

# Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias

Mario Norberto Bronfman-Pertzovsky, Dr en Soc,<sup>(1)</sup> Sergio López-Moreno, Dr. en C,<sup>(1)</sup>  
Carlos Magis-Rodríguez, M en SP,<sup>(2)</sup> Alejandra Moreno-Altamirano, M en C,<sup>(3)</sup> Shea Rutstein, Ph D.<sup>(4)</sup>

Bronfman-Pertzovsky MN, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C, More-Altamirano A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Publica Mex* 2003;45:445-454.

El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Bronfman-Pertzovsky MN, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C, More-Altamirano A, Rutstein S. Prenatal care in the primary level of healthcare: provider characteristics which influence users' satisfaction. *Salud Publica Mex* 2003;45:445-454.

The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

## Resumen

**Objetivo.** Evaluar el nivel de satisfacción alcanzado por las usuarias de los servicios de atención prenatal en el primer nivel de atención en México, y comparar con algunas características del proveedor y del servicio. **Material y métodos.** Mediante la aplicación de una encuesta transversal, en el año 2000, se investigaron 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. Se recopiló información mediante: a) observación directa de la consulta médica, b) entrevistas a proveedores y usuarias, y c) aplicación de cuestionario y examen de conocimiento a los proveedores. Se analizó la relación existente entre la capacidad de resolución clínica de los proveedores, el trato recibido durante la consulta y la satisfacción sobre la misma que la usuaria manifestó en entrevista directa. Para ello se calcularon las medidas de resumen y dispersión de las principales categorías, así como análisis bivariado y de tendencias. **Resultados.** 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, pero no con la capacidad de resolución clínica del profesional, ni con su edad o

## Abstract

**Objective.** To assess the satisfaction level attained by prenatal care users in primary health services in Mexico, and to compare the level of satisfaction according to characteristics of the provider and the service. **Material and Methods.** A cross-sectional survey was conducted to analyze data from 217 care provider-user pairs. Interviews were carried out in 95 primary care units in eight Mexican states. The information was collected through a) direct observation of the medical encounter, b) interviews with providers and users, and c) a questionnaire and knowledge examination to providers. Users' satisfaction was analyzed according to providers' clinical ability and the treatment received during the visit. Summary and dispersion measures of the main issues were calculated, as well as bivariate and trends analysis. **Results.** User satisfaction in prenatal care is associated with the treatment received during the visit and to the waiting time before being attended, but not with the provider's clinical ability, nor with his or her age or gender. The treatment received during the visit was also associated with the user's socioeconomic level, where the poorer users received the worst treatment. **Conclusions.** Health services should assess users' satisfaction according with the type of medi-

Proyecto financiado parcialmente con recursos de Macro Internacional Inc mediante convenio con la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (USAID) (Proyecto # 31307-OS-263).

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. México, DF, México.

(3) Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF, México.

(4) Macro Internacional, Inc. Calverton, MD, USA.

Fecha de recibido: 26 de febrero de 2002 • Fecha de aprobado: 28 de agosto de 2003

Solicitud de sobretiros: Dr. Sergio López Moreno. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Avenida Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatitlán, 62508, Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: [slopez@insp.mx](mailto:slopez@insp.mx)

género. El trato recibido durante la consulta por la paciente también se asoció con su nivel socioeconómico y se encontró que las usuarias más pobres reciben, proporcionalmente, peor trato. **Conclusiones.** Los servicios de salud podrían realizar evaluaciones de la satisfacción de sus pacientes en relación con la consulta recibida, en especial en aquellos lugares en los que existe escasez de recursos y/o condiciones de desigualdad económica. En estos casos la prestación de los servicios puede profundizar las diferencias entre la población, y afectar más a la población más pobre. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras clave: calidad de la atención de salud; trato recibido durante la consulta; satisfacción de la paciente; primer nivel de atención; atención prenatal; México

cal encounter, particularly where resources are scarce and where economic disparities are present. In such cases, the provision of healthcare services may intensify inequality, with greater impact on the poorest. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Words key: quality of health care; treatment received; patient satisfaction; prenatal care; Mexico

La evaluación de la calidad de los servicios de salud inició en las primeras décadas del siglo XX, y a partir de la segunda mitad de ese siglo se convirtió en una herramienta indispensable en la transformación de los sistemas de salud, respondiendo a los reclamos de eficiencia técnica y responsabilidad social de sus servicios. Recientemente se acepta que la calidad de la atención sea evaluada desde la perspectiva de los pacientes, constituyendo así un importante elemento en el desarrollo de los servicios de salud.<sup>1-3</sup> Esta nueva tendencia se basa en la convicción de que las acciones desarrolladas para mejorar la calidad de los servicios médicos deben dirigirse primordialmente a la disminución del sufrimiento y el incremento del bienestar general de los pacientes, sin descuidar el uso de instrumentos técnicos capaces de incrementar su capacidad para realizar diagnósticos oportunos y adecuados, así como para establecer tratamientos efectivos considerando las necesidades del paciente y los adelantos científicos de la práctica médica.<sup>4</sup>

De acuerdo con las propuestas clásicas de Donabedian,<sup>5</sup> los resultados y los procesos de la atención son elementos esenciales para evaluar su calidad. Los indicadores utilizados en el proceso de evaluación, según este autor, pueden ser de estructura, proceso o resultado, según se refieran: a) a los recursos y su organización, en el primer caso; b) a las relaciones establecidas entre los proveedores y los pacientes, en el segundo; o c) a los cambios en el estado de salud del paciente, en el tercero.<sup>6</sup>

La evaluación periódica de las acciones y resultados del sistema de salud constituye la mejor garantía de que sus objetivos se están cumpliendo o están en vías de cumplirse. Por esta razón, la evaluación de los servicios de salud representa una actividad central de los gobiernos y las instituciones de investigación sani-

taria. De acuerdo también con Donabedian,<sup>7</sup> los servicios de salud deben, además de ser técnicamente efectivos y económicamente eficientes, ser convenientes, aceptables y agradables para el usuario. En este sentido son el paciente y sus familiares quienes, en último término, deciden si el servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. Por esta razón, el objetivo de los servicios no puede limitarse a alcanzar el alivio médico del enfermo, sino buscar incrementar su entusiasmo y su confianza en las instituciones de salud. El conocimiento científico y técnico puede generar productos o servicios de alta calidad, pero es la aceptación del consumidor la que, finalmente, valida integralmente el proceso de la atención.

Las tendencias más recientes en el terreno de la evaluación sanitaria, incluso en el caso de las metodologías de evaluación global de los sistemas –como es el caso de la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, promovida desde hace varios años por la Organización Mundial de la Salud– apuntan a llevar sus procesos de evaluación hasta el nivel del proveedor y el usuario final de los servicios de atención.<sup>8</sup>

Se han desarrollado múltiples propuestas para lograr una adecuada evaluación de los servicios en el nivel en el que directamente se presta la atención. No obstante, prácticamente todas conceden una importancia capital al uso de las encuestas aplicadas directamente a los usuarios y sus familiares para evaluar su satisfacción respecto al servicio recibido,<sup>9,10</sup> de manera que su uso para evaluar la calidad de los servicios se ha convertido en una actividad cada vez más importante.<sup>11-13</sup>

Dado que las diferencias en la calidad de los servicios pueden tener su origen en aspectos tan distintos como, por ejemplo, la estructura y organización de los programas,<sup>14-16</sup> el costo de la atención,<sup>17</sup> la cantidad

de recursos disponibles<sup>18</sup> y el entrenamiento y actitud de los proveedores,<sup>1</sup> entre otros, la observación directa de las unidades de atención y del proceso de consulta médica también constituyen instrumentos valiosos para la evaluación de las políticas, los programas y los proveedores de los servicios. Este acercamiento ha permitido también combinar los productos obtenidos durante la evaluación, tanto de los procesos como de los resultados de la atención.<sup>19</sup>

En México, la evaluación de la calidad de los servicios de salud inició en la década de los ochenta, a partir de la introducción del concepto de garantía de calidad.<sup>20</sup> Algunos de los primeros ejemplos de este tipo de programas en América Latina fueron los desarrollados en el Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud de México<sup>21</sup> y en la Unidad de Estudios sobre la Calidad de la Atención a la Salud, del Instituto Nacional de Salud Pública.<sup>22</sup> A partir de ese momento se han realizado múltiples investigaciones sobre la calidad de los servicios de salud mexicanos, pero la mayor parte lo ha sido en el espacio hospitalario.

En este documento se presenta la evaluación de algunos aspectos de la calidad de los servicios de primer nivel de atención en los que se prestan consultas de atención prenatal (APN). Se eligieron estos servicios debido a la importancia que tienen sobre la salud pública.

La cobertura y la calidad de la atención prenatal están relacionadas directamente con la mortalidad materna. La mayor parte de las muertes perinatales también tiene relación con las enfermedades subyacentes de la madre y los problemas del embarazo, el parto y el puerperio, por lo que una atención prenatal completa y adecuada resulta sumamente importante para prevenir el deceso de los menores.<sup>23</sup> Además, es imposible desarrollar acciones efectivas de atención sin la presencia de personal capacitado en todos los niveles de atención, especialmente en donde no hay suficiente información disponible, como sucede en las regiones rurales del país. En la última década –contrariamente a lo esperado, dado el notable incremento en la cobertura de los servicios prenatales y maternos– la mortalidad materna alcanzó cifras de 5.2 por 10 000 nacidos vivos registrados (NVR), como promedio anual, y se concentró en las regiones más pobres del país, en donde ocurrieron 70% de las muertes maternas. Al iniciar el siglo XXI los municipios indígenas todavía han presentado tasas de mortalidad materna de hasta 28 por 10 000 NVR, es decir, cuatro veces más altas que el promedio nacional. Aunque, en promedio, 7 de cada 10 partos se atienden en las instituciones de salud del país, en 2001 esta cifra llegó a

ser en algunas zonas indígenas de apenas 2 por cada 10 partos.<sup>25</sup>

La evaluación de la calidad de los servicios del primer nivel de atención y la satisfacción de sus usuarios es estratégica para identificar los obstáculos y oportunidades que existen para mejorar la planeación, diseño, organización y prestación de estos servicios, usados por millones de mexicanos cada año.

La presente investigación reporta la primera parte de los resultados obtenidos en la Encuesta de Centros de Salud sobre Infecciones de Transmisión Sexual, diseñada por el entonces Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) y desarrollada en colaboración con la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID), ORC/Macro international y el Instituto Nacional de Salud Pública de México.

## Material y métodos

La investigación que se presenta fue una encuesta epidemiológica. El universo estuvo compuesto por 95 centros de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud de ocho entidades federativas del país. Estas entidades fueron seleccionadas por el volumen de consultas de APN, así como por su pertenencia al área de acción de los Proyectos de Mejoramiento del Tratamiento de ITS y VIH/SIDA de la misión USAID en México, marco original del proyecto. Estas entidades fueron el Distrito Federal, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Oaxaca, Puebla, Veracruz y Yucatán.

Desde el inicio se decidió investigar los centros de atención de acuerdo con su ubicación, tamaño y nivel de complejidad, usando la clasificación propuesta por la Secretaría de Salud que los considera como: a) centros de salud urbanos (CSU); b) centros de salud rurales concentrados (CSRC), y c) centros de salud rurales dispersos (CSRD). Dado que estas unidades poseen diferente grado de complejidad, organización y disponibilidad de recursos, la investigación de los tres tipos de unidad garantizaría la incorporación de una muestra suficientemente grande de usuarias de cada entidad, con el fin de intentar análisis globales de esta región del país, considerada en forma global. La selección de cada centro al interior del estado se realizó siguiendo criterios de distribución secuencial y polietápica, de acuerdo con el grado de ruralidad reportado por el Registro Nacional de Infraestructura de Salud. Con estos criterios se seleccionaron finalmente 96 centros de salud. Fueron investigadas 95 de las 96 unidades de atención que inicialmente se propuso estudiar. 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 APN; cuestionario sobre características personales del proveedor; cuestionario sobre características personales de la paciente, y guía de entrevista a la paciente sobre su grado de satisfacción con la consulta.

Se realizaron reuniones con expertos clínicos para construir el examen usado para evaluar la capacidad de resolución clínica de los proveedores y crear las categorías en las que se clasificaron los médicos tratantes, según la calificación que obtuvieron. Estos exámenes consistieron en la aplicación de 47 preguntas en forma de casos clínicos de diagnóstico y tratamiento.

Un procedimiento similar al anterior se llevó a cabo para elaborar las guías clínicas utilizadas para evaluar el trato recibido durante la consulta médica. En este caso se consideraron los dominios de: a) calidad técnica y b) calidad interpersonal y contextual. En el primer rubro se evaluaron los procedimientos técnicos ejecutados por el facultativo desde el ingreso hasta la salida de la paciente del consultorio, con una guía que incluyó las principales acciones relativas a la entrevista clínica y a la exploración física que, de acuerdo con un grupo de expertos entrevistados, deben ser seguidas para que una consulta se considere de buena calidad técnica. En el segundo rubro se evaluaron aspectos relativos a la relación interpersonal entre el médico y la paciente (explicaciones del médico, cortesía en el trato, amabilidad del personal), y elementos relativos al contexto (comodidad durante la espera y privacidad de la consulta). De ambas categorías se seleccionaron las 10 más representativas para fines de análisis de la información. El trato fue calificado como adecuado o inadecuado. Se consideró que el trato fue adecuado cuando el proveedor cumplió con siete o más de estos criterios, e inadecuado cuando no lo hizo.

La guía de observación directa incluyó además un apartado para medir el tiempo de espera para recibir consulta, evaluado en minutos.

Los niveles socioeconómicos de la usuaria se valoraron de acuerdo con la disponibilidad de algunos bienes y servicios determinados previamente, y que fueron los siguientes: electricidad, refrigerador, televisor y automóvil en la familia; además, se crearon cuatro categorías de nivel socioeconómico (muy bajo, bajo, medio y alto). Para el procesamiento, estas cuatro categorías se reagruparon en sólo dos niveles: a) muy bajo y bajo, y b) medio y alto.

La escolaridad fue clasificada inicialmente en: a) ninguna, b) primaria, c) secundaria, y d) preparatoria o más, pero después del primer análisis fue reagrupada con el fin de identificar diferencias que no se

manifestaron con la primera clasificación. Las categorías finales fueron: a) ninguna escolaridad, y b) las demás.

La satisfacción de la usuaria fue evaluada mediante la aplicación de cinco preguntas específicas que buscaron poner de manifiesto el acuerdo entre las expectativas de la usuaria y la consulta recibida. Se consideró que la usuaria resultó insatisfecha con la consulta recibida cuando explícitamente manifestó una falta de ajuste entre sus expectativas y la consulta recibida en, cuando menos, dos de las cuatro preguntas que exploraron esta esfera; en caso contrario se consideró satisfecha.

Para evaluar la capacidad de resolución clínica del proveedor se aplicó un examen de 47 preguntas sobre el diagnóstico y el tratamiento de los eventos clínicos más frecuentemente observados en la atención prenatal, y las calificaciones obtenidas fueron agrupadas en terciles. Con fines de comparación, los proveedores que se encontraron en el tercil inferior fueron clasificados como de calificación muy baja, mientras que los de los terciles medio y superior se consideraron dentro del grupo de calificaciones media y alta.

El volumen de observaciones y entrevistas necesarias para alcanzar una muestra representativa fue calculado estimando una proporción esperada de insatisfacción de las usuarias de 30% (que es el resultado reportado por el Diagnóstico Basal de Calidad de la Secretaría de Salud en 1999 para los centros de primer nivel de atención);<sup>27</sup> una precisión absoluta de 5%, una precisión relativa de 15% y un nivel de significancia de 0.05. Como resultado, se obtuvo una cifra de 228 observaciones necesarias. Los pares de observación-entrevista realizados y útiles fueron 217. Todos los cálculos se realizaron en los paquetes estadísticos EPIDAT 2.1 y STATA 6.0.

Para la recopilación de la información en campo se capacitaron ocho equipos de dos personas cada uno. Para garantizar la aleatoriedad de la muestra, las visitas se programaron para realizar hasta cinco observaciones y cinco entrevistas de salida con usuarias de los servicios durante un máximo de dos días por centro de atención. El trabajo de campo final se realizó en el periodo comprendido entre enero y marzo de 2000.

Los datos recogidos mediante las cédulas de entrevista y observación fueron codificados y capturados en el programa FOXBASE, y posteriormente procesados en el programa STATA, versión 6.0. Los resultados que se presentan en este informe incluyen las medidas básicas de resumen y de estadística bivariada de las principales categorías. Se incluyeron además algunas pruebas paramétricas aplicadas para probar la significancia estadística de las asociaciones encontradas

cuando las variables fueron continuas y la distribución normal.

En todos los casos se conservó la confidencialidad de la información y el anonimato de las entrevistadas.

## Resultados

En este apartado se exponen los resultados obtenidos por el estudio, tanto en general como por entidad federativa.

Se realizaron 217 pares de entrevista-observación a proveedores y usuarias de servicios de APN. La edad promedio de los proveedores entrevistados fue de

39.5±11.5 años. Este grupo se distribuyó en 43.4% (99) mujeres y 56.6% (118) hombres. Las usuarias tuvieron un promedio de edad de 24.0±5.6 años, como se muestra en el cuadro I

El promedio de calificación obtenido por los proveedores en materia de *capacidad de resolución de problemas clínicos* relacionados con la APN fue de 3.12±1.88, en calificación sobre 10. Como puede verse en el cuadro II, la entidad con promedio de calificación más alto fue Oaxaca, con 4.79, mientras que el Estado de México ocupó el lugar más bajo con 1.43. Sólo seis casos de un total de 217 proveedores (2.8%) acreditaron el examen; el más alto obtuvo una calificación de 7.8.

Cuadro I  
CARACTERÍSTICAS DE LOS PROVEEDORES Y USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL.  
ENTIDADES FEDERATIVAS SELECCIONADAS. MÉXICO, 2000

		Distrito Federal (21)*	Guerrero (14)*	Jalisco (31)*	México (37)*	Oaxaca (37)*	Puebla (22)*	Veracruz (34)*	Yucatán (21)*	Total (217)*
Edad del proveedor	Promedio (DE)	46.0 (7.9)	34.6 (8.1)	39.4 (12.0)	42.1 (12.4)	39.4 (15.6)	38.7 (10.4)	37.7 (8.7)	35.8 (7.2)	39.5 (11.5)
Edad de la usuaria	Promedio (DE)	21.3 (5.3)	24.9 (6.4)	23.3 (4.9)	24.2 (5.6)	25.2 (5.5)	24.3 (5.4)	24.9 (6.1)	22.9 (5.5)	24.0 (5.6)
Sexo del proveedor	Femenino	14	6	24	12	16	10	9	8	99
	Masculino	7	8	7	25	21	12	25	13	118

\* Número de pares "proveedor-usuaria" investigados en la entidad federativa (DE): Desviación estándar

Cuadro II  
CALIFICACIÓN, CAPACITACIÓN RECIBIDA Y NÚMERO DE SUPERVISIONES EN PROVEEDORES DE SERVICIOS  
DE ATENCIÓN PRENATAL EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS SELECCIONADAS. MÉXICO, 2000

	Promedio de la calificación obtenida por los proveedores en el examen sobre capacidad de resolución de problemas clínicos*		Recibió algún tipo de capacitación en atención prenatal en el semestre anterior (%)		Recibió por lo menos una visita de supervisión en el semestre anterior (%)	
	Promedio	Desviación estándar	Sí <sup>†</sup>	No <sup>‡</sup>	Sí <sup>#</sup>	No <sup>&amp;</sup>
Distrito Federal	2.73	1.35	83.3	16.7	100	-
Guerrero	3.05	1.70	100	-	100	-
Jalisco	2.01	2.03	63.6	36.4	100	-
México	1.43	1.72	81.8	18.2	81.25	18.75
Oaxaca	4.79	0.56	67.6	32.4	100	-
Puebla	4.10	1.0	76.2	23.8	100	-
Veracruz	4.16	1.59	58.6	41.4	60	40
Yucatán	2.56	1.24	92.9	7.1	100	-
Todos	3.12	1.88	74.17	25.83	91.62	8.38

\* Calificación sobre 10

† Proveedores que recibieron uno o más cursos de capacitación en los seis meses previos a la entrevista

‡ Proveedores que no recibieron ninguna capacitación en los seis meses previos a la entrevista

# Proveedores que recibieron una o más supervisiones en los seis meses previos a la entrevista

& Proveedores que no recibieron ninguna supervisión en los seis meses previos a la entrevista

El 74.1% de los proveedores investigados había recibido algún tipo de curso. En este rubro destaca el estado de Guerrero, en donde 100% de los proveedores recibió por lo menos un curso de capacitación en el semestre previo al estudio. En seis de las entidades estudiadas (91.6%) todos los proveedores habían recibido al menos una supervisión en los últimos seis meses. Esto, sin embargo, no se refleja en las calificaciones obtenidas en el examen.

Del cuadro III destaca que el tiempo de espera para recibir consulta fue, en promedio, de una hora con 46 minutos, aunque la amplitud de este indicador muestra que hubo ocasiones en las cuales las pacientes esperaron más de cuatro horas para recibir atención. Yucatán fue el estado con el mayor tiempo de espera para recibir consulta, con un promedio de 3 horas con 45 minutos, lo que resulta extraordinariamente prolongado considerando que las pacientes que reciben este tipo de consulta generalmente lo hacen bajo cita.

Como se señaló en el apartado de Material y métodos, el nivel socioeconómico fue reclasificado durante el análisis, disminuyendo los grupos de cuatro a dos (bajo y muy bajo, por un lado, y medio y alto por el otro), pues con la primera clasificación no se apreciaron diferencias. La escolaridad de la usuaria también fue reclasificada en ninguna, por un lado, y primaria o más, por el otro. Esto provocó que se obtuviera un porcentaje alto de usuarias en la clasificación más alta (primaria o más), pero que se apreciaran las diferencias que se deben a la ausencia absoluta de escolaridad.

La evaluación del trato recibido durante la consulta indica que, en los estados investigados, más de la mitad de las pacientes (51.6%) recibieron una consulta de calidad inadecuada. Este resultado es muy importante, pues fue obtenido directamente de la observación de la consulta.

La prevalencia de insatisfacción con la consulta recibida fue de 7.8%, oscilando de 0 en el Distrito Federal a 14.7% en Veracruz. En consecuencia, la prevalencia de satisfacción en el total de la muestra fue de 92.1%.

Al comparar la insatisfacción de la usuaria con su nivel socioeconómico y escolaridad (cuadro IV) se encontraron razones de momios (RM) de 1.52 y 0.89, las que, sin embargo, no fueron estadísticamente significativas. Al relacionar la insatisfacción de la usuaria con el tiempo observado de espera para recibir consulta, se obtuvo una RM de 4.60 cuando el tiempo fue mayor a 90 minutos, con un intervalo de confianza de 95% de 1.46 a 15.79. Comparando la insatisfacción de la paciente contra su opinión sobre el tiempo de espera los resultados fueron similares. En esta caso la RM fue de 4.08 y el IC 95% de 1.26 a 15.30. En ambos casos la asociación fue altamente significativa.

El trato recibido durante la consulta también se asoció con un tiempo de espera prolongado, con una RM de 4.85 y un IC 95% de 1.29 a 26.98. Un análisis estadístico más detallado, que no se presenta aquí, muestra una tendencia que indica que la opinión sobre el tiempo de espera fue menos favorable conforme

Cuadro III

**TIEMPO DE ESPERA, NIVEL SOCIOECONÓMICO, ESCOLARIDAD, CALIDAD DE LA CONSULTA Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DE ATENCIÓN PRENATAL EN ENTIDADES FEDERATIVAS SELECCIONADAS. MÉXICO, 2000**

	Tiempo de espera para recibir consulta*		Nivel socioeconómico de la usuaria <sup>†</sup> (%)		Escolaridad de la usuaria (%)		Trato recibido durante la consulta <sup>‡</sup> (%)		Satisfacción con la consulta recibida <sup>§</sup> (%)	
	Promedio	DE <sup>¶</sup>	Bajo y muy bajo	Medio y alto	Ninguna	Primaria o más	Inadecuado	Adecuado	Insatisfecha	Satisfecha
Distrito Federal	89.6	206.2	33.3	66.7	–	100	42.8	57.1	0.0	100
Guerrero	48.8	41.1	21.4	78.6	7.1	92.9	21.4	78.5	7.1	92.8
Jalisco	60.0	79.4	12.9	87.1	3.2	96.8	45.1	54.8	3.2	96.7
México	97.2	74.7	56.8	43.2	5.4	94.6	43.2	56.7	13.5	86.4
Oaxaca	95.9	221.2	45.9	54.1	16.2	83.8	54.1	45.9	8.1	91.8
Puebla	88.1	70.5	36.4	63.6	4.5	95.5	45.5	54.5	4.5	95.4
Veracruz	140.2	98.6	50.0	50.0	3.0	97.0	76.4	23.5	14.7	85.2
Yucatán	225.5	384.8	80.9	19.1	9.5	90.5	66.6	33.3	4.7	95.2
Total	106.2	179.5	43.3	56.7	6.5	93.5	51.6	48.3	7.3	92.1

\* En minutos

<sup>†</sup> Clasificados de acuerdo con la disponibilidad de electricidad, refrigerador, televisor y/o automóvil en la familia

<sup>‡</sup> Evaluado a partir del cumplimiento de guías clínicas y de contexto del proveedor mediante observación de la consulta

<sup>§</sup> Evaluada a partir del cumplimiento de mínimos de satisfacción interrogados directamente a la usuaria mediante entrevista de salida

<sup>¶</sup> (DE): Desviación estándar

Cuadro IV  
**PRINCIPALES FACTORES RELACIONADOS CON LA INSATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DE ATENCIÓN PRENATAL.  
 ENTIDADES FEDERATIVAS SELECCIONADAS. MÉXICO, 2000**

	Insatisfacción de la usuaria sobre el servicio recibido				
	Satisfecha (n= 200)*	Insatisfecha (n= 17)*	RM para insatisfacción	IC (95%)	p
Nivel socioeconómico de la usuaria					
Muy bajo y bajo	85	9	1.52	(0.49-4.72)	0.45
Medio y alto	115	8	-	-	-
Escolaridad de la usuaria					
Ninguna	13	1	0.89	(0.01-6.74)	1.00
Primaria o más	186	16	-	-	-
Tiempo observado de espera de la consulta					
Más de 90 minutos	55	11	4.60	(1.46-15.79)	0.004
Menos de 90 minutos	138	6	-	-	-
Opinión sobre el tiempo de espera					
Excesivo	74	12	4.08	(1.26-15.30)	0.009
Aceptable	126	5	-	-	-
Trato recibido durante la consulta					
Inadecuado	98	14	4.85	(1.29-26.98)	0.01
Adecuado	102	3	-	-	-
Capacidad de resolución de problemas clínicos					
Baja o muy baja	108	7	0.59	(0.18-1.81)	0.32
Alta o media	92	10	-	-	-
Regresaría o recomendaría el servicio					
No	4	5	19.89	(3.62-110.38)	0.0002
Sí	191	12	-	-	-

\* Las categorías en las que los resultados de las casillas no coinciden con la cifra total de casos corresponden a respuestas del tipo "no supo" o "no contestó"

el trato observado en la consulta fue más inadecuado ( $p \leq 0.02$ ), independientemente de su duración objetiva. De la misma manera, al realizar un análisis de tendencias del *trato observado en la consulta* en relación con los cuatro niveles socioeconómicos iniciales se encontró que el trato inadecuado tiende a ser mayor conforme los niveles socioeconómicos son más bajos, con una RM de 4.6 y una  $p \leq 0.001$ .

La capacidad de resolución de problemas clínicos del proveedor, en cambio, no se asoció ni con la satisfacción de la usuaria ni con el trato observado en la consulta médica (RM=0.59, IC 95% 0.18-1.81).

Resulta muy significativo que la disposición de la usuaria para recomendar o no el servicio se asociara estrechamente con su satisfacción sobre la consulta re-

cibida. Cuando la paciente manifestó satisfacción con la consulta recibida expresó categóricamente que regresaría o recomendaría el servicio (RM=19.89, IC 95% 3.62-110.38).

## Discusión

Los resultados obtenidos permiten identificar el impacto de algunos factores de los más importantes de la consulta de atención prenatal sobre la satisfacción manifestada por las usuarias de estos servicios. Puesto que estos factores pueden funcionar como barreras para la utilización de los servicios –impidiendo así la detección oportuna de potenciales complicaciones en el embarazo o el diagnóstico y el tratamiento oportu-

nos de padecimientos graves— su reconocimiento puede servir para mejorar la toma de decisiones durante la planeación, organización y operación de estos servicios.

Nuestros resultados indican, en primer término, que una proporción elevada de las usuarias de estos servicios son, de acuerdo con la clasificación usada, de bajo y muy bajo nivel socioeconómico. Aunque estos resultados eran esperables, debido a que las usuarias de la muestra no cuentan con seguridad social y la mayoría pertenece a zonas rurales, la frecuencia de altos niveles de pobreza es mayor a la que reportan las encuestas nacionales. La edad promedio de usuarias, por otra parte, es similar a la informada en otros estudios.<sup>24</sup>

En segundo término destacan los encuentros en materia de capacidad de los proveedores para la resolución de problemas clínicos, materia en la que prácticamente el total de los investigados resultó deficiente o muy deficiente, lo que contradice el porcentaje relativamente alto de capacitaciones técnicas recibidas en el semestre inmediato anterior (74%, en promedio). Un problema similar se observa en materia de supervisiones técnicas, que fueron realizadas en más de 90% de los casos de la muestra. Estos resultados parecen indicar la falta de efectividad de las actividades de educación continua de los programas habituales de las instituciones de salud.

En general, existe una estrecha relación entre el tiempo de espera de la consulta y la satisfacción de la paciente, lo que puede manifestar que una parte importante de la satisfacción radica en los tiempos que la paciente pierde esperando una consulta, independientemente de su calidad. El riesgo de expresar insatisfacción cuando la espera por consulta es mayor de 90 minutos es cuatro veces más alta que cuando no se rebasa este límite. Existe una correspondencia entre este tiempo (que se obtuvo mediante observación directa) y la opinión de la usuaria sobre lo excesivo de la espera. En este último caso, el riesgo de insatisfacción también es mayor a cuatro veces, respecto de un tiempo de espera calificado como aceptable.

No obstante, resulta interesante notar que la entidad federativa que tuvo el tiempo de espera más alto (Yucatán, con más de tres horas), se ubica en un lugar relativamente alto en cuanto a satisfacción de la consulta 95%, sólo superado por el Distrito Federal (100%) y Jalisco (97%). Una probable explicación se encuentra en el bajo nivel socioeconómico de las usuarias del estado de Yucatán, quienes resultaron ser pobres o muy pobres en 81% de los casos, casi 25 puntos porcentuales por arriba del Estado de México, la enti-

dad federativa que le sigue. Por otra parte, Yucatán ocupó el segundo lugar en cuanto al porcentaje de usuarias sin ninguna escolaridad (9.5%), sólo superado por Oaxaca.

Otro elemento que destaca de los resultados es el hecho de que las pacientes con menores recursos económicos en general esperan más tiempo para recibir la atención, y que esta atención no es mejor a pesar de ser tardada. Se observa además una tendencia a recibir peor trato durante la consulta conforme es menor el nivel socioeconómico de la usuaria. Tales encuentros sugieren que es probable que la negativa para manifestar insatisfacción ante el servicio esté relacionada con la presencia de niveles bajos de nivel socioeconómico y escolaridad. Esta asociación inversa ha sido documentada en otros estudios.<sup>1,16,28</sup>

A pesar de que los resultados generales obtenidos en materia de satisfacción de las usuarias (92.1%) no son muy diferentes de los reportados por la Encuesta Nacional de Salud II —que en el rubro denominado “percepción de la calidad de la atención” reportó que 81.2% de los usuarios de los servicios nacionales perciben la atención como buena—,<sup>31</sup> no puede descartarse la posibilidad de que la baja frecuencia de insatisfacción, aun en condiciones desfavorables de atención, se deba a un probable sesgo aparecido al investigar este aspecto utilizando la técnica de encuesta.

Aun así, 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. En la muestra que se analiza en este trabajo el riesgo de insatisfacción cuando el trato fue inadecuado es casi cinco veces mayor que cuando el trato se calificó como adecuado.

En resumen, este trabajo muestra claramente que los servicios de atención prenatal de primer nivel, dirigidos a la población no asegurada de ocho entidades federativas, resultan insatisfactorios para las usuarias cuando los tiempos de consulta son prolongados y cuando el trato durante la misma es inadecuado. Puede apreciarse, además, que el trato recibido por las pacientes es peor conforme su nivel socioeconómico y su escolaridad son más bajos. La satisfacción, por su parte, no guarda relación con la capacidad de resolución clínica observada en los proveedores, y se asocia más fuertemente con la baja escolaridad y la pobreza. Ya que también se documenta una intensa asociación entre la satisfacción de las usuarias y su disposición para regresar a los servicios o recomendarlos, resulta indispensable que los futuros ajustes realizados a las ins-

tituciones encargadas de esta atención consideren seriamente estos elementos de juicio. Las investigaciones realizadas en prácticamente todo el mundo demuestran que la mortalidad, en todas las edades, es siempre más alta entre los pobres que entre los ricos, y que este diferencial es particularmente alto durante la infancia, la vejez y el embarazo.<sup>15,26,29-31</sup> Cuando la segregación que padece la población que reside en las regiones con menos recursos se combina con la presencia de servicios de peor calidad, se acentúa la perpetuación de la pobreza y sus consecuencias para la salud.

Vale la pena señalar, finalmente, que las responsabilidades de los sistemas públicos de salud incluyen la obligación de velar porque sus servicios se distribuyan de la manera más justa posible, y la evaluación de la calidad de los servicios para la población no asegurada debe incluir la valoración del grado de equidad y de calidad con el que se otorgan, especialmente en aquellos lugares donde se prestan en condiciones de grandes desigualdades.<sup>25,32,33</sup> Por este motivo resulta indispensable realizar evaluaciones cada vez más profundas sobre el desempeño de los servicios de primer nivel de atención de las zonas rurales de México.

## Agradecimientos

En diferentes fases de la Encuesta de Centros de Salud sobre Infecciones de Transmisión Sexual –en parte de cuyos resultados se basa el presente trabajo– colaboraron los doctores Luis Gerardo Durán Arenas, Laura Tirado Gómez, Francisco Díaz Vásquez, Alma Lucila Saucedo Valenzuela, Carlos Carrillo Ordaz y Claudia Macías Carrillo. Los autores agradecen ampliamente su participación.

## Referencias

- Ramírez STJ, Nájera AP, Nigenda LG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1998;40:3-12.
- Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: A model for comparisons of care units. *Int J Quality Health Care* 2001;13(5):385-390.
- Drain M. Quality improvement in primary care and the importance of patients perceptions. *J Ambulatory Care Manag* 2001;24(2):30-46.
- Cherin DA, Huba GJ, Steinberg J, Reis P, Melchior LA, Marconi K *et al*. Satisfaction with services in innovative managed care programs for groups of traditionally underserved individuals with HIV/AIDS: Empirical models. *Home Health Care Serv Q* 2001;19(1):103-125.
- Donabedian A. La calidad de la atención médica. México, DF: Ed La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- Vidal PLM, Reyes ZMC. Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Publica Mex* 1993;35(3):326-331.
- Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Conferencia magistral. *Salud Publica Mex* 1993;35(3):238-247.
- Evans DB, Tan-Torres ET, Lauer J, Frenk J, Murray CJL. Measuring quality: From system to the provider. *Int J Quality Health Care* 2001;13(6):439-446.
- Ware JE, Davies AA, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Serv Rev* 1978;1:2-15.
- McKinley RK, Terjinder MS, Hasting AM, French DP, Baker R. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: Development of a patient questionnaire. *BMJ* 1997;314(7075):193-207.
- Draper M, Cohen P, Buchan H. Seeking consumer views: What use results of hospital patient satisfaction surveys? *Int J Quality Health Care* 2001;13(6):463-468.
- Duff DL, Camping DL, Ahmed LB. Evaluating satisfaction with maternity care in women from minority ethnic communities: Development and validation of a Sylheti questionnaire. *Int J Quality Health Care* 2001;13(3):215-230.
- Barón EO, Dushenat M, Friedman N. Evaluation of the consumer model: Relationship between patients expectations, perceptions and satisfaction with care. *Int J Quality Health Care* 2001;13(4):317-323.
- Dellana SA, Glascoff DW. The impact of health insurance plan type on satisfaction with health care. *Health Care Manag Rev* 2001;26(2):33-46.
- Sánchez PHJ, Ochoa DLH, García GMM, Martín MM. Bienestar social y servicios de salud en la Región Fraylesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal. *Salud Publica Mex* 1997;39:530-538.
- Sánchez PHJ, Ochoa DLH, Navarro IGA, Martín MM. La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende? *Salud Publica Mex* 1998;40:494-502.
- Donabedian A. Quality, cost, and cost containment. *Nurs Outlook* 1984;32:142-145.
- Gómez DO, Garrido LF, Tirado GLL, Ramírez D, Macías C. Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México. *Salud Publica Mex* 2001;43:224-232.
- Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Int J Quality Health Care* 2001;13(6):475-480.
- Ruelas BE, Zurita GB. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Publica Mex* 1993;35(3):235-237.
- Ruelas BE, Reyes ZH, Zurita GB, Vidal PLM, Karschmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Publica Mex* 1990;32:207-220.
- Ruelas BE, Vidal PLM. Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. *Salud Publica Mex* 1990;32:225-231.
- Bobadilla JL. Quality of perinatal medical care in Mexico City. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; Perspectivas en Salud Pública No. 3.
- Garza EME, Rodríguez CMS, Villarreal RE, Salinas MAM, Núñez RGM. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev Esp Salud Publica* 2003;77:267-274.
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. México, DF: SSA, Gobierno de la República, 2000:25-77.
- Secretaría de Salud. México Salud 2001. México, DF: SSA, 2002.
- Fundación Mexicana para la Salud. Diagnóstico basal de calidad: hospitales y centros de salud urbanos y rurales de la Secretaría de Salud. México, DF: FUNSALUD, 1999.

28. Zurita B, Nigenda G, Ramírez T. Encuesta de satisfacción con los servicios de salud 1994. En: Frenk J, ed. Observatorio de la salud. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud, 1997.
29. Bollini S. No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med* 1995;(41)6:819-828.
30. Kennedy B, Kawachi I, Prothrow D. Income distribution and mortality. En: Kawachi I, Ed. *The society and population health Reader. Income, inequality and health.* The New Press, 1999.
31. Starfield B. Improving equity in health: A research agenda. *Int J Health Services* 2001;31(3):545-566.
32. Sen A. Health in development. Keynote address in the Fifty-second World Health Assembly; 1999 May 18; Ginebra, Suiza:1-8.
33. Rodgers, GB. Income inequality as determinant of mortality: An international cross-section analysis. *Int J Epidemiol* 2002;31:533-538.