

# Calidad del componente embarazo saludable en una Jurisdicción Sanitaria de Tabasco, México

Juan Antonio Isidro-Cerino,<sup>(1)</sup> Heberto Romeo Priego-Álvarez,<sup>(2)</sup> María Isabel Ávalos-García<sup>(3)</sup>

*cerinoantonio32@hotmail.com*

## RESUMEN

**Objetivo.** Evaluar la calidad del componente sustantivo de salud materna y perinatal en una Jurisdicción Sanitaria de Tabasco. **Material y Método.** Investigación descriptiva transversal, teniendo como sujetos de estudios a 57 médicos, 194 embarazadas que acudieron a control prenatal y 194 expedientes clínicos. Los informantes fueron seleccionados mediante un muestreo intencional o de conveniencia, aplicando dos instrumentos que midieron conocimientos y satisfacción de los participantes en el estudio. Se cotejó la infraestructura y equipamiento, por último la revisión documental de los expedientes clínicos para evaluar la calidad en los procesos. Se estructuró un Índice Ponderado General de Calidad (IPGC), que evalúa de precario a sobresaliente al Programa Arranque Parejo en la Vida. **Resultados.** El conocimiento de las embarazadas fue aceptable en el 81%, y en igual porcentaje dijeron estar satisfechas con la atención recibida, los médicos tienen conocimientos reprobatorios en el 49%, los expedientes clínicos fueron adecuados en el 85% de. La evaluación de infraestructura y equipamiento fue adecuada en el 92%. El IPG fue de 70.2%. **Conclusión.** La percepción de las embarazadas con respecto a la atención médica recibida fue satisfactoria, su nivel de conocimiento adecuado. El conocimiento del médico fue reprobatorio. En los procesos de atención prenatal registrados en el expediente clínico fue adecuado al igual que la infraestructura y equipamiento. La satisfacción por sí misma, solo puede reflejar la calidad humana de la atención, pero no la calidad técnica en los servicios prestados. El Índice Ponderado General de calidad alcanzado del componente sustantivo Embarazo Saludable del Programa Arranque Parejo en la Vida fue calificado como mínimo.

**Palabras Claves:** *Calidad, Embarazo saludable, Programa Arranque Parejo en la Vida.*

## SUMMARY

**Objective.** Evaluate the quality of substantive component of maternal and perinatal health in a Health Jurisdiction of Tabasco. **Material and method.** Descriptive investigation, having as subjects of study to 57 doctors, 194 pregnant women who attended prenatal care and 194 clinical records. Informants were selected by an intentional or convenience sampling, using two instruments that measured knowledge and satisfaction of participants in the study. It was checked infrastructure and equipment, finally the document review of clinical records to assess quality processes. A Weighted Index General Quality (PGC), which evaluates from precarious to outstanding to the Equal Start in Life Programme was structured. **Results.** Knowledge of pregnant was acceptable in 81%, and the same percentage said they were satisfied with the care, doctors have knowledge disapproving 49%, and clinical records were adequate in 85%. The evaluation of infrastructure and equipment was adequate in 92%. The IPG was 70.2%. **Conclusion.** The perception of pregnant women with respect to medical care was satisfactory, level of knowledge adequate. Medical knowledge was disapproving. In the process of prenatal care recorded in the clinical record it was appropriate as infrastructure and equipment. Satisfaction itself can only reflect the human quality of care, but not the technical quality of the services provided. The Weighted Index General Quality (PGC) reached from substantive component Healthy Pregnancy of Equal Start in Life Programme was rated minimum.

**Keywords:** *Quality, Healthy Pregnancy, Equal Start in Life Programme.*

(1) Maestro en Ciencias en Salud Pública con énfasis en Administración en Salud. Jefe Jurisdiccional de Macuspana, Tabasco. Secretaría de Salud, Tabasco.

(2) Doctor en Medicina. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Investigador de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

(3) Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Investigadora de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

## INTRODUCCIÓN

La salud materna es una de las prioridades en las instituciones del Sector Salud Mexicano, por lo que es relevante la adecuada planificación y organización de los recursos, así como la utilización de los servicios de atención apropiada para las necesidades de la mujer embarazada. El Programa plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afecta a la población.<sup>1</sup>

La mortalidad materna se ha convertido en uno de los problemas de salud pública de mayor complejidad en el mundo, el control prenatal en el primer nivel de atención es un eslabón en la cadena de valor para evaluar y mejorar la calidad en las intervenciones a la salud de las mujeres y las niñas.

En el mundo mueren 830 mujeres cada día por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Según estimaciones de la OMS para finales de 2015 habrían muerto unas 303 000 mujeres durante el embarazo y el parto. Prácticamente estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.<sup>2</sup>

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.

Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto y los abortos peligrosos.<sup>3</sup>

En México en 2009 se registraron decesos en 1,207 mujeres; en 2010, 992; en 2011, 971 y en el año 2012 ocurrieron 960 defunciones relacionadas con muertes maternas evitables, lo que equivale a 2.6 decesos por día. El 12.8% de las fallecidas en el año 2012 tenían menos de 19 años, en los estados de Morelos con un 23.1%, Sonora y Tabasco ambos con 23.5% o Tlaxcala y Yucatán con un 25%.<sup>4</sup>

Cifras oficiales indican que en Tabasco en el año 2010 se registraron 14 defunciones maternas, para el 2011 fueron 21 defunciones, en 2012 fueron 17 y en el año 2013 se presentaron 14 defunciones por muerte materna 10 de ellas dictaminadas como directas y 4 indirectas. En los años 2008-2011 se reportaron 11 muertes maternas en el municipio de

Centro Tabasco, situación preocupante para las autoridades sanitarias municipales y estatales.<sup>6</sup>

Como parte de la estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS propone resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud materna y neonatal y reforzar los sistemas de salud para responder a las necesidades de las mujeres y niñas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad. La meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.<sup>7</sup>

Por lo antes expuesto, en esta investigación se evaluó la calidad del componente embarazo saludable, teniendo como objetivos específicos: 1) Identificar los conocimientos de las usuarias sobre embarazo y su percepción sobre la calidad de la atención recibida, 2) Determinar los conocimientos del médico sobre la normatividad que rige la atención de la paciente embarazada y su cumplimiento y 3) Identificar las características de la infraestructura, insumos y recursos utilizados en la atención médica de las embarazadas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectuó una investigación descriptiva transversal desarrollada en 57 núcleos básicos (consultorios) de los Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA's) de la Jurisdicción Sanitaria con mayor representatividad en el estado de Tabasco. La selección de las usuarias embarazadas obedeció a un muestro intencional o de conveniencia, cuyo criterio de inclusión era haber asistido mínimo a 2 consultas de control prenatal a los Centro de Salud. Los 57 médicos considerados en el estudio son adscritos a las unidades de atención, y se evaluaron 285 expedientes clínicos de embarazadas (5 expedientes por cada médico tratante tomados al azar). Se evaluó mediante lista de cotejo, los mínimos requeridos de infraestructura y equipamiento por cada núcleo básico.

Como variables de análisis se consideraron: 1) Conocimiento de la usuaria sobre su Control Prenatal. 2) Satisfacción de la usuaria. 3) Conocimiento del médico de la NOM 07, NOM 168. 4) Apego del expediente a la Norma Oficial Mexicana. 5) Infraestructura y equipamiento de la Unidad.

A las embarazadas se les aplicó el cuestionario CSES-01 para identificar los conocimientos sobre el embarazo y el CSES-02 para conocer la percepción en relación a la calidad de la atención con el trato otorgado en el componente sustantivo Embarazo Saludable, este instrumento contiene los indicadores de calidad considerados en el INDICA (Indicadores de Calidad del Sistema Nacional de Salud:

SICALIDAD). Al personal médico se aplicó el cuestionario CSES-03 para evaluar los conocimientos que poseen sobre el componente sustantivo embarazo saludable. El formato CSES-04 se empleó para evaluar el apego a la Norma Oficial Mexicana 168 del expediente clínico y NOM 07 embarazo, parto y puerperio, para tal efecto se auditaron 5 expedientes de cada médico responsable de los núcleos básicos seleccionados. El formato Guía de cotejo CSES-05 se utilizó para evaluar la infraestructura y equipamiento, calificando el estado físico del equipo, planta física e instalaciones, existencia de recetas y recursos humanos existentes en los núcleos básicos de los CESSA's seleccionados.

Los niveles de conocimiento en las embarazadas sobre gestación, atención básica y riesgos obstétricos, se agruparon en 2 niveles: conocimiento Inaceptable (conocimiento nulo y bajo), y conocimiento aceptable (intermedio y alto). La satisfacción de las usuarias se agrupó en muy satisfecha, satisfecha, insatisfecha y muy insatisfecha. Los conocimientos del médico se analizaron en: 1. Reprobatorio (0 a 11 aciertos), 2. Mínimo (12 a 15 aciertos), 3. Aceptable (16 a 19 aciertos). En los expedientes clínicos, se dio la opción de adecuados e inadecuados, mencionando las fallas más frecuentes, así como las carencias detectadas en su integración. En infraestructura y equipamiento se agrupó como excelente, aceptable, no existe, no funciona, malas condiciones.

Para dar respuesta final al planteamiento general sobre la calidad del componente sustantivo embarazo saludable en la Jurisdicción Sanitaria estudiada, se creó un Índice Ponderado General de Calidad (IPGC) a partir de cinco indicadores: 1) Infraestructura y equipamiento, 2) integración del expediente clínico, 3) satisfacción de la embarazada, 4) conocimiento de las embarazadas y 5) conocimiento del médico. El IPGC se obtiene de la suma de los números relativos (porcentaje) de cada indicador sobre el total estimado multiplicado por cien. De tal forma que el valor que se obtenga expresado en porcentaje puede ser calificado con base a la escala establecida por el índice de evaluación de calidad.

Con los datos obtenidos se determinaron frecuencias absolutas y relativas, cruce de variables en tablas de contingencias y correlación de variables.

## RESULTADOS

### Embarazadas en control prenatal

La media de edad de la población estudiada fue de 23.6, y una Desviación estándar (DS) de 5.7. El porcentaje mayor de las embarazadas refirieron vivir en unión libre (54%), seguido de las casadas con el 33% y madres solteras el 13% restante.

En lo que respecta a la escolaridad, reportaron tener estudios de secundaria el 42%, bachillerato el 30%, profesionales técnicos o universitarios el 17% y con estudios de primaria o menos el 11%. De acuerdo al número de gestación, fueron primigestas el 48%, multíparas el 30%, secundigestas el 22%. Cabe apuntar que sólo el 29% acudían al Club del Embarazo de la Unidad Médica.

De las embarazadas que iniciaron su atención durante los tres primeros meses fue el 62%; en un porcentaje decreciente durante el segundo trimestre acudieron el 34%. En el último trimestre solo tuvieron contacto inicial el 4%. De las embarazadas informantes que ya habían tenido hijos, fueron atendidas por un profesional médico el 87%, por parteras 11% y por enfermeras el 2%.

Las usuarias que recibieron información sobre el embarazo durante su visita al consultorio médico fue el 55%, por pláticas en sala de espera el 30%, por medios impresos, folletos, volantes, trípticos y prensa el 11% y a través de radio, televisión e internet el 4%.

En relación a los conocimientos que poseen las usuarias sobre el embarazo y el control prenatal, se encontró con un nivel alto el 28% de ellas, nivel intermedio el 53%, y nivel bajo el 18%. (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Nivel de conocimiento de las embarazadas sobre embarazo y control prenatal.

Conocimiento	<i>f</i>	%
Nulo	1	1
Bajo	36	18
Intermedio	103	53
Alto	54	28
Total	194	100

**Fuente:** Cuestionario CSES.01. Conocimiento de las mujeres embarazadas sobre la Atención Prenatal. Aplicado en los CESSA que integran la Jurisdicción Sanitaria, Tabasco.

Sobre las acciones que se deben realizar antes o al momento de la consulta por la enfermera, el 36% de las gestantes contestaron que deben ser de tres a cinco acciones, tales como: medir talla y peso corporal, toma de tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura corporal. En relación a las acciones que el personal médico tiene que realizar en la consulta médica el 57% sabe que son de tres a cinco acciones, tales como: medición de altura uterina, posición fetal, percepción de movimientos fetales, auscultación de latidos cardíacos fetales, examen de mamas, refieren no saber o no recordar el 4%, y solo recuerdan de 1 a 2 acciones el 39%. El 55% de las embarazadas conocen los

signos de alarma durante el embarazo.

Para relacionar el conocimiento con la escolaridad y el número de embarazos se agruparon en 2: conocimiento Inaceptable (nulo y bajo), y conocimiento aceptable (intermedio y alto). En el conocimiento sobre gestación, atención básica y riesgos obstétricos de las usuarias en control relacionado con el nivel de escolaridad, se observó que las analfabetas tuvieron conocimientos inaceptables en el 100%, por el contrario las embarazadas con estudios universitarios (licenciadas) su nivel de conocimiento fue aceptable en el 96%. Las usuarias primigestas tuvieron conocimientos inaceptables en el 23% y las secundigestas y múltiparas conocimientos aceptables en el 84%.

La satisfacción con el tiempo de espera para la consulta fue favorable en el 82% de las informantes, de éstas, un 18% afirmó estar muy satisfechas. Con el tiempo que el médico les otorgó para hablar sobre su estado de salud fue favorable en el 97%, de éstas, un 33% aseveró estar muy satisfechas y con percepción desfavorable el 3%. La satisfacción de las usuarias con la explicación recibida por el médico sobre su tratamiento a seguir fue favorable (satisfechas y muy satisfechas) en el 98%. La explicación recibida por el médico sobre los cuidados que debe seguir en su domicilio para el cuidado de su embarazo fue favorable en el 96%, de estas el 34% refirió estar muy satisfechas. Con la cantidad de medicamentos entregados en el control prenatal manifestó estar satisfecha el 76%, muy satisfecha el 19%, insatisfecha el 24%. La percepción con el trato recibido de forma general en la unidad fue favorable en el 96% de las usuarias.

En cuanto a la percepción de las gestantes con la infraestructura y equipamiento en el área de consulta externa, se encontró que el 95 % considera que es confortable, iluminada, limpia y ventilada, el 5 % opina que no tiene las condiciones propicias para su atención. En relación a las condiciones de privacidad y confidencialidad al interactuar con el médico el 94% la percibe como satisfactoria. Respecto a los equipos médicos utilizados para la toma de signos vitales y exploración en consultorio, necesarios para emitir un diagnóstico el 98% los percibe como satisfactorios.

### Personal Médico

En la población de médicos se observó una media de edad de 42 años con una Desviación estándar de 11.4, un valor mínimo de 23 años y máximo de 64 años. La mayoría fueron mujeres (30) en el 53 % y hombres (27) el 47 %, la media de años de antigüedad del personal médico fue de 11.6 años, con una desviación estándar de 8.8, un valor mínimo de 1 año y máximo de 30 años. El porcentaje mayor de los encuestados corresponde a trabajadores de base estatal con el

39%, de base federal el 30%, con un contrato federal el 14%, becarios el 12%, contratos de lista de raya el 5%. En cuanto a la formación académica del personal, cuentan con nivel licenciatura (38) el 66%, especialidad en medicina familiar (16) el 28%, con estudios de maestría (3) el 6%.

Los conocimientos del personal médico sobre la normatividad y manual de atención prenatal alcanzaron un nivel reprobatorio el 49%, con nivel mínimo el 39% y con nivel aceptable el 12% (Cuadro 2).

**Cuadro 2.** Conocimientos del médico sobre la normatividad y lineamientos que rigen la atención en el embarazo

Conocimiento	f	%
Reprobatorio	28	49
Mínimo	22	39
Aceptable	7	12
Total	57	100

**Fuente:** Cuestionario CSES.03. Conocimiento dirigido al personal médico sobre Atención Prenatal. Aplicado en los CESSA que integran la Jurisdicción Sanitaria, Tabasco.

### Expediente clínico

La auditoría del expediente clínico en los diferentes CESSA's (n=285), basada en los indicadores de calidad en procesos, el 98% cumplieron en sus notas médicas, con ficha de identificación completa, fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora. El 91% de los médicos se ajustaron con lo referido en la NOM 168, al utilizar lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendadura y expedientes en buen estado. El 92% de los expedientes cumplió con la historia clínica, el 96% contó con exploración física completa, 93% contiene las notas de evolución y seguimiento, 95% tuvieron congruencia diagnóstica terapéutica, el 92% cumple con el orden del expediente clínico, como mínimo hoja frontal, historia clínica, línea de vida, notas de evolución, laboratorios y anexos.

Las fallas encontradas en la integración del expediente clínico consistieron en el nulo registro del foco cardiaco fetal, en embarazadas que cursan con 20 semanas de gestación en el 11% de los expedientes clínicos, no tienen registro de examen general de orina en alguna de las tres primeras notas médicas el 30%; en el 25% de los expedientes revisados no se ven reflejadas las acciones de línea de vida, no hay solicitud de laboratorios de control en el 14%, no hay evidencia de la clasificación de las embarazadas de alto riesgo, no hay anotación de signos de alarma, no se da consejería y no se otorga referencia a segundo nivel de atención en el 33% de los expedientes clínicos.

Al comparar los expedientes por cada CESSA se encontró que cinco de las unidades registraron un porcentaje de expedientes adecuados por arriba del 90%, en contraste con las dos unidades restantes que no cumplieron con este rubro. (Cuadro 3).

**Infraestructura y Equipamiento**

El análisis de la lista de cotejo de infraestructura y equipamiento reportó niveles de funcionalidad óptimos en los 7 CESSA que integran la Jurisdicción Sanitaria, ya que

en los rubros de equipamiento, planta física e instalaciones, recetarios, y recursos humanos (médicos, enfermera, promotor en salud y odontólogo) alcanzaron porcentajes por arriba del 90%. (Cuadro 4)

El Índice Ponderado General alcanzado fue calificado como mínimo (70.2%). Sin embargo, al análisis individualizado de los indicadores, es en el bajo conocimiento médico donde se centró el problema (sólo el 12% de los médicos tenían conocimientos aceptables sobre control prenatal, el porcentaje restante registraron conocimientos mínimos y reprobatorios). (Gráfico 1).

**Cuadro 3.** Expedientes clínicos evaluados por CESSA

CESSA	Expedientes clínicos	
	Adecuados	Inadecuados
1	91%	9%
2	92%	8%
3	79%	21%
4	77%	23%
5	74%	26%
6	91%	9%
7	91%	9%
Total	85%	15%

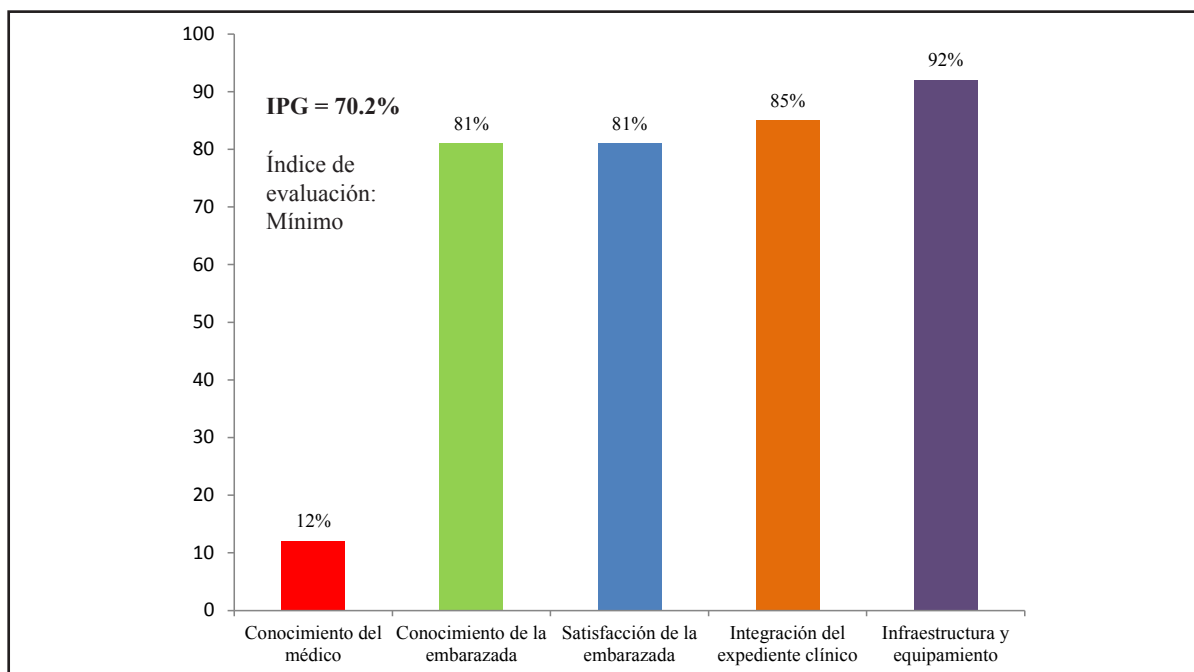
**Fuente:** Cuestionario CSES-04. Monitoreo del expediente clínico. Aplicado en los CESSA que integran la Jurisdicción Sanitaria.

**Cuadro 4.** Evaluación general de infraestructura y equipamiento de la Jurisdicción Sanitaria, Tabasco.

Infraestructura y equipamiento	Adecuado	Inadecuado
Equipamiento	91%	9%
Planta física -instalaciones	91%	9%
Recetarios (existencia, llenado y prescripción correcta)	93%	7%
Recursos humanos (médico, enfermera, promotor de salud, odontólogo)	95%	5%
Total	92%	8%

**Fuente:** Cuestionario CSES-05. Aplicado en los CESSA que integran la Jurisdicción Sanitaria, Tabasco.

**Gráfica 1.** Índice ponderado general de calidad.



**Fuente:** Instrumentos aplicados en una Jurisdicción Sanitaria de Tabasco.

## DISCUSIÓN

Con los resultados recabados en los diversos rubros (usuarias informantes, médicos responsables de los núcleos básicos de los CESSA's, revisión del expediente clínico y levantamiento de lista de cotejo de infraestructura y equipamiento) se logró identificar los aspectos negativos y positivos. El conocimiento sobre gestación, atención básica y riesgos obstétricos de las usuarias en control estuvo relacionado con su nivel de escolaridad. Las embarazadas analfabetas sin duda poseen menor conocimiento. Por el contrario, el contar con estudios universitarios garantiza de cierta forma un mayor conocimiento a las embarazadas. Es bastante sabida la relación existente entre escolaridad y el riesgo obstétrico. Al respecto, Hernández Peñafiel y cols., (2007), concluyen en un estudio realizado en México que la mortalidad materna está asociada a los niveles bajos de escolaridad, siendo una tercera parte de su muestra de estudio (las de estudios básicos de primaria) las de mayor frecuencia en mortalidad materna.<sup>8</sup>

El conocimiento sobre embarazo también puede estar condicionado por un evento obstétrico previo. Las secundigestas y múltiparas poseen por propia experiencia mayor conocimiento, en comparación con aquellas embarazadas de primera vez. Estudios previos ya ha identificado esta relación. Al respecto Hernández Peñafiel y cols., reportaron que las que no cuentan con eventos obstétricos previos de gestación, presentaron la mayor frecuencia de mortalidad materna muy por arriba de la mitad que de las gestantes múltiparas.<sup>8</sup>

Cabe señalar que el mayor porcentaje de satisfacción se ubicó entre las embarazadas en control prenatal que son atendidas por médicos con evaluación no favorable (reprobatorio). Lo que corrobora el axioma de que la calidad técnica no puede ser valorada por los usuarios por la llamada "Asimetría de la información", dado que el conocimiento se centra en el facultativo por su nivel de preparación. Se dice que existe información asimétrica en un mercado, cuando una de las partes que intervienen en una compraventa no cuenta con la misma información que la otra sobre el producto, servicio o activo objeto de la compraventa. Esta teoría supone, en el caso de la salud, que no es simétrica la información existente entre el usuario (paciente) y el proveedor del servicio (médico), por lo que el primero actúa de forma pasiva y debe acatar las órdenes médicas en término de dosis, duración e intervalo sin cuestionarlas. Por el contrario el dominio se centra en el poseedor de la información (conocimiento médico) actuando de manera dominante (hegemonía médica). Por lo tanto, el usuario, en este caso, embarazadas en control, solo pueden evaluar la calidad humana de la prestación, pero su valoración técnica de la calidad no es determinante ni fundamentada (Priego-Álvarez, 2008).<sup>9</sup>

En los primeros estudios realizados en Tabasco sobre el consumo de servicios de salud en el sistema estatal de salud (Priego-Álvarez y cols., 1998) ya habían registrado una alta valoración de los usuarios de la Secretaría de Salud en la percepción de la calidad técnica (90%) y la calidad humana (91%), más no así en las comodidades (un 22% tuvo una opinión desfavorable).<sup>10</sup> Lo que los investigadores de dicho estudio interpretaron de la siguiente manera: Llama la atención que la SSA, a pesar de tener menos recursos, obtuvo una opinión altamente favorable en su tratamiento interpersonal (calidad humana). Al respecto, hay que considerar que esta institución trabaja con los sectores menos favorables de la población, y que sean éstos los que al externan su opinión tomen en cuenta el sentido "benefactor" y no el derecho que les corresponde.

La percepción de las usuarias con relación al trato recibido en la unidad médica fue satisfactorio en casi la totalidad de las informantes, incluso una tercera parte lo valoró como "muy satisfactorio"; otros estudios en América Latina ya han evidenciado que la satisfacción con la atención prenatal tiende a ser alta, concordando con lo reportado por Seclen-Palacín y el estudio de Rivera Mejía, donde las entrevistadas están satisfechas con la atención recibida en el consultorio.<sup>11,12</sup>

Los conocimientos de los médicos evaluados en este estudio sobre la normatividad que rigen la atención prenatal fueron reprobatorios. Dato que difiere con el nivel de acreditación actual de las unidades médicas estudiadas; pero pudiera atribuirse a que el 60% de los médicos refirieron no recibir capacitación sobre control prenatal en el último año, resultados similares a lo encontrado por Ávalos García en una evaluación estatal de la calidad de la atención médica en unidades de atención primaria de Tabasco.<sup>13</sup>

En cuanto a los indicadores de calidad en los procesos de atención prenatal evaluados, se encontró que el 94% de los médicos realizan exploración física completa a sus pacientes, resultados que coinciden con lo reportado por del Valle y cols., en Cuba.<sup>14</sup> Lo cual es explicable por la observancia de la normatividad que coacciona el ejercicio médico del control prenatal a la realización de la exploración física y su registro en el expediente clínico.

Si bien es cierto que la atención de los partos se suele realizar en el nivel hospitalario, no deja de llamar la atención la carencia de los equipos de partos en los CESSA's estudiados, y que son un componente esencial de la atención obstétrica.

## CONCLUSIÓN

La percepción de las embarazadas con respecto a la atención médica que reciben de manera general fue satisfactoria, sin

embargo se encontraron algunas deficiencias importantes en menor proporción, tales como: insatisfacción con la cantidad de medicamentos entregados, insatisfacción con el tiempo de espera para recibir atención médica y mal trato durante el proceso de la atención médica.

Los médicos de la Jurisdicción Sanitaria en su mayoría son mujeres, de base estatal y federal, con una antigüedad promedio de 11 años en el puesto. Los conocimientos que tienen sobre la normatividad y lineamientos técnicos que rigen la atención de la paciente en el componente sustantivo embarazo saludable fue mínimo y reprobatorio, en particular en los aspectos diagnósticos y factores de riesgo, a pesar de que casi una cuarta parte de ellos cuenta con estudios de posgrado.

Al determinar el cumplimiento del médico apegado a la normatividad en los procesos de atención prenatal registrados en el expediente clínico fue adecuado; sin embargo se encontró que aproximadamente un quince por ciento de ellos reportaron fallas, siendo las más representativas la prescripción incorrecta de los medicamentos, el no registro de la frecuencia cardíaca fetal en las mujeres embarazadas con más de 20 Semanas de gestación, no registro de examen general de orina efectuados en el primer trimestre, no se realizaron las acciones de línea de vida, no hay solicitudes de exámenes de control, y principalmente no hay clasificación del riesgo obstétrico a la embarazada, lo que sin duda impacta negativamente en los indicadores de calidad en procesos de atención prenatal. La inadecuada integración de los expedientes clínicos esta focalizado a 3 CESSA's del área urbana.

La infraestructura, insumos y recursos que coadyuvan a la calidad de la atención médica que se otorga a las pacientes en control prenatal fueron adecuados y suficientes. En las instalaciones fue notoria la falta de limpieza y ventilación, así como deficiencias en el llenado y prescripción de medicamentos en los recetarios. Una cuarta parte de los núcleos básicos no cuenta con un promotor en salud, por lo que la falta de integración de este elemento puede afectar las acciones integrales y comunitarias en el control prenatal.

Hay incongruencias entre la satisfacción de las embarazadas y el conocimiento del médico en la atención que otorga. La buena percepción de la calidad y la satisfacción con los servicios prestados por parte de las usuarias, no es un garante de la calidad de los servicios. Ya que la satisfacción por si misma, solo puede reflejar la calidad humana de la atención, pero no la calidad técnica en los servicios prestados. Al respecto, es conveniente señalar que el paciente no tiene la información suficiente para valorar la prestación técnica del servicio. Este estudio hace evidente que los conocimientos que tienen los médicos de los núcleos básicos sobre la normatividad y lineamientos técnicos del componente sustantivo del embarazo saludable son mínimos e inaceptables.

Finalmente se concluye que la calidad del componente sustantivo de salud materna y perinatal de la Jurisdicción Sanitaria más importante en el estado de Tabasco tiene un índice de evaluación mínimo. El problema se centra en el conocimiento mínimo y reprobatorio del médico sobre el control prenatal.

## REFERENCIAS

1. Gobierno de la República Mexicana. Programa Sectorial de Salud. Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018.
2. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N°348. Centro de Prensa OMS 2015
3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6)
4. Gobierno de la República Mexicana. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
5. Gobierno de el estado de Tabasco, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, 2014.
6. Gobierno de la República Mexicana. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Perspectiva estadística Tabasco.
7. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. New York: United Nations; 2015.
8. Hernández, J. López, JA. Ramos, G. López, A. Análisis de casos de muerte materna ocurridos en un periodo de 10 años. *Ginecol Obstet Mex*. 2007; 75(2).
9. Priego-Álvarez, Heberto R. Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos. Cuarta edición. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco / Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, 2015.
10. Priego-Álvarez HR, López-Naranjo JI, Meneses-Hernández JL. Encuesta de Consumo de Servicios de Salud. Tabasco 1998. Serie proyectos de Investigación No. 1. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2000.
11. Rivera Mejía PT, Carvajal Barona R, Mateus Solarte JC, Arango Gómez F, Valencia Bernal JA. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. *Hacia promoc. salud*. 2014; 19(1):84-98
12. Seclen-Palacín, J; Benavides B; Jacoby E; Velásquez A; 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, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2004; 16 (3).
13. Ávalos García M.I. Calidad de la atención médica en unidades de atención primaria de Tabasco, México. Tesis doctoral, Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba. 2010.
14. Del Valle, G. Plasencia, C. Asorey, Del Valle, N, Nápoles, Matamoros, D. Calidad de la atención prenatal en el área de Mella. *MEDISAN* 2010; 14 (5).