

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSTGRADO



MAESTRIA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

LÍNEA: SALUD PÚBLICA

TESIS

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRENATAL, CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y OBSTETRICAS DE GESTANTES, RED DE SALUD CAJAMARCA, 2012

Para optar el Grado Académico de
MAESTRÍA EN CIENCIAS

Presentada por:

Rosi Silvia Leal Zavala

Asesora:

Martha Rodríguez Tejada

Cajamarca, Perú

Diciembre del 2013

COPYRIGHT © 2013 by
ROSI SILVIA LEAL ZAVALA
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSTGRADO



MAESTRIA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

LÍNEA: SALUD PÚBLICA

TESIS

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRENATAL, CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y OBSTETRICAS DE GESTANTES, RED DE SALUD CAJAMARCA, 2012

Para optar el Grado Académico de

MAESTRÍA EN CIENCIAS

Presentada por:
Rosi Silvia Leal Zavala

Comité Científico:

Dra. Nélide Medina Hoyos
Presidente del Comité

M.Cs. Marleni Bardales Silva
Primer Miembro Titular

M.Cs. Petronila Bringas Durán
Segundo Miembro Titular

M.Cs. Violeta Rafael Saldaña
Miembro Accesitaria

M.Cs. Martha Rodríguez Tejada
Asesora

Diciembre de 2013

A:

Dios, nuestro padre misericordioso, por haberme dado sabiduría para culminar el presente trabajo, a mi hermano, familia y amigos, pues su ayuda intelectual, moral, fraternal y espiritual ha hecho posible lograr esta meta en mi vida.

AGRADECIMIENTO

A todos los docentes de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca: Mención Salud, Línea de Salud Pública, por sus enseñanzas y su contribución durante mi formación académica.

Además, mi sincero agradecimiento a mi asesora M.Cs. Martha Rodríguez Tejada, quien me orientó para mejorar y concluir el presente trabajo, al Comité Científico, quienes con su experiencia y sabiduría contribuyeron en su construcción.

Debo agradecer de manera especial a mi hermano M.Cs. Rafael Leal Zavala un gran investigador por su paciencia, tenacidad y apoyo relevante para el desarrollo de esta tesis, ejemplo de valentía, perseverancia y capacidad.

Mi agradecimiento a todas las personas, a mis colegas de los establecimientos de salud donde realicé el estudio, por las facilidades que me brindaron para realizar la presente investigación; y a la Coordinadora de Estrategia Salud Sexual y Reproductiva de la Red Cajamarca Obsta. Alina Rosales Loredo, por el apoyo incondicional. A mi colega Dra. Rocío Portal Vásquez por su motivación para continuar y terminar con el estudio.

CONTENIDO

CONTENIDO	VI
LISTA DE GRÁFICOS	VIII
LISTAS DE TABLAS	IX
LISTA DE ABREVIACIONES	X
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	6
MARCO TEORICO	6
1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1.1. Internacionales	6
1.1.2. Nacionales.....	11
1.1.3. Regionales y locales.....	14
1.2. BASES TEÓRICAS	16
1.2.1. La calidad de atención en salud	16
1.2.2. Satisfacción con la atención de salud.....	23
1.2.3. Medición de la satisfacción con la atención de salud	31
1.2.4. El control prenatal o Atención pre natal	47
CAPITULO II	56
PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	56
2.1. HIPÓTESIS	56
2.2. OBJETIVOS	57
2.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	58
CAPITULO III	60
MARCO METODOLÓGICO	60
3.1. TIPO DE ESTUDIO	60
3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	60
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	62
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	64
3.5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	66
3.6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	67
3.7. CONSIDERACIONEÉTICAS.....	75

CAPITULO IV	76
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	68
4.1. ANÁLISIS UNIVARIADOS.....	68
4.2. ANÁLISIS BIVARIADOS	77
4.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	78
CAPÍTULO V	85
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	88
APÉNDICES	96

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. SATISFACCIÓN GENERAL DE LAS GESTANTES CON LA ATENCIÓN PRENATAL QUE SE BRINDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	80
GRÁFICO 2. SATISFACCIÓN DE LAS GESTANTES CON LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS Y EMPATÍA DEL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	81
GRÁFICO 3. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN LA EFICIENCIA ADMINISTRATIVA Y LA ATENCIÓN DE LOS TRABAJADORES EN GENERAL	82
GRÁFICO 4. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN EL TIEMPO DE ESPERA Y ACCESIBILIDAD	83
GRÁFICO 5. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN LA CALIDAD DE INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	84

LISTAS DE TABLAS

TABLA 1. DIMENSIONES DE LA CALIDAD EN SALUD.....	22
TABLA 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	58
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA ESTRATIFICADA.....	63
TABLA 4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	64
TABLA 5. DIMENSIONES DE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN RAUBE Y COLS.	65
TABLA 6. ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRENATAL LUEGO DE SU ANÁLISIS PSICOMÉTRICO A TRAVÉS DE ESTUDIO PILOTO (N = 30)	66
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBEN ATENCIÓN PRE NATAL EN LA RED DE SALUD CAJAMARCA 2012	68
TABLA 8. GESTANTES QUE RECIBEN ATENCIÓN PRE NATAL EN LA RED DE SALUD CAJAMARCA SEGÚN ESTADO CIVIL 2012.....	69
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN EDAD	69
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBEN ATENCIÓN PRE NATAL SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA CAJAMARCA 2012.....	70
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBEN ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.....	79
TABLA 12. CORRELACIÓN DE VARIABLES CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS Y LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRENATAL.....	77

LISTA DE ABREVIACIONES

ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud familiar
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio de Salud
SIS	: Seguro Integral de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
PMC	: Programa de Mejora de la Calidad

GLOSARIO

Afiliación: Acto Jurídico por el cual se adquieren derechos y deberes a un plan de beneficios del SIS.

Calidad. Es el alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente y un alto grado de satisfacción para el paciente y un impacto final en la salud.

Calidad de atención. Es la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, con los recursos disponibles logrando la adhesión y satisfacción del usuario.

Calidad de atención en salud. Es la capacidad de los servicios de dar respuestas ajustadas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud de la población.

Satisfacción. Es una evaluación post uso, susceptible de cambio en cada transacción, fuente de desarrollo y cambio de las actitudes hacia el objeto de uso, y que es el resultado de procesos psicosociales de carácter cognitivo y afectivo.

Satisfacción con la atención de salud. Es la valoración que hace el usuario sobre el cumplimiento de sus expectativas luego de haber sido atendido en un establecimiento de salud.

Satisfacción con el control prenatal. Es la realización de lo que quiere, espera o desea la gestante con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. Es también un beneficio, que mejora la salud y contribuye a aumentar la participación y la adhesión de la gestante en el cumplimiento de sus tratamientos y cuidados.

RESUMEN

El propósito del estudio fue identificar la relación entre la satisfacción con la atención prenatal y las características socio-demográficas y obstétricas en madres gestantes, atendidas en establecimientos de salud urbano-marginales de la Red de Salud Cajamarca durante los meses de junio a agosto del 2012. Para ello se utilizó un estudio de tipo descriptivo, nivel correlacional y con un diseño prospectivo transversal. La muestra estuvo constituida por 349 gestantes, obtenida a través de una selección no probabilística de tipo intencional. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario de satisfacción cuya aplicación se realizó a través de entrevistas individuales. Para el análisis de las variables se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18, se realizaron análisis de frecuencias y correlaciones no paramétricas. Los resultados indican que la mayoría de gestantes calificaron su satisfacción con la atención pre natal como buena. Se obtuvo como factores determinantes de la satisfacción con la atención prenatal a las habilidades comunicativas y la empatía mostrada por el profesional de obstetricia, así como también a la calidad de intervención del profesional de obstetricia. La relación entre satisfacción con la atención prenatal y características socio-demográficos presentó relación significativa con el grado de instrucción. Para el caso de las características obstétricas, se halló relación significativa entre la satisfacción con la atención prenatal y el equipamiento del servicio y tiempo transcurrido desde la última atención.

Palabras clave: Calidad de atención de salud, satisfacción con la atención prenatal y establecimientos de salud urbano-marginales.

ABSTRACT

The purpose of the study was to determine the relationship between satisfaction with antenatal care and socio-demographic and obstetric variables in pregnant women, whom were attended in public health establishment in poor areas of Cajamarca City from June to August of 2012. The study type was descriptive and of correlational level with a prospective and transversal design. The sample was of 349 pregnant women, they were selected by an intentional method. Data were collected by a satisfaction questionnaire of individual application in an interview setting. It was used SPSS 18 in order to realize frequency and no-parametric analysis. Results show a high level of satisfaction with de antenatal care in pregnant women. Furthermore, communicative skills and empathy of midwife professional were the main factors of the antenatal satisfaction, followed by quality of professional intervention. In the case of socio-demographic variables, it was found a significant relationship between grade instruction and antenatal satisfaction. Likewise, it was found that service equipment and time passed during last attention were related with antenatal satisfaction.

Key words: Quality of health care, antenatal satisfaction care and health establishments of poor areas.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la satisfacción del usuario con los servicios de salud responde a la necesidad que tienen las sociedades por contar con un sistema de salud de alto nivel de calidad. Para el caso del sistema de salud de un país en vías de desarrollo, el conocimiento de la satisfacción del usuario permitiría evaluar si las acciones encaminadas hacia la reforma del sector salud son las adecuadas, asegurando de este modo una mejor gestión de los recursos gubernamentales. Situación que caracteriza a nuestro sistema de salud nacional.

Los procesos de atención de salud antes (atención prenatal), durante y después del parto constituyen variables estrechamente ligadas a la salud materno-infantil. Por tanto, su estudio es requisito básico cuando se trata de realizar una evaluación general del sistema de salud de un país (1). En el transcurso del tiempo, la atención prenatal pasó de la partera, que atendía a la gestante en su hogar, al consultorio médico u obstétrico; mientras que el parto se orientó hacia una atención hospitalaria. Es decir, se pasó de tener una visión del embarazo como un etapa normal y vinculada íntegramente al proceso de la vida, a la de ver el embarazo como un proceso médico prioritariamente de orden biológico (2).

Los estudios de salud pública han encontrado que existe relación inversa entre la atención del parto en el establecimiento y los indicadores de morbi-mortalidad tanto materno como infantil, esto ha sido razón para que los países en vías de desarrollo opten por estrategias que aseguren la promoción del parto institucional, una de las más importantes corresponde a la atención prenatal. Sin embargo, pese a que los indicadores de cobertura y frecuencia de la atención prenatal han venido incrementándose, no se ha logrado cambios significativos en el incremento del parto institucional. Entre muchas de las razones que intentan justificar esta falta de impacto se citan a la calidad de los servicios de salud, la escasa capacidad para respetar la cultura y creencias de las propias gestantes, así como la incapacidad para resolver situaciones de

emergencias (3). Para el caso del presente estudio, nuestro contexto de análisis es mucho más cercano a la primera razón, tomando en consideración la satisfacción como uno de los principales determinantes de calidad de servicio.

La satisfacción del usuario con la atención de salud implica una experiencia racional y afectiva, derivada de la conformidad que éste percibe entre el servicio recibido y el sentido de bienestar personal experimentado. La determinación de la satisfacción está subordinada a numerosos factores como las expectativas del paciente, sus valores morales, culturales, necesidades personales y a la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias.

De lo anterior, se infiere que la satisfacción de las gestantes con la atención prenatal está determinada por una diversidad de factores. La evaluación y/o medición de la satisfacción de las gestantes con la atención prenatal, así como de sus factores determinantes, permitirá que profesionales y gerentes de salud cuenten con un importante indicador para evaluar resultados de intervención, estimar la tendencia de la consulta y la eficacia de la comunicación, así como para seleccionar métodos alternativos de provisión de servicios (4). Igualmente, el estudio de la satisfacción del usuario puede constituirse en un recurso de retroalimentación local sobre el desarrollo y filosofía del servicio, involucrando aquellos temas morales, políticos y clínicos que *los* profesionales de la salud ignoran, rechazan y/o disminuyen su importancia.

El contexto antes descrito nos impele a dirigir nuestra atención hacia el estudio de la satisfacción de las gestantes con los servicios de atención prenatal y la valoración de los determinantes de dicha satisfacción, teniendo como población objeto de estudio a las gestantes del ámbito urbano marginal de la Red de Salud Cajamarca.

Frente a esta problemática decidimos plantearnos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre la satisfacción con la atención prenatal y las características socio-demográficas y obstétricas de gestantes atendidas en establecimientos urbanos marginales de la Red de Salud Cajamarca?

Las Hipotesis de la investigación fueron: H1 Existe relación significativa entre la satisfacción con la atención prenatal y las características socio-demográficas edad, grado de instrucción. H2 Existe relación significativa entre la satisfacción con la atención prenatal y las características obstétricas edad gestacional, número de control prenatal, número de embarazos, equipamiento de servicio y tiempo transcurrido desde la última atención. El objetivo general estuvo dirigido a identificar la relación entre la satisfacción con la atención prenatal y las características socio-demográficas y obstétricas de las gestantes atendidas en establecimientos urbano- marginales de la Red de Salud Cajamarca, y los objetivos específicos estuvieron encaminados A: i) describir los niveles de satisfacción con la atención prenatal de gestantes de los establecimientos de salud urbano- marginales de la Red de Salud Cajamarca; ii) identificar el nivel de influencia de los factores determinantes de la satisfacción con la atención prenatal en gestantes de los establecimientos de salud urbano- marginales de la Red de Salud Cajamarca; iii) conocer la relación que existe entre la satisfacción con la atención prenatal y las características socio-demográficas edad, grado de instrucción de las gestantes atendidas en establecimientos urbanos- marginales de la Red de Salud Cajamarca, por último, iv) conocer la relación que existe entre la satisfacción con la atención prenatal y las características obstétricas edad gestacional, número de control prenatal, número de embarazos, equipamiento de servicio y tiempo transcurrido desde la última atención de las gestantes atendidas en establecimientos urbanos- marginales de la Red de Salud Cajamarca.

El estudio encontró su justificación en que el conocimiento de la satisfacción con la atención prenatal es de importancia para el proveedor de servicios de salud estatales que busca atraer y mantener gestantes cuya situación socio-económica las sitúa como una población con mayor vulnerabilidad a los riesgos de morbilidad y mortalidad.

Según analistas de salud pública, al incrementar el índice de satisfacción con la atención de salud conforme las preferencias de las gestantes, constituye el principal activo sobre el que se basa la posibilidad de sostener el crecimiento de la confianza de las gestantes con los servicios que se le ofrecen, logrando de esta manera su continuidad e incrementándose el Parto Institucional. En nuestro caso, resulta de importancia tener un conocimiento objetivo y riguroso de la satisfacción con la atención prenatal.

También resulta de interés el tipo de población seleccionada para nuestro estudio gestantes de área urbano- marginal de Cajamarca. Esto responde a los lineamientos de políticas de salud nacional priorizadas por el Ministerio de Salud, donde se ha considerado la salud materna como prioridad, específicamente en la intervención primaria para reducir las tasas de mortalidad materna.

Para el desarrollo del presente estudio se ha tomado en consideración la experiencia en el campo de la salud materna de la investigadora, lo que le ha conducido a la elección de estudios relacionados directamente con el problema de investigación.

La investigación encontró como limitación, la limitada publicación de estudios de esta naturaleza semejante en nuestro medio académico regional. Esto permitió hacer un análisis de confrontación teórica de realidades distantes a la nuestra. Finalmente, dada las limitaciones antes señaladas, se optó por un diseño de investigación descriptivo- transversal. El diseño que respalda los conocimientos desarrollados en la Maestría de Salud Pública.

El presente estudio está configurado en cinco capítulos. El Primer Capítulo contiene antecedentes, aspectos teóricos sobre la calidad de atención en salud, satisfacción con la atención de salud, medición de la satisfacción con la atención en salud que sirvieron de sustento a la investigación. El Segundo Capítulo aborda el planteamiento de la hipótesis, objetivos de investigación y definición y operacionalización de variables de investigación. El Tercer Capítulo, detalla ámbito de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos y el camino metodológico que se ha seguido para la contrastación de la hipótesis. El Cuarto Capítulo describe los resultados y la discusión de acuerdo a los objetivos específicos y finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la investigación

Las experiencias de investigación sobre la satisfacción con la atención prenatal, tanto internacionales como nacionales son numerosas, sobre todo en lo que va de fines de los años noventa y la primera década del presente siglo.

1.1.1. Internacionales

A continuación se presentan 11 estudios internacionales provenientes de diferentes países del mundo; como se observa, algunos de ellos están directamente relacionados con nuestro problema de investigación mientras que otros de manera indirecta. Lo que sí es evidente un mayor uso de instrumentos de recolección de datos cuantitativos en comparación con los cualitativos.

Nikpour Soghra realizó un estudio en Iran con el objetivo de determinar satisfacción de la mujer con el servicio de cuidado prenatal, las características demográficas de la mujer embarazada y las características del cuidado prenatal. La muestra fue 530 mujeres quienes han recibido control prenatal; y seleccionada por muestreo multietápico. La satisfacción fue medida usando un cuestionario desarrollado por Eric e Ivanon quienes desarrollaron dimensiones de la satisfacción como: “accesibilidad de los servicios”, “La coordinación de los servicios”, “La Comunicación y humanismo del personal de salud”, “La disponibilidad de los servicios”, “La información recibida en atención prenatal”, “El costo de los servicios”, y “La calidad global de los servicios”. En cuanto a los resultados: Las mujeres estuvieron más satisfechas con accesibilidad, información recibida, comunicación, calidad de servicio. No hubo asociación

estadísticamente significativa entre el tiempo de espera para la visita de cuidado prenatal y la situación de salud durante el embarazo. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre el número de visitas prenatales y satisfacción de la mujer con el servicio de atención prenatal (5).

Camarena realizó un estudio en México cuyo objetivo fue abordar la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las usuarias de los subsistemas principales del sistema de salud. Se utilizó la exploración cualitativa para obtener elementos del ambiente sociocultural que dieron cuenta de los valores y prioridades de un grupo de 18 mujeres embarazadas. Las técnicas empleadas fueron la entrevista etnográfica para explorar las experiencias vividas por mujeres embarazadas, el listado libre para identificar, concretar y asignar importancia a los elementos en la conceptualización de calidad de atención prenatal y la semejanza juzgada a través de la agrupación de conceptos para analizar la estructura. En cuanto a los Resultados: Las mujeres presentan una predilección por obtener “orientación plena en cuanto a los cuidados” y un trato que vislumbre respeto e “interés de los médicos por sus emociones y sentimientos”. También critican la condición de las clínicas y los medicamentos surtidos (6).

Pitaloka y Rizal realizaron un estudio en Malasia cuyo objetivo fue identificar el nivel y factores asociados con la satisfacción de pacientes en clínica prenatal en Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia. La muestra fue de 150 gestantes, fueron seleccionadas usando el método muestreo por conveniencia. La información fue coleccionada por entrevista cara a cara. Para determinar la satisfacción usaron el cuestionario de satisfacción paciente II (PSQ II). Más de la mitad de las gestantes que respondieron estuvieron satisfechas con el servicio que recibieron (56.7%), mientras tanto que las otras (43.3%) no satisfechas. Generalmente, la mayoría de las gestantes estuvieron satisfechas con aspectos interpersonales del personal (62%), calidad técnica de los doctores (79.3%), eficacia (78%), disponibilidad (50.7%), y el aspecto financiero (70%). Mientras que la satisfacción fue menor para: accesibilidad (61.3%), conveniencia (51.3%), y

continuidad del cuidado (81.3%). En análisis bivariado los resultados mostraron que hubieron solamente 2 factores significativamente relacionados con el nivel de satisfacción ($p < 0.05$): precio de servicio y número de visitas. El análisis de regresión logístico múltiple permitió comprobar que el estado de salud y número de visitas fueron los predictores del nivel de satisfacción (7).

Murillo y Miranda, en Nicaragua, condujeron un estudio cuyo objetivo fue la percepción de las usuarias externas e internas sobre la calidad de atención del control prenatal desde el enfoque de satisfacción en el Centro de Salud. La muestra estuvo conformada por 125 mujeres que acudieron a su control prenatal. La percepción de la satisfacción de la atención prenatal se realizó de forma directa mediante entrevistas a usuarias externas e internas para describir los elementos de estructura, procesos y resultados. En la Accesibilidad Organizacional la mayor insatisfacción de las usuarias externas fue con los horarios de atención en el área de Admisión. Respecto a la Calidad de la Atención Médica según los procesos, el tiempo de espera promedio antes de la consulta fue mayor de una hora convirtiéndose en el principal obstáculo identificado por las usuarias al igual que la falta de oportunidad de recibir Educación en Salud. Por otro lado, la medición de la Calidad de la Atención Médica según satisfacción de las gestantes indica que los principales obstáculos para una atención de calidad están representados por las condiciones de comodidad, la inadecuada higiene de los servicios higiénicos, el tratamiento incompleto y el desconocimiento de los signos y síntomas de riesgo del embarazo (8).

Maderuelo, Haro y Pérez, España, desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo y valorar las posibles diferencias entre los dispositivos asistenciales. La muestra estuvo conformada por 498 mujeres que dieron a luz en el Hospital Universitario de Salamanca, entre noviembre de 2002 y abril de 2003. La satisfacción se valoró mediante un cuestionario de auto-informe aplicado después del parto. Está constituido por 28 preguntas, distribuidas en 4 dimensiones: equipamiento, accesibilidad,

organización de la consulta y atención y competencia profesional. Cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta valorada mediante una escala de Likert. La satisfacción media global fue del 3,92%, superior en la atención primaria respecto a la especializada. La edad, el nivel de estudios, la presencia de riesgos, las complicaciones y la capacidad de elección del médico presentan una relación significativa con la satisfacción (9).

Bronfman y López, evaluaron el nivel de satisfacción alcanzado por las usuarias mexicanas de los servicios de atención prenatal en el primer nivel de atención; y la compararon con algunas características del proveedor y del servicio. La muestra estuvo conformada por 217 pares de proveedores usuarias de servicios de salud, entrevistados en 95 unidades de atención de primer nivel de ocho entidades federativas de la República Mexicana. El proceso de atención se evaluó a través de los siguientes instrumentos: cédula de observación de la consulta; examen escrito para evaluar la capacidad de resolución de problemas clínicos del proveedor en materia de atención prenatal; cuestionario sobre características personales del proveedor y de la paciente, y guía de entrevista a la paciente sobre su grado de satisfacción con la consulta. Los hallazgos indican que la satisfacción de las usuarias de los servicios de atención prenatal está relacionada con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que esperó para recibirla. 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 (10).

Handler, Rosenberg y Raube, la Investigación tuvo como objetivo evaluar atención prenatal en mujeres africanas. Entrevistadas 125 afiliadas y 275 no afiliadas por una organización no gubernamental. La satisfacción fue medida usando 30 preguntas; la escala tuvo una leve modificación de una previamente validada y encontró ser sumamente confiable por los investigadores. Las dimensiones comprenden las escalas de satisfacción que son estas descritas por Ware y otros en el cuestionario de satisfacción del paciente: arte de atención, atención de calidad técnica, medioambiente físico, acceso, disponibilidad, eficacia, costo y continuidad de

atención. Se halló que la mujer no afiliada fue significativamente menos satisfecha con su atención prenatal (promedio calificado 79.1%) que la mujer afiliada (promedio calificado, 82.8%). El Análisis mostró diferencia no significativa en la utilización subsiguiente de acuerdo si una mujer tuvo un alto versus un bajo nivel de satisfacción en la entrevista de atención prenatal. Este estudio desafía la suposición que mejorando la satisfacción de las mujeres con la atención conducirá a un aumento en la adecuación de su utilización de atención prenatal (11).

Erci B e Ivanov, investigaron en Turquía la relación entre satisfacción de la gestante con el servicio de control prenatal y las características demográficas de la mujer y las características del servicio. Su muestra estuvo conformada por 350 mujeres. El cuestionario fue dado a la mujer en la casa de parto. Los investigadores completaron información usando un método entrevista. Los resultados indican que las mujeres estuvieron más satisfechas con la información de atención de salud y el costo de la dimensión de servicio. Se encontró una asociación entre la satisfacción de la mujer con el servicio de control prenatal y las características del control prenatal y la gestante (12).

Ivanov, Rusia, estudio el uso de servicios de control prenatal y satisfacción con los servicios. El modelo conceptual de Aday y Andersen fue usado para investigar uso y satisfacción con servicios de atención prenatal. Los resultados revelan que varias características de la gestante influyen en el uso temprano de servicios de control prenatal y nivel de satisfacción de la gestante. Finalmente no hubo relación entre uso temprano de servicios de control prenatal y nivel de satisfacción de gestantes con los servicios (13).

Dye y Wojtowycz, Estados Unidos, investigaron la relación entre tiempo de espera y satisfacción de la usuaria de servicio de atención prenatal. Para ello evaluaron a 364 mujeres afiliadas, donde se les preguntó sobre su satisfacción con la mayor parte de visita reciente, y con su atención en general. Ellas recibieron atención de 4 fuentes: profesionales privados, centros de salud comunitario, consultorio de hospital y clínicas de departamentos de salud. El tamaño de la

muestra de estudio fue de 170 gestantes, seleccionadas por muestreo al azar sistemático. Se aplicó un cuestionario construido compuesto de características socioeconómicas, conocimiento en atención prenatal, accesibilidad, servicio brindado y comportamiento de proveedores de servicio, satisfacción y opinión del cliente y las sugerencias fueron usadas como instrumentos de recopilación de datos. Los resultados indican que la satisfacción de la usuaria tiene una relación directa con el tiempo de atención en consultorio. Los centros de salud comunitaria presentan tiempos de espera más cortos y tiempos de visita más largos. La relación entre la satisfacción de la usuaria y el tiempo de espera varía según la fuente de atención prenatal (14).

Abdus, evaluó el nivel de satisfacción del cliente hacia el servicio de cuidado prenatal en un hospital. La muestra de estudio fue de 170 gestantes tailandesas, seleccionadas por muestreo al azar sistemático. Se aplicó un cuestionario que evaluó aspectos tales como: características socioeconómicas, conocimiento en atención prenatal, accesibilidad, servicio brindado y comportamiento de proveedores de servicio, satisfacción y opinión del cliente. Según los resultados, 71.8% de las mujeres gestantes estuvieron satisfechas con el servicio de atención prenatal en el Hospital. La mayoría de las evaluadas, 91.8%, estuvieron satisfechas con el servicio dado y el comportamiento de los proveedores del servicio; mientras que comparativamente menos satisfecha con accesibilidad hacia el servicio 77.6% y hacia establecimientos disponibles y ambiente del hospital en un 89.4%. La educación de la mujer embarazada, su ingreso familiar mensual, distancia de residencia, medios de transporte y conveniencia de transporte tienen asociación estadísticamente significativa en el nivel de satisfacción del cliente (15).

1.1.2. Nacionales

De manera muy similar al contexto internacional, en el país, cada vez es mayor el interés brindado hacia los temas de satisfacción. En los establecimientos de salud, especialmente los estatales, existe una mayor necesidad de conocer la satisfacción de los usuarios como medio de

evaluación del impacto de las estrategias y decisiones adoptadas en vías de mejorar la gestión del sistema de salud, en definitiva, tener una mayor justificación del gasto público. Entre los antecedentes que abordan dicha temática tenemos a los siguientes:

Rivera, en su estudio sobre la fidelización de las pacientes con el control prenatal del servicio de obstetricia de un centro materno infantil de la ciudad de Lima, halló que 57% de las gestantes se encuentran satisfechas con la actitud directa del profesional en la consulta prenatal. El tiempo de espera fue de 56 ± 36 minutos, solamente 10% mencionaron haber recibido charlas y/o consejería en los momentos de espera. En cuanto a la infraestructura física, 37% solicitaron mayor confort (televisor); Por otro lado, lo que más exaspera a las pacientes (87%) es la presencia y desplazamiento de personas ajenas a la atención en el consultorio; así como el 57% de los pacientes sostiene que existe una atención privilegiada de los parientes y amigos del personal de salud que laboran en la Institución (16).

Por su parte, **Munares García** se propuso evaluar la calidad de control prenatal realizado en centros de salud de atención primaria pertenecientes a la ciudad de Lima. Sus resultados indican que las dimensiones accesibilidad, seguridad y capacidad profesional obtuvieron una calificación de adecuadas; mientras que las de eficacia, eficiencia, continuidad, satisfacción y comodidades obtuvieron la calificación de inadecuadas. Se halló dos nuevas dimensiones de calidad de atención: clima y cultura organizacional. El estudio confirma la influencia que tiene la capacidad profesional, accesibilidad, satisfacción del cliente, continuidad y comodidades en la calidad de control prenatal (17).

Tovar Huamancayo desarrolló un estudio descriptivo, prospectivo y de cohorte transversal, con el fin de determinar el grado de satisfacción de las gestantes al concluir la atención prenatal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao. La muestra de estudio fue de 108 gestantes, quienes recibieron atención prenatal en los consultorios de Obstetricia en el periodo de noviembre a diciembre del 2003. La muestra proviene del muestreo

no probabilísticos por conveniencia al azar, la técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento la encuesta. Los resultados estuvieron en relación a 4 aspectos importantes de la atención recibida. Las usuarias brindaron los siguientes calificativos de su satisfacción con el servicio en general: 50% mala, 30% regular y 20% buena. Respecto a la dimensión trato interpersonal, 40% de las usuarias lo calificó como mala, 37% como regular y 23% como buena; En cuanto a la dimensión atención técnica 37% de las usuarias lo calificó como regular, 36% como mala y 27% como buena. La dimensión infraestructura fue calificada por 42% de las usuarias como buena, 31% como regular y 27% como mala. El estudio apoya a la tesis de que la atención recibida por la gestante y la relación interpersonal con el profesional de salud son factores de riesgo para el desarrollo de insatisfacción. Así, las gestantes que tienen algunos de estos factores tienen el riesgo de quedar insatisfechas luego de la atención prenatal (18).

Por otro lado, **Seclen Benavides, Jacoby y Velásquez**, en su proceso de evaluación de programa Proyecto 2000, desarrollaron un estudio cuasi experimental en 89 hospitales y centros de salud de mediana complejidad del Perú, con una muestra representativa de gestantes que acudieron a atención prenatal hospitalaria; se aplicaron encuestas de salida en el grupo de intervención (n= 191) y el grupo de referencia (n=185), se utilizó un método de muestreo multietápico, estratificado, aleatorizado y proporcional. Como instrumento se utilizó un cuestionario validado. Se exploró la satisfacción sobre cada uno de los procesos de la atención (trato, información recibida, tiempo de espera, equipos, limpieza, local ente otros) (19). Se encontró que la satisfacción de las usuarias en el grupo Programa de Mejora de la Calidad (PMC) 58,6% de las entrevistadas opinó que la satisfacción con la atención prenatal hospitalaria fue buena, y 8,9% opinó que la atención fue muy buena, mientras que en el grupo de referencia dichos niveles fueron del 48,6% y 6,5%, respectivamente. En el grupo de las usuarias del control prenatal PMC el trato del personal se consideró bueno (64,9%) o muy bueno (4,2%), siendo estos valores distintos en el grupo de referencia (51,4% y 5,9% para las mismas categorías).Se

encontró que el PMC en los servicios maternos y perinatales tuvo una asociación positiva con la satisfacción de la usuaria. El análisis multivariado indicó que el trato del personal, la información durante la consulta, la satisfacción de las expectativas y la aplicación del PMC fueron factores que mostraron una asociación estadísticamente significativa con la satisfacción. En conclusión se encontró que el PMC en los servicios maternos y perinatales tuvo una asociación positiva con la satisfacción de usuario; asimismo, los resultados refuerzan la necesidad de ofertar servicios humanizados de atención prenatal basados en el buen trato y en la información al usuario, con la idea de mejorar la aceptabilidad de los servicios de salud y la adherencia de la gestante a ellos (19).

1.1.3. Regionales y locales

Existen algunos importantes antecedentes de investigación desarrollados en el contexto local que nos permiten no sólo reconocer la actualidad del tema de investigación, sino también su necesidad de mayor profundización teórica y metodológica.

Vásquez G. realizó un estudio con el objetivo de determinar cuál es la percepción de las gestantes acerca de la calidad de atención en el Centro de Salud Magna Vallejo. Utilizando como instrumento el cuestionario SERVQUAL. En conclusiones obtuvo que el 78.2% de las gestantes tuvo una buena percepción física del establecimiento de salud. El 49.4% tuvo una percepción de calidad de atención en salud según la prestación del servicio del establecimiento de salud, mala. En el factor seguridad el 63.2% mostro una percepción regular e igualmente la percepción de calidad de atención en salud según empatía, fue regular en el 44.8% (20).

Así, por ejemplo, **Quispe y Romero** estudiaron la opinión de las gestantes sobre la calidad del servicio recibido en el servicio de control prenatal del Hospital Regional de Cajamarca. Sus hallazgos indican que 65% de las usuarias encuestadas califican a la calidad de atención del servicio con el control prenatal como regular, 70,8% de las mismas percibe que el profesional puso interés en ellas, el 56.8% opina que los profesionales les atendieron con amabilidad y

empatía, el 38.9% manifestó que el trato de los profesionales es bueno y 23.2% excelente. El 91.9% de las usuarias evaluó como limpia a la infraestructura (sala de espera, consultorios y baños), el 90.3% consideró que el ambiente es adecuado para la atención, el 74.1% manifestó sentirse cómoda, el 69.2% de gestantes está de acuerdo con el costo establecido de la consulta y el 54.1% manifestó la existencia de privacidad. (21)

Por otro lado, **Rodríguez** se propuso conocer la decisión y acceso de la gestante a los servicios de salud de la provincia de San Marcos. Los resultados muestran que 68,7% de gestantes opina que la atención prenatal en los servicios de salud es buena, 21,5% señaló que es adecuada, 3,6% dijo que es mala y 6,2% no sabe. El 74% de gestantes refiere que la información que recibe en el servicio de control prenatal es buena, 9,2% no sabe si la información es buena o mala y si le sirve o no para su cuidado posterior; el mismo porcentaje señaló que es insuficiente, el 6,1% de las gestantes señaló que en el control prenatal el personal de salud no les indica nada. 77% de gestantes conocen algunos signos de riesgo en el embarazo y el 23% de gestantes no conoce ninguno. 88,7% de gestantes señala que el trato personal que brinda el trabajador de salud en forma general es bueno, 6.7% no sabe y 4.1% dice que el trato es malo. (22)

Finalmente, **Urquiaga D.** realizó la investigación: “Medición de la calidad de servicio al usuario externo en el Centro de Salud Encañada – Red de Salud II Cajamarca, 2000”. El estudio consistió en un trabajo prospectivo, exploratorio con el objetivo de medir la calidad de servicio en el usuario externo del Centro de Salud La Encañada-Cajamarca, utilizando como instrumentos la encuesta SERVQUAL, encuesta complementaria y grupos focales. Las conclusiones identificadas en este estudio fueron que el nivel general de satisfacción de 60,1% revela que el Centro de Salud de Encañada brinda una atención de aceptable calidad. Las causas motivo de insatisfacción (39,9%) fueron las dimensiones de tangibilidad y confiabilidad, aspectos que

tienen que ver con la capacidad resolutoria del centro de salud como ambiente físico, instrumentos y equipos, medicamentos y falta de profesionales, entre otros. (23)

1.2. Bases Teóricas

1.2.1. La calidad de atención en salud

1.2.1.1. Definición de calidad de atención en salud

En opinión de Armando, es difícil formular una definición genérica de la calidad de atención en salud ya que no existe un único criterio de conjunto para precizarla. Es decir, el esfuerzo por conocer o medir la calidad en un proceso de atención en salud requiere de la adopción de múltiples rasgos o atributos susceptibles de ser evaluados por el usuario y cuya valoración está determinada por su diversidad de necesidades. (24)

Una propuesta de definición es la planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, citado por Armando, 2007), donde la calidad de atención en salud consiste en: *“Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”*. (25)

Por su parte Donabedian define la calidad de atención en salud como *“... la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos”* (26). Así, el nivel de calidad de atención en salud estaría determinado por la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario.

Según Moreno et al. , hablamos de calidad de atención en salud cuando los servicios de salud están en la capacidad de dar respuestas ajustadas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud de la población. Es decir, la calidad de

atención en salud constituye el conjunto de acciones percibidas por el paciente que acude a una institución prestadora de servicios de salud; con la finalidad de satisfacer su necesidad de salud (27).

Para el caso de nuestro país, el sistema rector de la salud nacional, Ministerio de Salud, asume la calidad de atención como el nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente y un alto grado de satisfacción para el paciente y un impacto final en la salud (28).

1.2.1.2. La orientación hacia el usuario y la calidad de servicios de salud

La provisión de servicios de salud, al igual que el resto de servicios de atención al cliente, tiene características peculiares en comparación a la producción de bienes industriales: su naturaleza intangible y el corto lapso de tiempo entre la producción y distribución del servicio (24). Estas características contribuyen a la creación de una relación más íntima entre el consumidor y el proveedor de servicios, haciendo más difícil la rectificación de errores. Para el caso de los servicios de salud, la relación que se establece entre el usuario y personal de salud es más íntima y dependiente en comparación con el resto de servicios (29) (24).

Esta relación entre el profesional (médico, enfermera, etc.) y el usuario (paciente, cliente, etc.) ha sido considerada como un elemento muy influyente en el resultado de la atención sanitaria o de la salud. En los últimos años hemos observado un cambio importante en las relaciones médico-paciente, consecuencia del enfoque de la sociedad hacia los usuarios. El efecto inmediato de ello es que el resultado de la atención en salud se mide hoy día en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y también, por su satisfacción con el resultado alcanzado (30). Por tanto, las organizaciones de salud están desarrollando una gestión más orientada hacia el usuario (31).

La renovación de un enfoque de atención de salud orientado hacia el usuario también ha sido asumida por Organización Mundial de la Salud. Este organismo considera que en el concepto de Calidad en los servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: Alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo de riesgos para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente y el impacto final en la salud (32). Es innegable la importancia de la opinión de los usuarios de los servicios de salud, por esta razón, las mediciones de esas opiniones deben ser realizadas periódicamente (33).

Es decir, aunque es indudable que el producto de la atención en salud y la misión del profesional de salud siguen siendo los mismos, el diseño de los procesos asistenciales ha cambiado sustancialmente cuando los profesionales de la salud han empezado a preocuparse por satisfacer no solo las necesidades de sus pacientes sino también sus expectativas. Los pacientes han pasado a ser considerados como coproductores de los cuidados de salud y, como tales, han adoptado un rol diferente, considerándose ahora necesario contar con su opinión y promover en ellos decisiones responsables sobre su salud (34). La opinión del usuario, como consecuencia de todos estos cambios, ha pasado a ser vista como un resultado de la atención de salud que merece la pena escuchar para incrementar la calidad de la atención en salud y para mejorar los tratamientos que venimos aplicando.

La atención de salud centrada en el usuario obedece a este nuevo planteamiento que parte precisamente de la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del usuario y llama la atención sobre el papel activo que estos últimos van adquiriendo en la toma de decisiones sobre su salud. Así, la tradicional relación jerárquica que se establece entre el profesional de la salud y el usuario es compensada, parcialmente, cuando este profesional toma en cuenta las preferencias de sus usuarios. No en vano se ha señalado que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación profesional-usuario (35).

Ahora bien, Armando considera que los cambios sociales y tecnológicos acaecidos definen un espacio de relación diferente según la organización y prestaciones de los diferentes sistemas de salud. Así, el rol y participación del paciente será muy variable tomando en consideración las particularidades que tienen los países en sus sistemas de salud.

En correspondencia a lo antes mencionado, los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de ser generadores de confianza: la de actuar en nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera que sea la más adecuada. Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, nuestros conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios. Si se toma en cuenta que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de los miembros del equipo de salud y usuario, éste último es parte de la línea de producción, de forma más íntima, si cabe, que en lo propuesto en el modelo industrial. La capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados a la salud es un atributo sobresaliente característico de la calidad de la atención en salud.

Asimismo, el enfoque centrado en los usuarios ayuda a identificar los servicios, materiales, información y apoyo emocional que estos necesitan exigir y recibir. El reto está en promover clientes informados y hacer partícipe a la comunidad en la mejora de la calidad de atención (32).

Según opinión de Vicuña, en nuestro país, la percepción de los usuarios de los servicios de salud es un fenómeno insuficientemente comprendido, en el cual, además, la introducción de enfoques y metodologías de medición de calidad son recientes. Por tanto, existe largo recorrido para el desarrollo científico y tecnológico de modelos de evaluación y procesos de intervención enfocados en la percepción que tienen los usuarios de los servicios de atención en el sistema de salud peruano. (36)

De acuerdo con el Informe sobre la Salud del Mundo del año 2006 de la OMS, cuando se piensa en un sistema de salud la evaluación de la calidad debe tener en cuenta tanto la dimensión macro como la micro, con el fin de equilibrar los análisis y evitar su reducción, como se hace comúnmente, a solo la última dimensión. (37)

En la dimensión macro predominan los estándares de calidad a nivel del sistema, sean estos implícitos o explícitos, con base en valores sociales y paradigmas internacionalmente aceptados. Es en correspondencia con estos estándares que una sociedad espera que su sistema de salud sea justo, equitativo, universal, solidario, eficiente, eficaz, democrático, participativo, descentralizado, integrado, etc. Un indicador de este estándar es el “desempeño del sistema de salud”.

En la dimensión micro predominan los estándares de calidad apoyados en la percepción, sensación, vivencia, satisfacción y situación de salud del usuario. Desde este punto de vista, se espera que la atención de salud sea accesible, oportuna, rápida, limpia, segura, eficaz, cómoda, respetuosa de la dignidad, de los derechos, la confidencialidad y privacidad del usuario, atenta a su consentimiento informado, integral y continuo. Los indicadores específicos de esta dimensión tendrán una variabilidad amplia dependiendo de los atributos seleccionados, lo que se expresa en una atención de salud percibida por los usuarios como “*atención mala e insuficiente*”, siendo el indicador más característico la insatisfacción del usuario.

De manera desagregada, los aspectos que corresponden con el mencionado indicador, a nivel micro serían: las quejas por las dificultades de accesibilidad; la falta de atención pronta y sin demoras; la falta de comodidad, de limpieza y de seguridad; la falta de respeto a la dignidad de las personas, de confidencialidad y de privacidad, y la débil integralidad y continuidad en las prestaciones.

Por último, es importante resaltar que la calidad en términos de indicadores relativos a los atributos de la atención de salud, que es el objeto a evaluar en la dimensión micro del sistema de salud, se hace una remisión al problema de la satisfacción.

1.2.1.3. La percepción del usuario como resultado de la calidad

Los primeros en afirmar que la satisfacción del paciente es, ante todo, “*una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente*”, fueron Koos (38) y Donabedian (39). Como tal medida de resultado (“*healthoutcome*”) ha sido analizada desde diferentes perspectivas, observándose un paulatino cambio en su concepción.

De las variables propuestas como atributos de la calidad de los servicios de salud, la satisfacción del paciente, aunque sirve para medir la bondad de la asistencia, no constituye una característica de la calidad, es el objetivo de la misma. La satisfacción y competencia de los profesionales de salud así como la competencia de la organización, son condiciones necesarias para ofrecer servicios de calidad y no atributos de ésta, aun cuando se utilicen como medida de la calidad asistencial. La gestión de la calidad de los servicios de salud integra los conceptos anteriores y pretende lograr la satisfacción del usuario, la implicación activa de todos los profesionales responsables de su salud, así como la incorporación de las estrategias sanitarias para la mejora continua de las actividades clínicas que se realizan (24).

De los componentes que permiten evaluar la calidad en salud, desde el modelo de Avedis Donabedian: estructura, proceso y resultado; la percepción del usuario sobre el servicio recibido se ubica en este último (26) (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones de la calidad en salud

DIMENSIONES	INDICADORES
<i>Estructura</i>	La estructura contiene las características del marco en que se prestan los servicios, entre los que están los recursos materiales (tales como instalaciones, equipos médicos y dinero), recursos humanos (tales como el número y las calificaciones del personal) y de la estructura institucional (como la organización del personal médico, método para la evaluación de profesionales de la salud y métodos de reembolsos).
<i>Proceso</i>	El proceso contiene lo que en realidad se realiza para prestar y recibir servicios e incluye las acciones del paciente al buscar atención médica, tanto como las acciones del profesional para presentar un diagnóstico y recomendar o instrumentar el tratamiento.
<i>Resultado</i>	Comprende los efectos de la atención en el estado de salud de los pacientes y poblaciones.

Estos tres conjuntos de información son más útiles para evaluar la calidad cuando son vinculados por causalidad. La estructura lleva al proceso, que a su vez lleva a los resultados deseados, cadena de eventos que debe ser claramente identificado para un programa de mejoramiento de la calidad. Por lo general, la evaluación de la calidad ha dependido mucho y casi exclusivamente de las medidas de estructura y proceso de atención.

Los organismos gubernamentales y de acreditación y los grupos profesionales han encontrado más fácil establecer estándares para la atención pertinentes a la estructura y el proceso, por lo general han hecho caso omiso de los indicadores de resultados en su monitoreo de la calidad de los establecimientos de salud. El equilibrio, sin embargo, ha cambiado y el eje central de la investigación para el mejoramiento de la calidad ahora son los indicadores de resultados de la atención de salud.

En el Perú, el Ministerio de Salud a fin de direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos que se desarrollan para el mejoramiento en la calidad de las prestaciones de salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas y su órgano de línea la Dirección de Calidad en Salud, ha visto por conveniente actualizar y ampliar el alcance del documento del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, esperando que las organizaciones comprendidas en el alcance del Sistema (dentro del cual se encuentran las Fuerzas Armadas), definan y establezcan acciones a favor de la calidad, de modo que les permita mejorar sus procesos, sus resultados, su clima organizacional y la satisfacción del usuario.

Cabe señalar, sin embargo, que la referencia de atención médica debe entenderse como la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud; asimismo, no se refiere únicamente al paciente sino también a sus acompañantes e incluso al personal de los establecimientos de salud.

Centrándonos en el concepto de calidad en el ámbito de la Asistencia Sanitaria, y con el fin de lograr una definición sintética y clara, podríamos decir (siguiendo a Donabedian, 1984) que se trata de 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 éste fruto de una evaluación positiva por parte del usuario de las diferentes dimensiones que configuran la atención sanitaria.

1.2.2. Satisfacción con la atención de salud

1.2.2.1. Percepción de la calidad y satisfacción del usuario

A pesar que el estudio de la satisfacción del consumidor ha sido uno de los temas de vanguardia en las últimas dos décadas, generando numerosas publicaciones científicas, los propios expertos reconocen la dificultad para definir con claridad el constructo satisfacción del consumidor (40). Dicha dificultad se fundamenta en la confusión que habría entre los conceptos *Calidad Percibida* y *Satisfacción*, siendo habitual que los profesionales no los diferencien a la

hora de gestionar los servicios de salud. Así por ejemplo, Lijander sugiere que los modelos de medición de la satisfacción son equivalentes a los de calidad percibida (41).

Según refiere Velandia la satisfacción ha sido conceptualizada ya sea como un resultado o como un proceso, como una respuesta tanto cognitiva como emocional. Al mismo tiempo, los autores diferencian calidad y satisfacción argumentando que la percepción de la calidad es más bien una actitud duradera a lo largo del tiempo; mientras que la satisfacción representa un juicio transitorio ante un servicio específico. Así, mientras que los juicios sobre la calidad conllevan una mayor estabilidad en el tiempo y se refieren a dimensiones muy específicas que tienen que ver con los atributos del producto, las expresiones de satisfacción pueden cambiar en cada transacción y, si bien pueden estar determinadas por dimensiones de la calidad, también pueden provenir de fuentes que no están relacionadas con ellas (42). Por esta razón, las organizaciones no sólo deben contar con una buena imagen en cuanto a la calidad de sus productos, sino que además deben vigilar cada proceso de atención al usuario porque estas experiencias pueden afectar la lealtad del mismo (43).

De igual modo, cuando se revisa la literatura no está claro si la Calidad Percibida es un antecedente o un consecuente de la Satisfacción. En trabajos como los de Anderson, Fornell y Lehmann (1994), Bloemer y De Ruyter (1995) o Cronin y Taylor (1992) se aboga por una concepción de la calidad como antecedente (44, 45, 46), mientras que Bitner (1990), Bolton y Drew (1991) o Schommer y Wiederholt (1994) la consideran como un claro consecuente de la satisfacción del usuario (47, 48, 49). Bajo el enfoque de la satisfacción como consecuente, ésta se define como una evaluación post-consumo o post-uso, fuente de desarrollo y cambio de actitudes hacia el objeto de consumo o uso, y que es el resultado de procesos psicosociales de carácter cognitivo y afectivo (43), entre ellos, la propia percepción de calidad (50).

Investigaciones más recientes optan por una concepción de la calidad tanto como antecedente como consecuente (Berné, Múgica y Yagüe, 1996; Parasuraman y otros, 1994;

Taylor y Baker, 1994; Teas, 1993) (50,51,52, 53). Así, el debate de los años noventa cuestiona la relación entre la calidad percibida y la satisfacción. Algunos autores sugieren, a partir de sus trabajos empíricos, que la calidad percibida es un precursor de la satisfacción, mientras que otros mantienen que la satisfacción es un antecedente de la calidad. Sin embargo, la relación también puede ser cíclica, de manera que la calidad percibida es un antecedente de la satisfacción y, a su vez, un mayor nivel de satisfacción del cliente refuerza sus percepciones de calidad (50), tanto más cuanto el servicio sea más dependiente de la personalización de su entrega. Este es el caso de los servicios de salud, cuya evaluación es más variable en función del nivel de experiencia, son servicios sujetos a una mayor heterogeneidad y los resultados pueden ser muy distintos a nivel individual (42).

En relación con ésta última posibilidad, Velandia considera que si bien la calidad percibida y satisfacción ocupan posiciones funcionales diferentes, no elimina la posibilidad de que uno de ellos pueda representar o ser indicador del otro; no obstante, recalca el autor, es importante evitar entender a la satisfacción como uno de los atributos de la calidad o como la calidad misma, esta aproximación es propia de tendencias recientes de la investigación en salud pública (42).

En conclusión, la distinta naturaleza existente entre la calidad percibida y la satisfacción no invalida que la medición de uno de los conceptos pueda llegar a representar al otro, o servirle de indicador (42). Sin embargo, es importante recalcar que en la literatura es la satisfacción y no la calidad lo que más frecuentemente se evalúa desde el punto de vista del usuario (54).

1.2.2.2. Importancia de la satisfacción del usuario con la atención en salud

Fitzpatrick afirma que el grado de satisfacción se relaciona con la efectividad de la atención médica; ya que los pacientes con bajos grados de satisfacción regresan menos a sus controles, tienen menor adherencia a sus tratamientos y presentan pobres resultados de recuperación. Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas y busque activamente ayuda médica (4). Del mismo modo, se ha

considerado que la insatisfacción se relaciona con el coste de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias (55). Donabedian manifiesta, además, que esa satisfacción del paciente no sólo puede verse como un resultado sino también como un contribuyente a otros objetivos y resultados. Es decir, cuando las expectativas de los usuarios están cubiertas, ellos responderán bien a otras intervenciones terapéuticas; cuando ellas se frustran, serán incapaces de responder óptimamente a las mismas.

Combinando diferentes fuentes se ha argumentado que la decisión de un usuario de acudir a un establecimiento de salud vendría condicionada por: la necesidad o urgencia de resolver su problema de salud, la calidad profesional y humana que el paciente atribuye al profesional de salud (que podría estar basada únicamente en el comentario de otros usuarios), la presión de sus familiares para que acuda a esa consulta en concreto, el balance de costes y beneficios que intuye pueden producirse al acudir a la consulta y, finalmente, el nivel de satisfacción cuando se trata de un paciente que ya conoce a ese médico.

Además de su impacto en la salud del usuario, el conocimiento de la satisfacción de los usuarios es relevante para la organización proveedora de servicios de salud en distintos modos (56). Así por ejemplo, la satisfacción del paciente es determinada por características organizacionales que pueden ser manipuladas por cambios programados y políticos. De igual manera, la medición de la satisfacción indica la capacidad que tiene la organización de salud para satisfacer las expectativas y necesidades de los consumidores. En fin, el conocimiento de la satisfacción con la atención de salud es de importancia para los proveedores de salud estatales o locales que buscan asegurar que las personas con mayor vulnerabilidad sean beneficiarias de servicios de alta calidad.

La importancia del conocimiento de la satisfacción del usuario con la atención de la salud se resumen en cuatro razones (1) proporciona un feedback imprescindible para la gestión y

optimización de los recursos sanitarios; (2) proporciona una medida legítima de la capacidad de la organización para dar cuenta de las necesidades de los usuarios, pudiendo ser utilizado como un indicador en el Control de Calidad del servicio; (3) es uno de los activos con los que cuentan las organizaciones para lograr mejoras competitivas y resultados estables a medio plazo; y, por último, (4) es un predictor de las reacciones o comportamiento de los usuarios (lealtad, prescripción, adherencia al tratamiento, etc.). Así, el conocimiento del nivel de satisfacción de los usuarios con la atención de salud se ha constituido en una dimensión que está siendo cada vez más relevante para la formulación y evaluación de políticas sociales a nivel mundial, y en particular, de políticas públicas de salud (57).

1.2.2.3. Factores que determinan la satisfacción con la atención de salud

Las diferencias en el nivel de satisfacción con la atención en salud se atribuyen a factores individuales en los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema sanitario, a cómo se organiza el sistema sanitario y si proveen las atenciones médicas, y a diferencias entre los proveedores. En tal sentido, se ha sugerido que, al menos en el caso de la atención primaria, más del 90% de la varianza de la medida de la satisfacción estriba en factores del propio paciente y el restante 10% en factores del profesional de salud (58).

a. Características del paciente (Factores propios del paciente)

Entre una de las variables halladas con mayor nivel predictivo por la literatura están las expectativas que tiene el paciente ante la atención de salud. Los pocos estudios que exploraron la relación entre las expectativas del paciente y la satisfacción global, sugieren que los pacientes con las expectativas más bajas tienden a estar más satisfechos. Algunos autores afirman que las expectativas constituyen un concepto difícil de examinar analíticamente; y la definición que se ha hecho sobre ellas se refiere a alguna noción de “estándares” o “aspiraciones”. Existe evidencia que las expectativas varían según el conocimiento y experiencias previas, y es probable, por consiguiente, que cambien con la experiencia acumulada.

Según **Sitzia Bond** y **Thomas**, al aumentar la calidad de la atención aumenta las expectativas. En este análisis, como resultado de las expectativas crecientes, “altos” niveles de calidad de cuidado pueden asociarse a niveles gradualmente “más bajos” de satisfacción. Además, si los modelos que asocian la satisfacción con el cumplimiento de expectativas positivas son válidos, entonces los niveles altos de satisfacción que constantemente se informa en cada esfera del ámbito sanitario sugieren que la mayor parte de los pacientes están muy contentos con casi todo, o que las expectativas de pacientes son generalmente bajas (59).

En cuanto a las características socio-demográficas de los pacientes: edad, nivel educativo o ingresos económicos, los resultados sobre su nivel de influencia en la satisfacción han sido contradictorios (60). Existe una ligera tendencia a encontrar una mayor satisfacción en pacientes de mayor edad, y en personas de ingresos económicos medios y superiores, sin embargo resulta necesario ahondar más en estos aspectos.

Se considera que la edad es una de las características socio demográficas que muestra mayor consistencia en la determinación de la satisfacción, pues es frecuente que aparezca en los estudios como uno de sus determinantes, y que presente una influencia directa. Sin embargo, este tipo de asociación podría expresar que los pacientes de más edad enuncien mayores grados de satisfacción debido a que tienen expectativas más bajas, aceptan con más facilidad las características de los hospitales y esperan menos información de parte de los profesionales de salud.

La influencia de la clase social sobre la satisfacción tiene un menor respaldo por parte de la investigación, aunque algunos estudios indican que los pacientes de clases altas se muestran más satisfechos, lo cual se atribuye a que estas personas reciben mejores servicios y mejor información por parte de los profesionales y las instituciones de salud (61). Estos mejores servicios, probablemente se traducen en una mejor percepción de atributos, y la mejor

información es uno de los elementos que intervienen en la formación y modificación de las expectativas.

Por otro lado, se ha identificado que el nivel educativo puede incidir significativamente en la satisfacción, la tendencia es asociar una satisfacción mayor con un nivel educativo más bajo (61). Esto implica que un bajo nivel educativo repercutiría en una falta de conocimiento de los estándares de calidad que debería presentar la atención de salud tanto como proceso así como resultado, situación que se expresaría por un bajo nivel de expectativas.

En cambio, en lo que parece existir acuerdo es en que las mujeres suelen valorar en forma más positiva la atención de salud que reciben, mostrándose sobre todo satisfechas con las características de entorno de los centros. La influencia de esta última variable, más centrada en las condiciones de hostelería y de restauración de los centros de salud, merece una mayor atención por parte de los investigadores a fin de determinar hasta qué punto influye en la valoración final del resultado de las intervenciones de salud.

En cuanto al propio estado de salud del usuario aunque la mayoría de los resultados de las investigaciones ponen el énfasis en que la percepción del usuario de su estatus de salud afecta directamente a su nivel de satisfacción, hay otros estudios que no han hallado esa relación con tanta claridad (62). De esta forma, se ha argumentado tanto que los pacientes crónicos podrían mostrarse insatisfechos con los cuidados recibidos dada su situación clínica como, también, que por sus particulares condiciones podrían apreciar mejor los cuidados que se le prestan (63). Lo que sí parece suceder es que el nivel de satisfacción que informan los usuarios se debe más a su estado de salud tras el tratamiento que a la mejoría que haya logrado con el mismo (64), y que la satisfacción previa del paciente es un buen predictor del nivel de calidad de vida que el paciente alcanza tras el tratamiento (65).

b. Características de los profesionales de salud

La confianza que inspira el profesional de salud que atiende al usuario es un buen indicador del grado de satisfacción en este último. La cual varía en función de las condiciones de la interacción médico-paciente, como por ejemplo: duración de la consulta, proporción del tiempo de consulta en el que es el profesional quien toma la palabra, actividad del médico durante la consulta, habilidades de comunicación, variedad y número de las preguntas que formula y comentarios durante la consulta sobre aspectos de índole no clínica.

La forma de llevar a cabo la entrevista está relacionada con la satisfacción y con un adecuado cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. Aquellas entrevistas que permiten expresarse al paciente con libertad, son en las que se transmiten suficiente información y en las que los usuarios se sienten suficientemente cómodos como para preguntar al médico todas sus dudas o temores, incluso interrumpiendo al médico cuando explica algo que no entienden, se asocian a un nivel de satisfacción y cumplimiento de prescripciones más alto (66).

En ambientes hospitalarios se han encontrado resultados similares, relacionando el grado de ayuda, comprensión y accesibilidad de los profesionales con la satisfacción (67). Otras características que deben considerarse son la propia satisfacción del profesional de salud con su nivel y condiciones de trabajo y los estilos de práctica profesional (68).

Se ha encontrado una fuerte asociación, sobre todo en el ámbito de la atención primaria, entre el estilo de práctica del profesional de salud con el nivel de satisfacción de sus pacientes (69). Es decir, aquellos profesionales que ponen en práctica estilos de comunicación más próximos hacia el paciente, no juzgan su comportamiento, le ofrecen mayor cantidad de información y adoptan una postura menos dominante suelen ser más valorados por sus pacientes.

Conforme al modelo conceptual de Swartz y Brown para evaluar la calidad de los servicios médicos, cabría analizar si los profesionales son capaces de intuir lo que sus pacientes desean obtener y su nivel de satisfacción con la asistencia recibida (70). Cuando se han analizado estas relaciones se ha señalado repetidas veces que pacientes y profesionales de salud no siempre coinciden en sus puntos de vista; y que éstos últimos suelen ser más exigentes consigo mismos respecto de los resultados asistenciales a alcanzar de lo que la mayoría de los pacientes realmente esperan (71).

1.2.3. Medición de la satisfacción con la atención de salud

La medida de la satisfacción ha demostrado ser un instrumento útil para evaluar las intervenciones de los servicios de salud porque proporciona información sobre la calidad percibida de los usuarios. Utilizado adecuadamente puede ser un buen instrumento para adecuar los servicios a las necesidades expresadas por la población, así como un buen vigilante de los cambios culturales y de preferencias de la población.

El objetivo del análisis de la satisfacción será pues facilitar información a los profesionales y administradores de la salud sobre aquellos aspectos de la atención que la población percibe como insatisfactorios; de modo tal que se pueda modificar circunstancias, comportamientos o actitudes de la organización que dificultan en el proceso asistencial.

Existe el consenso en la mayoría de los investigadores que la opinión expresada por los ciudadanos mediante diferentes vías, sea a través de las encuestas de satisfacción solas o en combinación con los métodos cualitativos, ofrece una información esencial para conocer el funcionamiento de los servicios de salud desde el punto de vista de la población; y como tal constituye un instrumento de participación de la misma en la mejora de la calidad de la atención. Esta evidencia constatada en el ámbito de la investigación no siempre se traduce en una aplicación al ámbito de la gestión y administración sanitaria, por lo que la utilización sistemática

de este tipo de información en el rediseño de los procesos asistenciales no debería sufrir mayor retraso (29).

1.2.3.1. Modelos de la satisfacción

Para referirnos a los modelos de la satisfacción con la atención en salud hemos considerado apropiadas la propuesta de Martínez, Peiró y Ramos (1999) quienes agrupan los distintos modelos de la satisfacción en dos categorías básicas: modelos cognitivos y modelos afectivos (72).

A. Modelos cognitivos

Los modelos cognitivos de la satisfacción del usuario tienen como nota común el considerar al ser humano como un procesador de información. Son tres los modelos que destaca la literatura: confirmación de expectativas, equidad y atribución causal.

- **Confirmación de expectativas:** considerado el modelo más popular. A partir de éste se asume que en el juicio de satisfacción intervienen los estándares de confirmación que poseen las personas. Estos estándares son marcos de referencia que utilizamos para evaluar los bienes de consumo y los servicios. Una de las problemáticas que ha surgido al respecto tiene que ver con los estándares elegidos como relevantes de la satisfacción. Esta perspectiva parte del supuesto de que los estándares asociados al juicio de satisfacción son los de predicción. Se asume que los sujetos estarían satisfechos si el rendimiento percibido supera la calidad que esperaban encontrar. En contra de esta posición, hay una corriente de investigadores que señalan que estándares de comparación hay muchos y pueden ser usados simultáneamente por los clientes. Incluso hay autores que denuncian que los estándares de predicción son menos relevantes que otros de naturaleza normativa (deseos). Señalan dichos autores que lo realmente relevante es si se satisfacen los deseos de los clientes o no. Así, la investigación ha puesto en entre dicho

el uso en exclusivo de los estándares de predicción; y se considera que el uso de distintos estándares enriquece la explicación de la satisfacción.

Dentro del modelo de la confirmación de expectativas se han desarrollado hasta tres grandes variantes que forman su estructura básica. La primera variante propone que la satisfacción es el resultado del grado y la dirección de la diferencia entre los estándares de comparación previos de los clientes y la percepción del rendimiento del servicio o bien de consumo. Se incide en el efecto de contraste, apareciendo la insatisfacción cuando el rendimiento es menor del esperado (*Discrepancia negativa*).

La segunda variante postula una relación directa entre estándares de comparación y satisfacción (*efecto de asimilación*). Se asume que los individuos asimilan la realidad observada para ajustarla a sus estándares de comparación. La incomodidad psicológica que produce la discrepancia negativa y la búsqueda de un equilibrio provocaría que los sujetos tiendan a “ver” la realidad con un tono similar al de sus estándares.

Finalmente, se ha propuesto un *modelo actitudinal* que incluye una relación directa entre rendimiento percibido y satisfacción. En determinadas situaciones – por ejemplo, ante nuevos productos – es posible que si el servicio o el bien de consumo funcionan bien entonces el sujeto se mostrará satisfecho, independientemente de sus expectativas y de su confirmación.

La idoneidad de estas tres variantes depende, al menos, de tres factores. Es decir, hay determinadas contingencias que hacen que una variante tenga mayor o menor capacidad predictiva. Un primer factor es la experiencia de los clientes. Cuando los individuos tienen experiencia con el bien de consumo o servicio, es posible el uso de estándares de comparación y, por lo tanto, pueden aparecer los efectos de contraste y asimilación. Un segundo factor es el nivel de implicación, cuando existe una alta implicación, los clientes valoran sobre todo el rendimiento (modelo actitudinal) que

observan al usar un servicio o adquirir un bien de consumo. Finalmente, y en el caso específico de las organizaciones de servicios, la tangibilidad también debe ser considerada. Cuando se trata de atributos de calidad intangible la información es bastante ambigua, por lo que solo adquiere importancia el rendimiento percibido (modelo actitudinal). En cambio, con atributos tangibles esa información es menos ambigua y el procesamiento de información se vuelve más complejo. En este caso, tanto el rendimiento como la discrepancia (contraste) influyen sobre la satisfacción.

- **Teoría de la equidad:** Desde la teoría de la equidad se asume que la satisfacción depende de la comparación entre costos y beneficios que hacen los clientes cuando llevan a cabo una transacción. Por otro lado, la satisfacción no sólo está función de sus costes-beneficios sino también a partir de los de otras personas de su contexto social, lo que les lleva a juicios de justicia y satisfacción.

- **Teoría de la atribución causal:** Esta teoría incide en que los clientes realizan atribuciones acerca de las causas de los errores y virtudes de los servicios y bienes de consumo. La realización de estas atribuciones producirá una mayor o menor satisfacción. Desde la teoría de la atribución causal se observa que diferentes dimensiones como el locus de control, la estabilidad y el control a la hora de atribuir el resultado de la experiencia de uso, juegan un papel importante para entender la satisfacción de los consumidores y usuarios. Así por ejemplo cuando se produce un error, si el consumidor o usuario lo atribuye al producto, al servicio o al proveedor es más probable que aparezcan emociones relacionadas con el enfado, la repugnancia y el desprecio. Y al contrario, si se lo atribuye a él mismo, son más probables las emociones de culpabilidad y sorpresa. Por último, si se atribuye a la situación, son más probables las emociones de temor o tristeza (73).

B. Modelos afectivos

Frente a la postura cognitiva tradicional que concibe al ser humano como un procesador de información, se ha descrito otra que incluye lo afectivo. En este caso, el ser humano no es visto solo a partir de sus facultades para procesar información y valorar los atributos funcionales de un bien de consumo y/o servicio, sino también como un ser que busca y experimenta emociones.

En el contexto de la satisfacción con la atención de servicios existen dos supuestos que permiten su comprensión. Por una parte, se asume que existe un continuo que va de las transacciones cerradas (meros intercambios sobre cuestiones tangibles) a las transacciones abiertas (van más allá de mero intercambio, con una mayor implicación socioemocional de los trabajadores proveedores del servicio y usuarios). En este último tipo de transacción, las vivencias emocionales tienen una gran importancia a la hora de entender la satisfacción de los usuarios.

Por otro lado, un segundo supuesto establece la necesidad de que los trabajadores proveedores del servicio desarrollen un trabajo emocional para mejorar la calidad de servicio que prestan a los usuarios. Es decir, los empleados han de ser capaces de descifrar adecuadamente las emociones de los clientes y de expresar las emociones que éstos están esperando. En ocasiones, ello supone, por parte de los empleados, “representar” emociones que realmente no sienten, con las implicaciones negativas que puedan tener para sus personas (disonancia emotiva).

Habría dos tipos de servicio paradigmáticos donde lo emocional parece primar sobre lo cognitivo: las transacciones abiertas y los servicios basados en las credenciales (servicios profesionales). En el primer caso, se debe a la alta implicación de los trabajadores proveedores del servicio y usuarios así como la búsqueda de emociones por parte de estos últimos. En el

segundo caso, y debido a la inherente complejidad del servicio, el usuario se muestra en muchos casos incapaz de valorar los atributos de la calidad del servicio que se está ofreciendo. A falta de información con que evaluar el servicio, la respuesta afectiva se convierte en un factor primordial para entender la satisfacción.

En opinión de Martínez, Peiró y Ramos la investigación parece orientarse hacia una integración de lo cognitivo y lo afectivo. En ocasiones se opta por una postura post- cognitiva donde las respuestas afectivas que anteceden a la satisfacción son el resultado de un procesamiento cognitivo que tienen que ver con los acercamientos de la confirmación de expectativas y de la atribución causal. Dicho de otra manera, primero se da un procesamiento de la información y luego una respuesta afectiva. Por el contrario, la postura pre-cognitiva insiste que, en ocasiones, la respuesta afectiva precede a la cognitiva en la formación de la satisfacción. Esto ocurriría cuando el individuo no tiene experiencia con el servicio y/o bien de consumo y, por lo tanto, carece de información sobre el mismo, así como aquellas situaciones en que los atributos solo pueden evaluarse durante el acto de consumo y no previamente (72).

1.2.3.2. Dimensiones de la Satisfacción con la Atención de Salud

Según lo señala Mira y Aranz, inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del profesional médico; sin embargo, rápidamente se extendió la idea de que se trataba de un concepto multidimensional, proponiéndose diferentes dimensiones de la satisfacción. (30)

La orientación hacia conceptualizar la satisfacción con la atención de salud como un constructo multidimensional ha conducido al planteamiento de diversas tipologías. (30). Entre estas podemos citar a propuestas tales como:

- **Hulka** (1970), citó la competencia profesional del médico, su cualidad personal y los costos e inconvenientes de los cuidados prescritos (74).

- **Ware**, prefirió hablar de accesibilidad/conveniencia de los cuidados; disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados; eficacia/resultado de los cuidados; financiación y humanización; prestación de información al paciente; posibilidad de acceso a la información; competencia profesional; y ambiente favorecedor de los cuidados (75).
- **Wolf**, consideró tres dimensiones: cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); afectiva (interés y comprensión que demuestra); y comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del médico) (76).
- **Feletti, Firman y Sanson-Fisher**; proponen las dimensiones: competencia en el dominio físico, competencia en el dominio emocional, competencia en relaciones sociales, médico como modelo, cantidad de tiempo de consulta, continuidad de cuidados percibida, mutuo entendimiento en la relación médico-paciente, percepción del paciente de su individualidad, tipo y calidad de la información, y competencia en el examen físico del paciente. Estos tres autores llegaron empíricamente a la conclusión de que las dimensiones más importantes son: comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo) (77).
- En un clásico estudio realizado mediante meta-análisis, **Hall y Dornan** revisaron 221 estudios donde se halló que las dimensiones que se evaluaban habitualmente eran: Humanización de la asistencia (65%), Información facilitada (50%), Calidad de la atención en su conjunto (45%), Satisfacción en general (44%), Competencia técnica (43%), Procedimiento burocrático (28%), Accesibilidad o disponibilidad (27%), Costo del cuidado (18%), Facilidades de tipo físico (16%), Continuidad del cuidado (6%), Resultado del cuidado (4%), y Manejo de los problemas no médicos (3%) (78).

De las numerosas tipologías propuestas para clasificar los componentes de la satisfacción con la atención en salud, algunas de ellas han tenido amplia aplicabilidad, mientras que otras se han limitado a contextos específicos. La taxonomía de ocho componentes propuestos por Ware ha tenido gran aplicación para la investigación en salud pública, suficiente razón para orientar nuestro diseño de medición de la satisfacción con la atención prenatal. A continuación se describe las dimensiones propuestas por el citado autor:

- a. **Aspectos interpersonales:** características de la interacción de los prestadores con los pacientes: respeto, cortesía, interés y amistad, entre otros. Los aspectos interpersonales de la atención médica son vistos como uno de los principales componentes de la satisfacción. Dos aspectos son vistos particularmente como importantes: comunicación y empatía. (Moorey, McIver, citados por Sitzia y Wood).

En cuanto a la **comunicación**, la literatura señala la importancia sobre todo del intercambio de signos no verbales. La comunicación no verbal es a menudo el modo primario de transmitir las emociones y actitudes. La posición del cuerpo- la ubicación, distancia y postura- puede transmitir percepciones importantes de autoridad. Además se reportó que estos comportamientos no verbales, como asentir levemente con la cabeza hacen que los pacientes vean a los médicos como más cálidos y simpáticos. El contacto visual es particularmente importante al establecer una relación, ya que permite supervisar las reacciones y favorece la retroalimentación. Si no se logra este contacto visual, es probable que la naturaleza de la conversación se vuelva más formal, impersonal y breve (72).

Por otro lado, la **empatía** supone dos fenómenos: la capacidad cognitiva para ponerse en el lugar del otro y la capacidad para “co-sentir” las emociones del otro (usuario). Un profesional de salud será capaz de expresar las emociones que desea el usuario si desarrolla la capacidad de empatía y forma su identidad a partir del entorno (organización). Por el contrario, si el profesional de salud reafirma su posición sin tener en cuenta lo que esperan

los usuarios y la organización, difícilmente va a desarrollar la capacidad de empatía y no podrá realizar un trabajo emocional satisfactorio.

La expresión de las emociones que esperan los usuarios influye sobre la evaluación que realizan del servicio. Para ello, los trabajadores de salud han de ser capaces de ser empáticos con los usuarios e interpretar adecuadamente sus emociones para poder dar una respuesta satisfactoria (72).

Se ha manifestado que casi todos los encuentros descritos por los pacientes como “excepcionalmente buenos” estaban enfocados en aspectos como bondad, amigabilidad y apoyo emocional, en lugar del cuidado técnico. Esta evidencia parece sugerir que el profesional de salud se comunica bien cuando el paciente siente que se demuestra interés, comprensión y certeza (79). Se ha demostrado, también, que establecer una “alianza de trabajo” entre el médico y su paciente, caracterizada por la confianza y un sentido de responsabilidad, está fuertemente asociada con la adhesión de los pacientes y la satisfacción con el tratamiento (80).

- b. ***Calidad técnica de la atención:*** Está representada por la competencia de los profesionales de salud para expresar su adhesión a altos estándares de diagnóstico y tratamiento (p.ej: la minuciosidad, la exactitud, los riesgos innecesarios, que no se cometan equivocaciones, etc.).

Los pacientes parecen tener más confianza haciendo un comentario sobre la conveniencia, los costes y las cualidades personales de los profesionales que expresando su descontento con las habilidades de los mismos. Hay, sin embargo, evidencia sobre que los pacientes evalúan bastante bien los aspectos técnicos de cuidado o tienen un nivel razonable de conocimiento médico (79). No obstante, esta evaluación estaría en función al grado de conocimiento que presentan los pacientes sobre temas como medicina general y salud pública. Hecho que es variable según las distintas sociedades, donde las poblaciones pobres, por sus bajos niveles educativos, poseerían menores estándares de comparación.

Los investigadores manifiestan que la razón principal por la cual los estudios de satisfacción no dan énfasis a la importancia de la calidad técnica de la atención, es que los pacientes asumen un nivel básico de competencia en los procedimientos realizados por los profesionales sanitarios. Como resultado, las consideraciones relativamente menores, como la manera en que asiste el personal y el confort de los ambientes, toman una importancia dominante para la valoración de la satisfacción desde la óptica de los pacientes (61).

- c. **Accesibilidad./Conveniencia:** en el esquema de Ware et al., una definición amplia de “accesibilidad” incluye los aspectos como el acceso físico a los hospitales, los sistemas de citas, recepcionistas, cambio de médicos, visitas domiciliarias y tiempos de espera (61). El escaso aparcamiento, el transporte público y los tiempos de espera en los centros de salud se relacionaron también a la insatisfacción del paciente (81).
- d. **Aspectos financieros:** comprende aquellos factores relacionados con el pago por los servicios de salud.
- e. **Eficacia/resultados:** son los resultados de servicios previstos (p. ej: las mejoras obtenidas o el mantenimiento de salud).
- f. **Continuidad de la atención:** se refiere a la constancia del proveedor o del contexto de atención de la salud.
- g. **Ambiente físico:** los atributos ambientales en los que se proporciona la atención (p. ej: la claridad de la señalización, medios y equipos ordenados, ambiente saludable, etc).
- h. **Integralidad:** disponibilidad de recursos para la atención, relacionados a contar con suficientes instalaciones y personal para la atención de salud. (42)

1.2.3.3. Cuestionario como instrumentos de medición de la satisfacción

a. Naturaleza de la medición de la satisfacción a través del cuestionario.

En un clásico estudio de la satisfacción con la atención en salud Hall y Dornan revisaron 221 estudios, llegando a la conclusión de que la mayoría de los trabajos publicados hasta esa

fecha se realizaban a través de cuestionarios que contenían una media de 25 preguntas, habitualmente de elaboración propia (71%), y sugerían que un 81% de los encuestados se hallaban satisfechos.

En general, existen dos partes en cada ítem de satisfacción: el tallo y la respuesta. El primero, mide el atributo a ser evaluado; mientras que la respuesta refleja la evaluación del ítem. La literatura muestra que son diversos los enfoques que han sido utilizados para las categorías de respuesta de satisfacción tales como “excelente- a- pobre”, “muy satisfecho – a- muy insatisfecho”, y “muy de acuerdo – a – muy en desacuerdo ”. En un estudio de la satisfacción con pacientes externos (82), los investigadores hallaron que las escalas compuestas por el tipo respuesta señaladas en el primer enfoque, acompañado de un tallo neutro, son superiores a las escalas que miden la satisfacción directamente (ejemplo, muy satisfecho, poco satisfecho, insatisfecho). Esto se debería a que dicho tipo de ítem genera una mayor varianza, una distribución normal y tiende a estar más altamente relacionada con las la tendencia del comportamiento respecto al cuidado de la salud.

Ross y otros examinaron los niveles de variabilidad obtenidos a través de distintos métodos de medición. Estos autores concluyeron que al utilizar escalas de evaluación de la satisfacción con respuestas del tipo excelente-pobre, podría ser la mejor estrategia para solucionar los problemas del sesgo de deseabilidad y baja confiabilidad en las mediciones de satisfacción (83). En nuestro contexto, la mayoría de los cuestionarios se basan en una estructura de respuesta tipo Likert, esto permite ordenar los sujetos en base a sus respuestas a lo largo del continuo “favorable/desfavorable”.

Los cuestionarios de satisfacción presentan normalmente un formato multidimensional que incluye información sobre: empatía, tipo y cantidad de información que se le presta al paciente y familiares, competencia técnica del personal sanitario, facilidades de acceso, continuidad de

los cuidados, resultado percibido de la asistencia y otras cuestiones sobre confort de las instalaciones, complejidad burocrática del sistema y coste del tratamiento.

Por otro lado, entre los problemas que se han generado en la investigación se menciona a la medición de la satisfacción a través de un único ítem o medidas unidimensionales (por ejemplo, satisfacción general, con el tiempo de espera, etc.). También se reporta como debilidad el uso exclusivo de ítems a través de enunciados ya sean positivos o negativos, por tanto se recomienda el uso de ambos tipos de enunciados para balancear las escalas. Este tipo de problemas han conducido en una carente precisión para la prueba de hipótesis, comprometiendo de esta manera la validez de las mediciones.

En la práctica es posible hallar tantos modelos de cuestionarios con preguntas abiertas y generales (“¿cómo considera que ha sido tratado por el médico?”), como cuestionarios de preguntas estructuradas y ponderadas (“Cuando le explicó el médico lo que le ocurría: (a) lo comprendió perfectamente (3 puntos); (b) lo entendió a medias (2 puntos); (c) no llegó a entenderlo del todo (1 punto).

La proliferación de este tipo de instrumentos ha sido duramente criticada ya que solo unos pocos se basan en algún modelo teórico u ofrecen datos sobre su consistencia interna, sensibilidad y capacidad para discriminar los pacientes satisfechos de los insatisfechos. (59).

La mayoría de los estudios utilizan *cuestionarios de tipo general*, de menor utilidad cuando lo que se pretende es valorar la satisfacción del paciente con el resultado de la intervención terapéutica. Por esta razón, es posible encontrar estudios que utilizan únicamente aquellos ítems más directamente implicados en el tipo de evaluación que se desea realizar. Ejemplos de estos cuestionarios de carácter general son: Escala de Satisfacción con la Entrevista Médica (Medical Interview Satisfaction Scale), Cuestionario de Hulka et al, VSQ (Visit-Specific Satisfaction Questionnaire) de Ware y Hays, el cuestionario PSQ (Patient Satisfaction Questionnaire) de Ware, el cuestionario de satisfacción con la atención primaria de Feletti,

Firman y Sanson-Fisher, PJHQ(Patient Judgements of Hospital Quality), o la Encuesta de Experiencias del Paciente.

Alternativamente, se han publicado estudios interesantes, especialmente en los cuatro últimos años, en los que se desarrollan instrumentos de medida de la satisfacción de carácter más específico, orientados a contextos o procesos de enfermedad concretos. Ejemplos de estos estudios podrían ser los siguientes: dirigidos a pacientes con hiperplasia prostática, quimioterapia, insuficiencia cardíaca, reumáticos, con pacientes a las que se haya practicado una mamografía, con la atención continuada en primaria, o con el consentimiento informado. En general, puede afirmarse que la medida de la satisfacción, entendida como evaluación del resultado de la efectividad terapéutica por parte del paciente, comienza a ser práctica habitual en muchos estudios; no obstante, la forma en que se realiza esta evaluación difiere entre una o dos preguntas directas sobre satisfacción experimentada por el paciente a cuestionarios más o menos complejos de carácter multidimensional, siendo siempre recomendable atender a sus propiedades psicométricas antes de decidirse por cualquiera de ellos.

Sí existe, en cambio, mayor acuerdo al afirmar que lo mejor es combinar en los cuestionarios preguntas de índole más general sobre percepciones de los pacientes acerca del tratamiento, proceso asistencial o resultado alcanzado, junto a otras cuestiones de carácter más específico que cuestionan si se le han realizado al paciente determinadas prácticas durante la consulta o la estancia hospitalaria, si se han adoptado las precauciones adecuadas o si el proceso sigue las pautas habitualmente consideradas de buena praxis.

El diseño y validación de cuestionarios para estimar la satisfacción del paciente sigue una serie de recomendaciones más o menos estandarizadas: identificación de las dimensiones de la satisfacción; selección de ítems adecuados; determinar el método que se seguirá para cuantificar la valencia de cada dimensión; y análisis de fiabilidad y validez del instrumento. Sin embargo,

estas recomendaciones no siempre se siguen por lo que en ocasiones las medidas de la satisfacción del paciente que se realizan adolecen de la sensibilidad, validez y fiabilidad.

Otros problemas metodológicos que son fáciles de hallar en muchos de los estudios publicados son: dificultades en la interpretación de los resultados debidos a una inadecuada redacción de las preguntas, habitualmente por recurrir con mucha constancia a la jerga médica; la dificultad que supone conocer las expectativas de los pacientes; la insuficiencia de los tamaños muestrales con tasas de respuesta que solo excepcionalmente superan el 40%, lo que implica problemas de representatividad y dudas acerca de si son los pacientes más insatisfechos o más satisfechos quienes responden; momento inapropiado para realizar la evaluación (por ejemplo, inmediatamente después de salir de la consulta)¹; utilizar un medio inadecuado para la población que se desea encuestar (por ejemplo el teléfono en el caso de población mayor); dudas sobre la reproducibilidad del estudio; escasa difusión de los resultados que se obtienen; o emplear estadísticos demasiado sensibles a distribuciones asimétricas.

Por último, no debemos olvidar los estudios de marcado acento crítico hacia este tipo de evaluaciones, cuestionando su solidez teórica, los contenidos de muchos de los instrumentos y, especialmente, el rigor metodológico con que se han realizado muchas de las evaluaciones (84,85,86). Más aún, otra limitación que fundamentalmente se le ha achacado a este tipo de evaluaciones es que, salvo excepciones, no han servido para introducir mejoras en los procesos asistenciales.

b. Sesgos de evaluación en el uso de la encuesta para la medición de la satisfacción de la salud.

Un problema claramente planteado por la literatura internacional establece que existe una importante tendencia de los usuarios entrevistados a manifestar elevados porcentajes de

¹ No existe una clara recomendación a favor de un sistema u otro, aunque para realizar la fase de encuesta se recomienda, en ambos casos, que al menos hayan transcurrido 15 días desde el alta.

satisfacción de la atención (87,88). En el medio, Cortez, al reflexionar sobre los elevados porcentajes de satisfacción de los usuarios 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, respecto a las carencias y limitaciones anteriores, que el paciente expresa el beneficio obtenido como satisfacción, a pesar de existir manifestaciones objetivas de diversos niveles de ausencia de confort (89).

Vicuña y colaboradores encuentran evidencia empírica al analizar la satisfacción inmediata después de la consulta de los usuarios del primer nivel de atención del Ministerio de Salud (MINSA), que apuntan a confirmar la hipótesis de Cortez, 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 (90).

Varios aspectos psico-sociales pueden afectar las expresiones de satisfacción de los pacientes. Uno de ellos es el *sesgo de deseabilidad social*, en que los pacientes pueden informar una satisfacción mayor a la que realmente sienten porque sus respuestas reflejan, más que una percepción, un deseo o aspiración, debido a que estos comentarios positivos son más aceptables para los administradores de la salud.

De modo similar, el *sesgo de cortesía* ocurre cuando los pacientes usan el estudio de satisfacción para complacer a los investigadores o los profesionales de la salud, sobre todo si existe alguna reserva sobre el anonimato de los pacientes (91). También, algunos investigadores han sugerido que los pacientes puedan ser reticentes a quejarse por miedo a un trato desfavorable en el futuro (24)

Relacionado al sesgo de cortesía se ha descrito el *sesgo de autointerés*, que se relaciona a que la mayoría de los programas sociales –dentro de los que se incluye a los servicios de atención sanitaria- actúan como proveedores; por ello es probable que los clientes perciban que las expresiones de satisfacción contribuirán a la continuación de los servicios, lo cual retornará en su propio interés.

Otro aspecto a considerar se relaciona a que la obtención de una valoración positiva en un estudio de satisfacción no debe interpretarse como un indicador de que esa atención fue “buena” sino simplemente que nada “sumamente malo” ocurrió. Esto se conoce como la teoría de la insatisfacción y fue postulada por Williams. Este autor aconsejó a los investigadores que prestaran mayor atención a las expresiones de descontento y a las maneras de valorar éste aspecto, en lugar de desarrollar y refinar instrumentos que repetidamente muestran niveles altos de satisfacción (61).

Además, los clientes tienden a callar su insatisfacción en materia de servicios, porque la mayor parte de estos requiere la intervención de una persona; expresar su descontento equivale, a los ojos del cliente, a incriminar a alguien o colocarlo en una situación difícil. Es mucho más sencillo reclamar un producto defectuoso, que protestar sobre la labor de un camarero poco diestro o poco amable; esto, en materia de servicios, es considerado como grave ya que el cliente rara vez concede una segunda oportunidad. Un cliente no satisfecho en su primera experiencia es, casi siempre, un cliente perdido (92).

La inconsistencia entre la percepción de los usuarios y los reportes de disfunciones o quejas, ha sido también encontrada en estudios similares, tanto en la región andina (93) como en otros países en América Latina (94, 95).

Por otro lado, algunos investigadores explican la falta de objetividad de los usuarios para percibir condiciones concretas de atención en todo un conjunto de mediaciones culturales y sociales (96, 97, 98). Ello es más evidente en situaciones que tienen que ver con intervenciones

de salud relacionadas a problemas con compromiso de la vida o acciones médicas de alta valoración, como la atención del nacimiento; de allí que, en diversos estudios de calidad de la atención prenatal en la consulta externa, existen diversos niveles de insatisfacción de las usuarias (90) comparados con elevados porcentajes de satisfacción en otros servicios de internamiento en hospitales del MINSA (99, 100).

1.2.4. El control prenatal ó Atención prenatal

Se entiende por control prenatal al conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbilidad materno perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y el cuidado de su hijo. De esta forma, se podrá disminuir el riesgo de morbilidad en la madre y el recién nacido (101).

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un ambiente físico con iluminación y temperatura adecuada, camilla o mesa ginecológica, tensiómetro, balanza de pie, cintas obstétricas, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud (101). Sin embargo, el control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. En conclusión, esto implica en dar importancia a la calidad de la atención del control prenatal.

1.2.4.1. Calidad en el control prenatal

Antes de orientarse hacia la satisfacción con la atención prenatal, se ha considerado pertinente dar una breve mirada a la importancia de la gestión de la calidad en los procesos del control prenatal. Así, se considera que dicha gestión implica captar las exigencias y necesidades de las madres, de tal modo que se permita formular alternativas de atención que respondan a sus

características personales. De este modo, se tendrá una mayor capacidad institucional para lograr el mejoramiento de la calidad de atención tanto desde el punto de vista técnico, educativo, informativo y del desarrollo del recurso humano. Asimismo, la calidad del control prenatal involucra la creación o adopción de normas formales de calidad, como el establecimiento de protocolos de tratamiento y pautas de actuación clínica por los ministerios de salud, organizaciones profesionales o las propias instalaciones de salud.

De manera general, la preocupación por la calidad de la atención en el embarazo que se realiza desde la atención primaria ha sido una constante desde las experiencias iniciales. Se observa que el cumplimiento de criterios de buena práctica descritos en las guías o los protocolos de referencia varían entre el 40 y el 99%, y el diseño de ciclos de mejora sobre las deficiencias detectadas se han mostrado ser efectivos (102).

Cuando una paciente está embarazada y solicita una cita de control prenatal, asume la capacidad científica y de información del profesional que la atiende. ¿Qué factores pueden hacer que la confianza por ese profesional aumente o disminuya? Diferentes estudios en salud han descrito algunos aspectos que influyen en el incremento de esta confianza. Así por ejemplo, se pretende lograr una mejor calidad en la atención de la paciente tomando en consideración a dos componentes: la calidad objetiva y la calidad subjetiva.

Calidad objetiva: Es lo que la institución de salud o el profesional de salud ofrecen a todo lo que la evidencia clínica sugiere que se debe hacer en cada caso y se cuantifica con cinco variables:

- Integridad: Solucionar el problema de la gestante.
- Contenido: Hacer todo lo que haya que hacer.
- Destreza: Hacerlo bien.
- Oportunidad: Hacerlo a tiempo.

- Eficiencia: Cuidado de los recursos que se utilizan en el control prenatal; carné, exámenes de laboratorio y ecografías tienen un costo para la red de salud pública y los cuales se necesitan en cada cita de control prenatal.

Calidad subjetiva: Es la sensación o evaluación personal que tiene la gestante del servicio que está recibiendo, sensación que será afectada por múltiples factores del entorno: comentarios, comodidad, información u orientación recibida durante el proceso de educación prenatal y la relación interpersonal con el personal de salud. El principal impacto sobre la calidad subjetiva lo da el servicio de control prenatal. Las encuestas hechas a las usuarias de los servicios de salud muestran en su orden lo que las pacientes desean del profesional que las atiende:

- Disponibilidad.
- Prontitud.
- Apariencia.
- Minuciosidad.
- Respeto.
- Interés en el proceso de educación prenatal: orientación, información y asesoría.
- Integridad.

1.2.4.2. Determinantes de la satisfacción con el control prenatal

En el año 1988 Hall y Dornan, a través de un meta-análisis de poco más de 200 estudios empíricos en su mayor parte descriptivos realizados en consultorios clínicos ambulatorios, comunicaron que el nivel promedio de satisfacción de las gestantes con la atención de salud fue del 76% (69). Por su parte, Bronfman halló que, al comparar el trato recibido durante la consulta y la satisfacción manifestada por la paciente, parece claro que la realización de las **maniobras clínicas completas**, así como la garantía de comodidad, confidencialidad y privacidad son muy importantes para muchas de las pacientes (10).

Según la literatura, las mujeres gestantes brindan una alta valoración a las atenciones de salud donde se brinde “*orientación plena en cuanto a los cuidados*”; y un trato que vislumbre respeto e “*interés de los médicos por sus emociones y sentimientos*” (6).

Esto también ha sido confirmado en el medio nacional a través de la evaluación del programa de salud denominado Proyecto 2000, donde se halló que la mejor aceptación y satisfacción con el servicio está en relación con la orientación hacia una relación de cordialidad, buen trato y respeto entre el proveedor y el usuario, la mayor comunicación e información entre personas y la mejor accesibilidad administrativa. (19): Asimismo, se considera que la **continuidad en la atención** es importante para el fortalecimiento de la satisfacción interpersonal entre las gestantes y el profesional de salud.

Por otro lado, existen planteamientos que consideran que la percepción que tienen las gestantes de haber recibido un buen trato tiene una relación directa con su **nivel socio-económico** y su **escolaridad**. No obstante, Murrillo, al referirse a la satisfacción general con el servicio señala que ésta no guarda relación con la capacidad que tiene el profesional de salud para solucionar la problemática clínica de la gestante, y se asocia más fuertemente con la baja escolaridad y la pobreza (8).

Respecto al **tipo de profesional** que ejerce la atención prenatal, diversos estudios concluyen que la efectividad clínica de la atención proporcionada por el médico de familia y el personal obstetra es similar a la prestada por los especialistas en ginecología y obstetricia; asimismo, genera una mayor satisfacción y tiene una mejor relación coste-efectividad (9).

El papel del **tiempo de espera para ser atendido** tiene gran relevancia para la satisfacción con atención de salud en general y satisfacción con la atención prenatal, en particular (10). No obstante, también se reportan estudios donde se considera que la satisfacción con el tiempo de espera podría estar independientemente asociada a la calidad de atención.

Por otro lado, estudios como el de Kajuri en Irán informan que existe una mayor satisfacción con la atención prenatal en gestantes primigestas en comparación con otros grupos de gestantes; asimismo, las mujeres de menor edad estuvieron más satisfechas con la accesibilidad del establecimiento (103).

De lo expuesto, se ha considerado que el incremento de la satisfacción con el control prenatal de las usuarias está en función de la comprensión que los profesionales y gerentes de salud tengan sobre las peculiaridades de las gestantes, tanto en su contexto social como individual.

1.2.4.3. Utilización del modelo de Ware para el estudio de la satisfacción con el control prenatal

El interés por la medición de satisfacción con los servicios de salud ha sido un tema de estudio iniciado a mediados del siglo XX en los contextos de investigación como intervención de la salud pública. No obstante la creciente producción que se ha venido teniendo en este tipo de medición, han surgido críticas constantes hacia la objetividad de estos procesos de evaluación. Frente a dicho escenario, Ware (1977) (104) planteó un modelo de medición de la satisfacción que tuviera un apropiado respaldo empírico.

Para esto, identificó más de 100 artículos o informes sobre satisfacción con los servicios de salud, publicados durante un periodo de 25 años. Así, confirmó la creencia que la satisfacción del paciente es un concepto importante. La elaboración de la Patient Satisfaction Questionnaire de Ware (**PSQ**) tuvo una duración de cuatro años en la cual los investigadores probaron inicialmente 900 ítems para utilizarlos en la población general. Los 68 ítems de la PSQ (Versión II) fue luego probada en cuatro muestras promedio de 323 a 640 evaluados. Incluyó diversas preguntas en cada dimensión de la satisfacción y utilizó una escala de respuesta tipo likert de 5 niveles (de muy en desacuerdo a muy de acuerdo). Este tipo de diseño de evaluación ha llevado a considerar que no tendremos seguridad de las conclusiones a las que podamos llegar a partir

de los estudios de la satisfacción de salud sin antes no tomamos en cuenta la calidad del proceso de medición empleado.

La meta del estudio meta-analítico de Ware se orientó en lograr los siguientes objetivos:

- Definir el concepto de satisfacción del paciente e identificar las principales dimensiones desde el contenido de los instrumentos de investigación disponibles.
- Evaluar el estado del arte de la medición de la satisfacción del paciente, centrándose específicamente en la confiabilidad y validez de las mediciones informadas.
- Evaluar la utilidad del concepto satisfacción del paciente como una variable independiente y dependiente en la investigación de la salud y la atención médica.

El proceso de construcción que ha utilizado Ware para la elaboración de su escala de satisfacción con la atención de salud, explica por qué en la actualidad es considerado como uno de los instrumentos más utilizados en el campo de la investigación de la salud pública.

Las ocho dimensiones de la satisfacción propuestas por Ware:

- ***El arte del cuidado.*** – La dimensión de la satisfacción más frecuentemente evaluada corresponde a la cantidad de “cuidado” mostrado hacia los pacientes, que es un aspecto de la conducta del proveedor. En el aspecto positivo de esta dimensión de la satisfacción, los ítems del cuestionario se centran en las características del proveedor tales como preocupación, comprensión, amigabilidad, paciencia y sinceridad. En el lado negativo, la satisfacción con el arte del cuidado es evaluado a través de términos tales como: brusquedad, falta de respeto, y la medida en que los proveedores avergüenzan, hieren, insultan o preocupan innecesariamente a sus pacientes.
- ***Calidad técnica del cuidado.***- Esta dimensión, que pertenece a la conducta del proveedor, se centra en la competencia del proveedor y su adherencia a altos estándares de diagnóstico y tratamiento. Los ítems evalúan la percepción del paciente respecto a la

calidad técnica en términos de habilidades o destrezas que poseen los proveedores y la confiabilidad técnica y modernidad de los equipos e instalaciones. En el aspecto positivo, los ítems del cuestionario brindan referencia de la habilidad, precisión, experiencia, minuciosidad y capacitación de los proveedores así como la medida en que brindan atención a los detalles, evitan los errores, brindan buenos diagnósticos y explican con claridad lo que se esperan sus pacientes. Además de muchos de los antónimos a estas características, el lado negativo del continuum está también definido en términos de defectos en equipamiento y las instalaciones, sobre prescripción médica, terapias desactualizadas y la tendencia a tomar riesgos innecesarios.

- **Accesibilidad/conveniencia.**- En esta dimensión están incluidos todos los factores que participan en el proceso de organizar o fijar la atención médica. Entre las variables de la accesibilidad/conveniencia que han sido estudiadas con más frecuencia destacan el tiempo y esfuerzo requerido para conseguir una cita, distancia o proximidad hacia el establecimiento de salud, tiempo y esfuerzo para llegar al lugar donde se brinda la atención de salud, conveniencia de la ubicación del establecimiento de salud, horas del día en que puede recibir la atención en salud, tiempo de espera en el lugar donde se recibe el cuidado, las posibilidades de obtener ayuda a través del teléfono y si la atención puede ser recibida en el hogar del paciente.
- **Costo o recursos financieros.**- Posibilidad para pagar por los servicios o concertar un pago es un factor importante en la recepción de la atención. Los aspectos financieros del acceso a los servicios son una dimensión particular de la satisfacción del paciente y se definen según el costo monetario del tratamiento (las tarifas en los sistemas de honorarios por los servicios prestado y el monto de recarga en la atención de salud prepagada), la flexibilidad de los mecanismos de pago (ejemplo, acuerdos para pagos aplazados, aceptación de tarjetas de crédito) y la extensión del cobertura del seguro. Los costos de oportunidad son vistos como aspectos no financieros del acceso.

- ***Ambiente físico.***- La Satisfacción con el ambiente físico donde se brinda atención ha sido estudiado normalmente en los establecimientos de hospitalización. Esta dimensión también puede ser medida con respecto a la atención externa si los establecimientos y servicios son específicos. Las fuentes de satisfacción con el ambiente de atención incluye el agrado general del ambiente, la comodidad de los asientos, nivel de atracción o encanto de las salas de espera, claridad de las señales e instrucciones, buena iluminación, silencio, limpieza, orden de las instalaciones y equipos.
- ***Disponibilidad.***-Satisfacción con la disponibilidad de los servicios de salud y médicos y con los proveedores raramente ha sido evaluada en los estudios publicados. La medición de esta dimensión normalmente se orienta en saber si existe un suficiente número de médicos, enfermeras, y otros proveedores, y del número de establecimientos existentes en el área tales como hospitales, clínicas, etc.
- ***Continuidad de la atención.***- La continuidad de la atención, o la regularidad de las fuentes de atención, es otra dimensión de la satisfacción del paciente que no ha sido evaluada frecuentemente. Se define de manera general en términos de regularidad de la atención en el mismo establecimiento, lugar o por el mismo proveedor, o (menos frecuente) en términos de disponibilidad de un registro médico continuo en todas las visitas de atención.

- ***Eficacia/resultados de la atención.***- La satisfacción con la eficacia y resultados de la atención son medidos en términos de percepción de la utilidad que tienen los proveedores de la atención de salud y de los regímenes de tratamiento para promover o mantener el estado de salud. En la terminología del “*locus del control*”, una percepción favorable respecto a la eficacia indica una creencia que los resultados de un estado de salud deseable están bajo el control o influencia del proveedor, ejemplo, los doctores ayudan a sus pacientes al curarlos, aliviarlos del sufrimiento, y/o previniéndoles de la

enfermedad. Esta dimensión ha sido medida con menos frecuencia en los estudios de satisfacción de los pacientes. En cuanto al valor metodológico de esta propuesta, Ware señala que más que la validez – que los ítems parezcan medir las mismas o diferentes dimensiones de satisfacción de los pacientes que por teoría considera medir- , la presente taxonomía asume que las cualidades de los proveedores y servicios dentro de cada dimensión están lógicamente y empíricamente inter-relacionados. Por otro lado, dimensiones adicionales han sido agregadas a la taxonomía propuesta por Ware cuando se tiene la certeza de que aportan con información específica acerca de la satisfacción e insatisfacción con los servicios de salud. De este modo, se asume que las dimensiones principales no son redundantes. Esto, en términos empíricos, quiere decir que la asociación entre las mediciones de la misma dimensión debería ser mayor que la asociación con las mediciones entre las distintas dimensiones, y que las dimensiones no deberían solaparse entre ellas.

No obstante el respaldo teórico y metodológico que caracteriza al PSQ de Ware, este instrumento no ha sido creado para evaluar la satisfacción en un escenario particular o para un tipo de atención específico. Esto ha llevado a Raube, Handler y Rosenberg (1998) a desarrollar una escala de satisfacción con atención prenatal a partir del modelo de satisfacción de atención de salud propuesto por Ware.

La escala de satisfacción con la atención prenatal de Raube et al. (1998) utiliza un tipo diferente de categoría de respuesta tales como “excelente- a –pobre. Esta escala toma en consideración las dimensiones de la PSQ, a excepción de las dimensiones continuidad y la de costos o recursos financieros. Esto debido a las características de la población de estudio, mujeres pobres pertenecientes a un programa de salud gratuita. (56)

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

2.1. Hipótesis

- H1. Existe relación significativa entre la satisfacción con la atención prenatal y las características socio-demográficas edad, grado de instrucción.
- Ho1. No existe relación significativa entre la satisfacción con la atención prenatal y las características socio-demográficas edad, grado de instrucción.
- H2. Existe relación significativa entre la satisfacción con la atención prenatal y las características obstétricas edad gestacional, número de control prenatal, número de embarazos, equipamiento del servicio y tiempo transcurrido desde la última atención.
- Ho2. No existe relación significativa entre la satisfacción con la atención prenatal y las características obstétricas edad gestacional, número de control prenatal, número de embarazos, equipamiento del servicio y tiempo transcurrido desde la última atención.

2.2. Objetivos

General

Determinar la relación entre la satisfacción con la atención prenatal y las características socio-demográficas y obstétricas de las gestantes atendidas en establecimientos urbanos- marginales de la Red de Salud Cajamarca en el año 2012.

Específicos

1. Describir los niveles de satisfacción con la atención prenatal en gestantes de los establecimientos de salud urbano- marginales de la Red de Salud Cajamarca.
2. Identificar el nivel de influencia de los factores determinantes de la satisfacción con la atención prenatal en gestantes de los establecimientos de salud urbano- marginales de la Red de Salud Cajamarca.
3. Determinar la relación que existe entre la satisfacción con la atención prenatal y las características socio-demográficas edad, grado de instrucción de las gestantes atendidas en establecimientos urbanos- marginales de la Red de Salud Cajamarca.
4. Determinar la relación que existe entre la satisfacción con la atención prenatal y las características obstétricas edad gestacional, número de control prenatal, número de embarazo, equipamiento del servicio y tiempo transcurrido desde la última atención de gestantes atendidas en establecimientos urbanos- marginales de la Red de Salud Cajamarca.

2.3. Definición y operacionalización de variables de investigación

Tabla 2. Operacionalización de variables

VARIABLES	Definición	Indicadores	Escala de medición	Índices
Satisfacción General con la atención prenatal	Juicio de valor expresado por la gestante respecto a su conformidad con la atención prenatal recibida en el establecimiento de salud y que es determinado por factores tanto afectivos como cognitivos.	Satisfacción con: <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades comunicativas y empatía del profesional de obstetricia. Ítems (12, 14, 15, 16, 17, 19 y 21) que integran la Escala de Satisfacción con la Atención Prenatal de Raube et al (1998). - Eficiencia administrativa y atención de los trabajadores en general Ítems (2, 3, 5, 8, 13 y 22) que integran la Escala de Satisfacción con la Atención Prenatal de Raube et al (1998). - Tiempo de espera y accesibilidad Ítems (6, 10, 11, 18 y 20) que integran la Escala de Satisfacción con la Atención Prenatal de Raube et al (1998). - Calidad de intervención del profesional de obstetricia Ítems (4, 7 y 9) que integran la Escala de Satisfacción con la Atención Prenatal de Raube et al (1998). 	Intervalo	Muy pobre Pobre Buena Muy buena

Características socio-demográficas de la gestante	Características personales que permiten la asignación de las gestantes a distintos grupos sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Grado de instrucción 	Intervalo Ordinal	12 a17Años 18 a 29 años 30 a 49 años Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleto Superior completo
Características obstétricas de la gestante	Características que permite tener un conocimiento general del embarazo o historia obstétrica de la gestante.	<ul style="list-style-type: none"> - Edad gestacional - Número de control prenatal - Número de embarazos - Equipamiento de servicio - Tiempo transcurrido desde la última atención 	Ordinal De razón De razón Ordinal De razón	Meses Veces Veces Dopler Ecógrafo ninguno de los anteriores semanas

FUENTE: Elaboración propia a partir del modelo de operacionalización de de Boudon y Lazarsfeld (84) y las escalas de medición de Stevens (85)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo observacional, también conocido como no-experimental. El análisis de las variables de estudio se desarrolló a través de procesos cuantitativos del tipo descriptivo-correlacional. Asimismo, la información recolectada se fundamenta en base a datos primarios obtenidos en un solo periodo de observación, hecho que califica el diseño de prospectivo-transversal.

3.2. Ámbito de estudio

El ámbito de estudio correspondió a la población urbano- marginal de la ciudad de Cajamarca. La ciudad de Cajamarca se halla a 2 720 m.s.n.m., presenta dos estaciones bien marcadas, la estación seca, de abril a noviembre, y la estación lluviosa, de diciembre a marzo.

De acuerdo al último censo realizado (2007), el número de habitantes de la región Cajamarca fue de 1 millón 455 mil habitantes. Habiéndose incrementado en 157 Mil 366 habitantes entre el periodo intercensal 1993-2007, equivalente a 11 Mil 240 habitantes por año. Para el caso de la provincia de Cajamarca su población asciende a 375227 habitantes.

La tasa de crecimiento censal indica que la población del departamento de Cajamarca ha presentado un crecimiento promedio anual de 0,8% durante el periodo 1993–2007.

Por otro lado, el último censo ha mostrado que Cajamarca, a pesar de seguir siendo una región eminentemente rural, también está siendo afectada por el fenómeno de urbanización que viene ocurriendo en el país. Así, el censo del año 2007 permite observar un mayor incremento de la población censada urbana (de 24,7% en 1993 a 32,7% en el año 2007) y una disminución

de la población censada rural (de 75,3% en 1993 a 67,3% en el año 2007). De acuerdo con el censo 2007, la población urbana del departamento se incrementó a una tasa promedio anual de 2,7%. En cambio, la población rural censada disminuyó a una tasa promedio anual negativa de 0,1%.

El nivel educativo logrado por la población de 15 y más años de edad ha mejorado tanto para los hombres como para las mujeres. Así, según los resultados del Censo del 2007, los hombres con educación superior alcanzan el 14,7% y las mujeres el 12,3%. El porcentaje de mujeres con algún año de educación secundaria es de 20,8%.

Si bien se viene acortando la diferencia entre hombres y mujeres en los niveles educativos, existe todavía un 24,2% de mujeres sin ningún nivel educativo, esa cifra es mayor en 16,3 puntos porcentuales que la de los hombres (7,9%).

La minería constituye el principal rubro económico de la región, lo que ha traído el aumento de los conflictos socio-ambientales.

El ingreso promedio en la región es de 736.9 nuevos soles, asimismo el ingreso promedio desde el año 2002 hasta el 2007 se mantenía casi constante, aunque es demasiado bajo como para cubrir la canasta básica familiar.

En base a las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el INEI ha calculado el nivel de pobreza en la región, el 2007 la pobreza afectaba al 64,5% de población de la región. El 31% de la población vivía en la pobreza extrema. Las diferencias espaciales y sociales son aspectos asociados entre sí, ya que aquellos sectores de menores ingresos son en general, los que ocupan las tierras más deterioradas en el área rural y las áreas más insolubles en las áreas urbanas. (107)

3.3. Población y muestra

La población de estudio fueron las gestantes que se atienden en los centros y puestos de salud de la zona urbano- marginal de la ciudad de Cajamarca. Según registros de la Red de Salud Cajamarca dicha población asciende a 3910 (suma la población de los ocho establecimientos de salud).

Por otro lado, la muestra de estudio fue determinada a través de una selección no probabilística de tipo intencional. Así, de los ocho establecimientos de salud que figuran como urbano marginales se eligió a tres de ellos:

1. Puesto de Salud La Tulpuna
2. Centro de Salud Simón Bolívar
3. Centro de Salud Pachacutec

El número de gestantes correspondientes a los tres establecimientos de salud elegidos, según población asignada por el INEI para el año 2011, es de 2288.

Cálculo tamaño muestra:

Se decidió llevar a cabo el estudio mediante una muestra proporcional al tamaño del estudio. Asimismo, se eligió un tamaño mínimo de la muestra que garantice la estimación de la proporción de gestantes que se encuentren satisfechas (70%) o insatisfechas con la atención prenatal (30%) (24), con un 95% de confianza y admitiendo un error máximo tolerable en las estimaciones de 3%. La proporción de satisfacción con la atención prenatal fue determinada en función de los antecedentes de investigación respecto a la satisfacción con la atención en salud.

Fórmula de Cálculo y supuestos:

$$Z=1.96 \text{ (Coeficiente al 95\% de confiabilidad; suponiendo normalidad)}$$

P=0.70 (Proporción de gestantes satisfechas con la atención prenatal en establecimiento de salud.

Q=0.30 (Proporción de gestantes no satisfechas con la atención prenatal en establecimiento de salud)

E= Error máximo tolerable en las estimaciones = 0.03 ó 3%

$$n = \frac{Nz^2pq}{(N-1)E^2 + z^2pq}$$

$$n = \frac{572(1.96)^2(0.7)(0.3)}{571(0.03)^2 + (1.96)^2(0.7)(0.3)} \Rightarrow 349.4$$

La muestra es estratificada y se distribuye de la siguiente manera:

Tabla 3. Distribución de la muestra estratificada

<i>Establecimientos de salud</i>	<i>Población anual asignada por el INEI</i>	<i>Población estimada trimestral meses junio, julio y agosto del 2012</i>	<i>Número de gestantes que conforman la muestra</i>
Puesto de Salud La Tulpuna	578	145	90
Centro de Salud Simón Bolívar	932	233	154
Centro de Salud Pachacutec	778	194	105
<i>Tamaño total de la muestra</i>	2288	572	349

Unidad de análisis y observación: Es la gestante que controla su embarazo en los establecimientos de salud que conforman el estudio.

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión

<i>Criterios de Inclusión</i>	<i>Criterios de Exclusión</i>
<ul style="list-style-type: none">- Gestantes que reciban atención de control prenatal en los establecimientos de salud urbano- marginal de la ciudad de Cajamarca en el periodo de junio a agosto 2012.- Tener la aceptación voluntaria de la gestante de su participación en el estudio.- Gestantes con capacidad lectora y/o auditiva para ser encuestados.- Gestantes afiliadas al Seguro Integral de Salud.	<ul style="list-style-type: none">- Gestantes que no reciban atención de control prenatal en los establecimientos de salud urbano-marginal de la ciudad de Cajamarca en el periodo de junio a agosto 2012.- Gestantes que presentan trastornos de salud mental.- Gestantes que tengan complicaciones obstétricas de su proceso de embarazo.- Gestantes con otro sistema de seguro o no afiliadas al SIS.

Procedimiento de selección de los objetos de estudio: Se estudió a las gestantes que acudían a su control prenatal, indistintamente del periodo gestacional, en los meses de junio a agosto del 2012, fuera de los consultorios de obstetricia, previa entrevista con la gestante y con el consentimiento informado oral.

3.4. Técnicas e instrumentos

Se utilizó como técnica la Entrevista Estructurada y como instrumento de recolección de datos el Cuestionario. Éste incluyó una sección correspondiente a información general del establecimiento, datos socio-demográficos y obstétricos de la gestante así como los ítems que integran la Escala de Satisfacción con la Atención Prenatal propuestas por Raube y colaboradores (1998).

Tomando en consideración que las gestantes gozan de un seguro de salud gratuito, que garantiza la continuidad del servicio, se optó por descartar las sub escalas de costo y continuidad propuesta por Raube y colaboradores. Esta escala de evaluación se compone, en su planteamiento original, de las siguientes dimensiones:

Tabla 5. Dimensiones de la satisfacción con la atención prenatal según Raube y cols.

<i>Dimensiones</i>	<i>Número de ítems</i>
Arte del cuidado	4
Calidad técnica del cuidado	4
Accesibilidad	3
Ambiente físico	3
Disponibilidad	2
Eficacia de la atención	6
Total de ítems	22

Dada la necesidad de traducir la Escala de Raube al Castellano, se requirió del desarrollo de un estudio piloto que permita confirmar la pertinencia del uso de la Escala, para ello se aplicó el cuestionario a un grupo de 30 madres gestantes cuyas características socio demográficas son similares a la muestra del Centro de Salud Magna Vallejo, que permitió confirmar un apropiado nivel de confiabilidad de la prueba ($\text{Alfa} = 0.70$). Asimismo, se halló que las dimensiones de satisfacción con la atención prenatal evalúan dimensiones distintas a las propuestas por Raube, reduciéndose sólo a cuatro dimensiones, teniendo que excluirse un ítem de la escala inicial por su bajo nivel de discriminación (*Si se pone a pensar en el tiempo que necesita para llegar al puesto de salud desde su casa ¿Qué opina de la atención... ?*) (Ver

Tabla 6. Escala de satisfacción con la atención prenatal luego de su análisis psicométrico a través de estudio piloto (n = 30)

DIMENSIONES	ÍTEMS	Nº ÍTEMS
Habilidades comunicativas y empatía del profesional de obstetricia	15, 14,16,19,17,21, 12	07
Eficiencia administrativa y atención de los trabajadores en general	13, 8, 22,5,3,2	06
Tiempo de espera y accesibilidad del servicio	11, 20, 10,6,18	05
Satisfacción con la intervención del profesional de obstetricia	7, 4, 9	03
TOTAL		21

Para la obtención de los niveles de satisfacción se utilizó el modelo de calificación de Likert; es decir se obtuvieron las puntuaciones promedio de todas las gestantes respecto a la prueba total y en las respectivas dimensiones. La calificación del nivel de satisfacción de las gestantes se realizó a través de los siguientes rangos:

Menos de 1.5 puntos : muy pobre

De 1.6 a 2.5puntos : pobre

De 2.6 a 3.5 : buena

Más de 3.5 : muy buena

3.5. Recolección y procesamiento de datos

Para la recolección de datos, se capacitó a un personal de salud (Obstetríz) en la administración de los cuestionarios a las gestantes. Esta capacitación se realizó a través de las estrategias de modelamiento y observación supervisada. Todo ello, a fin de garantizar la objetividad de los datos obtenidos. Luego de recolectar los datos se lo ingresó a una matriz de Excel para su posterior tabulación.

3.6. Análisis e interpretación de datos

Los datos fueron sometidos a análisis univariados y bivariados. Para esto se utilizó el software estadístico SPSS versión 18. Las técnicas estadísticas utilizadas fueron las de análisis de frecuencias, r de Pearson (relación entre variables en escalas de medición de intervalo) Rho de Spearman (relación entre dos variables en escala de medición ordinal) en la que P (nivel de significancia) es menor a 0.05 y Alfa de Cronbach (confiabilidad de cuestionarios con reactivos con puntuaciones de intervalo o razón).

El análisis de los datos se realizó sobre la base del marco teórico y los antecedentes. Los datos se presentaron en tablas y gráficos estadísticos.

3.7. Consideraciones éticas

En cuanto a la información obtenida en el instrumento, ésta se manejó de manera anónima, es decir, no se solicitó datos de identificación a las gestantes. Asimismo la información fue de acceso exclusivo de la investigadora.

Se solicitó permisos formales al Director Regional de la salud Cajamarca y al Director de la Red de salud Cajamarca.

Se evitó afectar la necesidad de servicio de la gestante puesto que el cuestionario se le aplicó, después de la atención prenatal y luego de haber aceptado favorablemente el consentimiento oral.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis univariados

Tabla 7. Distribución de gestantes que reciben atención prenatal en la Red de salud Cajamarca 2012

CENTRO DE SALUD	N°	PORCENTAJE
La Tulpuna	90	25,8
Simón Bolívar	154	44,1
Pachacutec	105	30,1
Total	349	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a las Gestantes que reciben atención prenatal 2012.

Esta Tabla muestra que del total de gestantes encuestadas 44.1% recibe atención pre natal en el Centro de Salud Simón Bolívar, 30.1% en el Centro de Salud Pachacutec y 25.8% en el Puesto de Salud la Tulpuna. Cajamarca está siendo afectada por el fenómeno de urbanización, tal es así que en el Puesto de salud la Tulpuna algunas gestantes eran migrantes de provincias como: Cajabamba, San Marcos.

Características Sociales y Demográficas de las Gestantes

Tabla 8. Gestantes que reciben atención prenatal en la Red de salud Cajamarca según estado civil 2012

ESTADO CIVIL	Nº	PORCENTAJE
Soltera	62	17,8
Casada	19	5,4
Conviviente	267	76,5
No respondió	1	,3
Total	349	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a las Gestantes que reciben atención prenatal 2012

Esta tabla se puede observar que del total de gestantes encuestadas el 76.5% son convivientes, 17.8% solteras, 5.4% casadas y 0.3% no respondió al ítem propuesto.

Tabla 9. Distribución de gestantes según edad

Edad (años)	N	%
12 a 17	17	4,9
18 a 29	242	74,2
30 a 59	90	25,8
Total	349	100,0

El 74.2% de las gestantes es de 18 a 29 años, seguido de un 25.8% que es gestante adulta y un menor porcentaje de 4.9% gestante adolescente.

Tabla 10. Distribución de gestantes que reciben atención prenatal según lugar de procedencia Cajamarca 2012

PROCEDENCIA	Nº	PORCENTAJE
Cajabamba	23	6,6
Cajamarca	225	64,5
Celendín	26	7,4
Contumazá	2	,6
Hualgayoc	16	4,6
Jaén	1	,3
San Marcos	14	4,0
San Pablo	11	3,2
San Miguel	12	3,4
Santa Cruz	2	,6
Lima	3	,9
Lambayeque	2	,6
Chachapoyas	1	,3
San Martín	1	,3
Junín	2	,6
Ayacucho	1	,3
Piura	2	,6
La Libertad	2	,6
Arequipa	1	,3
Pucallpa	1	,3
Colombia	1	,3
Total	349	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a las Gestantes que reciben atención prenatal 2012

En la tabla se aprecia que del total de gestantes encuestadas 64.5% son de la provincia de Cajamarca, 30.7% son de otras provincias de Cajamarca, 4.8% pertenecen a otro departamento del Perú y 0.3% a otro país.

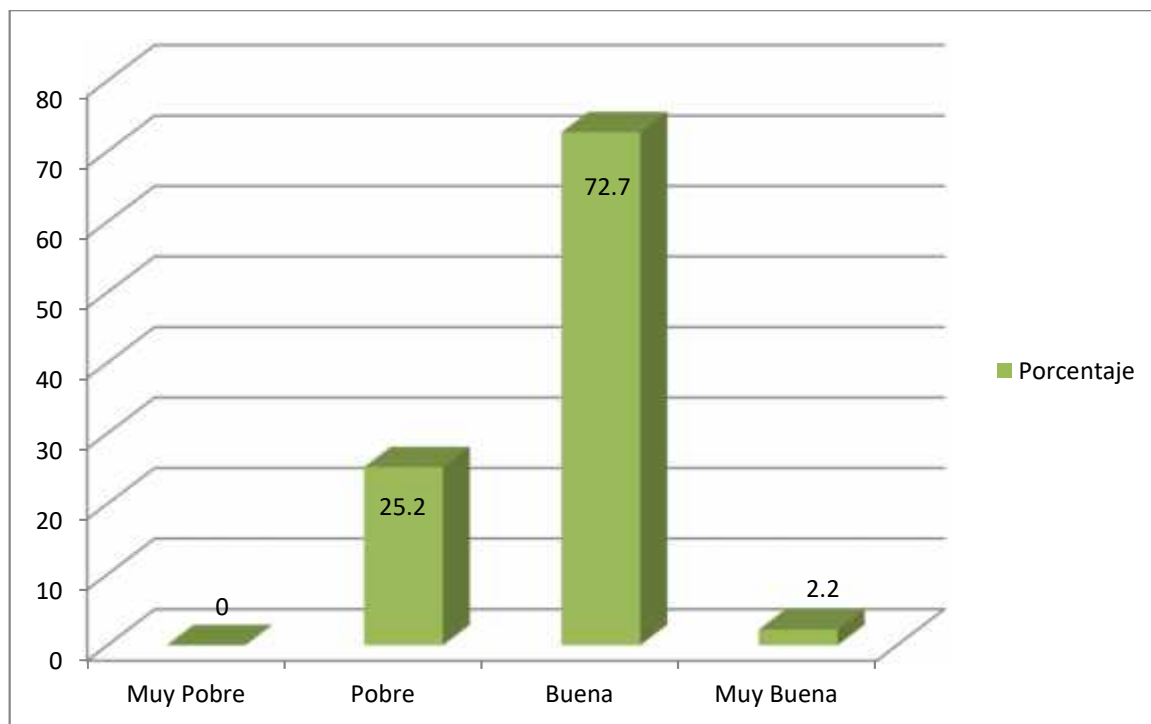
Tabla 11. Distribución de Gestantes que reciben atención prenatal según Grado de Instrucción 2012

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Iletrado	18	5,1	5,1
Primaria incompleta	47	13,5	18,6
Primaria completa	44	12,6	31,2
Secundaria incompleta	68	19,5	50,7
Secundaria completa	104	29,8	80,5
Superior incompleta	44	12,6	93,1
Superior completa	24	6,9	100
Total	349	100,0	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las Gestantes que reciben atención prenatal 2012

Esta Tabla muestra que 26.1% de las gestantes encuestadas tienen grado de instrucción igual o inferior a primaria completa. Las gestantes que tienen nivel superior completa representan el 6,9%. El 68.8% tienen grado de instrucción igual o superior a secundaria incompleta, esto es importante porque la mayoría de las gestantes encuestadas comprendían las preguntas del cuestionario sin ningún problema.

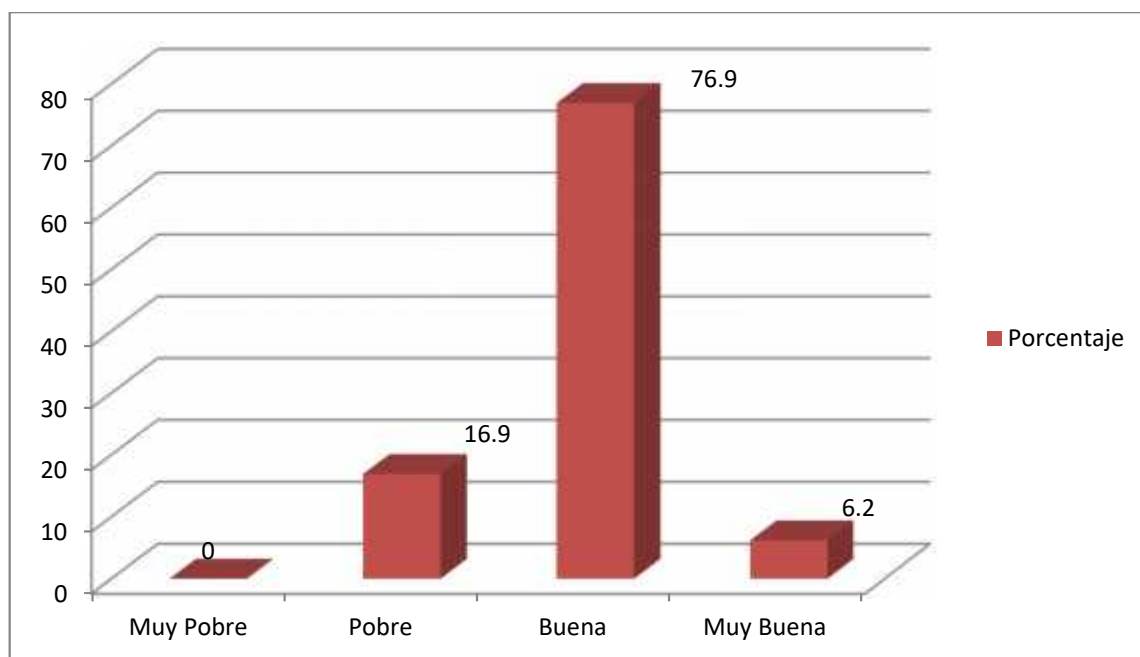
Gráfico 1. Satisfacción general de las gestantes con la atención prenatal que se brinda en los establecimientos de salud



Fuente: Tabla A- Apéndice 3

De acuerdo al Gráfico 1, los resultados muestran que 72.7% de las gestantes refieren sentir satisfacción buena con la atención prenatal que brindan los establecimientos de salud. Mientras que 25.2% presentan una satisfacción pobre con el control prenatal, 2.2% presentan una satisfacción muy buena con la atención pre natal.

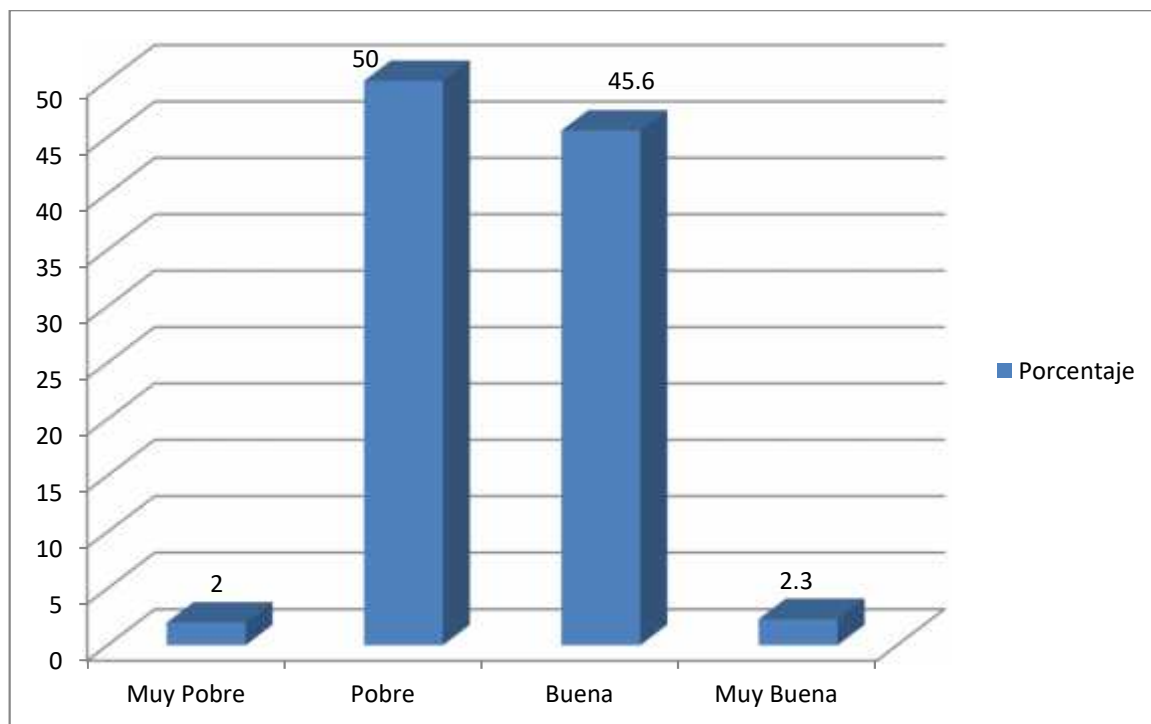
Gráfico 2. Satisfacción de las gestantes con la atención prenatal según las habilidades comunicativas y empatía del profesional de obstetricia



Fuente: Tabla B- Apéndice 3

En el Gráfico 2 se muestra que del total de gestantes encuestadas, 76.9% tienen una buena satisfacción con las habilidades comunicativas y empatía del profesional de obstetricia. Mientras que 16.9% tienen una pobre satisfacción, 6.2% tienen una muy buena satisfacción con las habilidades comunicativas y empatía del profesional de obstetricia en la atención prenatal.

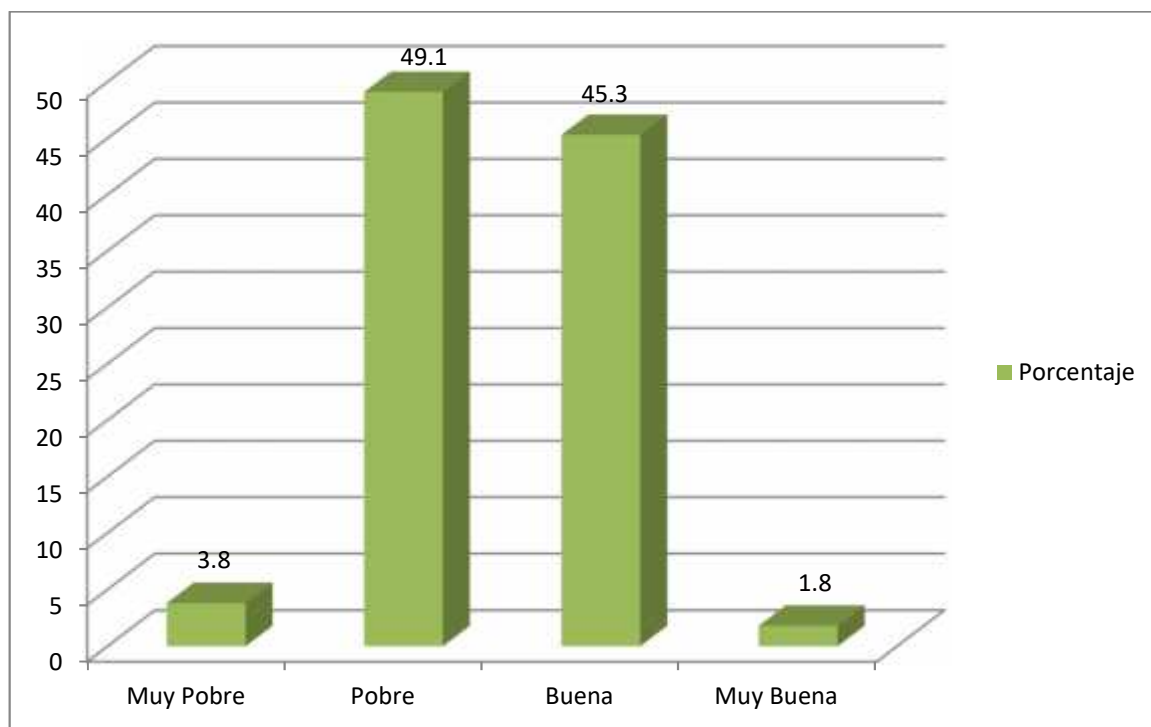
Gráfico 3. Satisfacción con la atención prenatal según la eficiencia administrativa y la atención de los trabajadores en general



Fuente: Tabla C – Apéndice 3

Por otro lado, 50% de gestantes encuestadas tienen pobre satisfacción con la eficiencia administrativa y la atención de los trabajadores en general; mientras que el 45.6% tienen una buena satisfacción, 2.3% muy buena satisfacción y 2% muy pobre Satisfacción con la eficiencia administrativa y la atención de los trabajadores en general.

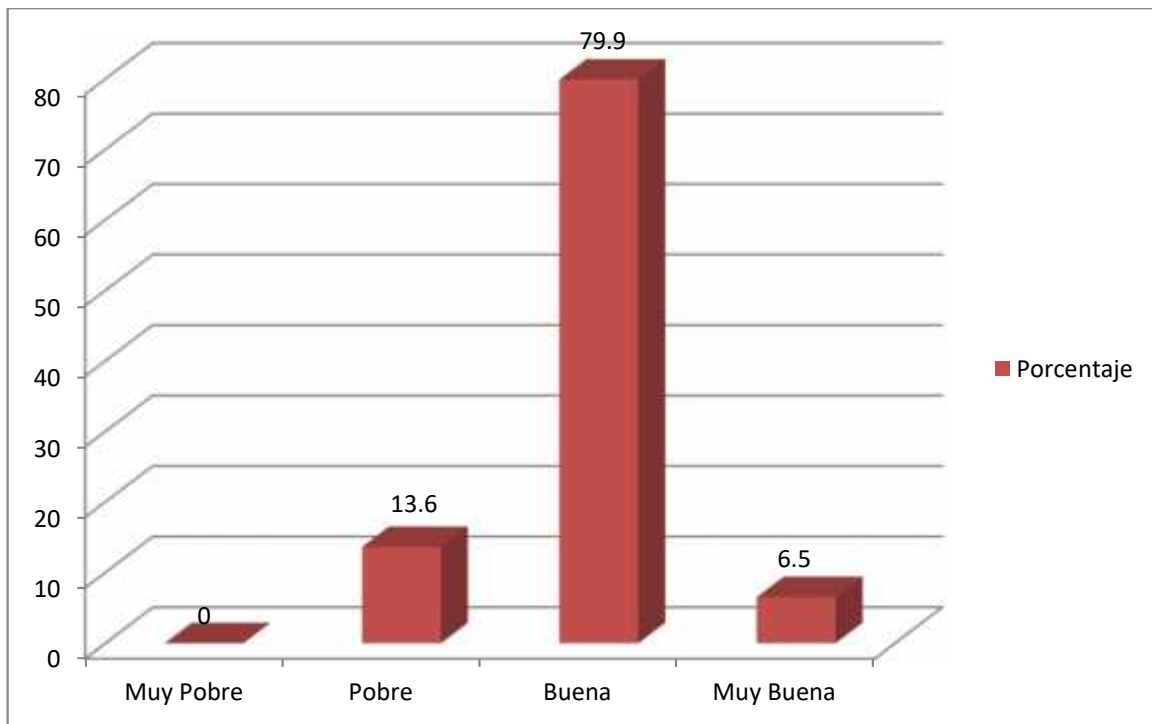
Gráfico 4. Satisfacción con la atención prenatal según el tiempo de espera y accesibilidad



Fuente: Tabla D- Apéndice 3

Asimismo, en el Gráfico 4 se muestra que el 49.1% de la muestra total de gestantes tienen pobre satisfacción con el tiempo de espera y accesibilidad; mientras que para el 45.3% de las mismas dicha satisfacción es buena, para el 3.8%, muy pobre; y 1.8% tienen una muy buena satisfacción con el tiempo de espera y accesibilidad en el control prenatal.

Gráfico 5. Satisfacción con la atención prenatal según la calidad de intervención del profesional de obstetricia



Fuente: Tabla E – Apéndice 3

En este Gráfico se muestra que 79,9% de las gestantes tienen buena satisfacción con la calidad de intervención del profesional de obstetricia; mientras que el 13,6% tienen pobre satisfacción y el 6,5% muy buena satisfacción.

4.2. Análisis bivariados

Tabla 12. Correlación de variables características socio demográficas, obstétricas y la satisfacción con la atención prenatal

Variable de contraste	Variabes asociadas	Coficiente de correlación	Sig. Bilateral (P)	Estadístico
	<i>Edad</i>	- 0.088	0.118	Pearson
	<i>Grado de instrucción</i>	- 0.240	0.000*	Spearman
	<i>N° de embarazos</i>	- 0.020	0.729	Pearson
	<i>Edad Gestacional (N° semanas)</i>	0.142	0.12	Pearson
	<i>N° de controles prenatales</i>	0.079	0.164	Spearman
	<i>Equipamiento del servicio</i>	0.174	0.003*	Spearman
	<i>Tiempo transcurrido desde la última atención</i>	- 0.122	0.042*	Pearson

P (nivel de significancia) es menor a 0.05

Según se observa en la Tabla 11, la variable grado de instrucción está significativamente relacionada y de manera inversa con la satisfacción con la atención prenatal así el valor de $P = 0.000$. Así mismo, la variable equipamiento del servicio está relacionada significativamente y de manera directa con la satisfacción con la atención prenatal, cuyo valor de $P=0.003$. Así como también, la variable tiempo transcurrido desde la última atención está relacionada significativamente y de manera inversa con la satisfacción con la atención prenatal, cuyo valor de $P=0.042$.

4.3. Discusión de los resultados

La satisfacción con la atención prenatal es un tema muy importante en la actualidad ya que es en este proceso donde se logra que las gestantes confíen en el servicio brindado por el establecimiento de salud. Esta confianza genera continuidad de la atención así como el incremento del parto institucional, considerado éste último como la estrategia más eficaz para disminuir morbi-mortalidad materno perinatal en un país en vías de desarrollo. En este trabajo se ha evaluado la satisfacción de una muestra de gestantes atendidas en establecimientos de atención primaria así como su asociación con variables socio-demográficas y obstétricas, los mismos que son expuestos a continuación.

Los hallazgos del estudio indican que la mayoría de las gestantes calificaron su satisfacción con la atención prenatal como buena. Esto es coincidente con estudios desarrollados en países tales como África en un estudio realizado por **Handler, Rosenberg y Raube** (11) y en Tailandia por **Abdus** (15); sin embargo existen otros estudios que reportan menores niveles de satisfacción como el de **Pitaloka y Rizal** (7). Para el caso del país, existe un antecedente de investigación desarrollado en un Hospital Nacional de la provincia del Callao donde se reporta que 50% de las gestantes muestran una mala satisfacción con la atención prenatal; mientras que 20% tiene una buena satisfacción con el servicio y 30%, regular. La diferencia entre la satisfacción de los hallazgos y éste último estudio, se debería a que dicho hospital recibe a gestantes en el último trimestre de la gestación que fueron referidas por centros o puestos de salud. En este contexto, muchas de las gestantes estarían mucho más involucradas con el profesional que la atendió desde el inicio de la gestación; es decir con los profesionales de los establecimientos de atención primaria. A nivel local en un estudio realizado por **Vásquez G** obtuvo que el 49.4% tuvo una percepción de atención de calidad en salud según la prestación de servicio del establecimiento de salud mala. (20)

La diferencia entre establecimientos de atención primaria respecto a la especializada, también fue considerada por un estudio realizado por **Maderuelo J** que evaluó una muestra de mujeres españolas (9). Asimismo, una variable de importancia para explicar la diferencia reportada en la satisfacción con la atención prenatal es la referente al aseguramiento de la salud. Al respecto, **Handler, Rosenberg y Raube** en el año 2003 encontraron que la mujer no afiliada fue significativamente menos satisfecha con su atención prenatal (promedio calificado 79.1%) que la mujer afiliada (promedio calificado, 82.8%) (11). En el estudio, las gestantes evaluadas se encuentran afiliadas al Seguro Integral de Salud (SIS).

El análisis por Componentes Principales hizo posible identificar cuatro factores o dimensiones de la satisfacción con la atención prenatal: *Satisfacción con las habilidades comunicativas y empatía del profesional de obstetricia*; *Satisfacción con la eficiencia administrativa y la atención de los trabajadores en general en el control prenatal*; *Satisfacción con el tiempo de espera y accesibilidad*; y *Satisfacción con la calidad de intervención del profesional de obstetricia*. Los mismos que permiten una descripción más detallada de la satisfacción con la atención prenatal de las gestantes.

En el caso del **primer factor**, *Satisfacción con las habilidades comunicativas y empatía del profesional de obstetricia*, se encontró que 76.9% de las gestantes presentan una buena satisfacción con el factor. Es importante resaltar la fuerte vinculación que se halló entre la comunicación y la empatía entre las gestantes evaluadas y el profesional de salud, relación que también fue establecida en el modelo de satisfacción con la atención de WARE.

Los aspectos interpersonales son características de la interacción de los prestadores con los pacientes: respeto, cortesía, interés y amistad, entre otros. Los aspectos interpersonales de la atención médica son vistos como uno de los principales componentes de la satisfacción. Dos aspectos son vistos particularmente como importantes: comunicación y empatía. (Moorey, McIver, citados por Sitzia y Wood). (72).

Para el caso de la comunicación, **Nikpour Soghra (2007)** (5), en un estudio realizado en Irán, corroboró que las mujeres estuvieron más satisfechas con la información recibida y comunicación. Así mismo **Erci B, Ivanov L.(2002)** (12), en Turquía, encontró resultado similar. Esto estara indicando que los profesionales de obstetricia estarían brindando una información precisa y diseñada con un lenguaje adecuado que permite a las gestantes obtener una orientación plena en cuanto a los cuidados; hecho que también fue confirmado por **Camarena, L. (2007)** (6), sea de fácil comprensión utilizando incluso dialectos propios de la zona orientado a las mujeres que pertenecen al grupo más necesitado de la población, las cuales no hacen uso de los servicios de salud por falta de información. La Provisión de información, comunicación constructiva y la buena relación predice satisfacción elevada con servicios de salud **Sheera F, Lerman G y otros (2007)** (108). Además el asentir levemente la cabeza hace que los pacientes vean al personal de salud más cálidos y simpáticos, así como el contacto visual es importante para establecer una relación ya que permite supervisar las reacciones y favorece la retroalimentación (72).

De lo antes expuesto, se deduce que aquellas entrevistas que permiten expresarse al paciente con libertad, en las que se transmite suficiente información y en las que los pacientes se sienten suficientemente cómodos como para preguntar al médico todas sus dudas o temores, incluso interrumpiendo al médico cuando explica algo que no entienden, se asocian a un nivel de satisfacción y cumplimiento de prescripciones más alto (66).Es por eso que el profesional tiene que motivar a la gestante a que pregunte para que esta no se retire con dudas de la atención prenatal. **Feletti, Firman y Sanson-Fisher** llegaron a la conclusión entre las dimensiones más importantes la comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés) (77). Además con este buen trato a sus requerimientos de información, las gestantes sienten más confianza con el personal de salud.

La empatía, variable muy estrechamente ligada a la comunicación, también ejerce una influencia importante en la satisfacción con la atención prenatal. Este supuesto ha sido confirmado en países como Malasia con el estudio de **Pitaloka y Rizal** (2006) (7), México con el estudio de **Bronfman y López** (2003) que las mujeres tengan un trato que vislumbre respeto e “interés de los médicos por sus emociones y sentimientos” (10). Sin embargo este no corresponde con el estudio de **Tovar Huamancayo S** (2004) quien encontró un menor nivel de satisfacción de las gestantes con el trato recibido del profesional (18). Así mismo a nivel local **Vásquez G** (2011) mostró la percepción de calidad de atención en salud según la Empatía como regular en 44.8% (20). En casi todos los encuentros descritos por los pacientes como “excepcionalmente buenos” estaban enfocados en aspectos como bondad, amigabilidad y apoyo emocional, en lugar del cuidado técnico (79).

El alto nivel de satisfacción hallado entre las mujeres gestantes con las habilidades comunicativas y la empatía también ha sido confirmado en nuestro país; así como también en países de distintas características culturales y económicas.

En el estudio se encontró que el 50% de gestantes encuestadas tienen pobre satisfacción con la eficiencia administrativa y la atención de los trabajadores en general en la atención prenatal y el 2% muy pobre satisfacción con la eficiencia administrativa y la atención de los trabajadores en general en la atención prenatal. El comportamiento de los empleados o trabajadores es especialmente relevante a la hora de propiciar las emociones que desean experimentar los usuarios. Se ha visto en estudios la capacidad de los empleados para descifrar las emociones de los usuarios y para responder emocional y comportamentalmente de la manera que ellos desean resulta relevante. La gestión de lo afectivo puede dar un valor añadido importante, sobre todo cuando hay un contacto directo entre empleado y cliente (72). En los establecimientos de salud donde se realizó el estudio, el personal de salud que labora en triaje y admisión es personal técnico y en algunos establecimientos practicantes que no han sido

capacitados en calidad, por lo tanto no cuentan con los conocimientos para brindar una atención con calidad y calidez a las gestantes.

El estudio demuestra que más de la mitad de las gestantes presentan una pobre y muy pobre satisfacción con el tiempo de espera y accesibilidad. Este bajo nivel de satisfacción con el tiempo de espera y la accesibilidad es muy preocupante ya que su influencia en la calidad de atención ha sido confirmada en un estudio de **Murillo y Miranda** con gestantes nicaragüenses en el año 2004. (8)

Sin embargo esto no correspondería con **Abdus M (1998)**, **Nikpour Soghra (2007)**, **Munares García (2005)** quienes encontraron un mayor nivel de satisfacción con la accesibilidad en la atención prenatal (15,5,17). Esto respondería a que en los establecimientos de salud donde se realizó el estudio existe escaso número de profesional obstetra, por lo que el tiempo de espera se incrementa; las gestantes al no acudir a su control en las fechas programadas por el profesional generan periodos de congestión en la afluencia de gestantes al servicio de control prenatal. A esto se suma el restringido horario de atención en algunos establecimientos.

Los hallazgos del estudio indican que alrededor del 80% de las gestantes tienen buena satisfacción con la calidad de intervención del profesional de obstetricia. Esto coincide con estudios nacionales realizado por **Munares G (17)** e internacionales por **Pitaloka y Rizal (7)**. No obstante existen algunos estudios que no coinciden con lo hallado como el estudio de **Tovar S (18)**. En el caso de este último se trataría de un estudio donde se utilizó muestra de gestantes con mayores expectativas respecto a la atención; por el contrario, la muestra de estudio estuvo conformada por gestantes con un menor acceso u oferta de servicios de salud, razón por la cual sus expectativas con la atención serían menores. Esto estaría indicando que el profesional de obstetricia realiza una atención prenatal en forma minuciosa es decir brindan atención a los detalles, explican con claridad lo que esperan las gestantes y tienen paciencia para examinarle, respetando sus creencias y costumbres es decir tienen en cuenta el enfoque intercultural. Estos

resultados se explicarían también a que el estudio se realizó en una población en la que un porcentaje considerable cuentan con bajo nivel educativo por lo que poseerían menores estándares de comparación.

La variable *grado de instrucción* está significativamente relacionada con la satisfacción con la atención prenatal de manera negativa o indirecta, es decir la correlación permite apreciar que a medida que el grado de instrucción sea menor se incrementa la satisfacción con la atención prenatal (61, 9). Esto implica que un bajo nivel educativo repercutiría en una falta de conocimiento de los estándares de calidad que debería presentar la atención de salud tanto como proceso así como resultado, situación que se expresaría por un bajo nivel de expectativas. Igualmente se sostiene que ante la complejidad del servicio recibido, el usuario se muestra en muchos casos incapaz de valorar los atributos de la calidad del servicio que se está ofreciendo, a falta de información con que evaluar el servicio, la respuesta afectiva se convierte en un factor primordial para entender la satisfacción (72). Esto permitiría sostener que la satisfacción de las gestantes con la atención prenatal recibido en los distintos establecimientos de atención primaria estaría explicada en mayor medida por la intensidad del vínculo interpersonal con el profesional de salud más que con la calidad técnica del servicio.

La variable *equipamiento del servicio* está relacionada significativamente con la satisfacción con la atención prenatal de manera directa, es decir mientras más equipado este el establecimiento donde se brinda la atención prenatal mayor será la satisfacción con la atención prenatal. Estos hallazgos coinciden con una investigación realizada en el distrito de la Encañada, donde se evaluó la calidad de servicio de los usuarios externos con la atención de salud en un estudio realizado por **Urquiaga** (2000) que demuestra que las causas motivo de insatisfacción (39,9%) fueron las dimensiones de tangibilidad y confiabilidad, aspectos que tienen que ver con la capacidad resolutive del centro de salud como ambiente físico, instrumentos y equipos, medicamentos y falta de profesionales, entre otros. (23)

La calidad de servicio depende también de la tecnología que usan los empleados en sus puestos de trabajo (equipamiento de diagnóstico en servicios médicos) (72).

La variable Tiempo transcurrido desde la última atención está relacionado significativamente con la satisfacción en la atención prenatal de manera inversa, es decir mientras menor sea el tiempo transcurrido desde la última atención mayor será satisfacción con la atención prenatal. Existen estudios de investigación que comprueban que la **continuidad en la atención** es importante por la influencia en la satisfacción con la atención prenatal, esto se explicaría por el fortalecimiento que genera la continuidad sobre la relación interpersonal entre las gestantes y el profesional de salud (19, 17).

Dadas las cualidades del diseño de investigación, especialmente en lo que concierne al número de observaciones y tipo de elección de muestra, consideramos que existen algunas limitaciones en cuanto a la generalización de los hallazgos hacia la población de estudio. No obstante, se intentó asemejar el proceso de investigación a los antecedentes que han venido nutriendo el estudio de la satisfacción del usuario con los servicios de salud. A esto se suma la importancia que se ha brindado al uso de un instrumento de medición con respaldo teórico y cuyos hallazgos pueden ser comparados con aquellos obtenidos en otras poblaciones de gestantes. Por tanto, consideramos que el presente estudio responde a las exigencias planteadas por el método científico así como representa una propuesta objetiva para la confirmación de los objetivos planteados.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

De los resultados obtenidos en este estudio, se deduce que:

1. La mayoría de las gestantes calificaron su satisfacción con la atención prenatal como buena. Esto demuestra que el nivel de satisfacción no es el óptimo, pero sí desafía a mejorar la satisfacción de las gestantes con la atención prenatal en los establecimientos de atención primaria ya que estos son la puerta de entrada al sistema de salud.
2. Las habilidades comunicativas y empatía del profesional de obstetricia, así como la calidad de intervención del profesional de obstetricia son factores determinantes en la satisfacción con la atención prenatal.
3. Al comprobar la hipótesis de las variables planteadas en la investigación, se encontró relación estadísticamente significativa entre la satisfacción con la atención prenatal y el grado de instrucción; así como también con el equipamiento del servicio y tiempo transcurrido desde la última atención. Eso último se explicaría por el fortalecimiento que genera la continuidad en la relación interpersonal entre las gestantes y el profesional de salud.

5.2 Recomendaciones

1. A los profesionales de salud que brindan la atención prenatal, tomar en cuenta las conclusiones del presente estudio, con el fin de continuar mejorando las estrategias en la atención que se brinda a la gestante en los consultorios de obstetricia y lograr que ella se sienta satisfecha.
2. A los profesionales de los establecimientos de salud, elaboren un Plan de Mejoramiento continuo de la calidad en el programa de control prenatal, por parte de los proveedores de servicio en conjunto con las gestantes.
3. Reorganizar los fluxogramas de atención de los establecimientos de salud para reducir los tiempos de espera.
4. Brindar educación en salud y consejería integral a las gestantes en los consultorios de obstetricia para la prevención de factores de riesgo; así como brindar sesiones educativas de fisiología y evolución del embarazo, la importancia del control prenatal, control prenatal en sala de espera de los establecimientos de salud, utilizando medios audiovisuales.
5. Utilizar como estrategia de mejora de la accesibilidad de las gestantes a los establecimientos de salud, la sensibilización y capacitación del profesional de salud en habilidades comunicativas, empatía y calidad de intervención técnica e interculturalidad.

6. Ejecutar estudios de investigación similares y cualitativos en otros servicios de obstetricia: atención del parto, atención hospitalaria. Investigaciones que nos permitan conocer las preferencias, expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales de las gestantes.

7. En las Universidades en Pre grado se cambien currículo y se consideren temas como: educación para la salud, salud pública, calidad de atención e interculturalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Instituto de Estadística e Informática.** *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES Continua.* Perú : s.n., 2004.
2. **Alfaro, N; Villaseñor, M; Valadez, I; Guzmán, A. y Sughey, Y.** Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. s.l. : Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal., 2006. Vol. 8, 8, págs. 50-53.
3. **Hurtado, R. y Ríos, M.** Derecho a la salud: situación en países de América Latina. Perú. Perú : Alames, 2003.
4. **Fitzpatrick R.** The assesment of patient satisfaction. En: *Assesment and Evaluation of Health and Medical Care: A methods text.* [UK: Open University Press]. London : s.n., 1997.
5. **S., Nikpour.** Study of Relationship Between Women's Satisfaction with Prenatal Care Service and the Characteristics of the Pregnant Women and the Services in Referring Women to Health Clinics Related to Medical Universities in Tehran City. *European Journal of Scientific Research.* 2005. Vol. 18, 1, págs. 96-103.
6. **Camarena L, Glascoe C.** Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2007; 25(1): 40-9. [Rev Fac Nac Salud Pública]. 2007. Vol. 25(1), págs. 40-49.
7. **Pitaloka S, Rizal A.** Patiens' satisfaction in antenatal clinic hospital universiti kebangsaan Malaysia. [Jurnal Masyarakat(Malaysia)]. 2006. Vol. 12(1), págs. 1-9.
8. **Murillo Acuña L, Miranda Abaunza W.** Calidad del Control Prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua. Agosto-Octubre 2004. . [Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua centro de investigaciones y estudios de la salud]. 2004.
9. **Maderuelo J, Haro A, Pérez F, Cercas L, Valentín A, Morán E.** Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. [Rev Esp Gac Sanit]. 2006. Vol. 20(1), págs. 31-39.
10. **Bronfman M, López S.** Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias.vol.45, no.6,445:545. [Salud Pública de México]. 2003. Vol. 45(6), págs. 445-545.
11. **Handler A, Rosenberg D, Raube k, Lyons S.** Satisfaction and Use of Prenatal Care:Their Relationship Among African-American Women in a Large Managed Care Organization. 2003. Vol. 30, págs. 23-30.
12. **Erci B, Ivanov L.** The relationship between womens satisfaction with prenatal care service and the characteristics of the pregnant women and the service (London). [European Journal of contraception and reproductive health care]. 2004. Vol. 9(1), págs. 16-28.

13. **Ivanov L.** Utilization and satisfaction with prenatal care services. [Western Journal of Nursing Research (Russian)]. 1999. Vol. 21(3), págs. 372-386.
14. **Dye T , Wojtowycz M.** Organizational variation, satisfaction, and women's time investment in prenatal care. [Paediatric and Perinatal Epidemiology (USA)]. 1999. Vol. 13, págs. 158-169.
15. **Mohammed abdu S.** Factors influencing client satisfaction towards antenatal care service in the mch hospital, ratchaburi province, thailand. 1998.
16. **Rivera Felix L.** La fidelización como estrategia para mejorar la calidad de atención de los pacientes en el control prenatal en un centro materno infantil. Lima, Perú : Universidad Nacional de San Marcos. Unidad de Post Grado, 2006.
17. **Munares Garcia O.** Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos del primer nivel de atención de Lima. Lima.Perú : Universidad Mayor de San Marcos. Unidad de Postgrado., 2005.
18. **Tovar Huancamayo S.** Grado de satisfacción de las Gestantes al recibir la atención prenatal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao. [Tesis]. Lima.Perú : Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2004.
19. **Seclen J, Benavides B, Jacoby E, Velasquez A y Watanabe E.** ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. [Rev Panam Salud Publica]. 2004. Vol. 16(3), págs. 149-157.
20. **Vasquéz, G.** *Calidad de atención en el C.S Magna Vallejo según la percepción de las gestantes.CAJAMARCA 2011.* Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca-Perú : s.n., 2011. Tesis para optar el título profesionalde Obstetriz.
21. **Quispe R, Romero C.** Opinión de las gestantes sobre calidad del servicio recibido en control prenatal en el Hospital Regional de Cajamarca 2002. [Universidad Nacional de Camarca]. Cajamarca : s.n., 2002.
22. **Rodríguez Tejada M.** Decisión y acceso de la gestante a los servicios de salud San Marcos". [Universidad Nacional de Cajamarca. Escuela de Post Grado]. Cajamarca : s.n., 2001.
23. **Urquiaga D.** Medición de la calidad de servicio al usuario externo en el Centro de Salud Encañada-Red de Salud II, Cajamarca. [Tesis]. Lima.Perú : Universidad Particular Cayetano Heredia, 2002.
24. **Armando P.** Desarrollo y validación de cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en farmacias comunitaricas. [Tesis para optar el grado de Doctor en Famarcia Asistencial]. Granada : Universidad de Granada, 2007. pág. 211.
25. **55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/13. Punto 13.9.** Calidad de la atención: seguridad del paciente. [ed.] Organización Mundial de la Salud. 23 de marzo del 2002.
26. **Gilmore C, Moraes H.** Manual de Gerencia de la Calidad. [Ob.Cit.]. págs. 2,3.
27. **Moreno Elsa M.Crivelli, Kestelman Viviana, Malé Narciso, Passarell Mónica, Schapira Noemí , Viñas Ester, Marta.** Moreno Elsa Calidad de la atención primaria. [Proyecto UNI Tucumán Facultad de Medicina UNT Cátedra de Salud Pública.]. Tucumán : s.n., 2001.

28. **Ministerio de Salud.** Sistema de gestión de la calidad en salud. Lima : s.n., 2002.
29. **Caminal J.** La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial.* 2001. 16, págs. 276-279. Armando P. Desarrollo y validación de cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en farmacias comunitarias. [Tesis para optar el grado de Doctor en Farmacia Asistencial]. Granada : Universidad de Granada, 2007.
30. **Mira JJ, Aranaz J.** La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. [*Medicina Clínica*]. 2000. Vol. 114(Supl 3), págs. 26-33.
31. **Eiriz V, Figueiredo J.** Evaluación de Calidad de los Servicios de Salud Basados en la Relación Cliente-Proveedor, Actas del III Congreso Internacional de Marketing Público y No Lucrativo. Covilha(Portugal) : s.n., 2004.
32. **Organización Mundial de la Salud.** Manual sobre Tendencias Contemporáneas en la Gestión de la Salud. Autor, 1, 70-75 Ginebra : s.n.
33. **Aranguren Z.** Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud Del Instituto de Previsión Del Profesorado de la Universidad Central de Venezuela, Durante El Último Trimestre Del 2004. . [*Acta Odontológica Venezolana*]. 2009. Vol. 47 N°1.
34. **Reiser SJ.** The era of the patient: using the experience of illness in shaping the missions of health care. [*Jama*]. 1993. Vol. 269, págs. 1012-1017.
35. **Jovell A.** Medicina basada en la afectividad. . [*Med Clin (Barc)*]. 1999. págs. 173-175.
36. **Vicuña M.** Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. [*Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*]. 2002. Vol. 63, págs. 40-50.
37. **II Conferencia Nacional de Salud.** Calidad y satisfacción del usuario en el contexto de la reforma y modernización de la gestión. [Comisión de programa de calidad y satisfacción del usuario en el contexto de la reforma y modernización]. Lima:Perú : s.n., 2003.
38. **Koos E.** The health of regionville. Hafner, New York : s.n., 1954.
39. **Donabedian A.** Evaluating the quality of medical care. [*Milbank Memorial Fund Quart*]. 1966. Vol. 44, págs. 166-202.
40. **Marzo J, Martínez-Tur V, Ramos J, Peiró J.** La satisfacción del usuario desde el modelo de la confirmación de expectativas. Respuestas a algunos interrogantes. *Psicothema.* 2002. Vol. 14, págs. 765-770.
41. **Liljander V.** Comparison standards in perceived service quality. [*Ekonomioch Samhälle, N° 63*]. s.l., Helsinki,Finland : Publications of the Swedish School of Economics and Business Administration ., 1995.
42. **Velandia F, Ardon N, Jara M.** Satisfacción y calidad: Analisis de la equivalencia o no de los términos. . [*Rev. Gerenc. Polit. Salud*]. 2007. Vol. 6(13), págs. 139-168.

43. **Morales V, Hernández A.** Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. [Revista Digital 2004; 73: junio]. s.l. : Disponible en <http://www.efdeportes.com> y consultada el 4 de diciembre de 2006.
44. **Berné C, Múgica JM, Yagüe MJ.** La gestión estratégica y los conceptos de calidad percibida, satisfacción del cliente y lealtad. [Economía Industrial]. 1996. Vol. 307, págs. 63-74.
45. **Linder-Pelz S.** Toward a theory of patient satisfaction. . [Social Science & Medicine]. 1982. Vol. 16.
46. **Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H.** Left in Limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. [Quality in Health Care]. 1999. Vol. 8, págs. 16-21.
47. **Raube K, Handler A, Rosenberg D.** Measuring Satisfaction Among Low-Income Women: A Prenatal Care Questionnaire. [Maternal and Child Health Journal]. 1998. Vol. 2(1), págs. 25-33.
48. **Berné C, García E, Rieros J.** La orientación al usuario de la gestión como antecedente de la satisfacción. Una aplicación a servicios públicos de salud. [Universidad de Zaragoza]. 2003.
49. **Sixma HJ, Spreeuwenberg P, van der Pasch M.** Patient satisfaction with the general practitioner. . [Medical Care 1998]. 1998. Vol. 36, págs. 212-229.
50. **Sitzia J.** How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. [International Journal for Quality in Health Care]. 1999. Vol. 11, págs. 319-328.
51. **Sixma HJ, Kersenns J, van Campen C, Peters L.** Quality of care from the patients perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. . [Health Expectations]. 1998. Vol. 1, págs. 82-95.
52. **Sitzia J, Wood N.** Patient satisfaction: A Review of Issues and Concepts. . [Soc Sci Med]. 1997. Vol. (45) 12, págs. 1829-43.
53. **Da costa D, Clarke AE, Dobkin P, Senecal JL, Fortin P, Danoff D, Esdaile J.** The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. [International Journal for Quality in Health care]. 1999. Vol. 11, págs. 201-207.
54. **Hall JA, Feldstein M, Fretwell MD, Rowe JW, Epstein AM.** Older patients'health status and satisfaction with medical care in an HMO population. . [Med Care]. 1990. Vol. 28, págs. 261-270.
55. **Kane RL, Maciejewski M, Finch M.** The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes.1997;35:714-730. [Med Care]. 1997. Vol. 35, págs. 714-720.
56. **Guldvog B.** Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris?1999;11:233-240. [International Journal for Quality in Health Care]. 1999. Vol. 11, págs. 233-240.
57. **Rost K.** The influence of patient participation on satisfaction and compliance. . [Diabetes Educ]. 1989. Vol. 15, págs. 139-143.
58. **Bene-Kociemba A, Cotton P, Fortgang R.** Assesing patient satisfaction with state hospital and aftercare services. [Am J Pych]. 1982. Vol. 139, págs. 660-662.

59. **Mira JJ, Llinás G, Gil V, Lorenzo S, Palazón I, Orozco D.** Variabilidad en la atención a pacientes diabéticos e hipertensos en función de los estilos de práctica del médico. [Atención Primaria]. 1999. Vol. 23(2), págs. 73-81.
60. **Huygen FJA, Mokkink HGA, Smits AJA, Van son JAJ, Meyboom WA, Van Eyk JThM.** Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. [British Journal of General Practice]. 1992. Vol. 42, págs. 141-144.
61. **Swartz T, Brown S.** Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional service quality. . [J. Academy Marketing Sci]. 1989. Vol. 17, págs. 189-195.
62. **Wesing M, Grol R, Smits A.** Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. . [Soc Sci Med]. 1994. Vol. 38, págs. 45-53.
63. **Martinez-Tur Vicente, Peiró José y Ramos José.** Calidad del servicio y satisfacción del cliente. s.l., España : Editorial Sintesis., 2001.
64. **Westbrook R, Oliver R.** The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. . [Journal of Consumer Research]. 1991. Vol. 18, págs. 84-91.
65. **Hulka B, Zyzanski S. Cassel J. Thompson S.** Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. . [Med Care]. 1970. Vol. 8, págs. 429-435.
66. **Ware J, Snyder M.** Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. [Med Care]. 1 975. Vol. 13, págs. 669-682.
67. **Wolf M, Putnam, James, Stiles.** The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a scale measure patient perceptions of physician behaviour. [J Behav Med]. 1978. Vol. 1, págs. 391-401.
68. **Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R.** Patient satisfaction with primary-care consultations. *J Behav Med.* 1986. Vol. 9, págs. 389-399.
69. **Hall J, Dornan M.** Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. [Soc Scie Med]. 1988. Vol. 27, págs. 637-644.
70. **Urden L.** Patient satisfaction measurement: current issues and implications. [Outcomes Management]. 2002. Vol. 6(3), págs. 125-131.
71. **Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, Paul L, Gilbert T, Fontan G, et al.** The physician-patient working alliance. [Patient Education and Counseling]. 2007. Vol. 66, págs. 29-36.
72. **Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C.** Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. [Journal of Nursing Management]. 1999. Vol. 7, págs. 19-28.
73. **Ware JE, Hays RD.** Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. [Med Care]. 1988. Vol. 26, págs. 393- 402.
74. **Ross C, Steward D, Sinacore J.** A comparative study of seven measures of patient satisfaction. [Med Care]. 1995. Vol. 33, págs. 392-406.

75. **Cortez R.** Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS. [Universidad del Pacífico]. 1998.
76. **Cardich R, Davies G, Guezmes A, y col.** Calidad de atención en la salud reproductiva: Una mirada desde la ciudadanía femenina. [Consortio Mujer]. 1988.
77. **Galindo Cáceres J.** Técnicas de Investigación en sociedad, Cultura y Comunicación. México: Addison Wesley Longman. 1998.
78. **Cavazos, R.** ¿Puede medirse la calidad en el servicio?. Hospitalidad. [ESDAI]. Enero-junio de 2004. págs. 43-64.
79. **Gattinara B, Ibacache J, Puente C, Giaconi J, Capara A.** Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. [Cadernos Saude Pública]. 1995. Vol. 11(3), págs. 425-38.
80. **Casini S, Lucero G, Hertz M y Andina E.** Guía de Control Prenatal. Embarazo Normal, en Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires. Argentina : s.n., 2002. 21 (2).
81. **Sánchez R, Álvarez R, Aroca M, Del Río L, Fernández J, Campo C.** Control de calidad del seguimiento del embarazo normal en atención primaria. [Aten Primaria]. 2001. Vol. 27, págs. 537-41.
82. **Kajuri ,mahvash Anesh, Karimi.** Investigating womwn's satisfaction with prenatal care received at the primary health care centers of Shirvan Chardaval . 2005,2008. Vol. 8, pág. fascículo 2.
83. **Ware J, Davies-Avery A, Stewart A.** The measurement and meaning of patient satisfaction a Review of the literature. [Health and Medical care sevice Review-1978]. s.l. : <http://www.rand.org/pubs/papers/2008/P6036.pdf>, 1977.
84. **Mejía, Elías.** *Operacionalización de variables educativas*. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2008.
85. *Sobre la teoría de las escalas de medición.* **Stevens, S S.** 2984, Science, Vol. 103, págs. 677-680. Traducido por Trujano & Vázquez.
86. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** *Censos Nacionales 2007:XI de población VI de vivienda. Perfil Sociodemográfico del departamento de Cajamarca.* 2009.
87. **Sheera F, Lerman G.** Predictors of Satisfaction with Obstetric Care in High-risk Pregnancy: The Importance of Patient–Provider Relationship. 200714(4):330–334. [J Clin Psychol Med Settings (USA)]. 2007. Vol. 14(4), págs. 330-334.
88. **Pascoe G.** Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. En: Attkisson, C. y Pascoe, G. (Eds) Patient satisfaction in health and mental health services. [Evaluation and Program Planning]. 1983. Vol. 6, págs. 185-210.
89. **Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA.** La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. [Revista de Psicología de la Salud]. 1992. Vol. 4, págs. 89-116.
90. **Ibern P.** La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. [Gac Sanit]. 1992. Vol. 6, págs. 176-185.

91. **Velasco C, de la Quintana C, Jové G, Torres L, Bailey P.** Calidad de los servicios de anticoncepción en El Alto, Bolivia . [Rev Panam Salud Pública]. 1999. Vol. 5(6), págs. 411-22.
92. **Ramírez ST, Nájera AP, Nigenda LG.** Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. [Salud Públ México]. 1998. Vol. 40, págs. 3-12.
93. **Sánchez MR, León SM.** Equidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud en el modelo tradicional de asignación de recursos financieros, comparado con un nuevo modelo. s.l., Costa Rica : Caja Costarricense del Seguro Social, 1999.
94. **Franco S, de Sousa-Campos G.** Avaliação da qualidades de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitario. [Cadernos Saúde Pública]. 1998. Vol. 14(1), págs. 61-70.
95. **Iriart P, Nervi L.** Modelo médico y técnicas de investigación social: la encuesta de satisfacción de los usuarios en la evaluación de servicios de salud. [Cuadernos Médico-Sociales (Rosario)]. 1990. Vol. 52, págs. 27-35.
96. **Atkinson S.** Anthropology in research on the quality of health services. [Cadernos Saúde Pública]. 1993. Vol. 3, págs. 283-99.
97. **Arredondo A, Meléndez V.** Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud. Revisión y análisis. [Salud Publ México]. 1992. Vol. 34(1), págs. 36-49.
98. **Murillo JP, de la Cruz J, Vicuña MO.** Metodología de medición de la calidad de atención, según la satisfacción de los usuarios de los hospitales incorporados al Programa de Administración de Acuerdos de Gestión del Ministerio de Salud. [PAAG-MINSA]. s.l. : Serie de Cuadernos Técnicos N° 12, Diciembre 2000.
99. **DENEB.** Estudios de Marketing. Investigación Cualitativa. Estudio de percepciones, actitudes y prácticas respecto de la salud en poblaciones urbanas y rurales de los departamentos de Loreto, Apurímac y Huánuco. [PAAG-MINSA]. s.l. : Serie Informes Técnicos N°4, Enero 2000.
100. **Anderson E, Fornell C, Lehmann D.** Customer satisfaction, market share, and profitability: findings from Sweden. [Journal of Marketing]. 1994. Vol. 58, págs. 53-66.
101. **Bloemer J, Ruiters K.** Integrating service quality and satisfaction: pain in the neck of marketing opportunity? . [Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior]. 1995. Vol. 8, págs. 44-52.
102. **Cronin J, Taylor S.** Measuring service quality: a reexamination and extension . [Journal of Marketing]. 1992. Vol. 56, págs. 55-68.
103. **Bitner M.** Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. Journal of Marke.1990. Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. [Journal of Marketing]. 1990. Vol. 54, págs. 69-82.
104. **Bolton R, Drew J.** A multistage model of customers assessments of service quality and value. [Journal of Consumer Research]. 1991. Vol. 17, págs. 375-384.

105. **Schommer J, Wiederholt J.** Patient s satisfaction with pharmacist consultation services: application of a model of service encounter evaluation. [Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior]. 1994. Vol. 7, págs. 74-85.
106. **Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L,.** Reassessment of expectations as a comparison standart in measuring service quality: implications for further research. [Journal of Marketing]. 1994. Vol. 58, págs. 111-124.
107. **Taylor S, Baker T.** An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumer s purchase intentions. [Journal of Retailing]. 1994. Vol. 70, págs. 163-178.
108. **Teas R.** Expectations, performance evaluation and consumer s perceptions of quality. [Journal of Marketing]. 1993. Vol. 57, págs. 18-34.

APÉNDICES

APÉNDICE 1. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRENATAL

Características socio demográficas

Edad: _____ años	Lugar de procedencia: _____
	Años que reside en _____ años Cajamarca:
Estado civil <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Conviviente	Grado de instrucción <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo
Persona que mantiene el hogar: <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Pareja y gestante	<input type="checkbox"/> Padres de la pareja <input type="checkbox"/> Padres de la gestante <input type="checkbox"/> Hijos de la gestante <input type="checkbox"/> Otros _____

Características obstétricas

Centro o puesto de salud donde se atiende	
Profesional a cargo del control prenatal	Obstetra
Embarazos de riesgo	Exclusión
Meses de gestación	
Número de embarazos	
Número de control prenatal	
Deseabilidad del embarazo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Horario de atención	
Días transcurridos durante la última atención	
Equipamiento	<input type="checkbox"/> Ecografía <input type="checkbox"/> Dopler

ESCALAS	
Ítems	Respuestas
1	A B C D
2	A B C D
3	A B C D
4	A B C D
5	A B C D
6	A B C D
7	A B C D
8	A B C D
9	A B C D
10	A B C D
11	A B C D
12	A B C D
13	A B C D
14	A B C D
15	A B C D
16	A B C D
17	A B C D
18	A B C D
19	A B C D
20	A B C D
21	A B C D
22	A B C D

A = Muy pobre	B = Pobre	C = Buena	D = Muy Buena
----------------------	------------------	------------------	----------------------

APÉNDICE 2. ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRENATAL DE RAUBE

Estimada señora (señorita) estoy interesada en conocer su opinión acerca cómo es la atención de su control de embarazo en el puesto de salud. Sus respuestas son de importancia para comprender cómo se brinda este tipo de atención en su comunidad. Espero que se sienta tranquila pues sus respuestas no serán conocidas por nadie más que mi persona.

A continuación le voy a hacer algunas preguntas sobre la atención de control de embarazo que recibe en el puesto/centro, usted me dirá si en su opinión dicha atención es muy buena, buena, pobre o muy pobre.

Así por ejemplo,

Si se pone a pensar en el respeto que le muestran los cobradores de combi, usted opina que el servicio que recibe cuando viaja en combi es:

Muy Pobre; Pobre; Bueno; Muy bueno.

	ÍTEMS	RESPUESTAS			
1 (ítem se excluyó)	Si se pone a pensar en el tiempo que necesita para llegar al puesto de salud desde su casa ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
2	Si se pone a pensar en el uso de equipos modernos que hayan utilizado para examinarle ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
3	Si se pone a pensar en la limpieza de los consultorios ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
4	Si se pone a pensar en la capacidad que tiene la obstetriz para cuidar de su salud. ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
5	Si se pone a pensar en el respeto que le muestran los trabajadores encargados de recibir a los pacientes. ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
6	Si se pone a pensar en el tiempo que espera para ingresar al consultorio de la obstetriz. ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
7	Si se pone a pensar en la tranquilidad que siente al ser atendido por la obstetriz. ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
8	Si se pone a pensar en la preocupación que tienen por atenderle los trabajadores que le reciben cuando llega al puesto. ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
9	Si se pone a pensar en la paciencia que tiene la obstetriz para examinarle. ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>

10	Si se pone a pensar en la tranquilidad que siente en el lugar donde usted espera antes de ingresar al consultorio de la obstetriz ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
11	Si se pone a pensar en el número de obstetricias que tiene el puesto de salud para atender a las gestantes, ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
12	Si se pone a pensar en el agrado que siente al estar en el consultorio donde es atendida por la obstetriz. ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
13	Si se pone a pensar en la tranquilidad que siente al ser atendida por las personas encargadas de recibir a los pacientes ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
14	Si se pone a pensar en las facilidades que la obstetriz le brinda para programar el día de su próxima cita según sus quehaceres. ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
15	Si se pone a pensar en la capacidad que tiene la obstetriz para explicarle sobre los exámenes e intervenciones que le hizo. ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
16	Si se pone a pensar en el interés que han tenido la obstetriz para hablarle de cuáles son los alimentos apropiados para una embarazada ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
17	Si se pone a pensar en el respeto que le tuvo la obstetriz. ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
18	Si se pone a pensar en el horario que atiende el puesto de salud ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
19	Si se pone a pensar en la preocupación que expresa la obstetriz por su bienestar ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
20	Si se pone a pensar en el gusto que siente hacia el lugar donde espera antes de ingresar al consultorio de la obstetriz. ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
21	Si se pone a pensar en lo útiles que son para usted los consejos de la obstetriz ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
22	Si se pone a pensar en la igualdad que existe en el puesto de salud para atender a los pacientes, sin preferencias económicas u otras. ¿Qué opina de la atención del control de embarazo que se brinda en el puesto/centro?	<i>Muy pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>

APÉNDICE 3

TABLAS RESUMEN SOBRE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRENATAL

TABLA A. Satisfacción general de las gestantes con la atención prenatal que se brinda en los establecimientos de salud 2012.

<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Muy Pobre	0	0
Pobre	70	20,1
Buena	202	57,9
Muy buena	6	1,7
Total	278	79,7

Nota: 71 casos quedaron excluidos del análisis

TABLA B. Satisfacción con la atención prenatal según las habilidades comunicativas y empatía del profesional de obstetricia

<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Muy Pobre	0	0
Pobre	52	16,9
Buena	236	76,9
Muy buena	19	6,2
Total	307	100,0

Nota: 42 casos quedaron excluidos del análisis

TABLA C. Satisfacción con la atención prenatal según la eficiencia administrativa y la atención de los trabajadores en general

<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Muy Pobre	7	2,0
Pobre	171	50,0
Buena	156	45,6
Muy buena	8	2,3
Total	342	100,0

Nota: 07 casos quedaron excluidos del análisis

TABLA D. Satisfacción con la atención prenatal según el tiempo de espera y accesibilidad

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy Pobre	13	3,8
Pobre	167	49,1
Buena	154	45,3
Muy buena	6	1,8
Total	340	100,0

Nota: 09 casos quedaron excluidos del análisis

TABLA E. Satisfacción con la atención prenatal según la calidad de intervención del profesional de obstetricia

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy Pobre	0	0,0
Pobre	46	13,6
Buena	271	79,9
Muy buena	22	6,5
Total	339	100,0

Nota: 10 casos quedaron excluidos del análisis