en la Unidad de Medicina familiar No 21 del IMSS
- **Universo:** Pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No 21 de julio a noviembre del 2009.
- **Periodo del estudio:** se realizó de julio a noviembre del 2009

# **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes afiliadas a la U.M.F. No 21
- Embarazadas que acuden al Control prenatal en la U.M.F. No 21 al menos en dos ocasiones

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Que no acepten ingresar al estudio.
- Que no den los datos suficientes

## ESTRATEGIA DE MUESTREO

### a) TAMAÑO DE LA MUESTRA:

De acuerdo al diagnóstico de salud del 2009, la UMF 21 cuenta con 869 embarazadas. Para el cálculo de la muestra mínima representativa se utilizó la fórmula para población finita o sin reemplazo y de proporciones:

$$n = \frac{N z^2 (p) (q)}{d^2 (N - 1) + (z^2 p q)}$$

Donde:

**N**= Total de individuos que comprende la población.

**z**= Es el nivel de confianza requerido para generalizar los resultados hacia toda la población.

**p**= proporción de observación que se espera obtener en una categoría.

**q**= Es la otra parte del porcentaje de observaciones en una categoría y es igual a 1-p

**d**= desviación estándar. Es el rango de error 0.05-0.10, se tomará de 0.05

**N** = 869

**z** = 1.96

**p** = 0.25 de acuerdo a lo reportado en la literatura, es el 25%

**q** = 0.75

**d** = 0.05

$$n = \frac{(869) (3.8416) (0.25) (0.75)}{(0.0025) (869-1) + \{(3.8416) (0.25) (0.75)\}}$$
$$n = \frac{625.9407}{(2.17) + (0.7203)}$$

**n = 216**

### b) TIPO DE MUESTREO: No probabilístico por conveniencia

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
SATISFACCIÓN	Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad	Producción de agrado producida en la gestante como respuesta a la interacción que se presenta antes durante y después de la consulta prenatal relacionada a la accesibilidad, estructura, atención	CUALITATIVA ORDINAL	Insatisfecha  Medianamente satisfecho  Completamente satisfecho
EDAD	Tiempo trascurrido a partir del nacimiento de un individuo a la fecha actual.	Tiempo trascurrido a partir del nacimiento de un individuo, hasta el momento de realización del cuestionario	CUANTITATIVA DISCONTINUA	Número de años cumplidos
ESTADO CIVIL	Es la condición de cada persona en relación con los derechos u obligaciones civiles	Es el estado legal en lo que respecta a sus relaciones con la sociedad	CUALITATIVA NOMINAL	1.Soltera 2.Casada 3.Unión libre 4.Divorciada 5.Viuda
ESCOLARIDAD	Grado de educación de un individuo.	Se tomará el último grado estudiado	CUALITATIVA ORDINAL	1.Analfabeta  2.Sabe leer y escribir  3.Primaria incompleta  4.Primaria completa  5.Secundaria incompleta  6.Secundaria completa

				7. Estudios técnicos y Universitarios
OCUPACIÓN	Actividad económica habitual que realiza un individuo	Trabajo, oficio o actividad en la que emplea su tiempo.	CUALITATIVA NOMINAL	1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Trabajo en oficina y/o empresa 4. Empleada y/o obrera
ANTECEDENTE DE INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO	Si la embarazada en embarazos anteriores se le explico las características del control prenatal	Si la embarazada en embarazos anteriores se le explico las características del control prenatal	CUALITATIVA NOMINAL	1. Si 2. No
FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE CONTROL PRENATAL	Medio en el cual se obtuvo la información visual, auditiva y escrita.	Medio de información en el cual se obtiene información	CUALITATIVA NOMINAL	1. Medio de televisión o radiodifusión 2. Prensa y/o revista 3. Orientación familiar 4. Orientación médica 5. Otro
NUMERO DE CONSULTAS	Número de veces a las que acudido a control prenatal a su UMF	Número de veces a las que ha acudido a control prenatal a su UMF	CUANTITATIVA DISCONTINUA	Número de consultas
CONTINUIDAD EN SUS CONSULTAS PRENATALES EN EMBARAZOS ANTERIORES	Llevar seguimiento de su embarazo anterior como indica su médico	Acudir mes con mes a sus consultas prenatales como indicaba su médico	CUALITATIVA NOMINAL	1. Si 2. No

CAUSAS DE INASISTENCIA A LA CONSULTA PRENATAL	Motivos que originaron no acudiera a sus consultas prenatales como indicaba su médico	Motivos que originaron no acudiera a sus consultas prenatales como indicaba su médico	CUALITATIVA NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Falta de dinero</li> <li>2.Poblemas familiares</li> <li>3.Esperas prolongadas para recibir la atención</li> <li>4.No era derechohabiente</li> <li>5.Inconformidad con la atención recibida</li> <li>6.Cambio en su domicilio</li> <li>7.Falta de dinero</li> </ol>
COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO	Situación que agrava el curso normal del embarazo	Presencia de complicaciones obstétricas	CUALITATIVA NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
NUMERO DE GESTAS	Número de veces totales en que se ha embarazado	Número de veces que se ha embarazado	CUANTITATIVA DISCONTINUA	Número de gestas actuales de la embarazada
SEMANAS DE EMBARAZO	Semanas que han transcurrido desde su fecha de última regla	Número de semanas que han transcurrido a la fecha a partir de la fecha de última regla	CUANTITATIVA DISCONTINUA	Número de semanas de embarazo actual
SERVICIOS A LOS QUE HA ENVIADO A LA EMBARAZADA	Servicios dentro de la unidad a los que se ha enviado a la embarazada	Servicios dentro de la unidad a los que se ha enviado a la embarazada	CUALITATIVA NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Dental</li> <li>2.Medicina preventiva</li> <li>3.Planificación familiar</li> <li>4.Trabajo social</li> <li>5.Nutrición</li> </ol>



ACCESIBILIDAD	Facilidad que proporciona la estructura urbana para el desplazamiento de un punto a otro dentro del espacio.	Se estudiará la Geografía Aspecto social Organizacional de la atención prenatal	CUALITATIVA ORDINAL Sección II Ítem: 1 al 6	Muy conforme Conforme Poco conforme Inconforme
ESTRUCTURA	Es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.	Se estudiará en el aspecto de:  Infraestructura, Saneamiento, Recurso humano Equipo	CUALITATIVA ORDINAL Sección II Ítem: 7 al 16	Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca
ATENCIÓN	Relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.	En relación a:  Proceso de la atención	CUALITATIVA ORDINAL Sección II Ítem: 17 a la 29	Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca
ATENCIÓN POR EL PERSONAL MÉDICO Y PERSONAL DE APOYO	Relación interpersonal con el personal de la atención	Relación interpersonal del médico y la asistente con la embarazada	CUALITATIVA ORDINAL Sección III Ítem: 1 al 6	Muy conforme Conforme Poco conforme Inconforme

## **METODOLOGÍA**

### **a) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

El estudio se realizó con pacientes embarazadas adscritas al IMSS, de la U.M.F. No 21 que acudieron a consulta de control prenatal en los meses de julio a noviembre del 2009 y que asistieran al menos a su segunda consulta en la unidad, fueron captadas en la sala de espera de la unidad o durante la consulta prenatal en los distintos consultorios del turno matutino y vespertino de lunes a viernes; si en ese momento fue su segunda consulta prenatal se le entregó el cuestionario al término de esa consulta y si el número de consulta de la embarazada es mayor a 2 se le entregó antes o después de su consulta prenatal actual. Si la embarazada se presentaba a primera consulta prenatal se tomaron sus datos para captarla en su consulta subsecuente y aplicarle el cuestionario.

Estas pacientes fueron invitadas a participar en el estudio, se les explicó en qué consistirá el estudio y si aceptaban se les entregó la carta de consentimiento informado y el cuestionario, se les explicó el tipo de preguntas, la forma de contestarlas y se les entregó un lápiz; dicho cuestionario fue contestado en la sala de espera o en el consultorio durante la consulta según fue el caso. Si la embarazada no sabía leer y escribir se procedió a realizar el cuestionario tipo entrevista y el cuestionario fue llenado por el encuestador “investigador”.

## **b) INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Se utilizó un instrumento realizado en Venezuela; **Error! Marcador no definido.**; su validez de contenido se realizó a través del juicio de expertos, los cuales opinaron sobre: la claridad de la redacción, la relevancia y congruencia de los ítems posibles, la tendenciosidad o sesgo en su formulación a través de unas planillas de validación. Cada experto recibió información escrita sobre los objetivos del estudio cuadro de operacionalización y planillas de validación, con el fin de ubicarlos en el contexto global de la investigación. La actividad de los expertos fue en comparar sistemáticamente los ítems del cuestionario con el dominio del contenido postulado en cada dimensión; aquellos ítems que no cumplieron con lo previsto fueron reformulados, redactados y evaluados por los expertos nuevamente.

### Confiabilidad

Con el objeto de estimar la confiabilidad en la entrevista, se realizó una prueba piloto de una muestra de adolescentes primigestas que presentaban características similares a la que conformaron la muestra definitiva de la investigación realizada por Colmenarez pero que no formaron parte de ella.

En lo que respecta al tamaño de la muestra para la prueba piloto, se aplicó el criterio expuesto por Edwards citado por Ruiz B, referido a dos sujetos por ítem, siendo la muestra piloto conformada por 80 adolescentes, posteriormente se determinó su confiabilidad a través del método de Alpha de Cronbach con resultados de 0.61 para los ítems 1 al 25 cuyas posibles respuestas tenían cuatro alternativas y de 0.90 para los ítems 26 al 40 cuyas preguntas ofrecían alternativas dicotómicas y que evaluaban

aspectos referidos a la orientación educativa, (es importante mencionar que no se utilizó esta sección) incrementando la confiabilidad a 0.81 y 0.92 respectivamente al modificara los ítems sugeridos.

Se estimó nuevamente la confiabilidad o grado de consistencia interna de la escala utilizada para medir lo que se buscaba en la investigación con el instrumento, una vez realizadas las 244 entrevistas aplicando el método ya citado, estableciendo el coeficiente de fiabilidad en 0.81 lo que significa que el instrumento sugiere buena confiabilidad en sus datos.

#### Confiabilidad y validez

Hay diversos factores que afectaron la confiabilidad y la validez de este instrumento de medición.

Siendo un instrumento desarrollado en el extranjero que no ha sido validado a nuestro contexto: cultura y tiempo. Traducir un instrumento aun cuando adaptemos los términos a nuestro lenguaje y los contextualicemos no es de ninguna manera (ni remotamente) validarlo. Es un primer y necesario paso, pero sólo es el principio. Adicionalmente al método traducción-retraducción que fortalece la confiabilidad del instrumento y la validez del estudio, los estándares mínimos recomendados para aplicar un instrumento desarrollado en otra cultura debe de incluir una prueba piloto con una consistencia interna mayor a 0.80 (calculada en 2 personas por cada ítem), para corregir discrepancias de traducción así como para evaluar la claridad al aplicarse en futuros estudios.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento organizado en tres secciones en la **primera sección** se incluyeron los datos generales con dos subdivisiones de información general e información médica de la embarazada, que incluye los siguientes datos: nombre, afiliación, folio, consultorio, turno, edad, ocupación estado civil, escolaridad. Los datos médicos fueron: fecha de última regla, número de gestas, antecedentes de sus controles prenatales anteriores, complicaciones actuales y servicios a los que se ha enviado.

En la **segunda sección** correspondiente al instrumento de Colmenarez para determinar el grado de satisfacción en embarazadas el cual está estructurado de 42 ítem con respuesta de tipo Likert, con cuatro opciones para cada ítem, organizada con un total de 29 ítems para 42 respuestas (dado que el ítem número 6 tiene 3 subdivisiones y el ítem 19 tiene 12 subdivisiones) con las que se evaluó accesibilidad, estructura y atención del control prenatal. Con las respuestas dadas por las entrevistadas se estableció un sistema de valoración: la puntuación de las gestantes fue desde 1 punto para la puntuación más negativa (*inconforme*) en respuesta a uno de los ítems de accesibilidad o *nunca* en respuesta a uno de los ítems de estructura y atención) lo que totalizó un mínimo de 42 puntos; y 4 puntos para la respuesta más positiva (*muy conforme* o *siempre*) en respuesta a los ítems de accesibilidad, estructura, atención respectivamente lo que totalizó 168 puntos como máximo.

La **tercera sección** correspondió a la satisfacción de la embarazada por el personal de salud y de apoyo de la unidad con 6 ítems con 4 opciones para cada uno. Se dio una puntuación mínima de 1 para *inconforme* y 4 puntos para *muy conforme*.

De acuerdo a esta puntuación se consideró la siguiente escala:

- Insatisfecha aquellas con puntuación de 48 a 64
- Medianamente satisfechas aquellas con puntuación 65 a 128
- Completamente satisfechas con puntuación 129 a 192

## DISEÑO ESTADISTICO

Los datos obtenidos de la muestra de estudio fueron transcritos a una hoja de tabulación diseñada para tal fin utilizando un programa computacional estadístico llamado SPSS versión 17.0 en la cual se incluyeron las variables a estudiar. Se procedió a la realizar cuadros y gráficos estadísticos en los cuales se presentaron en frecuencias y porcentajes.

Para el análisis de los datos se procedió a

1. Realizar el análisis descriptivo tanto para variables cualitativas y cuantitativas.
2. Medidas de tendencia central, para ambas variables: porcentaje y media
3. Medidas de asociación: chi-cuadrada para las variables cualitativas siendo significativa con un valor de p menor a 0.05

Los cuadros y los gráficos se organizaron de los generales a los específicos

## **RECURSOS**

Recursos humanos, se contará con el investigador, el asesor metodológico, las pacientes embarazadas.

Recursos materiales, apoyo del departamento de enseñanza de la UMF 21 con 5 Equipos de Computación, uso de internet, Computadora personal, impresora y uso de internet Particular, estudio de salud de la Unidad 2009

Lápices, borrador, sacapuntas, plumas, hojas, fólder, tinta, servicio de Internet, copias, engrapadora, grapas, calculadora, costeados por el investigador.



## BIOÉTICA

Esta investigación esta normada por los tres Principios Éticos de referencia utilizados de manera general en las investigaciones:

- I. El principio de respeto a la personal se guarda en el margen, ya que es en busca de su bienestar en el manejo de su patología de base y se le dará la libre elección de su participación, sin correr ningún riesgo su integridad moral y física durante el estudio.
- II. El principio de la beneficencia, es solo en busca del bienestar de la población y de la detección oportuna de las personas con riesgo en un momento determinado por parte del Médico; previniendo así el daño y las complicaciones. Así como la mejora en la utilización de recursos y de la infraestructura de la Unidad de Medicina Familiar y con esto mejorar de distribución de presupuesto.
- III. El principio de justicia, se llevara a cabo por el trato justo y digno que se les dará a cada uno de los participantes del estudio en cuestión; sin imponer la voluntad del Investigador o infringiendo la Ley

## RESULTADOS

Se realizaron 216 encuestas a mujeres embarazadas que acuden a recibir su atención por lo menos en su segunda consulta, el promedio de edad fue de 29 años, el 13% es de 17 a 20 años y el 12% mayor de 36 años. El estado civil que predominó, es el casado con el 62.4%; las mujeres que se encuentra laborando remuneradamente es de 54.1%. La escolaridad que predominó fue de la secundaria con el 49.1%. Ver tabla1.

**TABLA No 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS POR SUS CARACTERÍSTICAS**  
**SOCIEDOMOGRÁFICAS EN U.M.F. No 21 IMSS DE JULIO A NOVIEMBRE 2009**

VARIABLE		FRECUENCIA	%
<b>EDAD (años)</b>  $\bar{X}$ 29 a  17-44	17 A 20	28	13
	21 A 25	35	17
	26- 30	70	32
	31-35	56	26
	36 Y MAS	27	12
<b>EDO CIVIL</b>	CASADA	136	62.4
	SOLTERA	23	10.6
	UNIÓN LIBRE	51	23.4
	DIVORCIADA	6	2.8

<b>OCUPACIÓN</b>	ESTUDIANTE	23	10.6
	AMA DE CASA	75	34.4
	TRABAJO EN OFICINA	55	25.2
	EMPLEADA O OBRERA	63	28.9
<b>ESCOLARIDAD</b>	ANALFABETA	1	0.5
	PRIMARIA INCOMPLETA	5	2.3
	PRIMARIA COMPLETA	15	6.9
	SECUNDARIA INCOMPLETA	16	7.4
	SECUNDARIA COMPLETA	90	41.7
	ESTUDIOS TEC/UNIVERSARIOS	89	41.2

Fuente: Instrumento de recolección de datos  
N= 216

En las características gestacionales las mujeres que son atendidas en la unidad se encontraban cursando más de un embarazo (multigestas) fueron: 62.6% El número de consulta prenatal en el cual fue captada fue entre 2ª a 4ª consulta con 68.5%. El trimestre del embarazo en la que fueron entrevistadas fue el tercero con 46.3%. Ver tabla 2

**TABLA No 2**  
**CARACTERISTICAS GESTACIONALES DE LAS PACIENTES DE LA U.M.F. No**  
**21 IMSS DE JULIO A NOVIEMBRE 2009**

VARIABLE		FRECUENCIA	%
NÚMERO DE GESTA	1	81	37.5
	2	74	34.3
	3	44	20.4
	4	17	7.9
CONSULTAS PRENATALES	2-4	148	68.5
	5-7	63	29.2
	>8	5	2.3
TRIMESTRE DEL EMBARAZO	1er TRIMESTRE	21	9.7
	2º TRIMESTRE	95	44
	3er TRIMESTRE	100	46.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos  
N= 216

El conocimiento acerca del embarazo; tiene conocimiento de los cuidados prenatales en el 95.8%, la fuente de información que predominó fue la orientación médica con un 55.1%. Ver tabla 3

**TABLA No 3.  
CONOCIMIENTO DE LAS EMBARAZADAS ACERCA DEL EMBARAZO  
EN LA U.M.F. No 21 IMSS DE JULIO A NOVIEMBRE 2009**

VARIABLE		FRECUENCIA	%
HA RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DEL EMBARAZO	SI	207	95.8
	NO	9	4.2
FUENTE DE INFORMACIÓN	MEDIOS DE TELEVISIÓN/	20	9.3
	RADIODIFUSIÓN PRENSA/REVISTAS	26	12
	ORIENTACIÓN FAMILIAR	35	16.2
	ORIENTACIÓN MÉDICA	119	55.1
	OTRO	9	4.2

Fuente: Instrumento de recolección de datos  
N= 216

En los antecedentes prenatales el 38.4% si acudieron regularmente a sus consultas en su embarazo anterior de un total de 135 multigestas. La causa de inasistencia predominante fue el tiempo de esperas prolongado para recibir la atención en el 10.2%. El control prenatal anterior en el IMSS fue de 32.9%; y la resolución del embarazo en el 38.5%. Ver tabla 4

**TABLA No 4**  
**ANTECEDENTES PRENATALES DE LAS EMBARAZADAS EN LA U.M.F. No 21 IMSS DE**  
**JULIO A NOVIEMBRE 2009**

VARIABLE		FRECUENCIA	%
<b>ACUDIÓ REGULARMENTE A SUS CONSULTAS EN SUS EMBARAZOS ANTERIORES</b>	SI	83	38.4
	NO	52	24.1
	PRIMIGESTAS	81	37.5
<b>CAUSAS DE INASISTENCIA</b>	ESPERAS PROLONGADAS	22	10.2
	INCONFORMIDAD CON LA ATENCIÓN	10	4.6
	PROBLEMAS FAMILIARES	5	2.3
	NO ERA DERECHOHABIENTE	7	3.2
	FALTA DE TIEMPO	7	3.2
	OTROS	1	0.5
	UMF IMSS	71	32.9
	HOSPITAL PRIVADO	36	17.1
	UMF/HOSPITAL	27	12.5

<b>LUGAR DE CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO ANTERIOR</b>	PRIVADO		
	CENTRO DE SALUD	1	0.5
	PRIMIGESTAS	81	37.0
<b>LUGAR DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO ANTERIOR</b>	IMSS	83	38.4
	HOSPITAL PRIVADO	51	24.1
	SECRETARIA DE SALUD	1	0.5
	PRIMIGESTA	81	37

Fuente: Instrumento de recolección de datos  
N= 216

En el embarazo actual refiere haber sido atendida en al menos en una ocasión en una institución privada el 52.3%, no tener complicaciones en un 62%, presencia de la infección de vías urinarias con 12%. La derivación oportuna a los servicios apoyo fue de 21.8% y a los principales fueron Medicina preventiva, trabajo social, Nutrición, Planificación familiar y dental en el 68% y en menor porcentaje solo a un servicio. Ver tabla 5.

**TABLA No 5**  
**CARACTERÍSTICAS PRENATALES ACTUALES DE LAS EMBARAZADAS EN LA**  
**U.M.F. No 21 IMSS DE JULIO A NOVIEMBRE 2009**

VARIABLE		FRECUENCIA	%
HA CONSULTADO UN MEDICO PARTICULAR PARA REVISIÓN DE ESTE EMBARAZO	SI	113	52.3
	NO	103	47.7
COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO	SI	82	38
	NO	134	62
TIPO DE COMPLICACIÓN	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	26	12.0
	AMENAZA DE ABORTO	17	7.9
	CERVICOVAGINITIS	12	5.6
	PRECLAMPSIA	7	3.2
	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	4	1.9
	DIABETES GESTACIONAL	9	4.2



	ANEMIA	6	2.8
	VARIEDAD DE POSICIÓN	1	0.5
<b>DERIVACIÓN OPORTUNA A LOS SERVICIOS</b>	TODAS	47	21.8
	MP/TS/NUT	44	20.4
	MP	38	17.6
	D/MP/NUT	23	10.6
	MP/TS	21	9.7
	MP/PF/TS	21	9.7
	MP/D	12	5.6
	PF	4	1.9
	MP/NUT	3	1.4
	D	1	0.5
	TS	1	0.5
	NUT	1	0.5

MP: medicina preventiva, D: dental, NUT: nutrición, TS: trabajo social, PF: planificación familiar.

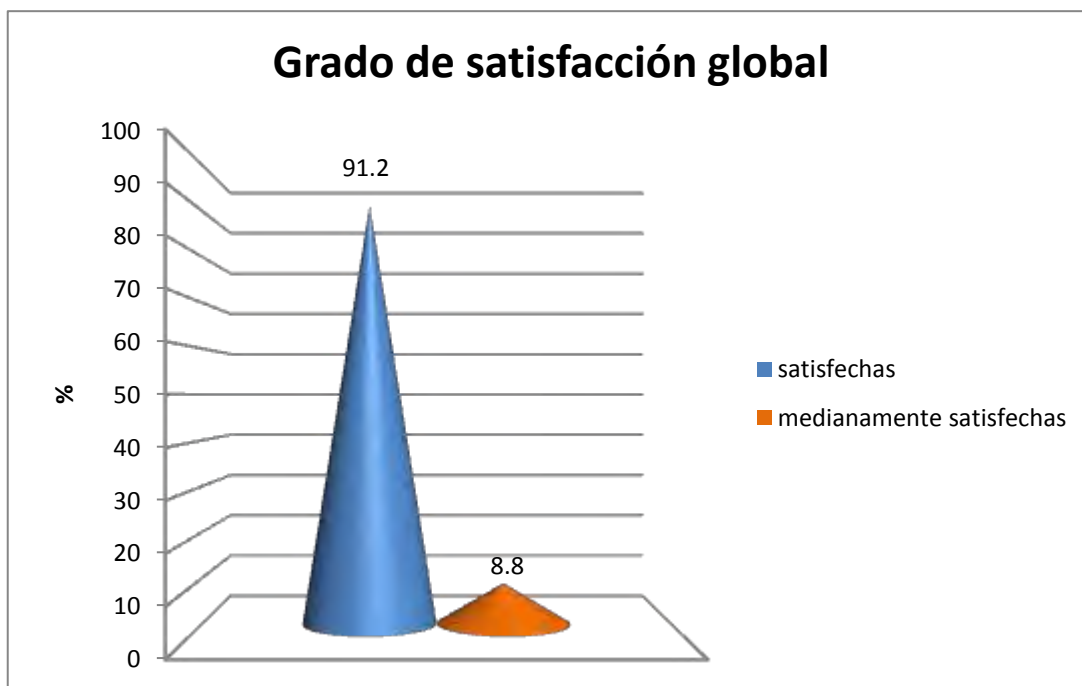
Fuente: Instrumento de recolección de datos

N= 216

El grado de satisfacción presentado de su control prenatal es del 91.2% satisfechamente y en 8.8% medianamente satisfechas. Ver gráfico 1.

**GRAFICO 1**

**GRADO DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN EL CONTROL PRENATAL EN LA U.M.F. No. 21 DEL IMSS JULIO A NOVIEMBRE 2009**



Fuente: Instrumento de recolección de datos  
N= 216

Los motivos de inconformidad principalmente son: el tiempo de espera prolongado en un 36.6% y el desabasto de medicamentos 25.5%. Ver tabla 6.

**TABLA No 6**  
**MOTIVOS DE INCOMFORMIDAD POR EL SERVICIO DE CONTROL PRENATAL**  
**EN EMBARAZADAS DE U.M.F. No 21 IMSS DE JULIO A NOVIEMBRE 2009**

MOTIVOS	FRECUENCIA	%
TIEMPO DE ESPERA PROLONGADO	79	36.6
DESABASTO DE MEDICAMENTOS	54	25.0
BRINDAN MAL SERVICIO	23	10.6
MAL TRATO	12	5.6
NO LA ATENDIERON	6	2.8
NO ESTÁ DE ACUERDO CON EL TRATAMIENTO	2	0.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos  
 N= 216

Al comparar los valores promedios de satisfacción y por cada variable sociodemográfica se observa que en la variable escolaridad hay diferencia estadísticamente significativa ya que  $p < 0.05$ , lo que indica mayor satisfacción de las embarazadas en las que tenían como estudio máximo la secundaria.

Se aprecia mayor satisfacción por las mujeres de 25 a 35 años en un 54.6%, y en las mujeres casadas con 55.6%, las trabajadoras remuneradas fueron satisfechas en un 50%. En lo que respecta a la escolaridad esta se ve que a mayor escolaridad mayor nivel de satisfacción. Ver tabla 7.

**TABLA No 7**

**GRADO DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS POR EL CONTROL PRENATAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁFICAS. U.M.F. No 21 IMSS.**

VARIABLE		GRADO DE SATISFACCIÓN (%)		TOTAL (%)	CHI-2 p =
		SATISFECHAS	MEDIANAMENTE SATISFECHAS		
EDAD	17 - 24	24.5	1.9	26.4	1.637 0.41
	25 - 35	54.6	6.5	61.1	
	36 - 44	12	0.5	12.5	
	TOTAL	91.2	8.8	100	
	CASADA	55.6	7.4	63	4.830
	SOLTERA	10.6	0	10.6	

<b>ESTADO CIVIL</b>	UNION LIBRE	22.2	1.4	23.6	0.06
	DIVORCIADA	2.8	0	2.8	
	TOTAL	91.2	8.8	100	
<b>OCUPACIÓN</b>	ESTUDIANTE	10.2	0.5	10.6	0.910
	AMA DE CASA	31	3.7	34.7	
	TRABAJADORA	50	4.6	54.6	0.60
	TOTAL	91.2	8.8	100	
<b>ESCOLARIDAD</b>	PRIMARIA O MENOS	8.8	0.9	9.7	4.649 <b>0.04</b>
	SECUNDARIA	46.8	2.3	49.1	
	PREP/UNIVERSIDAD	35.6	5.6	41.2	
	TOTAL	91.2	8.8	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos  
N= 216

Al comparar los valores promedios de satisfacción y por cada variable de los antecedentes prenatales se observa que la variable número de gestas hay diferencia estadísticamente significativa ya que  $p < 0.05$ , lo que indica mayor satisfacción por las multigestas.

Las embarazadas que se captaron en su 2ª a 4ª consulta fueron satisfechas en 63%, según el trimestre del embarazo las de 3er trimestre fueron más satisfechas en 41.2%, las que acudieron al menos una vez a revisión con médico particular fueron más satisfechas en 47.2% y las que no presentaron complicaciones durante el embarazo fueron satisfechas en 57.9%. Ver tabla 8.

TABLA No 8

GRADO DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS POR EL CONTROL PRENATAL  
SEGÚN ANTECEDENTES PRENATALES U.M.F. No 21 IMSS.  
JULIO A NOVIEMBRE 2009

VARIABLE		GRADO DE SATISFACCIÓN (%)		TOTAL (%)	CHI-2 p =
		SATISFECHAS	MEDIANAMENTE SATISFECHAS		
NÚMERO DE CONSULTA	2 – 4	63	5.6	68.5	.990 0.60
	5 – 7	25.9	3.2	29.2	
	>8	2.3	0	2.3	
	TOTAL	91.2	8.8	100	
TRIMESTRE DE EMBARAZO	1º	9.3	0.5	9.7	1.273 0.42
	2º	40.7	3.2	44.0	
	3º	41.2	5.1	46.3	
	TOTAL	91.2	8.8	100	
GESTAS	PRIMIGESTAS	32.4	5.1	37.5	3.697 <b>0.039</b>
	MULTIGESTAS	58.8	3.7	62.5	
	TOTAL	91.2	8.8	100	
ACUDIO CON MÉDICO PARTICULAR	SI	47.2	5.1	52.3	.260 0.39
	NO	44.0	3.7	47.7	
	TOTAL	91.2	8.8	100	

<b>COMPLICACIONES</b>	SI	33.3	4.6	38	1.903
	NO	57.9	4.2	62	0.11
	TOTAL	91.2	8.8	100	

Fuente: Instrumento de recolección de datos  
N= 216



## DISCUSIÓN

La satisfacción percibida por las embarazadas junto con los aspectos científico-técnicos son dimensiones indiscutibles en la calidad de la atención prenatal cuya evaluación es fundamental para obtener una adecuada valoración.

Los métodos de medición más difundidos utilizan encuestas como medio para medir el grado de satisfacción. México cuenta con algunas referencias al respecto,<sup>13, 23, 24</sup> sin embargo los datos son respecto a la consulta externa en general y no específicos para la atención prenatal, además no hay datos de estos estudios en el Distrito Federal.

En este estudio la satisfacción global por el control prenatal fue elevada y las embarazadas encontradas satisfechas fueron el 91.2% similar a los estudios de Vicuña y colaboradores<sup>25</sup> con niveles de satisfacción superiores al 90%, con porcentajes significativos; Maderuelo y cols<sup>24</sup> mencionan una satisfacción del 86.6%. Colmenarez;**Error! Marcador no definido.** reporta que el grado de satisfacción que presenta las mujeres en la atención prenatal es menor a lo que reportamos (90.2%).

La edad de la mayoría de las mujeres se encuentran en edad adecuada para un embarazo (25 a 35 años) en un 61.1%, que coincide con el estudio de Vicuña;<sup>25</sup> sin embargo la cantidad de mujeres en riesgo es aún considerable, el 12.5% son mayores de 36 años teniendo como edad máxima de 44 años encontrándose en un riesgo mayor de complicaciones obstétrica. A diferencia de otros estudios, la edad se

relaciona con una mayor satisfacción, en nuestro trabajo la correlación es muy débil, ya que no fue significativo, posiblemente debido a que la edad aumenta la frecuencia de complicaciones, que afectan negativamente a la satisfacción, sobre todo en la dimensión de atención y competencia profesional como lo menciona Maderuelo.<sup>24</sup>

La mayoría de las usuarias poseen un grado de escolaridad mínima de secundaria, suficiente para recibir instrucciones y educación respecto a su embarazo encontrándose más satisfechas. Posiblemente explicable que a mayor escolaridad solicitan mayor atención y por lo tanto evalúan mejor el sistema de salud hallazgos similares se encontraron en el estudio de Colmenárez; **Error! Marcador no definido.** en 2008 en pacientes primigestas adolescentes.

Las mujeres amas de casa prevalecieron en el tipo de ocupación global con 34.3%, que coincide con lo encontrado por Colmenárez; **Error! Marcador no definido.** aunque el porcentaje fue más elevado de 87.7% sin embargo al generalizar todas las que tiene un empleo remunerado las trabajadoras se presentan en un 54.6%, esto posiblemente a que las trabajadoras para obtener una incapacidad materna es necesario por ley cumplir al menos 5 consultas prenatales en la institución.

Existe un número considerable de mujeres que tienen su estado civil definido, aunque esto no parece influenciar en la satisfacción del servicio.

Es importante mencionar que el trimestre en el cual se captaron la mayoría de las embarazadas fue durante el tercero en un 46.3% en comparación con las captadas en

el primero (9.7%) siendo esto un riesgo debido a que el trimestre más importante para prevenir complicaciones obstétricas y perinatales.

Las paciente que se encuentra más satisfechas son las multigestas en un 62.5% con una diferencia significativa con  $p < 0.039$  en relación con las primigestas, posiblemente debido a que ya conocen el sistema de salud del instituto. No se tiene información al respecto a una relación existente entre el número de gestas y el grado de satisfacción.

El principal motivo de inconformidad identificado por las mujeres fueron los tiempos de espera prolongados en 36.6% que las obliga a invertir un tiempo considerable en la espera de la consulta prenatal, además fue la principal causa de inasistencia (10.2%) que impide el seguimiento adecuado del embarazo; lo que está en relación a lo reportado por Murillo Acuña<sup>2</sup> que las características estructurales pueden constituir barreras en el proceso de atención prenatal y según Donabedian<sup>18</sup> la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el paciente sin retenerlo mucho tiempo en la sala de espera siendo uno de los componentes de la calidad.

Un alto porcentaje consideran que existen importantes obstáculos en el abastecimiento de medicamentos para contar con una calidad adecuada atención prenatal, como lo plantea Murillo Acuña<sup>2</sup> y Colmenarez;**Error! Marcador no definido.** se debe tener en cuenta todo tipo de recursos necesarios para poder prestar un servicio y Donabedian<sup>18</sup> lo define como un componente de la calidad (estructura).

## CONCLUSIONES

Luego de la presentación y análisis de los datos aportados por la investigación se establecen las siguientes conclusiones:

- ✓ La mayoría de las embarazadas encuestadas se encontraba entre los 25-35 años en 61%, trabajadoras remuneradamente con 54.1%, casadas en 62.4%.
- ✓ Se presentaron a la unidad más multigestas en 62.6%, cursando su tercer trimestre en 46.3% y captadas en su 2<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> consulta de control en el 68.5%.
- ✓ Más del 90% ha recibido información por medio de orientación médica de los cuidados prenatales.
- ✓ La mayoría de las encuestadas acudieron a control prenatal (32.9%) y resolvieron en embarazo en instituciones del IMSS (38.4%).
- ✓ El 91.2% de las embarazadas se siente satisfecha con la atención recibida, el 8.8% medianamente satisfecha y el 0% está insatisfecha con el servicio de control prenatal.
- ✓ La causa predominante de inasistencia para su seguimiento prenatal fue la espera prolongada para recibir la atención en 10.2%.

Al estudiar los factores sociodemográficos:

- ✓ Hubo relación estadísticamente significativa en la satisfacción de las embarazadas con estudios máximos de secundaria en relación con las de universidad y primaria o menos.
- ✓ Existe relación estadísticamente significativa con  $p < 0.05$  con mayor satisfacción en las multigestas que en las primigestas.

## SUGERENCIAS

- ✓ Reforzar la capacitación para el médico familiar en la detección de factores de riesgo en las mujeres embarazadas.
- ✓ Realizar estudios similares en otras unidades de primer nivel por la importancia de ser instituciones de primer contacto, así también en unidades de segundo y tercer nivel ya que pudiera ser que se encuentra satisfechas con la atención de primer nivel sin embargo en el segundo al momento de la resolución no se obtiene los mismos resultados.
- ✓ Diseñar e implementar campañas que promuevan el control precoz del embarazo y continuidad en las consultas.
- ✓ Se debe realizar la gestión en el abastecimiento de los medicamentos principalmente aquellos que son de vital importancia en el control del embarazo como el ácido fólico y el fumarato ferroso.
- ✓ Mejorar la organización de los servicios con el objetivo de reducir los tiempos de espera, optimizar los tiempos de consulta, promover la asistencia con cita a la consulta, a recibir la atención desde el primer momento que se conocen embarazadas y proporcionar consejería e información adecuada.

## LIMITANTES

- ✓ Es importante mencionar que en esta evaluación no se consideró; el resultado del tratamiento, ya que no hubo seguimiento completo del embarazo.
- ✓ Otro aspecto es que la información se obtuvo a través de encuestas a la salida de la consulta, práctica que algunas veces es cuestionada por el posible sesgo de información, por la experiencia reciente, dado en función de las respuestas de las embarazadas que pueden oscilar entre la exageración o la negación.
- ✓ No se tuvo la continuidad del grado de satisfacción por el proceso de atención en los diferentes niveles donde pudo ser atendida la paciente.

# **ANEXOS**



## ANEXO 1

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21 "FRANCISCO Y TRONCOSO"  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

A quien corresponda:

Yo: \_\_\_\_\_

Declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio **GRADO DE SATISFACIÓN EN EMBARAZADAS SOBRE CONTROL PRENATAL**

Que se realizara en la UMF 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuyos objetivos consisten en Evaluar el grado de satisfacción alcanzado por las embarazadas de los servicios de control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No 21

Estoy consciente de que los procedimientos pruebas y tratamiento para lograr los objetivos mencionados consisten en: contestar un cuestionario.

No se presentan riesgos, ya que no se aplicara ningún procedimiento.

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios: evaluar el grado de satisfacción y así mejorar calidad de este servicio.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_



## ANEXO 2

### CRONOGRAMA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21

#### “GRADO DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS SOBRE CONTROL PRENATAL”

Por: Dra. Márquez Sánchez María Isabel

ACTIVIDAD	FEBRERO A JULIO 2009		FEBRERO A DICIEMBRE 2009		FEBRERO A ABRIL 2009		JUNIO A SEPTIEMBRE 2009		JUNIO A SEPTIEMBRE 2009		OCTUBRE DE DICIEMBRE 2009	
	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
LINEAS DE ACCIÓN	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
BUSQUEDA DE BIBLIOGRAFIAS	X	X										
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN			X	X								
ACEPTACIÓN DEL PROTOCOLO					X	X						
ELABORACIÓN DE CUESTIONARIOS							X	X				
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA									X	X		
ANÁLISIS ESTADÍSTICO									X	X		
ELABORACIÓN DEL REPORTE DE INVESTIGACIÓN											X	X
DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN											X	X

R: realizado

P: programado

## ANEXO 3



CUESTIONARIO  
GRADO DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS



### SECCIÓN I. INFORMACION

#### DA TOS GENERALES

**Instrucciones:** Favor de tachar la respuesta que considere correcta y llenar los espacios en blanco con la información que se le pide

#### A. INFORMACIÓN GENERAL

A.1. NOMBRE: \_\_\_\_\_ A.2. AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ A.3. FOLIO: \_\_\_\_\_

A.4. CONSULTORIO: \_\_\_\_\_ A.5. TURNO: \_\_\_\_\_ A.6. EDAD: \_\_\_\_\_ años

A.7. ESTADO CIVIL: 1. Casada  2. Soltera  3. Unión libre  4. Divorciada  5. Viuda

A.8. OCUPACIÓN: 1. Estudiante  2. Ama de casa  3. trabajo en oficina y/o empresa  4. Empleada y/o obrera

A.9. ESCOLARIDAD: 1. Analfabeta  2. Sabe leer y escribir  3. Primaria incompleta  4. Primaria completa

5. Secundaria incompleta  6. Secundaria completa  7. Estudios técnicos y/o Universitarios

A.10. ¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DEL EMBARAZO CON ANTERIORIDAD? 1. SÍ  2. NO

A.11. EN CASO DE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA, INDIQUE LA FUENTE DE LA INFORMACIÓN:

1. Medios televisivos  2. Prensa y/o revistas  3. Orientación familiar  4. Orientación Médica  5. Otro, indique: \_\_\_\_\_  
o de radiodifusión

A.12. NÚMERO DE VECES QUE HA ACUDIDO A CONTROL EN ESTE EMBARAZO:

A.13. ¿ACUDIÓ DE FORMA REGULAR A SUS CONSULTAS PRENATALES EN SUS EMBARAZOS ANTERIORES: 1. SÍ  2. NO

A.14. EN CASO DE INASISTENCIA A LA CONSULTA, CUAL FUE LA CAUSA

1. Falta de tiempo  2. Problemas familiares  3. Esperas prolongadas para recibir atención  4. No era derechohabiente

5. Inconformidad con la atención recibida  6. Cambio en su domicilio  7. Falta de dinero

A. INFORMACIÓN MÉDICA

B.1 FECHA DE ÚLTIMA REGLA:   200

Día Mes Año

B.2 ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE ESTE EMBARAZO?:

B.3 ¿EN DÓNDE LLEVÓ EL CONTROL PRENATAL DE SU ÚLTIMO EMBARAZO? \_\_\_\_\_

B.4 ¿EN DÓNDE FUE ATENDIDA LA RESOLUCIÓN DE SU ÚLTIMO EMBARAZO? \_\_\_\_\_

B.5 ¿CUÁNTAS SEMANAS DE EMBARAZO TIENE?

B.6 ¿USTED, HA CONSULTADO A UN MÉDICO PARTICULAR PARA REVISIÓN DE ESTE EMBARAZO? 1. SI  2. NO

B.7 ¿USTED, HA PRESENTADO COMPLICACIONES DURANTE ESTE EMBARAZO? 1. SI  2. NO

B.7.1 EN CASO DE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA INDIQUE QUE TIPO DE COMPLICACIÓN: \_\_\_\_\_

B.8 ¿DURANTE ESTE EMBARAZO SU MÉDICO LA HA ENVIADO A LOS SIGUIENTES SERVICIOS? (favor de tachar los servicios)

1. Dental  2. Medicina preventiva  3. Planificación familiar  4. Trabajo social  5. Nutrición

SECCIÓN II. VALORACIÓN  
CONTROL PRENATAL SEGÚN LA USUARIA

**INSTRUCCIONES:** Favor de marcar con una "X" solo una de las opciones para cada pregunta

ACCESIBILIDAD	MUY CONFORME	CONFORME	POCO CONFORME	INCONFORME
1. De acuerdo con la ubicación de la Unidad ¿Usted estuvo?				
2. Con el horario de atención, ¿Usted estuvo?				
3. ¿Según la información recibida para el control y asistencia, ¿Usted estuvo?				
4. Con el tiempo de espera de la consulta, ¿Usted estuvo?				
5. Con respecto a la ubicación del consultorio, ¿Usted estuvo?				
6. Según el sistema de atención a su consulta:				
6.1 Si era por cita, ¿Usted estuvo?				
6.2 Si era por orden de llegada, ¿Usted estuvo?				
6.3 Si era una combinación de cita y orden de llegada, ¿Usted estuvo?				
<b>TOTAL DE RESPUESTAS OBTENIDAS</b>				

ESTRUCTURA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
7. ¿Había iluminación dentro del consultorio?				
8. ¿La sala de espera contaba con asientos suficientes?				
9. ¿La sala de espera se veía limpia?				
10. ¿El baño estaba de fácil acceso para su uso?				
11. ¿El baño estaba limpio?				
12. ¿El consultorio estaba en orden?				
13. ¿El consultorio tenía la puerta cerrada durante la consulta?				
14. ¿Entran y salen personas durante la consulta?				
15. El consultorio, ¿Contaba con una camilla o mesa de examen ginecológica?				
16. A usted, ¿Con qué frecuencia le abastecían todos sus medicamentos en la farmacia su unidad?				
<b>TOTAL DE RESPUESTAS OBTENIDAS</b>				

## SECCIÓN II. VALORACIÓN

## CONTROL PRENATAL SEGÚN USUARIA

ATENCIÓN	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
1. ¿Usted, fue obligada de alguna manera para acudir a su siguiente consulta prenatal?				
2. Usted, ¿ha observado que su médico se lava las manos antes y después de explorarla?				
<b>3. Durante la consulta:</b>				
a) Le pesaban				
b) Le tomaban la presión arterial				
c) Le medían la pancita				
d) Le escuchaban los latidos cardiacos al bebé				
e) Le preguntaban por dolor en la parte baja del vientre				
f) Le preguntaban si sentía dolor de cabeza				
g) Le preguntaban y revisaban si había hinchazón				
h) Le preguntaban si su bebé se movía en su pancita				
i) Le preguntaban si había disminución del movimientos de su bebé				
j) Le preguntaba si tenía pérdida de líquido por genitales				
k) Le preguntaban por pérdida de sangrado por la vagina				
l) Le preguntaban si había tenido fiebre				
4. ¿Durante sus controles, le solicitaron análisis de sangre?				
5. ¿Durante sus controles, le solicitaron análisis de orina?				
6. ¿Le indicaron que se vacunara contra el tétanos?				
7. ¿Le informaban cómo estaba marchando el embarazo?				
8. ¿Le hablaban acerca de hábitos alimenticios durante el embarazo?				
9. ¿Le examinaban la cavidad bucal en busca de alguna afección dental?				
10. ¿Considera que cuando usted pregunta el médico la atiende, es decir deja de hacer otras cosas para prestarle atención?				
11. ¿Entiende lo que el doctor(a) le explica en la consulta prenatal?				
12. Valora la información esto es, ¿Toma en cuenta en su vida diaria lo que le indica el médico en la consulta prenatal?				
13. Su médico, ¿Le indica el motivo, es decir el porqué de las recomendaciones que le dan en la consulta prenatal?				
<b>TOTALIDAD DE RESPUESTAS OBTENIDAS</b>				

SECCIÓN III. VALORACIÓN

CONTROL PRENATAL SEGÚN USUARIA

ATENCIÓN PERSONAL SANITARIO Y PERSONAL DE APOYO	MUY CONFORME	CONFORME	POCO CONFORME	INCONFORME
1. Con respecto al modo en que la trata su médico, ¿Usted estuvo?				
2. Con respecto al modo en que la trata la asistente, ¿Usted estuvo?				
3. Con respecto al tiempo que le dedica su médico, ¿Usted estuvo?				
4. Con respecto al interés del médico en explicarle sus malestares, ¿Usted estuvo?				
5. Con respecto a la información proporcionada sobre el tratamiento, ¿Usted estuvo?				
6. Con respecto al uso del historial clínico electrónico, ¿Usted estuvo?				
<b>TOTAL DE RESPUESTAS OBTENIDAS</b>				

7. ¿CUÁLES SERÍAN LOS MOTIVOS POR LOS QUE USTED NO REGRESARÍA A CONSULTA DE CONTROL PRENATAL EN SU UNIDAD? (tachar la respuesta que considere correcta)

1. Mal trato
2. No está de acuerdo con el tratamiento
3. No la atendieron
4. El tiempo de espera es largo
5. No le brindan medicinas
6. Brindan mal servicio

## BIBLIOGRAFÍAS

---

- <sup>1</sup> Casini SG A, Sáinz L, Hertz M, Andina E. Guía de control prenatal en embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2002; 21 (2):51-74.
- <sup>2</sup> Murillo LA, Miranda WA. Calidad del Control Prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua, Nicaragua 2004:1-71
- <sup>3</sup> 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.
- <sup>4</sup> Pages G. Obstetricia Moderna. 3 ed. México: Mc Graw Hill; 1999. p.55-60.
- <sup>5</sup> Miranda DOH, Cardiel LE, Reynoso E, Oslas LP, Acosta GY. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex 2003; 66 (1): 22-28
- <sup>6</sup> Aguilar BM, Méndez MGF, Guevara AL, Caballero LLA. Mortalidad Perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 215-220.
- <sup>7</sup> Sánchez HR, Pérez TG, Pérez RF, Vázquez NF. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43 (5): 377-380.
- <sup>8</sup> Villarreal RE, Garza EME, Núñez RG, Rodríguez CS, Rodríguez LO. Costo de la Atención prenatal: Instituto Mexicano de Seguro Social. Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(5): 298-303
- <sup>9</sup> OMS, UNICEF, FNUAP, 2001 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Making Pregnancy Safer. Geneva: WHO. [cited jun 2006]. [http://www.who.int/reproductive\\_health/mpr/index.htm](http://www.who.int/reproductive_health/mpr/index.htm).
- <sup>10</sup> Velasco C. Disminuye mortalidad materna 26.7%: SSA. El Universal: México 25 abril 2005. p: 5.
- <sup>11</sup> Moreno SAA, Bandeh MH, Meneses CJ, Díaz DLM, Mujica HM, González DJI, et al. Control Prenatal en el Medio Rural. Rev Fac Med UNAM. 2008; 51 (5): 188-192.

- 
- <sup>12</sup> Paca PA. Calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familiar. Tesis (graduación).Perú: Universidad de Costa Rica, 2003; 1-79.
- <sup>13</sup> Camarena OL, Von Glascoe C. Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua. Rev Fac Nac Salud Pública. 2007; 25(1): 40-9
- <sup>14</sup> Creel LC, Sass C, Yinger UN. Panorama de la Atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. Nuevas Perspectivas sobre la calidad de la Atención: No 1Population Reference Bureau. E.E.U.U. 2003: 1-8
- <sup>15</sup> Aguirre-Gas HG. Valuación de la calidad de la Atención médica ¿Una tarea para médicos?. Cir Ciruj. 2007; 7 (3): 149-150.
- <sup>16</sup> Net A, S uñol R. La Calidad de la Atención. Ponencias Jornades, Fundación Donabedia Avedis: 1-13.
- <sup>17</sup> Donabedian Avedis. Evaluating the Quality of Medical care. The Milbank Quarterly; 83 (4): 691-729
- <sup>18</sup> Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana. México 1984: 194
- <sup>19</sup> Varela MJ, Rial BA, García CE. Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. Psicothema 2003; 15 (4): 656-661.
- <sup>20</sup> Ortiz E, Muñoz J, Torres C. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 527-537.
- <sup>21</sup> Norma Técnica para la evaluación en la calidad de la atención Médica. Secretaria de Salud; México; 1990.
- <sup>22</sup> Ramos SL, Salvador ZGA. Calidad en la aplicación de las normas de atención prenatal brindada por el personal de salud a las madres de los niños menores de un año fallecidos en el Cantón de Coto Brus, en el año 2000. Trabajo de investigación 2002: 1-98
- <sup>23</sup> Magis RC, Moreno AA, Bronfman PN. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud Pública de México 2003; 45 (3): 445-454



---

<sup>24</sup> Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. España, Gac. Sanit 2006; 20 (1): 31-9

<sup>25</sup> Vicuña M. Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. Anales de la Facultad de Medicina, Perú 2002; 63 (4): 172-178.

<sup>26</sup> Ramírez STJ, Najera AP, Nigenda LG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex 1998; (40):3-12.

<sup>27</sup> Sainz MA, Sánchez YS, Granados GJA. Encuesta de Satisfacción en embarazadas captadas en atención primaria. Madrid 2001: 506-510.