

Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales

José A. Maderuelo^a / Ana M. Haro^b / Fernando Pérez^c / Luis J. Cercas^d / Ana B. Valentín^e / Eva Morán^f

^aUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, Salamanca, España;

^bServicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España;

^cUnidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Alamedilla, Salamanca, España;

^dUnidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Garrido Sur, Salamanca, España;

^eUnidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Socuéllamos, Socuéllamos, Ciudad Real, España;

^fServicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

(Women's satisfaction with pregnancy follow-up.
Differences among healthcare levels)

Resumen

Objetivo: Determinar la satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo y valorar las posibles diferencias entre los dispositivos asistenciales.

Métodos: Estudio transversal en 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 autocumplimentado tras el parto. La encuesta consta de 28 preguntas, con 5 opciones de respuesta (1, no satisfechas; 5, muy satisfechas), distribuidas en 4 dimensiones: accesibilidad, equipamiento, organización de la consulta y competencia profesional. Se incluyeron también variables sociodemográficas y asistenciales. Para valorar la relación de estas variables con la satisfacción, se utilizó el test de la *t* de Student, el análisis de la varianza, la correlación de Pearson y la regresión logística.

Resultados: Se efectuó el seguimiento del 27,1% de los embarazos en atención primaria. La satisfacción media global fue del 3,92% (intervalo de confianza del 95%, 3,88-3,97), superior en la atención primaria respecto a la especializada. Todos los apartados obtienen una satisfacción global superior a 3, siendo el peor valorado la «accesibilidad», y el mejor la «competencia profesional». 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.

Conclusiones: La satisfacción general fue buena, y se mostraron más satisfechas las gestantes asistidas en el ámbito de la atención primaria que en la especializada, por lo que consideramos se debería potenciar este nivel asistencial.

Palabras clave: Atención prenatal. Embarazo. Satisfacción del paciente. Satisfacción personal. Medicina de familia.

Abstract

Objectives: To determine women's satisfaction with pregnancy follow-up and to evaluate possible differences among healthcare levels.

Methods: Cross-sectional study in women who had given birth in the University Hospital of Salamanca (Spain) between November 2002 and April 2003. Satisfaction was measured by a self-completed questionnaire after delivery. The questionnaire contained 28 items, with five optional answers (1, not satisfied; 5, highly satisfied), distributed in four dimensions: accessibility, equipment, organization of the consultation, and professional competence. Social demographic and healthcare-related variables were also included. Student's *t*-test, variance analysis, Pearson's correlation coefficient and logistic regression were used to study the association between these variables and satisfaction.

Results: A total of 27.1% of pregnancies were followed-up in primary care. The mean global satisfaction was 3.92 (95% CI, 3.88-3.97), and satisfaction was higher in women followed-up in primary care than those followed-up in specialized care. All dimensions obtained a global satisfaction of more than 3; «accessibility» received the worst score and «professional competence» the highest. The factors significantly associated with satisfaction were age, educational level, the presence of risk factors and complications, and the possibility of choosing the physician.

Conclusions: General satisfaction was good. Because satisfaction was higher in women followed-up in primary care than in those followed-up in specialized care, pregnancy follow-up at this level of healthcare should be supported.

Key words: Prenatal Care. Pregnancy. Patient satisfaction. Personal satisfaction. Family practice.

Correspondencia: Dr. José A. Maderuelo.
Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.
Arapiles, 25-33. 37007 Salamanca. España.
Correo electrónico: jmaderuelo@gapsa06.sacyl.es

Recibido: 19 de enero de 2005.

Aceptado: 28 de junio de 2005.

Introducción

El seguimiento de embarazos de bajo riesgo obstétrico debería realizarse en atención primaria (AP). El perfil competencial de la especialidad de medicina de familia y comunitaria contempla los conocimientos y las actitudes necesarios para prestar atención a la embarazada, preferentemente en colaboración con otros profesionales¹. Los retos que actualmente plantea la atención al embarazo se refieren sobre todo a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, la información y el apoyo a afrontar la maternidad, actividades incuestionables por la buena relación coste-beneficio^{2,3}.

Los datos disponibles respecto al porcentaje de embarazos de bajo riesgo seguidos desde atención primaria son muy variables^{4,5}. La cobertura de la última evaluación de cartera de servicios de AP del Insalud correspondiente a 2001 fue del 83,1% para el servicio de captación y valoración de la mujer embarazada y del 78,5% para el servicio de seguimiento, que se incrementó desde 1995 un 30,1 y un 35,5%, respectivamente⁶. Otros estudios basados en encuestas señalan que en 1995 sólo el 42,5% de los centros de salud docentes realizaba control del embarazo y en 2001 únicamente en Andalucía, Cantabria, Murcia y Ceuta parecía haber una implicación mayoritaria del médico de familia en el control del embarazo⁷. Esta variabilidad revela que, a pesar de los argumentos a favor del seguimiento en AP^{7,8}, en algunos ámbitos todavía se cuestiona quién debería realizar el control prenatal a las mujeres de bajo riesgo, cuando diversos estudios concluyen que la efectividad clínica de la atención proporcionada por el médico de familia y la matrona es similar a la prestada por los especialistas en ginecología y obstetricia, genera una mayor satisfacción y tiene una mejor relación coste-efectividad⁹⁻¹¹.

La preocupación por la calidad de la atención al embarazo que se realiza desde AP 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 efectivos¹²⁻¹⁴. Posiblemente, uno de los aspectos menos explorados sea la satisfacción de las mujeres embarazadas, entendiendo como tal el grado de cumplimiento de sus expectativas^{4,5}. La satisfacción es una medida del resultado obtenido con el servicio ofertado y permite conocer el punto de vista de las mujeres sobre la atención al embarazo, aspecto esencial para adaptar las características de la atención a sus preferencias y desarrollar un diseño apropiado de estos servicios¹⁵. Los pocos estudios realizados en nuestro ámbito¹⁶⁻¹⁹ muestran porcentajes de mujeres satisfechas superiores al 88%, si bien abordan la satisfacción con la atención recibida a través de una única pregunta, se refieren a aspectos parciales

del seguimiento de su embarazo, como la educación maternal, o presentan un tamaño muestral reducido, y en ningún caso evalúan las diferencias entre los dispositivos asistenciales que prestan el servicio.

El propósito del presente estudio es determinar la satisfacción de las mujeres con el seguimiento de su embarazo y valorar las posibles diferencias entre los distintos dispositivos asistenciales en los que se ha realizado dicho seguimiento.

Material y métodos

Población de estudio

Se trata de un estudio de tipo transversal, en el que la población estudiada estuvo formada por las mujeres que dieron a luz en el Hospital Universitario de Salamanca desde el 15 de noviembre de 2002 hasta el 1 de abril de 2003. En este hospital se realizan más del 85% de los partos de la provincia de Salamanca. Fueron criterios de exclusión el seguimiento del embarazo en áreas de salud no pertenecientes a Salamanca, la presencia de enfermedades mentales graves, las madres de niños nacidos muertos, y la incapacidad para comprender o contestar preguntas.

Cuestionario

La información se recogió mediante un cuestionario autoadministrado que se facilitaba en el momento del ingreso en la planta de obstetricia después del parto y, una vez cumplimentado, debía ser depositado en un buzón dispuesto en dicha planta. Junto con el cuestionario se facilitaba información sobre los objetivos del proyecto, las instrucciones para cumplimentar el cuestionario, el carácter confidencial y anónimo del estudio y la importancia de su participación. Asimismo, se indicaba una persona de contacto para consultar dudas y sugerencias.

Se utilizó una escala elaborada por los autores basándose en otros cuestionarios de satisfacción²⁰⁻²⁴ y adaptándolo a las peculiaridades del seguimiento del embarazo. Está constituido por 28 preguntas, distribuidas en 4 dimensiones: equipamiento, accesibilidad, organización de la consulta y atención y competencia profesional (anexo 1). Las preguntas están redactadas de forma que algunas de ellas expresan aspectos positivos y otras negativos. Cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta valorada mediante una escala de Likert, otorgándose el valor 1 cuando la respuesta seleccionada expresa el mayor grado de insatisfacción o la percepción más desfavorable del servicio, y el valor 5 cuando expresa la mayor satisfacción o la percepción más favorable.

La satisfacción global se define como la suma de las puntuaciones otorgadas a cada una de las sentencias, dividida por 28. Se ha calculado la satisfacción en cada dimensión mediante la suma de las puntuaciones otorgadas a las preguntas que componen cada dimensión dividida por el número de preguntas integrantes de cada una de ellas. En ambos casos el rango es de 1 a 5. Se considera que una mujer está satisfecha con el seguimiento de su embarazo si obtiene una satisfacción global > 3 , y claramente satisfecha si la puntuación es > 4 .

Además, el cuestionario recoge información sobre las variables sociodemográficas y las características ligadas al embarazo: edad, nivel cultural, actividad profesional, zona de residencia, estabilidad de la pareja, deseo del embarazo, embarazos previos, riesgo durante el embarazo, presencia de complicaciones, ámbito sanitario en el que se realizó el seguimiento del embarazo y posibilidad de elección del profesional sanitario.

Análisis de los datos

Se ha calculado el poder de discriminación de cada pregunta comparando las puntuaciones medias de cada sentencia entre los individuos cuya puntuación de satisfacción global se sitúe por encima del percentil 75 o por debajo del percentil 25. Para determinar la consistencia interna de las escalas se ha utilizado el coeficiente alfa de Cronbach. También se ha calculado, para cada escala, la correlación entre la puntuación de cada pregunta y la suma de las puntuaciones del resto de preguntas de la escala correspondiente. Se ha realizado un estudio descriptivo de la muestra, calculando porcentajes y medias. Para estudiar las variables relacionadas con la satisfacción se utilizaron las pruebas de la *t* de Student, el análisis de la varianza de una vía mediante el método de Bonferroni para la comparación por parejas, y la correlación de Pearson. Finalmente, se realizó una regresión logística en la que la variable dependiente fue estar claramente satisfecha o no, y las covariables candidatas a integrar el modelo fueron las que mostraron relación en el análisis bivariado y las potencialmente confusoras. Para todas las estimaciones se calcularon sus intervalos de confianza (IC) del 95%.

El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS v. 10.0, y el nivel de significación asumido en todos los contrastes fue de 0,05.

Resultados

De las 811 mujeres a las que se solicitó su participación, cumplieron el cuestionario 498, lo que supone una respuesta del 61,4%. Respecto a la fiabilidad de la escala de satisfacción, el coeficiente alfa de

Cronbach fue de 0,92 para el total del cuestionario y varió entre 0,71 y 0,93 según la dimensión. Los coeficientes de correlación entre cada pregunta y la puntuación total de su escala fueron superiores a 0,50 en 20 preguntas, y no se encontraron valores menores de 0,30 en el resto. Todas las preguntas han mostrado un poder de discriminación, observándose que las puntuaciones otorgadas por las mujeres más satisfechas (por encima del percentil 75) son significativamente superiores a las expresadas por las mujeres menos satisfechas (por debajo del percentil 25).

En la tabla 1 podemos observar las características de las participantes. La edad media fue de 30,7 años (IC del 95%, 30,2-31,1). El 85,7% de las mujeres estaban casadas, el 12,1% solteras y el 2,2% separadas o divorciadas, y casi la totalidad de la población estudiada (98,4%) tenía una relación de pareja estable. La distribución según el nivel de estudios fue similar (el 32,3% estudios primarios, el 33,1% bachiller o formación profesional, y el 34,5% estudios universitarios). Un 62,2% reside en una zona urbana y el 37,8% en una zona rural. En cuanto a su embarazo, el 52,0% de las mujeres eran primerizas y en el 85,5% de los casos el embarazo fue deseado. La mayoría de los embarazos fue de bajo riesgo obstétrico, y el 21,3% se catalogó de embarazo de riesgo. El parto fue por vía vaginal en el 67,3% de los casos, y se tuvo que practicar una cesárea al 32,7% de las embarazadas. Se presentaron complicaciones en el 29,1% de los casos. El médico de AP realizó el seguimiento del 27,1% de los embarazos, mientras que el 66,1% fueron seguidos por ginecólogos de atención especializada (AE). Sólo el 6,8% fueron seguidos en centros asistenciales privados.

La distribución de las variables sociodemográficas y ligadas al embarazo según el nivel asistencial en el que se realizó el seguimiento se muestra en la tabla 1. Destaca la mayor frecuencia de embarazos de riesgo atendidos en las consultas de AE y privadas y la mayor frecuencia de mujeres con formación universitaria en el grupo que acude a una consulta privada.

La satisfacción media mostrada por las mujeres en el total de la escala fue de 3,92 (IC del 95%, 3,88-3,97), y pudo situarse en un hipotético intervalo entre las categorías de «satisfechas» y «claramente satisfechas». El grado de satisfacción es diferente según el nivel asistencial en el que se haya realizado el seguimiento del embarazo, que fue mayor en las mujeres que acudieron a servicios privados. También fue mayor en las mujeres cuyo seguimiento se realizó en AP respecto a las ingresadas en el hospital. La satisfacción de las embarazadas con cada una de las dimensiones estudiadas obtuvo una media > 3 en todos los casos y sigue un patrón similar al descrito anteriormente para el total del cuestionario, aunque en la dimensión de «atención y competencia» las diferen-

Tabla 1. Características de las participantes según el nivel asistencial en el que se realizó el seguimiento del embarazo

Variables	Total encuesta n (%)	Atención especializada n (%)	Atención primaria n (%)	Consulta privada n (%)	p
Edad (media, años)	30,7	30,8	30,4	31,2	NS
Estado civil					
Soltera/divorciada	71 (14,3)	46 (14,0)	22 (16,3)	3 (8,8)	NS
Casada	42 (85,7)	283 (86,0)	113 (83,7)	31 (91,2)	
Formación					
Estudios primarios	161 (32,3)	117 (35,6)	40 (29,6)	4 (11,8)	< 0,01
Bachiller/FP	165 (33,1)	110 (33,4)	50 (37,0)	5 (14,7)	
Estudios universitarios	172 (34,5)	102 (31,0)	45 (33,3)	25 (73,5)	
Residencia					
Urbana	310 (62,2)	199 (60,5)	84 (62,2)	27 (79,4)	NS
Rural	188 (37,8)	130 (39,5)	51 (37,8)	7 (20,6)	
N.º de embarazo					
Primero	259 (52,0)	171 (52,0)	68 (50,4)	20 (58,8)	NS
Segundo o más	239 (48,0)	158 (48,0)	67 (49,6)	14 (41,2)	
Tipo de embarazo					
Deseado	426 (85,5)	276 (83,9)	117 (86,7)	33 (97,1)	NS
No deseado	72 (14,5)	53 (16,1)	18 (13,3)	1 (2,9)	
Embarazo de riesgo					
Sí	106 (21,3)	80 (24,3)	20 (14,8)	6 (17,6)	0,05
No	392 (78,7)	249 (75,7)	115 (85,2)	28 (82,4)	
Vía de parto					
Vaginal	335 (67,3)	214 (65,0)	96 (71,1)	25 (73,5)	NS
Cesárea	163 (32,7)	115 (35,0)	39 (28,9)	9 (26,5)	
Complicaciones					
Sí	145 (29,1)	97 (29,5)	37 (27,4)	11 (32,4)	NS
No	353 (70,9)	232 (70,5)	98 (72,6)	23 (67,6)	
Elección profesional					
Sí	263 (61,5)	158 (56,8)	73 (62,9)	32 (94,1)	< 0,01
No	165 (38,5)	120 (43,2)	43 (37,1)	2 (5,9)	

FP: formación profesional; NS: estadísticamente no significativo, ($p > 0,05$).

Tabla 2. Satisfacción global y en cada una de las dimensiones, según el nivel asistencial en el que se realizó el seguimiento

Nivel asistencial	Escala				
	Total, media (IC del 95%)	Equipamiento, media (IC del 95%)	Accesibilidad, media (IC del 95%)	Organización, media (IC del 95%)	Atención y competencia, media (IC del 95%)
Atención especializada	3,81 (3,75-3,87)	3,66 (3,59-3,73)	3,14 (3,06-3,21)	3,75 (3,67-3,81)	4,26 (4,18-4,33)
Atención primaria	4,08 (4,00-4,16)	3,91 (3,80-4,02)	3,72 (3,60-3,83)	3,93 (3,83-4,03)	4,42 (4,32-4,51)
Privado	4,4 (4,23-4,57)	4,37 (4,15-4,59)	4,18 (3,97-4,39)	4,27 (4,09-4,46)	4,59 (4,40-4,78)
Total muestra	3,92 (3,88-3,97)	3,78 (3,72-3,84)	3,37 (3,30-3,43)	3,83 (3,78-3,89)	4,33 (4,27-4,38)

IC: intervalo de confianza.

cias observadas entre los servicios privados y de AP no son significativas (tabla 2).

La frecuencia de mujeres embarazadas que obtienen una puntuación media > 3 en el total de la escala

(«satisfechas») es del 93,7%. Este porcentaje varía desde el 64,8% para la dimensión de «accesibilidad» hasta el 95,0% en la dimensión de «atención y competencia». Si se considera la frecuencia de mujeres que

alcanzan una puntuación media > 4 («satisfacción clara»), se obtienen porcentajes superiores al 50% en todas las dimensiones, con excepción de «organización», que obtiene un 49,7%, y «accesibilidad», que llega al 23,1%. El porcentaje de mujeres claramente satisfechas para el total del cuestionario es del 50,4% (tabla 3).

Sólo la edad, el grado de formación, la presencia de riesgos o complicaciones en el embarazo, y la capacidad de elección del profesional sanitario alcanzan diferencias estadísticamente significativas con la satisfacción (tabla 4). Respecto a la edad, los coeficientes de correlación varían entre 0,12 en la dimensión de atención y competencia y -0,02 en la de equipamiento. Las mujeres con estudios universitarios presentan una puntuación media en la escala de accesibilidad de 3,49 (IC del 95%, 3,38-3,61), superior a la que alcanzan las que tienen estudios primarios, 3,27 (IC del 95%, 3,15-3,38). También en la dimensión de accesibilidad, las mujeres con un embarazo de riesgo están menos satisfechas (media, 3,24; IC del 95%, 3,09-3,38), que las que no presentan riesgo (media, 3,40; IC del 95%, 3,32-3,47). La ausencia de complicaciones se asocia con una mayor satisfacción en la escala de atención y competencia, con una media de 4,37 (IC del 95%, 4,30-4,44), superior a los 4,23 puntos (IC del 95%, 4,12-4,36) que presentaron las mujeres con alguna complicación. Finalmente, las mujeres que manifiestan la posibilidad de elección del profesional que realiza el seguimiento de su embarazo presentan puntuaciones mayores en el total de la escala y en cada una de las dimensiones. Las diferencias de medias observadas varían desde 0,18 (IC del 95%, 0,05-0,31) en la escala de equipamiento hasta 0,33 (IC del 95%, 0,20-0,45) en la dimensión de atención y competencia.

En la tabla 5 se detallan los resultados de la regresión logística, entendiendo como satisfacción la obtención de una puntuación media > 4. En ella se puede apreciar que las variables que se relacionan con la satisfacción del seguimiento del embarazo son el nivel asistencial en el que se ha realizado, la posibilidad de elección de profesional y la presencia o no de complicaciones, de forma que la *odds ratio* de estar claramente satisfecha fue de 4,96 (IC del 95%, 1,94-12,66) si el embarazo se siguió en el sector privado, de 2,58 (IC del 95%, 1,61-4,14) si se siguió en AP, de 1,91 (IC del 95%, 1,25-2,92) si pudo elegir el profesional, y de 1,55 (IC del 95%, 1,00-2,42) si no se presentaron complicaciones.

Discusión

La satisfacción percibida por los usuarios, junto a los aspectos científico-técnicos, son dimensiones in-

Tabla 3. Porcentaje de mujeres satisfechas en cada una de las dimensiones, según el nivel asistencial en el que se realizó el seguimiento

Dimensión	Nivel asistencial													
	Total muestra				Atención especializada				Atención primaria				Privado	
	Satisfechas ^a % (IC del 95%)	Claramente satisfechas ^b % (IC del 95%)	Satisfechas ^a % (IC del 95%)	Claramente satisfechas ^b % (IC del 95%)	Satisfechas ^a % (IC del 95%)	Claramente satisfechas ^b % (IC del 95%)	Satisfechas ^a % (IC del 95%)	Claramente satisfechas ^b % (IC del 95%)	Satisfechas ^a % (IC del 95%)	Claramente satisfechas ^b % (IC del 95%)	Satisfechas ^a % (IC del 95%)	Claramente satisfechas ^b % (IC del 95%)		
Equipamiento	81,4 (78,0-84,8)	50,9 (46,5-55,3)	76,6 (72,0-81,2)	44,4 (39,0-49,7)	88,9 (83,6-94,2)	60,7 (52,5-69,0)	97,1 (84,7-99,9)	79,4 (62,1-91,3)	64,8 (60,7-69,0)	23,1 (19,4-26,8)	53,8 (48,4-59,2)	94,1 (80,3-99,3)	70,6 (52,5-84,9)	
Accesibilidad	64,8 (60,7-69,0)	23,1 (19,4-26,8)	53,8 (48,4-59,2)	10,9 (7,6-14,3)	83,1 (76,8-89,4)	41,9 (33,6-50,2)	94,1 (80,3-99,3)	70,6 (52,5-84,9)	88,3 (85,5-91,1)	49,7 (45,3-54,1)	97,1 (84,7-99,9)	76,5 (58,8-89,3)	85,3 (68,9-95,1)	
Organización	88,3 (85,5-91,1)	49,7 (45,3-54,1)	85,7 (81,9-89,5)	42,4 (37,0-47,7)	91,9 (86,0-95,9)	61,8 (53,6-69,9)	97,1 (84,7-99,9)	76,5 (58,8-89,3)	95,0 (92,8-96,8)	79,0 (75,4-82,5)	97,1 (84,7-99,9)	85,3 (68,9-95,1)	82,4 (65,5-93,2)	
Atención y competencia	95,0 (92,8-96,8)	79,0 (75,4-82,5)	94,2 (91,1-96,5)	76,5 (71,9-81,1)	97,0 (92,6-99,2)	83,7 (77,5-89,9)	97,1 (84,7-99,9)	85,3 (68,9-95,1)	93,7 (91,2-95,6)	50,4 (46,0-54,8)	100 (89,7-100)	82,4 (65,5-93,2)		
Total	81,4 (78,0-84,8)	50,9 (46,5-55,3)	76,6 (72,0-81,2)	44,4 (39,0-49,7)	88,9 (83,6-94,2)	60,7 (52,5-69,0)	97,1 (84,7-99,9)	79,4 (62,1-91,3)	85,3 (68,9-95,1)	50,4 (46,0-54,8)	100 (89,7-100)	82,4 (65,5-93,2)		

IC: intervalo de confianza.

^aPorcentaje de mujeres con puntuación media superior a 3. ^bPorcentaje de mujeres con puntuación media superior a 4.

Tabla 4. Satisfacción global y en cada una de las dimensiones, según las variables consideradas de la embarazada

Variables	Escala				
	Total Media (IC del 95%)	Equipamiento Media (IC del 95%)	Accesibilidad Media (IC del 95%)	Organización Media (IC del 95%)	Atención y competencia Media (IC del 95%)
Edad ^a	0,09 ^b	-0,02	0,03	0,07	0,12 ^c
Estado civil					
Soltera/divorciada	3,93 (3,79-4,07)	3,88 (3,70-4,07)	3,37 (3,17-3,57)	3,83 (3,66-3,99)	4,32 (4,16-4,48)
Casada	3,92 (3,87-3,97)	3,76 (3,70-3,82)	3,37 (3,30-3,44)	3,83 (3,77-3,89)	4,32 (4,26-4,38)
Formación					
Estudios primarios	3,90 (3,83-3,97)	3,86 (3,76-3,96)	3,27 (3,15-3,38) ^b	3,81 (3,72-3,91)	4,32 (4,23-4,42)
Bachiller/FP	3,88 (3,79- 3,96)	3,73 (3,62-3,84)	3,33 (3,22-3,44)	3,78 (3,67-3,88)	4,27 (4,15-4,38)
Estudios universitarios	3,97 (3,89-4,06)	3,75 (3,64-3,85)	3,49 (3,38-3,61)	3,89 (3,80-3,99)	4,37 (4,27-4,46)
Residencia					
Urbana	3,94 (3,88-3,99)	3,79 (3,71-3,87)	3,40 (3,31-3,48)	3,87 (3,80-3,94)	4,33 (4,26-4,40)
Rural	3,89 (3,81-3,98)	3,75 (3,65-3,85)	3,32 (3,21-3,43)	3,78 (3,68-3,88)	4,31 (4,20-4,42)
N.º de embarazo					
Primero	3,90 (3,83-3,97)	3,75 (3,67-3,84)	3,37 (3,28-3,46)	3,80 (3,71-3,88)	4,29 (4,20-4,38)
Segundo o más	3,94 (3,88-4,01)	3,81 (3,72-3,89)	3,37 (3,27-3,46)	3,87 (3,79-3,95)	4,36 (4,28-4,44)
Tipo de embarazo					
Deseado	3,94 (3,89-3,99)	3,78 (3,71-3,84)	3,39 (3,32-3,46)	3,84 (3,78-3,90)	4,35 (4,28-4,41)
No deseado	3,81 (3,67-3,96)	3,78 (3,62-3,94)	3,22 (3,04-3,40)	3,76 (3,60-3,91)	4,19 (4,01-4,37)
Embarazo de riesgo					
Sí	3,90 (3,80-4,00)	3,79 (3,66-3,92)	3,24 (3,09-3,38) ^b	3,79 (3,67-3,92)	4,37 (4,24-4,50)
No	3,93 (3,88-3,98)	3,78 (3,71-3,84)	3,40 (3,32-3,47)	3,85 (3,79-3,91)	4,32 (4,27-4,38)
Vía de parto					
Vaginal	3,94 (3,88-4,00)	3,79 (3,72-3,87)	3,38 (3,30-3,46)	3,85 (3,79-3,92)	4,34 (4,27-4,42)
Cesárea	3,88 (3,80-3,97)	3,73 (3,62-3,83)	3,32 (3,21-3,44)	3,80 (3,70-3,90)	4,28 (4,18-4,39)
Complicaciones					
Sí	3,87 (3,78-3,97)	3,75 (3,67-3,83)	3,36 (3,24-3,49)	3,77 (3,66-3,88)	4,23 (4,12-4,36) ^b
No	3,95 (3,89-4,00)	3,84 (3,73-3,95)	3,36 (3,28-3,45)	3,88 (3,81-3,94)	4,37 (4,30-4,44)
Elección profesional					
Sí	4,04 (3,98-4,10) ^c	3,85 (3,78-3,94) ^c	3,44 (3,35-3,54) ^c	3,95 (3,88-4,03) ^c	4,47 (4,40-4,54) ^c
No	3,75 (3,68-3,84)	3,67 (3,57-3,78)	3,20 (3,10-3,32)	3,67 (3,58-3,77)	4,14 (4,04-4,25)

FP: formación profesional.

^aCoefficiente de correlación de Pearson. ^bp < 0,05. ^cp < 0,01.

discutibles de la calidad asistencial, cuya evaluación es fundamental para obtener una adecuada valoración de los servicios sanitarios^{11,13}. En el presente estudio, la satisfacción global con el seguimiento del embarazo fue buena, y más de la mitad de las mujeres se encontraron claramente satisfechas.

La muestra obtenida (498 mujeres) es superior a la de trabajos similares publicados en nuestro país¹⁷⁻¹⁹, y es equiparable a la de estudios internacionales^{22,23}. Aunque la tasa de respuesta es aceptable y superior a la obtenida en otros estudios, no puede descartarse la presencia de sesgos de selección, ya que no se dispone de información de las características o motivos de las mujeres que no respondieron a la encuesta. No obstante, la similitud observada en los perfiles demográficos de las mujeres participantes en nuestro estudio, las seleccionadas en la muestra piloto para valorar las características métricas del cuestionario y de las poblaciones descritas en otros trabajos^{19,25} nos hace supo-

ner que las posibles diferencias con las no participantes, si las hubiera, serían pequeñas. Por otra parte, no se realizaron actividades para conocer los motivos de no participación o incrementar la tasa de respuesta, para

Tabla 5. Variables relacionadas con la satisfacción^a en el seguimiento del embarazo

Variable	OR (IC del 95%)	p
Seguimiento (referencia: atención especializada)		
Privado	4,96 (1,94-12,66)	0,001
Atención primaria	2,58 (1,61-4,14)	< 0,001
Capacidad de elección (referencia: no)		
Sí	1,91 (1,25-2,92)	0,003
Presencia de complicaciones (referencia: sí)		
No	1,55 (1,00-2,42)	0,052

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.^aPuntuación media superior a 4.

que la confianza en el anonimato del estudio no se viera afectada y favorecer el mayor grado de veracidad en las respuestas.

Creemos que la muestra es representativa de la población a la que da cobertura el Hospital Universitario de Salamanca, sin poder hacer extensivos los resultados a las mujeres que dan a luz en clínicas privadas. También pensamos que los resultados obtenidos son generalizables más allá del marco temporal en el que se realiza el estudio (desde noviembre de 2002 hasta abril de 2003), ya que la actividad durante ese período no difiere del funcionamiento habitual de los dispositivos asistenciales implicados.

A diferencia de otros estudios sobre población general, en los que la edad se relaciona con una mayor satisfacción¹⁷⁻¹⁹, en nuestro trabajo la correlación es muy débil, posiblemente debido a que la edad aumenta la frecuencia de complicaciones, que afectan negativamente a la satisfacción, sobre todo en la dimensión de atención y competencia profesional.

La formación universitaria se asocia a una mayor satisfacción con la accesibilidad, explicable posiblemente por el mayor conocimiento de los recursos y la capacidad de adaptación al modelo sanitario por parte de las mujeres con estudios superiores. La posibilidad de elección del médico se considera por parte de los usuarios como uno de los aspectos que confieren calidad a la asistencia sanitaria, como se constata en las opiniones más favorables de las mujeres con esta opción.

Se detecta una mayor satisfacción en el grupo de embarazadas seguidas desde AP respecto a las seguidas en AE, y en determinadas dimensiones sólo es comparable a las seguidas en centros privados. Probablemente, se debe a que a partir de las encuestas se esperaba encontrar en AE una mejor atención que la recibida, mientras en AP ocurriría a la inversa¹⁴. Las usuarias que probablemente no estén capacitadas para valorar la calidad científico-técnica de la asistencia recibida identifican la dimensión de atención y competencia profesional con la amabilidad, la cortesía, la comunicación o la confianza en el profesional que les atiende. Los resultados apoyan la evidente mayor accesibilidad de los centros de salud respecto al hospital. La mejor valoración del equipamiento y la organización de las consultas en AP probablemente se deba a las expectativas satisfechas sobre el tiempo de atención en consultas de AP o a una dotación tecnológica en AP superior a la esperada. Esta mejor valoración en AP coincide con las conclusiones de estudios internacionales^{9,10}, en los que los aspectos más valorados en el seguimiento del embarazo son la continuidad por parte del mismo profesional, la atención suficiente, el respeto, la información recibida, el trato individualizado y una menor lista de espera.

Entre las limitaciones del estudio destaca la administración del cuestionario cuando la mujer estaba in-

gresada en la planta de obstetricia después del parto. Esta circunstancia podría modificar la respuesta, ya que a la usuaria le sería difícil separar la atención del embarazo de los acontecimientos recientes de parto y posparto, o porque estas experiencias modularan la valoración sobre el seguimiento del embarazo. Creemos que la repercusión potencial de este hecho afectaría a todas las mujeres, independientemente del nivel asistencial en el que se realizara el seguimiento, por lo que las diferencias entre los distintos niveles serían similares o superiores a las observadas en el estudio. Por otro lado, la administración del cuestionario en el hospital, en lugar del domicilio de la mujer, puede restar el sentimiento de anonimato e inducir a responder de forma complaciente con los promotores del estudio. Creemos que esta situación no se ha dado, o lo ha hecho de forma limitada, debido a la forma autoadministrada de la aplicación del cuestionario y a la falta de actuaciones para incrementar la respuesta. No obstante, si el sesgo se hubiera producido, creemos que sería en el sentido de una sobrevaloración del seguimiento del embarazo en AE y en consultas privadas (algunos profesionales desarrollan su labor en ambos ámbitos de atención), ya que resultaría más difícil relacionar el estudio con el entorno de la AP.

Por otra parte, la baja frecuencia de embarazos atendidos en AP (un 27,1%) podría hacer pensar en una respuesta diferencial en función del ámbito de seguimiento. Aunque se han comunicado mayores porcentajes de atención al embarazo en centros docentes⁷, creemos que el porcentaje observado refleja la realidad de nuestro entorno donde la implicación del médico de familia en el seguimiento del embarazo es relativamente baja.

En definitiva, creemos que se debería potenciar el seguimiento del embarazo de bajo riesgo obstétrico en los centros de salud, en colaboración con otros niveles asistenciales, ya que ofrece ciertas ventajas, como las siguientes: captación más temprana que en el hospital y detección precoz de posibles riesgos¹, descenso de la sobrecarga asistencial hospitalaria, entorno conocido y accesible para las embarazadas, y ámbito adecuado para fomentar las actividades de promoción de la salud y los hábitos de vida saludables.

Bibliografía

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (aprobado el 20 de noviembre de 2002) [citado 14/05/2005]. Disponible en: http://www.semfc.es/es/docencia/nuevo-programa_medicina-familia.html
2. Maroto-Navarro G, García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 2:13-23.

3. Bailón Muñoz E, Arribas Mir L, Landa Goñi J. Actividades preventivas en el embarazo. *Aten Primaria*. 2003;32 Supl 2: 127-33.
4. Díaz Sánchez S, Cabrera Vélez R, Alonso Roca R, Vázquez Gallego J. Cobertura y Calidad del seguimiento de la atención prenatal en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1993;12: 401-6.
5. Baena Camús L, Plaza Alarcón E, López Ortiz F, Minaya Collado JA, Alguacil Cubero P, Ruiz de Adana Barbal MJ. Evaluación de la calidad de la asistencia prenatal en atención primaria. *Aten Primaria*. 1992;10:726-9.
6. Aguilera Guzmán M, Vega López L, Abad Bassols A, Romera García MT, García Solano M, Palanca Sánchez I, et al. Cartera de servicios. En: *Atención primaria en el Insalud: 17 años de experiencia*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa; 2002.
7. Arribas Mir L, Bailón Muñoz E, De la Iglesia López B. El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas. *Aten Primaria*. 2002;29:233-6.
8. Barrientos Montero MJ, García Rabanales D, Gómez García A, Gómez Marcos MA, Gómez Miguel E, Orobon Martínez ML, et al. Grupo de trabajo de la mujer embarazada en atención primaria de la SCLMFyC. Guía de seguimiento y control del embarazo en atención primaria. Valladolid: Sociedad Castellano y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria; 2004.
9. Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey CD, et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ*. 1996;312: 554-9.
10. WHO Antenatal Care Trial Research Group. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1998;12 Suppl 2:7-26.
11. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 2. Oxford: Update Software [citado 14/11/2005]. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester: John Wiley & Sons).
12. Sánchez González R, Álvarez Nido R, Aroca Caballero M, Del Río Martín L, Fernández Horcajuelo J, Campo Cobo C. Control de calidad del seguimiento del embarazo normal en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;27:537-41.
13. Bailón E, Delgado A, Montoro R, Vázquez R, Sánchez MR, Alemany V. Eficacia de la auditoría en la mejora de un programa del control de embarazo. *Aten Primaria*. 1992;9: 85-8.
14. Castejón R, Delgado A, De la Revilla L, Solís JM, Ceinos F, Bellón JA. Estudio comparativo de la calidad de la atención prenatal entre centros de salud y hospital. *Aten Primaria*. 1989; 6:706-12.
15. Duran J, Villalbí JR, Guix J. Grupo de Trabajo sobre Clientes de la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). Acerca de los clientes de las organizaciones de salud pública. *Gac Sanit*. 2004;18:479-82.
16. Goberna i Tricas J, García i Riesco P, Gálvez i Lladó M. Evaluación de la calidad de la atención prenatal. *Aten Primaria*. 1996;18:75-8.
17. Guillén Rodríguez M, Sánchez Ramos JL, Toscano Márquez T, Garrido Fernández MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. *Aten Primaria*. 1999;24:66-74.
18. Medina Arteaga MT, González Yuste A, Podadera Valenzuela A, Villatoro Jiménez V, Martín Salido E, Lavado Pérez C. ¿Cómo es la atención al embarazo según nuestras gestantes? *Medicina de Familia (And)*. 2000;1:37-40.
19. Sainz-Maza Aparicio M, Sánchez Yubero S, Granados Garrido JA. Encuesta de satisfacción en embarazadas captadas en atención primaria. *Centro de Salud*. 2001;9:506-10.
20. Grupo de Trabajo de Satisfacción de Usuarios de la SGAP del Insalud. Encuesta de satisfacción de usuarios con los servicios de atención primaria. Resultados 2000. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.
21. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract*. 2000;50:882-7.
22. Zadoroznyj M. Women's satisfaction with antenatal and postnatal care: an analysis of individual and organisational factors. *Aust N Z J Public Health*. 1996;20:594-602.
23. Laslett AM, Brown S, Lumley J. Women's views of different models of antenatal care in Victoria. Australia. *Birth*. 1997;24: 81-9.
24. Williamson S, Thomson AM. Women's satisfaction with antenatal care in a changing maternity service. *Midwifery*. 1996; 12:198-204.
25. Salvador J, Cunillé M, Lladonosa A, Ricart M, Cabré A, Borrell C. Características de las gestantes y control del embarazo en Barcelona, 1994-1999. *Gac Sanit*. 2001;15:230-6

Anexo 1. Preguntas incluidas en el cuestionario de satisfacción

Equipamiento

1. ¿Le parecía un lugar agradable el centro o consulta donde se realizó el seguimiento de su embarazo?
2. ¿Cómo era la comodidad y limpieza de su centro/consulta?
3. ¿Cree usted que los medios materiales de los que disponía su consulta (aparato de tomar la presión, balanza...) eran adecuados para realizar el seguimiento de su embarazo?

Accesibilidad

4. ¿Le resultó difícil conseguir cita con el médico que realizó el control de su embarazo para que le atendiesen por primera vez?
5. ¿Pasó mucho tiempo desde que supo que estaba embarazada hasta que fue vista por primera vez por el profesional que realizó el seguimiento de su embarazo?
6. Desde el día en que pidió cita para la primera consulta hasta el día en que fue vista, ¿cuánto tiempo pasó?
7. El horario en el que se realizaban las consultas del seguimiento de su embarazo ¿se ajustaba a sus preferencias?
8. El tiempo que tardaba en llegar a su centro/consulta, le parece...
9. ¿Tenía la posibilidad de fijar citas por teléfono?

Organización de la consulta

10. En general, el tiempo que esperaba desde la hora en que estaba citada hasta que entraba en la consulta le parece...
11. ¿Está satisfecha con la cantidad de tiempo que le dedicaba su médico/matrona durante la consulta?
12. ¿Le daba la impresión de que su médico o matrona tenía prisa por acabar la consulta?
13. ¿Se producían muchas interrupciones durante la consulta (llamadas de teléfono, entrada de personas...)?

14. El número de visitas que ha realizado a su médico/matrona durante el embarazo ¿le pareció adecuado?
15. ¿Le parece adecuado el número de pruebas (análisis, ecografías...) que le han realizado durante su embarazo?
16. El lugar en el que su médico/matrona pasaba consulta ¿le parece que guardaba su intimidad?

Atención y competencia profesional

17. ¿Está satisfecha del trato personal recibido de su médico/matrona?
 18. ¿Cree que su médico/matrona se mostró educado y agradable durante la consulta?
 19. ¿Se sintió escuchada por su médico?
 20. Su médico/matrona ¿mostraba interés por las consultas que usted realizó?
 21. Su médico/matrona ¿contestaba con claridad a sus preguntas?
 22. ¿Cree que las explicaciones de su médico/matrona le han servido para llevar mejor su embarazo?
 23. Su médico/matrona ¿le dio confianza para preguntarle dudas respecto a su embarazo?
 24. ¿Cree que su médico/matrona estaba suficientemente preparado para realizar el seguimiento de su embarazo?
 25. ¿Confiaba en los conocimientos de su médico/matrona?
 26. ¿Considera que su médico/matrona tenía habilidad para realizar las exploraciones necesarias para el control de su embarazo?
 27. ¿Comentó con su médico/matrona los resultados de las exploraciones y pruebas diagnósticas realizadas?
 28. Durante el embarazo, ¿le atendió siempre el mismo médico/matrona?
-