



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL DE LA MUJER

**“GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS POR PARTO
VAGINAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

JUAN RAMÓN ORTIZ HERNÁNDEZ

ASESOR

DR. CELSO DIÓGENES RAMÍREZ PALACIOS

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE DEL 2019



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.

AUTORIZACIONES

DR. BENJAMÍN OROZCO ZÚÑIGA
SUBDIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER

DRA. ROSALBA GARDUÑO ZARAZÚA
JEFA DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL DE LA MUJER

DR. MAURICIO PICHARDO CUEVAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

DR. CELSO DIÓGENES RAMÍREZ PALACIOS
ASESOR DE TESIS

DEDICATORIA

A mi Marisol

Para mi compañera de vida, sin ti esto no hubiese sido posible. Gracias mi Sol.

A mis papas Antonia y Juan

Para mi madre y padre con todo mi amor y cariño, aquellas personas que me enseñaron a nunca darme por vencido, por siempre brindarme su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, infinitamente agradecido por tantas bendiciones, por haberme permitido cumplir mis metas, y haberme dado salud para lograrlas.

Gracias mamá Antonia y papá Juan por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por motivarme a seguir adelante y nunca tirar la toalla a pesar de las adversidades, por darme su amor, tiempo, esfuerzo y paciencia durante estos años, infinitamente gracias por todo.

A mi esposa Marisol, por darme tu apoyo cuando más lo necesite, por creer en mí, tu amor incondicional me motivo a seguir adelante, por no dejarme claudicar, gracias por estar siempre para mí, te amo infinitamente mi Sol.

Gracias a todos los médicos del Hospital de la Mujer por sus valiosas enseñanzas en todo el proceso de mi formación, a todas aquellas enfermeras que me brindaron palabras de aliento y apoyo, Un agradecimiento especial a mí asesor de tesis Dr. Celso Diógenes Ramírez Palacios, con admiración y respeto.

Gracias a mis pacientes por haber depositado su confianza en mí.

INDICE

Resumen.....	6
Marco Teórico.....	7
Planteamiento del Problema.....	20
Justificación.....	21
Objetivos.....	22
Hipótesis.....	23
Metodología.....	24
Resultados.....	28
Discusión.....	34
Conclusiones.....	38
Referencias Bibliografías.....	39
Anexos.....	41

RESUMEN

Introducción: La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo programa. Tomar en cuenta la satisfacción del usuario para medir la calidad del servicio nos permitirá el mejoramiento de la atención de salud. La satisfacción global de las mujeres gestantes con la atención recibida durante el parto fue elevada en la mayoría de los estudios revisados, aunque se han utilizado diferentes cuestionarios de valoración. **Objetivo:** Evaluar el grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer. **Metodología:** Estudio Observacional, Prospectivo, Descriptivo, Transversal; la población en estudio son las pacientes con diagnóstico de puerperio posparto eutócico en el Hospital de la Mujer en el período de Mayo y Junio del 2019. La muestra será obtenida a través de la “encuesta para evaluación del grado de satisfacción de atención del parto SERVPERF” modificada para atención a la salud. **Resultados:** En los meses de Mayo y Junio del 2019, se registraron en el Hospital de la Mujer 849 nacimientos, de los cuales 423 partos fueron registrados como partos eutócicos, representando el 49.8%. Se aplicaron 75 encuestas SERVPERF para evaluar el grado de satisfacción en la atención del parto vaginal, representando el 17.73% de la población. Las mujeres encuestadas en el rango de edad de 16 a 25 años corresponden el 73% de la muestra. Se registró como primer parto en el 47% de las pacientes, segundo y tercer parto en el 29% y 12%. La evaluación global del grado de satisfacción de las pacientes encuestadas fue de 5.12 con Intervalo de Confianza de +/- 0.5. La evaluación global del grado de satisfacción corresponde en un 15% de la población con insatisfacción y en un 85% satisfacción, de los cuales el 67% de las pacientes encuestadas percibieron un grado de satisfacción amplia. **Conclusión:** Podemos mencionar que las dimensiones de respuesta rápida (satisfacción del 92%), seguridad (satisfacción del 84%) y tangibles (satisfacción del 93%) influyen mucho en la percepción global de satisfacción. Es de llamar la atención que la insatisfacción severa se presenta en el 9% de las pacientes, debiendo hacer énfasis en las dimensiones de empatía y confianza; aunque fueron catalogados como satisfacción leve, registraron los puntajes y porcentajes bajos de las 5 dimensiones (79%, respectivamente). Debemos trabajar en esos aspectos de la atención en la paciente.

Palabras clave: satisfacción, parto vaginal, eutócico, empatía, confianza, respuesta rápida, seguridad.

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “las intervenciones de atención a la salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño”. Los sistemas de salud están diseñados para mejorar la salud de la población a través de esquemas que, si bien resulta altamente complejos, implican riesgos reales o potenciales frecuentemente no considerados en sus procesos de planeación. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de atención a la salud, puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia.¹

Actualmente, la OMS calcula que en los países desarrollados uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos; sin embargo, se estima que en los países en desarrollo la probabilidad de que los pacientes sufran algún daño en los hospitales es mayor que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo el riesgo de infección asociada a la atención médica llega a ser hasta 20 veces superior al registrado en los países desarrollados.¹

Cada etapa del proceso de atención médica presenta cierto grado de inseguridad intrínseca: los efectos secundarios de los medicamentos o las combinaciones de medicamentos; el riesgo asociado a un determinado instrumento médico; la presencia de insumos o equipos no acordes a las normas o defectuosos en el servicio de salud; y los fallos humanos o las deficiencias latentes del sistema. En consecuencia, los eventos adversos pueden deberse a problemas en las prácticas, los insumos, los equipos, los procedimientos o cualquier otro elemento del sistema.¹

De acuerdo con la Real Academia Española, “un sistema es un conjunto de cosas entre sí que ordenadamente contribuyen a determinado objetivo”. En este sentido el sistema de salud es un sistema complejo, debido a la cantidad de personas y recursos (medicamentos, insumos, equipo) que interaccionan entre sí y con el paciente durante el proceso de la atención. Los sistemas complejos tienen múltiples entradas y salidas de información que se encargan de retroalimentar al sistema. Debido a que en un sistema todos sus elementos

están interrelacionados, los cambios de cualquier elemento afectan a todo el sistema. Un sistema complejo es más propenso a tener errores, por lo que deben establecerse medidas preventivas eficaces para evitarlos.¹

La razón de ser del Sistema Nacional de Salud es el bienestar de la población y su estado saludable. Una sociedad en la que sus miembros viven enfermos, física o mentalmente, tiene menos bienes relacionales, baja de productividad, aumento de gastos y mengua en el rendimiento económico, pero sobre todo presenta la disminución del bienestar subjetivo, la satisfacción y la felicidad. De ahí que el estudio de la relación entre la atención médica, que busca restaurar, mantener y/o fomentar los estados saludables y la evaluación que las personas realizan sobre su propia circunstancia en el encuentro con las instituciones de salud, sea de interés para comprender algunas de las necesidades de ciertos grupos de población.^{2,3}

El estudio del bienestar subjetivo y su medición se han convertido en un desafío para los investigadores y las organizaciones nacionales e internacionales que siguen el progreso de los países.⁴

Los estudios que buscan acercarse a las personas y entender su realidad compleja incorporando aspectos multidimensionales, resultan relevantes para disminuir la brecha entre quienes planean las políticas públicas y quienes reciben sus beneficios; el área de la salud, en este sentido, resulta prioritaria.⁴

Desde la década de los setentas se planteó la necesidad de agregar variables relativas a la situación social y política basada en el concepto de calidad de vida, que considera la posesión y el acceso a bienes, servicios y satisfactores. Este enfoque se fue desarrollando y devino en el estudio de las capacidades y funcionalidades, según el cual, la expansión de las capacidades de los seres humanos permite el funcionamiento adecuado en las áreas donde se desenvuelven.³

Actualmente, el movimiento en torno al bienestar subjetivo sostiene que el progreso debe concebirse en términos del bienestar de las personas y reflejarse en indicadores como la satisfacción con la vida, la felicidad y estados afectivos propositivos, entre otros. Esto ha puesto sobre la mesa el desafío metodológico de desarrollar proyectos empíricos cuantitativos y cualitativos, como el presente, orientados a la comprensión de la apreciación que los individuos tienen sobre su vida, su salud, sus redes de apoyo familiares y sociales,

su trabajo, su comunidad; sobre la vida urbana y el uso de su tiempo; sobre sus instituciones y su gobierno; sobre su entorno y calidad del ambiente; y en general sobre el país.²

Uno de los retos conceptuales de este estudio es la definición de la noción de satisfacción. Los indicadores subjetivos como la satisfacción y la felicidad, están ligados al estado de bienestar de las personas, no obstante, por la variedad de significados que el bienestar previsiblemente implica, no puede ser imputado ni predeterminado desde fuera. En este sentido, los indicadores subjetivos correctamente diseñados son muy cercanos al objeto que pretenden medir. Al dar como válida la propia evaluación, se evita dotar al bienestar de una visión trascendental que suprima la experiencia concreta del individuo, de ahí que lo importante sea determinar las condiciones en las que se realiza la evaluación individual del bienestar y no desecharla por subjetiva.

La propia evaluación de la vida, o de algún ámbito de la experiencia, (la familia, la atención a la salud, etc.) comprenden una operación que ofrece de manera sintética información cuya densidad, por la cantidad de variables que agrupa y pondera, puede resultar inmanejable a partir de estrictos indicadores objetivos. No obstante, el hecho de que la materia que se observa sea subjetiva no implica que no pueda ser tratada con objetividad, de manera semejante a los indicadores “duros”. Habría que aclarar que la objetividad de un indicador se refiere al incremento de posibilidad de que una evaluación hecha por un tercero obtenga el mismo resultado del primero. Los datos sobre percepciones tienen, al menos, un carácter binario: si o no. La posibilidad de que la primera evaluación no coincida con la segunda es más amplia, por lo que la información resulta más dispersa y variable.⁴

El conocimiento de la valoración que los individuos realizan sobre sus propias vidas es relevante no solo porque revelan factores que las variables objetivas como el consumo o el ingreso no resalta, sino también porque se pueden advertir de manera más oportuna los cambios que se están gestando en los parámetros de evaluación de necesidades y demandas futuras.⁴

Las percepciones son reales y tienen enormes consecuencias; por ejemplo, pueden alterar la confianza en las instituciones o en las medidas que se tomen para atender problemas. Hay que decir que la gente no siempre tiene claridad sobre lo que la hace feliz, y le cuesta trabajo determinar su satisfacción o insatisfacción en relación con eventos del orden común. En contraste tiende a centrar su evaluación en eventos singulares y extraordinarios, como podría ser la atención a la salud en una unidad médica del sector público. Los parámetros

a partir de los cuales se juzga subjetivamente la satisfacción son importantes cuando esta se vuelve una medida del progreso, de ahí la relevancia de asumir esa relación y la problemática, pues plantea nuevas dimensiones del estudio del bienestar.⁴

El estudio del bienestar subjetivo y la satisfacción, supone desafíos epistemológicos que se refieren a la manera en que las personas perciben y explican su situación. Los individuos experimentan bienestar en varios planos: el cognitivo, el afectivo, el hedónico y el místico; con distintas intensidades y con funciones diversas. El bienestar es subjetivo porque lo experimentan los sujetos. Las experiencias de tipo hedónico involucran el uso de los sentidos (olfato, vista, tacto, audición, gusto), y el bienestar se asocia con el placer o el dolor. Las experiencias de tipo afectivo, en cambio, se refieren a emociones y estados de ánimo e involucran aspectos como el amor, el orgullo, el odio y la envidia; cuando se asocian con afectaciones positivas se percibe bienestar. Las experiencias místicas están asociadas a vivencias de carácter espiritual y han sido poco estudiadas. Las experiencias de tipo cognitivo, están asociadas al alcance de metas y expectativas (logros) o a la imposibilidad de hacerlo (fracasos).⁵

Cuando hay logros se traduce en bienestar y se expresa en satisfacción. Estos cuatro tipos de experiencia pueden traslaparse, complementarse y entrar en conflicto, pero no necesariamente son excluyentes. Cada sujeto es la autoridad para juzgar su bienestar y para sintetizar en nociones como satisfacción o felicidad el bienestar vivido como experiencia. Las preguntas sobre la felicidad tienden a acercarse más a la experiencia afectiva, mientras que las de satisfacción se asocian a la experiencia cognitiva.²

Las personas realizan apreciaciones de satisfacción y felicidad de la vida como un todo o de aspectos específicos. Puede distinguirse entre el disfrute transitorio y el más durable. La dimensión temporal transitoria hace referencia a estados de ánimo, mientras que la dimensión más durable se relaciona con valoraciones de satisfacción a largo plazo. De esta manera identificamos cuatro fundamentos de evaluación: en aspectos específicos de la vida en el ámbito de lo transitorio se ubica la satisfacción instantánea; y en el permanente, la satisfacción en dominios de vida. También puede tratarse de un estado de flujo que involucra una experiencia intensa donde se incluyen tanto las emociones como la idea de totalidad.²

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en

su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo programa. La satisfacción del paciente es consecuencia de una buena calidad.⁵

En este punto resulta fundamental definir a qué llamamos calidad y más específicamente qué entendemos por calidad de la atención médica. La Real Academia Española de la Lengua define la calidad como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor”.⁵

El concepto de la calidad de la atención médica varía en diferentes épocas y sociedades; sin embargo, el concepto propuesto por Donabedian pudiera ser suficientemente integrador y globalizador para aceptarlo como definición de ella: “Calidad es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles”, o en palabras de Ruelas, “La calidad es una combinación de beneficios, riesgos y costos, en donde de lo que se trata es de ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable”.⁶

De acuerdo con Aguirre Gas: “La calidad de la atención médica es otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución”.¹

En estas definiciones se va perfilando el conjunto de propiedades que nos permiten juzgar la calidad de la atención médica, tales como: beneficios, riesgos, costos y oportunidad, entre otras.¹

La calidad se relaciona con varios aspectos del acto médico, que incluye satisfacer o superar las expectativas de los pacientes mediante acciones basadas en el conocimiento y la tecnología médicas, así como en los principios éticos y legales, a fin de lograr los resultados deseados, reducir los indeseados y con un costo socialmente soportable.²

La calidad de la atención médica tiene tres dimensiones:¹

1. La técnica, seguir la mejor estrategia que la ciencia actual hace posible.
2. Los aspectos interpersonales, que se establecen en la relación médico-paciente, con el objeto de lograr la mayor satisfacción del usuario con pleno respeto de su autonomía y preferencias.

3. El ambiente de los servicios, relativa a aquellos aspectos de las áreas de atención que las hacen agradables y confortables para el paciente y sus familiares.

La calidad depende de la estructura, esto es, de los recursos que tenemos, y de la forma en que organizamos esos recursos depende el proceso, esto es, todo lo que le hacemos al paciente, y depende evidentemente del resultado que se obtiene.¹

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recalcó la importancia de la calidad de la atención y la seguridad del paciente, como una cualidad esencial para conseguir los objetivos nacionales e internacionales en salud, la mejora de la salud de la población, y el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud.⁷

Aun cuando en materia de calidad en salud, como ya se mencionó, México ha desarrollado importantes esfuerzos, no fue sino hasta la primera década de este siglo que se formalizaron las políticas públicas nacionales, orientadas a la mejora de la atención a la salud. Inicialmente, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud generó una serie de lineamientos que con enfoque sectorial versaron alrededor de dos dimensiones: el trato digno y la atención médica efectiva, con la generación de estrategias e indicadores de evaluación de los resultados en la mejora de la calidad en los servicios de salud del país.¹

Garantizar el acceso universal a una salud sexual y reproductiva segura, aceptable y de buena calidad, especialmente el acceso a los anticonceptivos y a la atención de la salud materna, puede reducir drásticamente los índices globales de morbilidad materna.⁷

Sin embargo, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantea un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en hospitales o centros de salud.⁸ Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la* salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Si bien es posible que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables durante el parto. Estas prácticas podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé.⁹

En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago. Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo.¹⁰

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.¹¹

A pesar de la evidencia presente, que sugiere que el trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres durante el parto en centros de salud es bastante frecuente, en la actualidad no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir, científicamente, el maltrato ni la falta de respeto. Por consiguiente, se desconocen su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y elecciones de las mujeres. Existe una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo.¹¹

Para alcanzar un nivel alto de atención respetuosa en el parto, los sistemas de salud deben organizarse y conducirse de tal manera que se garantice el respeto por la salud sexual y reproductiva, y por los derechos humanos de las mujeres. Si bien muchos gobiernos, sociedades de profesionales, investigadores, organizaciones internacionales, grupos de la sociedad civil y comunidades en todo el mundo ya han destacado la necesidad de tratar este problema, en muchos casos no se han adoptado políticas para fomentar la atención

materna respetuosa, o estas no son específicas o aún no se tradujeron en acciones concretas de relevancia.^{12, 13}

La declaración de la Organización Mundial de la Salud en 2014 hace referencia a que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.¹⁴

Para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, son necesarias las siguientes acciones:¹⁴

1. Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.
4. Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.
5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

Los marcos internacionales de derechos humanos resaltan el maltrato y la falta de respeto en el parto como un problema importante en lo que refiere a este campo, y pueden servir de referencia a los defensores de la salud de las mujeres para concientizar y elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa. Estrategias basadas en los derechos para organizar y administrar los sistemas de salud pueden facilitar la prestación de una atención respetuosa, y de calidad en el parto.¹⁴

La humanización del parto provee herramientas básicas para que una sociedad pueda mejorar los resultados del nacimiento, no sólo en materia cuantitativa, sino a través de indicadores cualitativos como la satisfacción de la experiencia del parto como un evento

seguro, que respeta la integridad familiar y los derechos humanos, y además proporciona un sólido principio para una vida saludable.¹⁴

La calidad en servicios materno-infantiles debe ir mucho más allá de sobrevivir el parto; debe estar enfocada en que la madre y el bebé tengan una vivencia del embarazo, parto y puerperio como procesos satisfactorios, plenos, íntimos y placenteros, que ofrezcan a la madre una serie de herramientas de poder, información y habilidades para criar a su bebé con amor, confianza y salud.¹⁴

En la última década se ha producido un notable auge de estudios encaminados a promover en los ciudadanos que utilizan los servicios de salud, una sensación de agrado con los cuidados recibidos. A lo que se suma la evidencia empírica de que la satisfacción del paciente es un indicador de su nivel de utilización de los servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas.¹⁵

Según la Real Academia Española se define satisfacción como “(del latín satisfactiō-ōnis) razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.” En otras palabras es el sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad.¹⁵

En cierta manera, la satisfacción proporciona una valoración sobre la visión del sistema que tienen sus usuarios más que sobre la calidad técnica de los mismos, y puede conducir a situaciones en las que, si un sistema es percibido por sus usuarios como malo, deficiente o insatisfactorio, constituirá para ellos un mal sistema. Por lo que la visión del usuario será determinante para el éxito o fracaso de un sistema. No es suficiente con que el sistema funcione, es necesario que el servicio que se presta sea satisfactorio para el usuario y que este así lo perciba.¹⁵

El concepto de "cuidados centrados en el paciente" obedece a este nuevo planteamiento que parte precisamente de la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente y llama la atención sobre el papel activo en la toma de decisiones sobre su salud que los pacientes paulatinamente van adquiriendo. El "arte de la atención médica" se basa precisamente en el saber hacer del médico para superar la barrera que representa la asimetría de la información con el paciente. Por lo que la tradicional relación de agencia que se establece entre el médico y el paciente es compensada, parcialmente, cuando el

clínico toma en cuenta las preferencias de sus pacientes. No en vano se ha señalado que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente.¹⁶

Es por ello que tomar en cuenta la satisfacción del usuario para medir la calidad del servicio nos permitirá el mejoramiento de la atención de salud a través de la búsqueda de atención médica, por parte del paciente, en nuestros servicios; ya que al sentirse satisfecho mejorará su confianza en este y su disponibilidad de hacer uso de este de forma oportuna y no cuando se sienta forzado a utilizarla al ya no tener opción, en caso de situaciones inesperadas.^{15, 16}

Debido a que existen un gran número de factores que intervienen en la prestación de un servicio de salud, es necesario diseñar un instrumento de evaluación de la calidad del servicio que permita conocer los aspectos favorables y negativos que puede llegar a tener el proceso de atención en esta área. Para medir la calidad del servicio ofrecido existen un gran número de modelos, pero resaltan de entre los más importantes la escala de Mackey y el modelo SERVQUAL y SERVPERF.^{17, 18}

La escala de Mackey es un instrumento desarrollado por académicos de la división de enfermería de la Universidad de Carolina del Sur, con el objetivo de estudiar los factores relacionados con la satisfacción del parto, en el año 2003.^{17, 18}

Desarrollada originalmente en lengua inglesa, la Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS) mide la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo. Se trata de un cuestionario autocumplimentado que se administra a la mujer antes del alta hospitalaria. Consta de 34 ítems agrupados en cinco subescalas que hacen referencia a la mujer (9 ítems), la pareja (2 ítems), el recién nacido (3 ítems), la matrona (9 ítems) y el obstetra (8 ítems). Asimismo, contiene una subescala de valoración global de la experiencia (3 ítems). Cada ítem se evalúa en una escala Likert de 5 puntos que oscila desde muy insatisfecha (1) hasta muy satisfecha (5), con un valor central neutro. La puntuación final de la escala se obtiene sumando los valores asignados a cada ítem, de manera que cuánto más alta es la puntuación, mayor es la satisfacción. Del mismo modo, pueden obtenerse puntuaciones parciales para cada subescala.¹⁷

El SERVPERF (*SERVICE PERFORMANCE*) fue desarrollado por Cronin y Taylor. La discusión se centró en torno al papel de las expectativas, ya que estos autores consideraron que la calidad de un servicio debe ser medida como una actitud, es decir, solo a través de la

percepción y no confrontando las expectativas con la percepción. SERVPERF debe su nombre a la exclusiva atención que presta a la examinación del desempeño. Los inicios de este modelo de evaluación se remontan al año de 1985, para la gestión de la calidad del servicio partiendo de la búsqueda de respuestas a preguntas relacionadas con el servicio y su mejora, la cual fue una tarea designada a Parasuraman, Zeithaml y Berry por la Universidad de Texas. Para responder a tales preguntas, los investigadores antes mencionados realizaron una serie de estudios cualitativos y cuantitativos, desarrollando un modelo al que llamaron SERVQUAL. Para el año de 1992, mediante una investigación sobre la capacidad de medición de una escala más concisa, basada exclusivamente en el desempeño y tomando directamente los ítems del modelo SERVQUAL, Cronin y Taylor desarrollaron un nuevo modelo al que nombraron SERVPERF, el cual a diferencia del SERVQUAL, sólo se enfoca en las percepciones de los clientes sobre el servicio que se les ha brindado. Cronin y Taylor compararon a través de un análisis causal el poder predictivo de ambos modelos, llegando a la conclusión de que el SERVPERF tiene una fiabilidad, validez y poder predictivo mayores que el SERVQUAL.¹⁸

Cronin y Taylor (1992) y (1994), llegaron a la conclusión de que el modelo SERVQUAL de calidad de servicio, propuesto por Zeithaml, Parasuraman y Berry no era el más adecuado para evaluar la calidad del servicio, ya que este evaluaba a su vez las expectativas y la percepción del servicio, cuya diferencia significarían las distancias entre lo que espera recibir el cliente y lo que finalmente recibe, por lo que crearon una escala más concisa para medir solamente la satisfacción del servicio o lo que se conoce como la percepción del servicio producto de la experiencia obtenida.¹⁸

Según Ayala G. manifiesta que la escala SERVPERF se fundamenta únicamente en las percepciones, eliminando las expectativas y reduciendo entonces a la mitad las preguntas planteadas. Este autor indica que en la actualidad resulta necesario conocer el grado de satisfacción de las pacientes respecto a la atención del parto con una encuesta tipo SERVPERF que ha sido considerada más exacta y más recomendable.¹⁵

Además, a favor del SERVPERF está su alto grado de fiabilidad (coeficiente alpha de Cronbach de 0,9098; alpha estandarizado de 0,9238). El alfa de Cronbach no es un estadístico al uso, por lo que no viene acompañado de ningún p-valor que permita rechazar la hipótesis de fiabilidad en la escala. No obstante, cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por

tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 o 0,8 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala.

La encuesta SERVPERF se ha empleado para realizar estudios cualitativos y cuantitativos a clientes de diferentes comercios y negocios, como bancos, telefonía, corredores de bolsa, entre otros. Con adecuaciones se ha utilizado para evaluar la calidad de la atención en los servicios de salud y, específicamente, los servicios de urgencias y los relativos a la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

La satisfacción global respecto a la experiencia de parto fue en general positiva. Esto puede deberse a que la satisfacción materna se incrementa cuando la madre finalmente ve a su hijo sano y las experiencias negativas se minimizan. Lindholm et al encontraron en su estudio que el 82% de las mujeres tuvo una experiencia positiva del parto, en concordancia con otros autores que obtuvieron resultados similares 74,9% y 86%. Los mejores niveles de satisfacción se encontraron en el estudio de Fernández Raigada et al que obtuvieron un 94,3% de mujeres satisfechas y el de Branger et al que alcanzó 92,5%.¹⁸

Para examinar el nivel de satisfacción de las usuarias en servicios de atención del parto se ha validado un instrumento basado en SERVPERF, aplicado a las usuarias, el cual cuenta con 22 preguntas elaboradas específicamente para el este tipo de estudio y que son contestadas bajo los siguientes parámetros (tabla, en anexos):

- Satisfacción amplia (6)
- Satisfacción moderada (5)
- Satisfacción (4)
- Insatisfacción leve (3)
- Insatisfacción moderada (2)
- Insatisfacción severa (1)

El puntaje total se suma y al promedio resultante de todas las encuestas se le compara con los parámetros arriba expuestos para determinar el grado de satisfacción o insatisfacción general de la usuaria.

A través de análisis previos en estudios de calidad de atención se han determinado 5 dimensiones de la calidad:

- **Respuesta rápida:** Es la disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido. Son las preguntas del 1 al 3.
- **Empatía:** Atención individualizada que ofrece el personal de salud a los pacientes. Agrupa otras sub-dimensiones antes utilizadas como accesibilidad, comunicación y comprensión del paciente. Conforman las preguntas de la 4 a la 6.
- **Seguridad:** Son los conocimientos y atención mostrados por los empleados (en este caso profesionales de la salud), y el nivel de habilidades para inspirar credibilidad y confianza. Son las preguntas de la 7 a la 14.
- **Confianza:** Es la habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Son las preguntas de la 15 a la 19.
- **Elementos tangibles:** apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación. Son las preguntas de la 20 a la 22.

Los factores que más influyen en la satisfacción de las mujeres con el parto son: el acompañamiento materno por parte de la pareja o familiar, el apoyo de los profesionales sanitarios, recibir información detallada y comprensible con el proceso que le ayude a tomar decisiones, así como que se cumplan las expectativas de las madres respecto a su idea de parto y, sobre todo, en relación al alivio del dolor.

Es necesario seguir investigando y desarrollar nuevos estudios que recopilen en profundidad las necesidades y demandas de las mujeres embarazadas durante el parto y adaptar la asistencia sanitaria a las mismas.¹⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital de la Mujer es una unidad de salud centralizada, dependiente de la Dirección General de Coordinación y Desarrollo de Hospitales Federales de Referencia, cuyo propósito principal es la atención de pacientes de todo el país, en las especialidades de Ginecología, Obstetricia, Oncología Ginecológica y la Atención Neonatal de los recién nacidos en el hospital, las 24 horas de los 365 días del año. La misión del hospital es “proporcionar atención con calidad y seguridad en Ginecología, Obstetricia y Oncología, a la mujer y a su recién nacido, así como formar Capital Humano”. Y la visión es convertirse en un “centro certificado en la asistencia, enseñanza e investigación en Ginecología, Obstetricia, Neonatología y Oncología Ginecológica”.

Se conoce por medio de estudios de evaluación de satisfacción de atención del parto vaginal en otros países que ésta es elevada. Sin embargo, no se ha descrito en esta institución alguna investigación que examine la calidad de la atención a la mujer que acude para la atención de parto.

Ya que la evaluación del grado de satisfacción es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de salud de buena calidad, surge la pregunta:

¿Cuál es el grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer?

JUSTIFICACIÓN

La búsqueda de la excelencia en la calidad de los cuidados prestados a la mujer en el período de trabajo de parto, puerperio hospitalario y cuidados al recién nacido es una labor esencial e intrínseca del personal sanitario relacionado con su atención. En los últimos años se ha establecido una corriente a favor de la recuperación del protagonismo y participación de la mujer en el proceso de parto y todo lo relacionado con su atención. Los profesionales de salud atendiendo a las demandas que la sociedad plantea desde una realidad en continuo proceso de cambio, están en la obligación de dar mejores cuidados en todos los aspectos que se ven implicados en la calidad de su atención.

Por lo tanto, la evaluación de la satisfacción de las pacientes constituye tanto una exigencia como un indicador de calidad de los servicios de salud y es utilizada para juzgar la atención brindada, lo que constituye el principal objetivo de nuestra investigación.

OBJETIVOS

A) General

- Conocer el grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer.

B) Específicos

- Conocer la dimensión de respuesta rápida en el grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer.
- Conocer la dimensión de empatía en el grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer.
- Conocer la dimensión de seguridad en el grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer.
- Conocer la dimensión de confianza en el grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer.

HIPÓTESIS

En base a la premisa de que el Hospital de la Mujer es un hospital dedicado a la atención en Ginecología y Obstetricia y formación de recursos humanos desde hace décadas, y que la atención de la mujer embarazada, específicamente al final del embarazo es de gran calidad, nuestra hipótesis es que el grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer es amplio.

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo programa de salud. La satisfacción del paciente es consecuencia de una buena calidad.

El estudio tiene como fin evaluar lo mencionando, así obtendremos resultados y realizar medidas pertinentes como educación al personal involucrado en la atención. No debemos comparar la atención de parto vaginal con una cesárea, porque son procedimientos que requieren intervenciones diferentes en el personal de salud, tanto médico como psicológicamente. Realizar la medición de la satisfacción en la calidad de la atención recibida por cada procedimiento da un panorama útil en los procesos de mejora para las instituciones.

En base a la premisa de que el Hospital de la Mujer es un hospital dedicado a la atención en Ginecología y Obstetricia y formación de recursos humanos desde hace décadas, y que la atención de la mujer embarazada, específicamente al final del embarazo es de gran calidad, nuestra hipótesis es que:

El grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer es amplio.

METODOLOGÍA

A) Diseño de Estudio

Tipo de Investigación: Observacional, Prospectivo, Descriptivo, Transversal.

B) Población

La población en estudio son todas las pacientes con diagnóstico puerperio posparto eutócico, que se encuentran hospitalizadas en el servicio de Alojamiento Conjunto en el Hospital de la Mujer, en el período de Mayo y Junio del 2019.

Los criterios de selección de la población son los siguientes:

1) Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de puerperio posparto eutócico inmediato o mediano, hospitalizadas en el servicio de Alojamiento Conjunto previo a su egreso hospitalario.
- Pacientes que acepten contestar la encuesta mencionada, previa firma del consentimiento informado, diseñado expreso para el estudio.
- Pacientes que sepan leer y escribir, para que les sea posible contestar la encuesta.

2) Criterios de no inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de puerperio posparto no eutócico inmediato o mediano.
- Pacientes a quienes se realizó operación cesárea.
- Pacientes cuyo parto no haya sido atendido en el Hospital de la Mujer.

3) Criterios de eliminación:

- Pacientes que hayan llenado de forma incompleta la encuesta.
- Pacientes que retiren su consentimiento para participar en el estudio.

C) Selección de la Muestra

Por tratarse de un estudio en el cual se trata del total de pacientes en un periodo de estudio no se requiere cálculo de muestra.

El tamaño de muestra es determinístico intencional por conveniencia, donde los sujetos de estudio son todas las pacientes que cumplan con los criterios de selección en el periodo especificado y no existen razones fundamentales que diferencien a los individuos accesibles de los que forman el total de la población.

D) Operacionalización de las Variables

Variable	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Criterios de medición	Tipo de variable y escala de medición
Características sociales y demográficas	Edad	Tiempo de vía que ha vivido una persona	Fecha de nacimiento	Número de años cumplidos	Cuantitativa Continua
	Escolaridad	Grado de estudios cursado por la paciente	Grado de estudio	Analfabeta Se leer y escribir Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Preparatoria o Bachillerato Incompleto Preparatoria o Bachillerato Completo Licenciatura o Superior Incompleto Licenciatura o Superior Completo	Cualitativa Nominal
	Ocupación	Actividad o trabajo que desempeña una persona		Ama de casa Empleada Profesionista Comerciante Otra	Cualitativa Nominal
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal con respecto a eso		Soltera Casada Unión Libre Separada Divorciada Viuda	Cualitativa Nominal
Características Obstétricas	Gestas	Número de embarazos	Total de embarazos	Número	Cuantitativa
	Paras	Número total de partos vaginales	Total de partos previos	Número	Discontinua
	Cesáreas	Número total de cesáreas	Total de cesáreas previas	Número	
	Abortos	Número de abortos	Total de abortos previos	Número	
	Otros (embarazo ectópico, embarazo molar)	Número de embarazos molares o ectópicos	Otros tipos de embarazo, (Molar o Ectópico)	Número	
Grado de satisfacción de la atención del parto	Respuesta rápida	Es la disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido.	Preguntas 1 a 3	Puntaje del 1 al 6 1. Insatisfacción Severa 2. Insatisfacción Moderada	
	Empatía	Atención individualizada que ofrece el personal de salud a los pacientes.	Preguntas 4 a 6	3. Insatisfacción Leve 4. Satisfacción Leve 5. Satisfacción Moderada 6. Satisfacción Amplia	

	Seguridad	Son los conocimientos y atención mostrados por los empleados (en este caso profesionales de la salud), y el nivel de habilidades para inspirar credibilidad y confianza.	Preguntas 7 a 14		
	Confianza	Es la habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.	Preguntas 15 a 19		
	Elementos Tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación	Preguntas 20 a 22		

E) Recolección de Datos

La recolección de datos se obtuvo a través de la aplicación de la encuesta para evaluación del grado de satisfacción de atención del Parto SERVPERF modificada para atención a la salud a las pacientes con diagnóstico de puerperio posparto eutócico Inmediato o Mediato, previo a su egreso en el servicio de Alojamiento Conjunto en el Hospital de la Mujer.

El cuestionario SERVPERF cuenta con un alto grado de fiabilidad (coeficiente alpha de Cronbach de 0,9098; alpha estandarizado de 0,9238). El alfa de Cronbach no es un estadístico al uso, por lo que no viene acompañado de ningún p-valor que permita rechazar la hipótesis de fiabilidad en la escala. No obstante, cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 o 0,8 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala.

Para examinar el nivel de satisfacción de las usuarias en servicios de atención del parto se ha validado un instrumento basado en SERVPERF, aplicado a las usuarias, el cual cuenta con 22 preguntas elaboradas específicamente para el este tipo de estudio y que son contestadas bajo los siguientes parámetros (tabla, en anexos):

- Satisfacción amplia (6)
- Satisfacción moderada (5)
- Satisfacción (4)
- Insatisfacción leve (3)
- Insatisfacción moderada (2)
- Insatisfacción severa (1)

El puntaje total se suma y al promedio resultante de todas las encuestas se le compara con los parámetros arriba expuestos para determinar el grado de satisfacción o insatisfacción general de la usuaria.

F) Análisis Estadístico

Los datos recolectados se colocarán en una base electrónica y utilizaremos el programa SPSS (Statistical Product and Service Solution) para su análisis estadístico, elaboración de tablas y gráficas, y posteriormente realizar interpretación de resultados.

G) Consideraciones Éticas y Bioéticas

Este estudio es una investigación sin riesgo y sin conflicto de intereses.

RESULTADOS

En los meses de Mayo y Junio del 2019, se registraron en el Hospital de la Mujer 849 nacimientos, de los cuales 423 partos fueron registrados como partos eutócicos, representando el 49.8%, y los 426 restantes fueron partos distócicos y cesáreas (1.2% y 49.0%, respectivamente).

De las 423 pacientes con diagnóstico de puerperio posparto eutócico inmediato o mediato en el servicio de Alojamiento Conjunto del Hospital de la Mujer, aceptaron participar 87 pacientes, se aplicaron 87 encuestas, de las cuales se eliminaron 12 por mal llenado de los formularios. Quedaron 75 encuestas SERVPERF para evaluar el grado de satisfacción en la atención del parto vaginal, representando el 17.73% de la población referida.

Encontramos los siguientes resultados de las encuestas aplicadas:

1. La edad fue agrupada por decenios, donde las mujeres en el rango de edad de 16 a 25 años corresponden el 73% de la muestra, seguido del grupo de edad de 26 a 35 años con 23% y mayores de 35 años con el 4% de los casos. No hubo casos menores de 16 años.

Tabla 1. Edad de las pacientes atendidas por parto vaginal eutócico

Edad	No. de pacientes	%
16-25	55	73%
26-35	17	23%
Más de 35	3	4%
Total	75	100%

2. En cuanto al número de gestas de las pacientes encuestadas, encontramos que el 39% de las pacientes fue su primer embarazo, seguido del segundo, tercero, cuarto, y quinto o más embarazos, con 28%, 17%, 13% y 3%, respectivamente.

Sin embargo, esto cambia en los antecedentes obstétricos de la paciente, ya que se registró como primer parto en el 47% de las pacientes, segundo y tercer parto en el 29% y 12%, respectivamente, incluso con antecedente de cesárea o aborto previo (5.25% y 0.75% respectivamente).

Tabla 2. Número de embarazos registrados en las pacientes encuestadas.

Gesta	No. de pacientes	%
1	29	39%
2	21	28%
3	13	17%
4	10	13%
5 o más	2	3%
Total	75	100%

Tabla 3. Número de partos registrados en las pacientes encuestadas.

Partos	No. de pacientes	%
1	35	47%
2	22	29%
3	9	12%
4	8	11%
5 o más	1	1%
Total	75	100%

3. La escolaridad más frecuentemente registrada en las pacientes encuestadas fue la secundaria completa (35%), seguido de la preparatoria completa (19%), preparatoria incompleta (13%) y primaria completa (12%). El resto registro menos del 10% de frecuencia en lo encuestado.

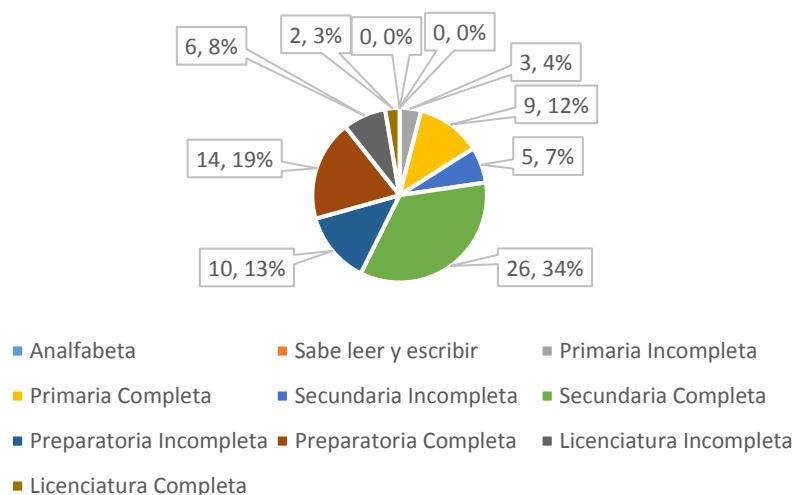


Figura 1. Escolaridad registrada en las pacientes atendidas por parto vaginal eutócico.

4. El estado civil mayormente registrado en las encuestas aplicadas fue el de Unión Libre (75%), seguido de casada, soltera y separada (12%, 11% y 3% respectivamente). No se registró divorciada o viuda.

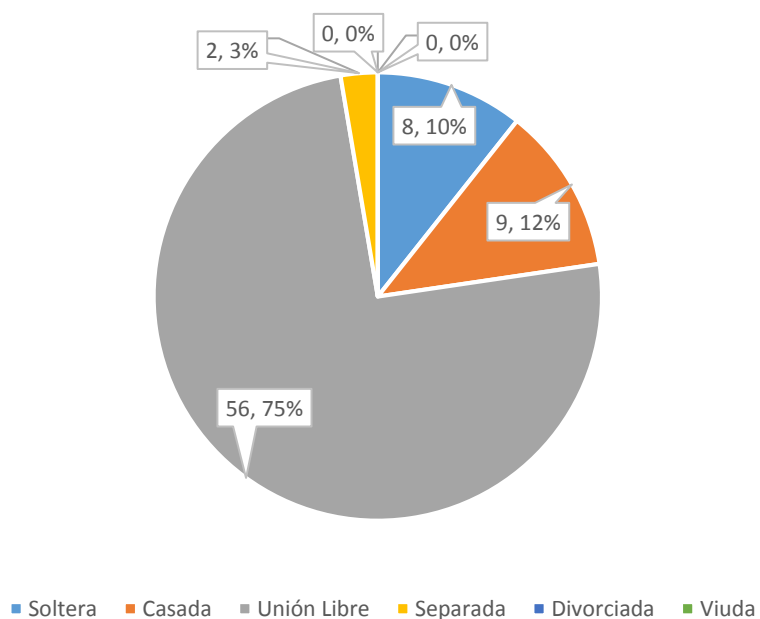


Figura 2. Estado civil de las pacientes atendidas por parto vaginal

5. La ocupación mayormente registrada en las pacientes atendidas por parto vaginal fue ama de casa (85%), seguido de comerciante, empleada y profesionista (9%, 5% y 1% respectivamente).

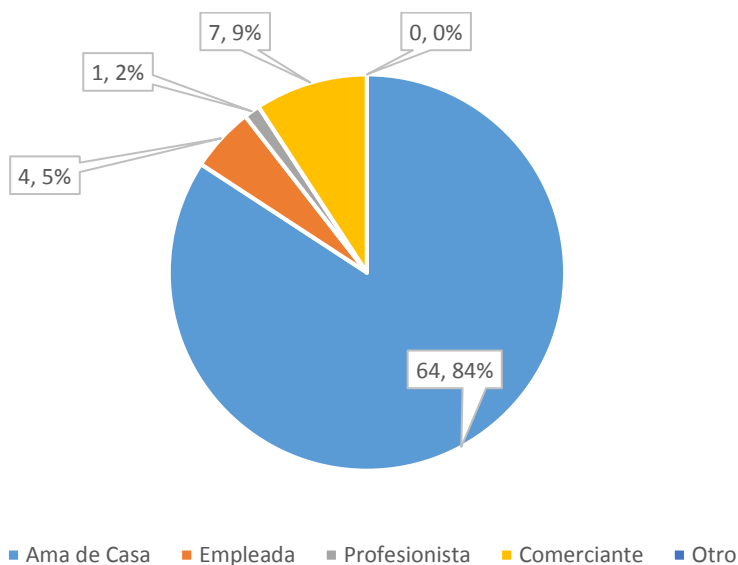


Figura 3. Escolaridad de las pacientes atendidas por parto vaginal eutócico.

6. La evaluación global del grado de satisfacción de las pacientes encuestadas fue de 5.12 con Intervalo de Confianza de +/- 0.5, entrando igual en el rango de satisfacción. El promedio de evaluación en las pacientes atendidas en parto vaginal según dimensión de acuerdo al puntaje fue tangibles con 5.53, seguido de respuesta rápida con 5.42 y seguridad con 5.04. Todas las categorías entran en el rango de satisfacción.

Tabla 4. Promedio según dimensión en las pacientes atendidas por parto vaginal eutócico.

Dimensión	Media	Intervalo de Confianza (+/-)
Respuesta Rápida	5.42	0.36
Empatía	4.72	0.56
Seguridad	5.04	0.51
Confianza	4.87	0.56
Tangibles	5.53	0.34

7. El 67% de las pacientes encuestadas percibieron un grado de satisfacción amplia, seguido de satisfacción moderada en un 13% y por último insatisfacción severa en un 9%.

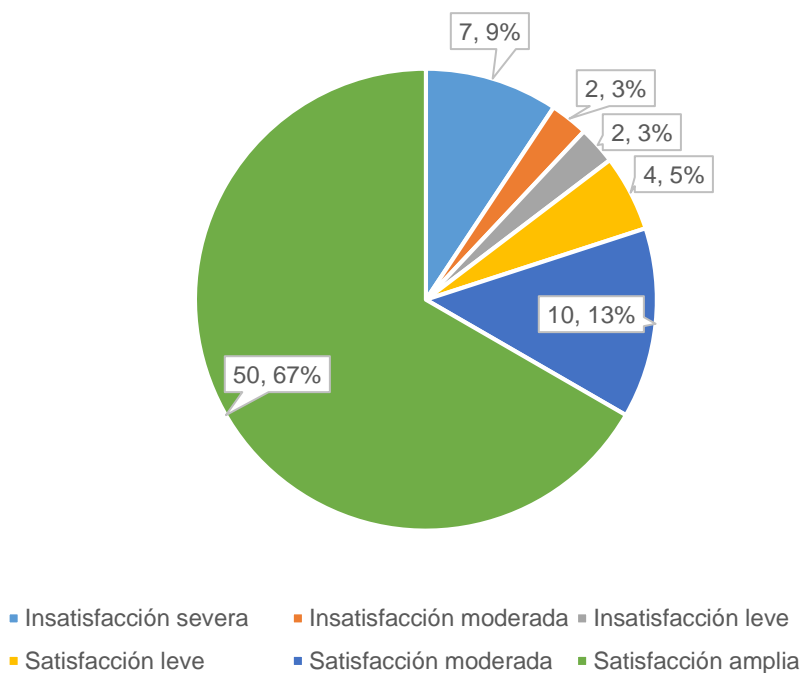


Figura 4. Grado de satisfacción global de las pacientes atendidas por parto vaginal eutócico

8. En cuanto a la dimensión de respuesta rápida, el 72% manifestó satisfacción amplia, seguido de satisfacción moderada con el 15% y de satisfacción leve con el 5%. El 92% manifestó satisfacción.

Tabla 5. Grado de satisfacción en la dimensión de respuesta rápida en las pacientes atendidas por parto vaginal eutócico.

Grado de Satisfacción	No. de pacientes	%
Insatisfacción severa	2	3%
Insatisfacción moderada	2	2%
Insatisfacción leve	2	3%
Satisfacción leve	4	5%
Satisfacción moderada	11	15%
Satisfacción amplia	54	72%
Total	75	100%

9. En cuanto a la dimensión de empatía, el 56% de las pacientes manifestó satisfacción amplia, seguido de satisfacción moderada con el 18% e insatisfacción severa con el 15%.

Tabla 6. Grado de satisfacción en la dimensión de empatía en las pacientes atendidas por parto vaginal eutócico.

Grado de Satisfacción	No. de pacientes	%
Insatisfacción severa	11	15%
Insatisfacción moderada	4	5%
Insatisfacción leve	1	2%
Satisfacción leve	4	5%
Satisfacción moderada	13	18%
Satisfacción amplia	42	56%
Total	75	100%

10. En cuanto a la dimensión de seguridad, el 65% de las pacientes percibieron satisfacción amplia y del 16% con satisfacción moderada, seguido del 11% con insatisfacción severa.

Tabla 7. Grado de satisfacción en la dimensión de seguridad en las pacientes atendidas por parto vaginal eutócico

Grado de Satisfacción	No. de pacientes	%
Insatisfacción severa	9	11%
Insatisfacción moderada	2	3%
Insatisfacción leve	2	2%
Satisfacción leve	3	3%
Satisfacción moderada	12	16%
Satisfacción amplia	48	65%
Total	75	100%

11. Evaluando la dimensión de confianza, el 64% de las pacientes manifestó satisfacción amplia, seguido de insatisfacción severa con el 15% y de satisfacción moderada con el 12%.

Tabla 8. Grado de satisfacción en la dimensión de confianza en las pacientes atendidas por parto vaginal eutócico

Grado de Satisfacción	No. de pacientes	%
Insatisfacción severa	11	15%
Insatisfacción moderada	2	3%
Insatisfacción leve	2	3%
Satisfacción leve	3	3%
Satisfacción moderada	9	12%
Satisfacción amplia	48	64%
Total	75	100%

12. En cuanto a la dimensión de tangibles, el 77% manifiesta satisfacción amplia, seguido de satisfacción moderada con el 12%. El resto manifestó menos del 5% de los grados de satisfacción.

Tabla 8. Grado de satisfacción en la dimensión de tangibles en las pacientes atendidas por parto vaginal eutócico

Grado de Satisfacción	No. de pacientes	%
Insatisfacción severa	3	4%
Insatisfacción moderada	1	1%
Insatisfacción leve	1	2%
Satisfacción leve	3	4%
Satisfacción moderada	9	12%
Satisfacción amplia	58	77%
Total	75	100%

DISCUSIÓN

En el estudio para evaluar el grado de satisfacción en la atención del parto vaginal observamos que la mayor parte de la población evaluada fue en el grupo de edad de 16-25 años con el 73%, y que fue su primer o segundo embarazo con el 39% y 28% respectivamente. Incluso registrando que fue su primer y segundo parto con el 47% y 29%, respectivamente. No hay datos comparativos en cuanto a edad y número de embarazos y partos en los estudios realizados.

La escolaridad más frecuente fue secundaria completa con un 35%, además el estado civil más frecuente fue unión libre con un 75%, y la ocupación fue ama de casa con un 85%, quizá esto influye en el grado de satisfacción en la atención de parto vaginal, ya que la falta de información, no permite evaluar correctamente las cuestiones planteadas en las encuestas, generando incluso dudas en algunas.

La evaluación global del grado de satisfacción de las pacientes encuestadas fue catalogada en 2 categorías principales, insatisfacción correspondiendo al 15% de la población y satisfacción en el 85%.

Los resultados del presente estudio con respecto al nivel de satisfacción global se asemejan a los resultados encontrados en las tesis de Ayala Gutierrez G. y Wajajay Nuñez W.; concluyendo que el 93.3% y 83% de las puérperas percibieron satisfacción de forma global con respecto a la calidad de atención del parto respectivamente. A comparación de Lindholm et al encontraron en su estudio que el 82% de las mujeres tuvo una experiencia positiva del parto, en concordancia con otros autores que obtuvieron resultados similares 74,9% y 86%. Los mejores niveles de satisfacción se encontraron en el estudio de Fernández Raigada et al que obtuvieron un 94,3% de mujeres satisfechas y el de Branger et al que alcanzó 92,5%.

El 67% de las pacientes encuestadas percibieron un grado de satisfacción amplia, seguido de satisfacción moderada en un 13% y por último insatisfacción severa en un 9%.

El promedio obtenido según el grado de satisfacción fue de 5.12 con intervalo de confianza de +/- 0.5, entrando igual en el rango de satisfacción moderada. El promedio de evaluación

en las pacientes atendidas en parto vaginal según dimensión de acuerdo al puntaje fue tangibles con 5.53, seguido de respuesta rápida con 5.42 y seguridad con 5.04. Todas las categorías entran en el rango de satisfacción, seguido de confianza en 4.87 y empatía en 4.72.

En contraste con el estudio del autor Espinoza Rojas J. en el 2014, encontrando el puntaje promedio más alto a la dimensión tangible con un nivel de satisfacción media de insatisfacción leve de 3.1; y el menos valorado la dimensión empatía con un nivel de satisfacción media de insatisfacción moderada 2.0; sin embargo la dimensión seguridad fue calificada con un nivel de insatisfacción moderada de 2.08.

Otro análisis con respecto al promedio de medias de las dimensiones es el de Wajajay Nuñez W. en el 2013, encontrando un resultado parecido a la realidad de esta investigación en donde la dimensión de tangibles tiene el promedio de media más alto con 4.74 y la dimensión seguridad es la de menor valor con 3.94.

En cuanto a la evaluación de las dimensiones, se describirá cada una:

En la dimensión de respuesta rápida, el 72% manifestó satisfacción amplia, seguido de satisfacción moderada con el 15% y de satisfacción leve con el 5%. El 92% manifestó satisfacción en general. Esto puede explicarse debido a la ubicación del hospital en una zona céntrica de la Ciudad de México con municipios conurbados del Estado de México, con acceso fácil al mismo por medio del transporte público. Esto genera que la atención sea rápida y oportuna. Este resultado es casi similar al encontrado por Wajajay Nuñez W. en su estudio en donde el 49% de las usuarias tienen un grado de satisfacción moderada y un 29% de satisfacción, pero ambos grados son los de mayor relevancia por ser los más altos, resumiendo un nivel de satisfacción (sumando satisfacción, satisfacción moderada y satisfacción amplia) de 89%.

En la dimensión de empatía, el 56% de las pacientes manifestó satisfacción amplia, seguido de satisfacción moderada con el 18% e insatisfacción severa con el 15%. Sumando la satisfacción global representa el 79%. La explicación de mencionado resultado tiene que ver con la calidad del profesional que atendió el parto, ya que la empatía se puede definir como la atención individualizada y humana que brinda el profesional de salud. Este

resultado se relaciona con el estudio de Ayala Gutiérrez G. en el 2015 quien en la dimensión de empatía encuentra que las puérperas perciben un 81,5% de satisfacción.

Definiendo la seguridad como los conocimientos y atención mostrados por los profesionales de salud, en cuanto a la dimensión de seguridad, el 65% de las pacientes percibieron satisfacción amplia y del 16% con satisfacción moderada, seguido del 11% con insatisfacción severa. Sumando la satisfacción global de esa dimensión, representa el 84% de las pacientes. Probablemente esté bastante influenciada por la baja percepción en la pregunta del acompañamiento del familiar y la elección de la posición en la atención del parto, que forman parte de dicha dimensión, ya que en esta unidad no permiten dichos hechos en la práctica diaria. Mencionado resultado tiene similitudes con los resultados encontrados en el estudio de Wajajay Nuñez W. que obtuvo una percepción de satisfacción general de 72% siendo esta dimensión una de las con menor porcentaje.

Evaluando la dimensión de confianza, el 64% de las pacientes manifestó satisfacción amplia, seguido de insatisfacción severa con el 15% y de satisfacción moderada con el 12%. La Satisfacción Global en esta dimensión corresponde al 79%. Definiéndose la confianza como la habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa; la explicación de la baja percepción de satisfacción estaría probablemente dada por los bajos puntajes de las preguntas acerca de la comunicación entre el profesional de la salud y los familiares, y de si la madre pudo comer o tomar algo. Este hallazgo lo podemos relacionar con los resultados de la tesis de Wajajay Nuñez W. que obtuvo una percepción de satisfacción general de 81% siendo esta dimensión similar al estudio realizado.

En cuanto a la dimensión de tangibles, el 77% manifiesta satisfacción amplia, seguido de satisfacción moderada con el 12%. El resto manifestó menos del 5% de los grados de satisfacción. La satisfacción global calculada fue del 93%, siendo el más alto de los porcentajes del estudio. En comparación con los resultados del estudio de Ayala Gutiérrez G. que encontró en la dimensión tangibles un resultado de 72.8% de satisfacción global con respecto al grado de satisfacción de la calidad de atención del parto, argumentando la presencia de los equipos de atención del parto en el hospital de estudio, y quizá la comodidad de sus ambientes, principalmente al tener una cama para su estancia hospitalaria.

Podemos decir que la satisfacción es definida como el grado de contento, placer o gusto obtenido y calidad al conjunto de cualidades que constituye la manera de ser de una persona o cosa. Citando además una de las teorías de Imogene King, quien visualiza la percepción del usuario como la representación que cada persona tiene de la realidad y para que esta sea satisfactoria, deben seguirse objetivos comunes entre el personal de salud y el paciente que a su vez si se da una interacción entre ellos se logra con más facilidad la satisfacción del paciente al ver cubierta las necesidades, de lo contrario se produciría estrés o insatisfacción por parte de ambos, reflejándose en la calidad de atención.

También podemos mencionar que las dimensiones de respuesta rápida (Satisfacción del 92%), seguridad (satisfacción del 84%) y tangibles (satisfacción del 93%) influyen mucho en la percepción global de satisfacción (85%), y específicamente de satisfacción amplia (67%). Es de llamar la atención que la insatisfacción severa se presenta en el 9% de las pacientes, debiendo hacer énfasis en las dimensiones de empatía y confianza; aunque fueron catalogados como satisfacción leve, registraron los puntajes y porcentajes bajos de las 5 dimensiones (79%, respectivamente).

CONCLUSIONES

La evaluación global del grado de satisfacción corresponde en un 85% satisfacción, de los cuales el 67% de las pacientes encuestadas percibieron un grado de satisfacción amplia.

Podemos mencionar que las dimensiones de respuesta rápida (satisfacción del 92%), seguridad (satisfacción del 84%) y tangibles (satisfacción del 93%) influyen mucho en la percepción global de satisfacción.

Es de llamar la atención que la insatisfacción severa se presenta en el 9% de las pacientes, debiendo hacer énfasis en las dimensiones de empatía y confianza; aunque fueron catalogados como satisfacción leve, registraron los puntajes y porcentajes bajos de las 5 dimensiones (79%, respectivamente).

Debemos trabajar en esos aspectos de la atención, como son:

- La relación médico-paciente para mejorar la comunicación asertiva con las pacientes y el personal de salud con el que trabajamos (empatía),
- Mantener la comunicación con los familiares sobre el estado de salud de las pacientes atendidas,
- No limitar a la paciente en la ingesta de alimentos o bebidas durante la vigilancia del trabajo de parto (si no está contraindicado),
- Permitir el apego inmediato y contacto piel a piel del recién nacido a la madre tras el nacimiento del feto (si no hay contraindicación),
- Realizar las revisiones pertinentes a la madre que se encuentra hospitalizada para la vigilancia del trabajo de parto, conforme a la GPC, con adecuada privacidad, y
- En caso de mejorar todos estos aspectos, será un hospital recomendado para la atención de las pacientes, amigos y/o familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González ML, Gallardo DE. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. *Revista Digital Universitaria* 2012; 13(8): ISSN 1067-60710.
2. Hamui SL, Fuentes GR, Aguirre HR, Ramírez RO. Expectativas y experiencias de los usuarios de los Sistemas de Salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica. UNAM-CCINSHAE 2013: ISBN 978-607-02-4099-7.
3. Betancourt J, Cepero R. Enfoque de los sistemas complejos en seguridad del paciente. *Archivo Médico de Camaguey* 2009; 13(5): 1-7.
4. Rojas, M. "Introducción". La medición del progreso y del bienestar. Propuestas desde América Latina. *Foro Consultivo Científico y Tecnológico* 2011; 13.
5. Wills E. El reto de construir socialmente el bienestar de las personas y de las sociedades. *Foro Consultivo, Científico y Tecnológico* 2011: 10.
6. Fernández H, Sotelo G. La CONAMED y la calidad de la atención médica. *Medicina Universitaria* 2000; 2(8): 232-38.
7. Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD Primera edición. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Secretaría de Salud México.
8. Silal SP, Penn-Kekana L, Harris B, Birch S, McIntyre D. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Serv Res.* 2011 Dec 31; 12:120-0.
9. Bohren M, Hunter EC, Munther-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A systematic review of qualitative evidence. Submitted to *Reprod Health.* 2014.
10. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis. USAID / Traction Project; 2010.
11. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Technical guidance on the application of a human rights based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. UN General Assembly; 2012 Jul.

12. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*. 2014 Jun 20.
13. FIGO Committee on Safe Motherhood and Newborn Health. Mother and Newborn Friendly Birthing Facility [Internet]. International Federation of Gynecology and Obstetrics; 2014 Feb. Available from: <http://www.figo.org/figo-committee-and-working-group-publications>.
14. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. WHO/RHR/14.23. 2014.
15. Ayala G. Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marco; 2015.
16. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000; 114 (Supl 3):26-33.
17. Rosa Mas-Ponsa,b,*, Carmen Barona-Vilara,b, Soledad Carreguí-Vilarc, Noelia Ibáñez-Gild,Lourdes Margaix-Fontestadc,e y Vicenta Escribà-Agüirb,f. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit*. 2012; 26(3):236-242
18. Sánchez Fortis A et al. Satisfacción de las mujeres con la atención al parto. *Matronas Hoy* 2018; Vol. 6 No. 1: 31-36.

ANEXOS

1. Consentimiento Informado
2. Encuesta SERVPERF dirigida a pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer



1. Consentimiento Informado

Título del estudio:

Grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer

Investigadores:

Dr. Juan Ramón Ortiz Hernández, Médico Residente de Cuarto Año de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Dr. Celso Diógenes Ramírez Palacios, Médico Adscrito al servicio de Ginecología

Objetivo:

El objetivo de este estudio es determinar el grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer

Metodología:

Se realizará una encuesta por parte de los investigadores para recoger información acerca de las variables relacionadas con el estudio y se medirá la satisfacción materna mediante un cuestionario validado para este fin. La información obtenida a través de esta entrevista será mantenida bajo estricta confidencialidad.

Yo _____
he sido informada de los beneficios de esta investigación para mí, del carácter confidencial de las respuestas, he podido hacer preguntas, he disipado mis dudas y he recibido información sobre el mismo a través del investigador.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee, sin que ello interfiera o tenga alguna consecuencia en mis cuidados médicos.

Voluntariamente presto mi conformidad para participar en esta investigación.

Nombre y firma de la paciente

Nombre y firma de testigo



Hospital de la Mujer

**Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales
de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Secretaría de Salud - Hospital de la Mujer**

**2. Encuesta SERVPERF dirigida a pacientes atendidas por parto vaginal en el
Hospital de la Mujer**

Título del estudio:

Grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer.

Investigadores:

Dr. Juan Ramón Ortiz Hernández, Médico Residente de Cuarto Año de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia.

Dr. Celso Diógenes Ramírez Palacios, Médico Adscrito al servicio de Ginecología.

Objetivo:

El objetivo de este estudio es determinar el grado de satisfacción de las pacientes atendidas por parto vaginal en el Hospital de la Mujer.

Instrucciones:

La presente encuesta contiene diversas preguntas para conocer su opinión sobre el grado de satisfacción durante su permanencia en el Hospital. Contestar los datos solicitados con números. Favor de llenar los espacios correspondientes con número y señalar las respuestas de acuerdo a cada pregunta con una "X".

No.: _____ Edad: _____ Fecha: ____/____/____

Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____

Abortos: _____ Otros (Ectópico, Mola): _____

Escolaridad			
Analfabeta		Secundaria Completa	
Se Leer y Escribir		Preparatoria o Bachillerato Incompleto	
Primaria Incompleta		Preparatoria o Bachillerato Completo	
Primaria Completa		Licenciatura o Superior Incompleto	
Secundaria Incompleta		Licenciatura o Superior Completo	

Estado Civil		Ocupación	
Soltera		Ama de Casa	
Casada		Empleada	
Unión Libre		Profesionista	
Separada		Comerciante	
Divorciada		Otro(escribir en el espacio de abajo):	
Viuda			

Encuesta SERVPERF

No.	Dimensiones	Atributos	Insatisfacción			Satisfacción		
			Severa 1	Moderada 2	Leve 3	Leve 4	Moderada 5	Amplia 6
1	Respuesta Rápida	¿Fue Usted atendida inmediatamente a su llegada al Hospital?						
2		¿En momentos en los cuales necesitó la ayuda/atención del personal, la atendieron rápida y oportunamente?						
3		¿Fue trasladada rápidamente al Hospital?						
4	Empatía	¿El personal del Hospital la trató con amabilidad, respeto y paciencia?						
5		¿Recibió algún grito o maltrato por el personal de salud?						
6		¿Fue el personal de salud indiferente al dolor que Usted sentía?						
7	Seguridad	¿Su atención estuvo a cargo del médico u obstetra de turno?						
8		¿Se le dejó sola durante largos periodos de tiempo?						
9		¿El personal de salud mostró interés genuino en su bienestar?						
10		¿El personal del Hospital le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su parto?						
11		¿Se le pidió permiso antes de realizar cualquier procedimiento?						
12		¿Pudo acompañarla su esposo o familiar durante el momento del parto?						
13		¿Se le permitió escoger la posición para tener su parto?						
14		¿Volvería Usted a tener su parto en este Hospital?						

15	Confianza	¿El médico u obstetra que la atendió mantuvo suficiente comunicación con Usted o sus familiares para explicarles su situación en cada momento del parto?						
16		¿Pudo tomar o comer algo durante el trabajo de parto?						
17		¿Se le permitió acariciar a su bebé apenas nació?						
18		¿Se le brindó la adecuada privacidad durante los exámenes realizados?						
19		¿Recomendaría a un familiar o amigo a que tengan su parto en este Hospital?						
20	Tangibles	¿Las instalaciones del Hospital estuvieron limpias y cómodas?						
21		¿Se sentía confortable en el ambiente en que se encontraba durante el trabajo de parto?						
22		¿El personal de salud contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?						