

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**“EXPECTATIVAS DE LAS PACIENTES EN
RELACION AL PROFESIONAL OBSTETRA
EN CONSULTA EXTERNA DEL C.S JUAN
PEREZ CARRANZA. 2015”**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia

AUTOR

Marco Antonio Chilipio Chiclla

ASESOR

Elba Belapatiño Pacheco

Lima – Perú

2015

DEDICATORIA

A mi hermana Ana Maria, quien siempre quiso verme alcanzar este gran logro, pero que allá desde cielo nos cuida y protege. A mi madre, padre y hermanos por su incondicional apoyo y darme la mejor herencia que pueda recibir, mi profesión.

Marco A. Chilipio

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios, por darme la fortaleza para seguir mi camino. A mis padre, José por brindarme el mejor de los ánimos para alcanzar esta ansiada meta. A mi madre, Juana por su abnegación y gran apoyo en cada momento de mi vida. A mi asesora, la Obstetra Elba Belapatiño Pacheco, por su valiosa asesoría para la culminación de esta investigación. A la Obstetra July Mamani Osorio y todo el equipo de obstetras del C.S Juan Pérez Carranza por su apoyo y las facilidades que me brindaron para la realización de la presente investigación. A la Obstetra Tutti Sicha Gamboa por sus sugerencias y tiempo dedicado. Al Ingeniero estadístico Luis Huamán Quintana por permitirme adentrar más en la investigación y su equipo de estadísticos por el apoyo en el procesamiento y análisis de datos. A los docentes de la E.A.P de Obstetricia, por formarme como Profesional de Salud y preocuparse por mi progreso académico, infinitamente agradecido.

Marco A. Chilipio

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MATERIAL Y METODOS	26
2.1 Tipo de estudio.....	26
2.2 Diseño de investigación.....	26
2.3Lugar de estudio.....	26
2.4 Universo y población a estudiar.....	26
2.5 Muestra de estudio o tamaño muestral.....	26
2.6 Técnicas y método de trabajo	27
2.7 Criterios de inclusión.....	28
2.8 Criterios de exclusión.....	28
2.9 Descripción de variables.....	28
2.10Tareas específicas para el logro de resultados; recolección de datos.....	28
2.11 Procesamiento y análisis de datos	29
2.12 Aspectos éticos.....	29
3. RESULTADOS	30
4. DISCUSIONES	37
5. CONCLUSIONES	44
6. RECOMENDACIONES	45
7. BIBLIOGRAFÍA	46
8. ANEXOS	52

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las expectativas de las pacientes en relación al profesional obstetra en consulta externa del C.S Juan Pérez Carranza en el periodo enero a febrero de 2015.

METODOLOGÍA: El presente estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 238 pacientes atendidas en los consultorios externos de obstetricia de C.S Juan Pérez Carranza durante los meses de enero y febrero del año 2015. Se elaboró un cuestionario que incluyó datos con respecto a las características sociodemográficas, características de la demanda y las expectativas de las pacientes, el mismo que se validó mediante juicio de expertos (prueba binomial). Para el análisis de variables cuantitativas se usaron medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar). Para variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: La edad promedio de las pacientes fue $30,4 \pm 10$ años; asimismo, la mayoría, tenía estado civil conviviente (57,1%), nivel de instrucción secundaria (59,7%) y pertenecían a la religión católica (76,5%). La demanda se caracterizó principalmente por acudir a planificación familiar (35,3%) y control prenatal (29,4%) para recibir atención; asimismo, la mayoría tenía experiencia previa en atención obstétrica (76,5%) y principalmente prefirieron ser atendidas por una obstetra mujer (64,7%). Si bien las pacientes mostraron una mayor preferencia a ser atendidas por un obstetra de sexo femenino, en el análisis de expectativas se evidenció que antes del género estas otorgaron una mayor importancia a aspectos comunicativos y resultados de la atención; así, el “mostrar interés y escuchar” fue la expectativa considerada como importante por el 99,2% de pacientes, seguida por las expectativas “recibir una prescripción” (97,5%), “recibir explicaciones” (96,6%), “conocer su diagnóstico” (96,6%), “recibir indicación de un examen” (95,8%); mientras que entre las expectativas menos priorizadas se encontraron la “toma de decisiones por la paciente” (83,2%), “elección del obstetra” (77,3%) y en el decimotercer y último lugar se encontró el “género del obstetra” considerada importante por el 51,3% de pacientes. Las pacientes de diferentes grupos etarios y niveles de instrucción siguieron dando mayor importancia a los aspectos comunicativos de la atención como ser escuchas de forma activa y que el obstetra muestre interés hacia ellas; asimismo, el “género del obstetra” se siguió situando en el último lugar de importancia; sin embargo, las pacientes de menor edad y nivel de instrucción consideraron con mayor frecuencia al “género de obstetra” importante. Las pacientes sin experiencia previa en atención obstétrica consideraron con más frecuencia al “género del obstetra” una expectativa importante. Entre las pacientes que prefirieron a una obstetra de sexo femenino, el 31,2% a pesar de preferir a una obstetra mujer consideraron que el “género del obstetra” no era importante.

CONCLUSIONES: Las pacientes que acuden por atención obstétrica al C.S Juan Pérez Carranza tienen en su mayoría preferencias a ser atendidas por una obstetra mujer; sin embargo, antes que el género las pacientes otorgan mayor importancia a otras expectativas relacionadas a aspectos comunicativos y resultados de la atención como la muestra de interés y ser escuchadas, obtener una receta con letra legible y recibir explicaciones y conocer su diagnóstico.

PALABRAS CLAVES: Género, expectativa, demanda de atención, comunicación.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the expectations of patients regarding the obstetrician professional outpatient C.S Juan Perez Carranza. 2015

METHODOLOGY: The present study was observational, descriptive, prospective, cross-sectional. The sample consisted of 238 patients treated in outpatient obstetric CS Juan Perez Carranza during January and February 2015. A questionnaire that included data regarding sociodemographic characteristics, characteristics of demand and expectations are developed patients, the same as was validated by expert judgment (binomial test). For the analysis of quantitative variables measures of central tendency (mean) and dispersion (standard deviation) were used. For qualitative variables, frequencies and percentages were used.

RESULTS: The average age of patients was $30,4 \pm 10$ years; Also, most had been civil cohabiting (57,1%), level of secondary education (59,7%) and belonged to the Catholic religion (76,5%). The demand was mainly characterized by attending family planning (35,3%) and fetal (29,4%) control to receive care; Also, most had prior experience in obstetric care (76,5%) and mostly preferred to be heard by an obstetrician women (64,7%). Although patients showed a greater preference to be met by a female obstetrician in expectations analysis showed that gender before these gave greater importance to communication aspects and outcomes of care; so, "she show interest and listen to" the expectation was considered important by 99,2% of patients, followed by expectations "to receive a prescription" (97,5%), "receiving explanations" (96,6%) "knowing their diagnosis" (96,6%), "receiving indication of an examination" (95,8%); while among the least prioritized expectations the "decision-making by the patient" (83,2%), "choice of midwife" (77,3%) and in the thirteenth and last "gender was found obstetrician found "considered important by 51,3% of patients. The patients of different age groups and levels of education continued with greater emphasis on the communicative aspects of care such as listening actively and obstetrician show interest towards them; Also, the "gender obstetrician" continued placing last in importance; however, younger patients and educated more often considered "gender obstetrician" important. Patients without previous experience in obstetric care more often considered "gender obstetrician" an important expectation. Among the patients who preferred a female obstetrician, 31,2% despite preferring a female obstetrician considered "gender obstetrician was" not important.

CONCLUSIONS: Patients presenting for obstetric care to CS Juan Perez Carranza mostly have preferences to be heard by an obstetrician women; however, before that gender patients give more importance to other related communicative aspects and outcomes of care as the sample of interest and be heard expectations, get a prescription legibly and receive explanations and their diagnosis.

KEYWORDS: Gender, expectations, demand for care, communication.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, las diferentes profesiones y actividades sanitarias han ido construyendo identidades profesionales sexuadas, sean masculinas o femeninas, y que fueron variando según distintos momentos históricos. La consecución de esa identidad se ha basado en la selección de los miembros del grupo profesional en función de su sexo y en la incorporación de valores de género a las prácticas sanitarias.⁽¹⁾ La práctica obstétrica desde sus inicios se encontraba ligada al género femenino con la denominación de partera, comadrona, matrona etc. Eran mujeres especialistas autodidactas que no recibían preparación, ni entrenamiento, ni educación especial alguna, ejercían el arte obstétrico siguiendo normas empíricas transmitidas por tradición oral a través de parteras más antiguas y de su propia experiencia.^(2,3)

A nivel mundial, los hombres hasta tiempos relativamente recientes, tuvieron prohibido por las religiones, las culturas, las supersticiones e incluso ciertas normas de moralidad, tanto la asistencia del parto como todo lo relacionado con él. Por tanto, se comprueba que la obstetricia nació en manos de mujeres y continuó su lenta evolución siempre en manos femeninas, pero solo como un oficio.^(2,3) Solo cuando la obstetricia dejó de ser un oficio, se derribaron las viejas barreras de las costumbres y supersticiones acerca de la asistencia del parto, constituyéndose como ciencia y arte, es ahí donde fue posible el acceso a su estudio y la intervención asistencial por parte del varón, apareciendo desde entonces la figura del obstetra varón.⁽²⁾

En el Perú, la profesionalización de la obstetricia se inició el 10 de octubre de 1826, con la creación de la Casa de Maternidad y Escuela de Partos, hoy Instituto Nacional Materno Perinatal y Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la UNMSM, respectivamente. Más adelante se da la creación del Colegio de Obstetrices del Perú en el año 1975, denominación que da cuenta del carácter netamente femenino que se le atribuía al ejercicio de la profesión; sin embargo, en el año 2006, se modifica la denominación de Colegio de Obstetrices del Perú por la de Colegio de Obstetras del Perú, al dar cuenta de la creciente presencia de varones en el ejercicio de esta profesión;^(4,5) así entonces en la actualidad se reconoce que la obstetricia de hoy no solo es la expresión de mujeres al cuidado de la madre y/o parturienta, sino que también los varones asumen ese liderazgo social, aunque ahora con un enfoque más integral que incluye a la persona, familia y comunidad.^(4,6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere al género como los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Estas diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos; asimismo, no es de extrañar que en el campo de la salud el sexo module algunos elementos importantes de la relación con los pacientes y la forma como se brinda la atención.^(7,8,9,10,11) Por intuición, la definición de expectativa puede considerarse lo que los pacientes esperan recibir con la prestación de un servicio sanitario, en este sentido los pacientes abrigan ciertas expectativas antes de la atención, matizadas por variables como: la edad, nivel de instrucción, experiencias previas, entre otros.⁽⁸⁾ El sexo del paciente es un factor que influye en las expectativas sobre el género del profesional de salud, es así que los pacientes esperan ser atendidos por profesionales de salud de su mismo sexo para exploraciones y procedimientos de tipo genitales; mientras que para procedimientos generales se ha encontrado que no tienen mayores preferencias, a pesar de estas preferencias el género es solo una consideración menor comparado con otros atributos deseables como la competencia técnica, la cortesía y el profesionalismo.^(12,13,14,15) La edad, por su parte, determina experiencias y estados vivenciales que fundamentan la construcción de valoraciones, opiniones y expectativas.^(16,17) Las expectativas son matizadas también por el nivel educativo, de forma que los universitarios y los que tienen estudios intermedios esperan mucho más de un servicio y son más críticos que quienes poseen bajos niveles de escolaridad, reflejados en sus valoraciones.^(9,18,19) Las circunstancias en las cuales se efectúa la atención modifican también las expectativas del paciente, de manera que en hospitalización según algunas investigaciones las expectativas giran en torno al mejoramiento de la higiene hospitalaria, las relaciones interpersonales y la calidad técnica;⁽²⁰⁾ mientras que las expectativas declaradas en consulta externa y emergencias giran en torno al aspecto comunicacional y rapidez de la atención, respectivamente.^(7,21)

Las expectativas, se encuentran también bajo la influencia de las interacciones previas con los servicios de salud, ya que una mala experiencia puede hacer que el usuario perciba la necesidad de mejoría en un determinado aspecto, modificando así sus expectativas.⁽¹⁹⁾ Existe entonces una diversidad de factores que modifican las expectativas, ello ofrece una idea de la complejidad del problema. Uno de los primeros pasos para establecer una relación de empatía y colaboración entre el profesional de salud y el paciente, es que el profesional de la salud identifique las necesidades y expectativas de los pacientes antes de la consulta, ya que estas juegan un papel importante en el pronóstico de resultados y su

comprensión contribuye al éxito del acto profesional, reflejándose en una mayor continuidad, mayor adherencia a tratamientos, cumplimiento de citas, indicaciones y una mayor satisfacción, etc.⁽²²⁾ Las investigaciones realizadas hasta la actualidad respecto a las expectativas de los pacientes, han sido por lo común llevadas a cabo en el campo de la práctica médica y por lo general se hace mención a las expectativas de manera general; sumado a ello, son escasos los estudios de expectativas llevados a cabo en la práctica obstétrica, razones que fundamentan la realización del presente trabajo de investigación.

Para poder llevar a cabo el presente estudio se realizó previamente una revisión de un conjunto de estudios relacionados con el tema en buscadores como Lilacs, Redalyc, Scielo, etc. cuyos resultados de la búsqueda se describen a continuación:

Amir H. y col (2011) en Israel realizaron un estudio titulado: “Unpredicted gender preference of obstetricians and Gynecologists by Muslim Israeli-Arab women”, llevado a cabo en 167 mujeres con una edad media de 28 años; asimismo, el 99,4% eran de origen israelí. El 96,4% eran casadas y solo un 3,6% eran solteras, con un nivel educativo universitario en el 44,3% de casos. Aproximadamente la mitad de las encuestadas no tenía ninguna expectativa respecto al género del médico, pero la mayoría (76,6%) prefería a una ginecóloga. La mayoría prefirió exámenes pélvicos (85,6%) y control de su embarazo (77,8%) por ginecólogas. El 61,7% prefirió consultar a ginecólogas para los principales problemas de obstetricia y ginecología. Las razones de la preferencia femenina fueron la vergüenza (67,7%), el sentirse cómodas con las ginecólogas (80,8%) y la idea de que las ginecólogas eran más suaves (68,3%). Los tres factores más importantes que afectaron la selección del médico ginecólogo, fueron: la experiencia (83,8%), el conocimiento (70,1%), la capacidad (50,3%) y en último lugar el género del género médico (29,3%); es decir aunque las mujeres árabe-israelíes musulmanes expresan prejuicios de género en cuanto a la preferencia por una ginecóloga, las habilidades personales y profesionales son consideradas como factores más importantes cuando se trata de hacer realidad una elección.⁽¹³⁾

Delgado A. y col (2010) en un estudio llevado a cabo en España titulado: “Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud”, llevado a cabo en 357 pacientes con un promedio de 47,3 años de edad; asimismo, mayoritariamente fueron mujeres (51%) y con estudios secundarios (42%). Respecto a

las expectativas sobre la toma de decisiones, esta dependió del problema por el que acuden, así el deseo de participar fue mínimo para dolor en pecho (32%) y máximo para problemas familiares (49%). Sin embargo, la expectativa del paciente que su médico le escuche (100%), le explique y tenga en cuenta su opinión alcanzaron proporciones muy elevadas, aunque variables según de que problema se trate. Para consultar por flujo anormal no existió ninguna característica estudiada que modifique las expectativas en la toma de decisiones. Para depresión y/o tristeza tuvieron menos deseo de participar las mujeres, las personas con estudios primarios y secundarios, las que tienen menor continuidad y las personas de mayor edad; hallazgos que permitieron llegar a la conclusión que la mayoría de pacientes desean ser escuchados, informados y tenidos en cuenta por su médico, y en menor medida desean tomar la decisión de forma autónoma, sobre todo para problemas de tipo biomédico.⁽⁷⁾

Biedma V. y col (2009) en un estudio realizado en México titulado: “Médicos y médicas, estilos asistenciales distintos: ¿satisfacción diferente de los usuarios?”, observaron que las mujeres presentaron mayores diferencias en cuanto a sus valoraciones en la satisfacción según el sexo del profesional médico que las atendió ($p < 0,01$). En cuanto a la satisfacción en dos de sus indicadores: facilidad para identificar a los profesionales y el tiempo que les dedica su médico, los hombres dieron un similar valor a estos indicadores, es decir los pacientes estuvieron más satisfechos cuando los atendió una médico mujer; sin embargo, hubo mayor insatisfacción con el tiempo de espera cuando fueron atendidos por un médico mujer. El género del médico no afectó ciertos elementos de la satisfacción como la confianza en la atención recibida; asimismo, las características sociodemográficas y del sistema de salud explicaron el 4,3% de la satisfacción general, así la edad fue la variable externa al sistema sanitario que más influyó en la satisfacción con un 32,3%. Los resultados permitieron concluir que el género del médico y del paciente no ejercen influencia en la satisfacción general, es decir que a pesar que se diferencien ciertos aspectos de la práctica asistencial de médicos hombres y mujeres, los pacientes los valoran de manera similar.⁽⁸⁾

Ruiz M. y col (2008) realizaron en España un estudio con el título: “¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas?”, llevado en 805 pacientes con una media de edad de 44,6 años. El 67,5% eran mujeres y el 67,0% tenía un nivel educativo bajo. Se encuestó

también a 140 médicos, para quienes “Mostrar interés y escuchar” fueron las expectativas priorizadas con mayor frecuencia, en segundo lugar se priorizó “obtener información”, bien sea como “un diagnóstico” o como “explicaciones sobre el problema y las dudas”. Una de las expectativas más resaltadas como importantes por médicos y pacientes fue “ser escuchados”; asimismo, coincidieron en 2 expectativas consideradas menos deseadas: “ser derivados al especialista” y “recibir una prescripción”. Los médicos valoraron muy significativamente el deseo de los pacientes de “recibir un diagnóstico” (43%), “consejo” (40%), “derivación” (35%), “prescripción” (25%), “solicitud de una prueba” (17%) y “ser explorados” (15%). Los mayores de 50 años priorizaron más las expectativas ser escuchados, examinados y conseguir medicinas; mientras que los pacientes menores de 40 años priorizaron más recibir consejo, recibir explicaciones y tener tiempo suficiente en la consulta ($p < 0,05$); concluyendo que para los pacientes, las expectativas relacionadas con aspectos comunicativos son las más importantes y los médicos coinciden con esta valoración; sin embargo, sobrestiman los deseos de los pacientes de recibir ciertos servicios relacionados con la atención, como recetas, derivaciones y pruebas complementarias.⁽¹⁸⁾

Alcázar O. (2007) en México realizó un estudio titulado: “Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones”, llevado a cabo en una muestra conformada por 39 pacientes con una edad promedio de 32,0 años. Antes de la primera consulta, la mayoría de las respuestas de los pacientes (51%) se concentraron en “expectativas sobre el terapeuta”, es decir, esperaron que el terapeuta les escuchara, les apoyara, fuera amigable. En segundo término (41%), los sujetos tuvieron “expectativas sobre el proceso y resultados de la primera entrevista”, es decir, esperaron la solución a sus problemas, a sus dudas, sentirse en confianza, etc. Las razones más frecuentes que refirieron los sujetos para regresar a la segunda consulta (54%) fueron las “variables del paciente” como encontrar la causa de mis problemas, necesidad de sentirme mejor, etc. En segundo lugar (32%), las “variables de la relación paciente-terapeuta” constituyeron el principal motivo para asistir a la segunda sesión. Los sujetos no regresaron a la segunda sesión especialmente por “variables de la relación paciente-terapeuta” (60%), la segunda razón más frecuente (20%) para no asistir a la segunda sesión se concentró en “variables del paciente”; resultados que permitieron concluir que las expectativas guardaron una relación moderada y significativa con la asistencia a la segunda consulta.⁽²²⁾

Puentes R. y col (2006) llevaron a cabo un estudio en México titulado: “Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México”, llevado a cabo en 18 018 usuarios. Se observó que la mayor parte de los usuarios fueron mujeres. Además, el 71,8% de pacientes se atendieron de forma ambulatoria y el 74,8%, atención hospitalaria; con diferencias entre las instituciones estudiadas en cuanto a la escolaridad, la edad y motivo de consulta ($p < 0,01$). Los porcentajes de aprobación fueron para 7 dominios de trato adecuado: autonomía (84,1%), comunicación (89,6%), trato respetuoso (96,1%), confidencialidad (92,1%), capacidad de elección (79,7%), limpieza en la unidad (79,6%), redes de apoyo social (83,1%). En general, los porcentajes de aprobación para el trato adecuado analizados fueron altos, es decir los resultados evidenciaron diferencias en la forma en que los diferentes proveedores públicos de servicios de salud de México tratan a sus usuarios, independientemente de las características socioeconómicas de estos.⁽²⁹⁾

Redondo S. y col (2005) en un estudio realizado en España titulado: “Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención”, llevado a cabo en una muestra de pacientes que habían acudido alguna vez a una consulta de atención primaria, con edades entre 35 y 80 años. Se observó que las áreas principales relacionadas con la satisfacción fueron: el trato recibido de los profesionales, que se valora como una parte fundamental de la atención, unida a la calidad técnica y la continuidad de los cuidados. En primer lugar los pacientes valoraron los aspectos organizativos y estructurales que condicionan el acceso a los servicios como las listas de espera y la continuidad de los cuidados. En segundo lugar se valoró el trato recibido; asimismo, respecto al personal sanitario, la competencia técnica, la relación con los pacientes basada en la amabilidad, la escucha y la empatía, el ofrecimiento de información clara fueron los aspectos más destacados.⁽³⁰⁾

Puentes R. y col (2005) en México realizaron un estudio titulado: “Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios”, para lo cual entrevistaron a 38 746 individuos. Observándose que el 58% fueron mujeres, con una media de edad de 37 años; el 46,5% tenían estudios de primaria y 23% vivían en un medio rural. El 56% reportaron no tener ningún tipo de seguro médico, el 32% informaron estar asegurados en la seguridad social y un 1,5% manifestaron tener más de un seguro. El mayor porcentaje de aprobación se dio en la confidencialidad

(88,9%), aunque el trato digno, la comunicación y las condiciones de comodidad básicas presentaron porcentajes similares. En el caso de la atención hospitalaria, el porcentaje de aprobación más bajo correspondió a la capacidad de elección del proveedor de servicios (76,2%) y el más alto a la comunicación (88,0%). Las calificaciones otorgadas para el trato adecuado por las mujeres fueron mayores en individuos de mayor edad. En la atención ambulatoria los grandes servicios de seguridad social se ubicaron por debajo de los servicios de la secretaria de salud y de los privados; y por último, en la atención hospitalaria los servicios privados recibieron calificaciones más altas que los públicos; hallazgos que permitieron llegar a la conclusión que el componente trato presenta áreas de rezago que deben ser atendidas oportunamente para tratar de alcanzar uno de los objetivos fundamentales del sistema de salud.⁽¹⁹⁾

Santiñá M. y col (2004) llevaron a cabo un estudio en España titulado: “Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial”, en una muestra de 6 016 pacientes, de los cuales el 54,7% eran mujeres y el 45,2% varones, con una media de edad de 53,1 años. En su mayoría tenían un nivel de estudios medios (42%) o elementales (36,8%), que habían permanecido ingresados en el hospital con una media de 9 días. Los resultados evidenciaron diferencias significativas en las opiniones emitidas por los pacientes de diferentes edades, excepto cuando se les preguntó sobre el entendimiento de las indicaciones del médico, respecto al trato por el personal de salud, se apreció un aumento gradual de los porcentajes favorables a medida que aumentó la edad. En general se encontró que los jóvenes y las personas mayores diferían en sus opiniones y valoraciones aportadas sobre las variables de calidad asistencial entre ellas el trato recibido por el médico, enfermera, personal administrativo y personal en general.⁽¹⁶⁾

Palacio L. y col (2003) en España realizaron un estudio titulado: “Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud?, un estudio cualicuantitativo”. En la fase cualitativa del estudio se identificaron 60 aspectos mayormente valorados en la atención agrupados en: “centro de salud y aspectos tangibles”, “organización y accesibilidad”, “relación con los profesionales” y “servicios disponibles”, a partir de ello, se elaboró un cuestionario aplicado a 96 pacientes, donde la mayoría fueron. Las variables respecto al centro de salud y aspectos tangibles

explicaron un 21,4% de la varianza total, los aspectos de mayor valoración fueron: los resultados de las pruebas llegan rápido, se puede conseguir cita en el día, las listas de espera son cortas, en el centro se practican citologías vaginales. En segundo lugar se encuentran las variables de relación con los profesionales, que explicaron un 18,1% de la varianza total; los aspectos mayormente valorados fueron: los profesionales te escuchan, te atienden, los profesionales tienen un trato educado y respetuoso; los profesionales tienen un trato amable, humano, los profesionales tratan igual a todos sus pacientes, sin preferencias ni diferencias.⁽³¹⁾

Retolaza A. et al. (2003) realizaron un estudio en España titulado: “Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental”, en una muestra de 315 personas. En su mayoría fueron mujeres (68,6%), un 55,8% tenía menos de 40 años, el 52% eran casados y el 41% tenía un tiempo total de escolarización inferior a 7 años. Las expectativas que mayormente se priorizaron fueron: amabilidad (100%), competencia del médico (99,7%), información (99,6%), confidencialidad (99,4%), explicaciones claras (99,3%), buen trato (98,8%) sobre otras como curación (91,4%), puntualidad (91,0%) y seguridad (90,0%). En lo referente a las expectativas sobre el servicio destacan las siguientes: el 84,1% de los pacientes esperaba una solución total o casi total del problema que le llevó a consulta y el 64,1% esperaba obtenerla en 6 meses o menos. Un 95,5% esperaba preguntas sobre sus problemas cotidianos, un 94,8% sobre su familia, un 94,1% sobre su trabajo y amistades y un 91,3% sobre su infancia. Frente a esto, un 35,7% esperaba que se le realizaran “radiografías de la cabeza”, un 32,4% electroencefalogramas, un 28,4% análisis de sangre y un 26,5% de orina. Destacó un 73,1% de acuerdo en alcanzar la solución de sus problemas sin necesidad de tomar medicación alguna.⁽³²⁾

Zuckerman M. y col (2002) realizaron un estudio en Estados Unidos titulado: “Determinants of women’s choice of obstetrician/gynecologist”, llevado a cabo en una muestra de 537 mujeres que completaron un cuestionario sobre datos demográficos, género de su proveedor actual, y si consideraban que la edad, el género, la experiencia, la ubicación, o el costo son los factores más importantes en la elección de un ginecólogo-obstetra. Se observó que el 61% de los participantes prefirió un ginecólogo-obstetra de sexo femenino. Un profesional de salud de sexo femenino fue preferido por el 56% de los protestantes, el 58% de los católicos, el 58% de los judíos, un 74% de los

hindúes y el 89% de los musulmanes ($p=0,02$). Independientemente de si una mujer prefiere un proveedor hombre o mujer, el 38% de los participantes cree firmemente que el género es importante. No hubo diferencias en la satisfacción con respecto a la atención de pacientes que tienen preferencias por un proveedor hombre o mujer; asimismo, el género fue tan importante en la elección de un ginecólogo-obstetra como la experiencia o el costo.⁽³³⁾

Plunkett B. y col (2002) realizaron en Estados Unidos un estudio que llevó por título: “La importancia del género del médico en la selección de un obstetra o un ginecólogo”, estudio llevado a cabo en 125 mujeres. Los resultados permitieron observar que el 52,8% de las mujeres prefirió a una ginecóloga, el 9,6% de ellas prefirió a un ginecólogo, y el 37,6% declaró no tener preferencias por el género del médico, sin diferencias significativas entre los grupos. El 24,8% de las mujeres consideraron al género como uno de los 3 factores más importantes en la selección de un médico. Cuando se preguntó a los participantes a elegir entre el género sobre la experiencia del médico, trato con los pacientes, o competencia, el género fue seleccionado por el 12,0%, 10,4% y el 0,8% respectivamente, sin diferencias significativas entre los grupos, es decir que la mayoría de mujeres espera recibir atención por un médico ginecólogo de su mismo sexo; sin embargo, esto no es de primordial importancia ya que priorizan otros aspectos como trato, experiencia y competencia.⁽¹⁴⁾

Delgado A. y col (2001) realizaron un estudio en España que tuvo por título: “Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial”, estudio que fue llevado a cabo en 153 pacientes. Se observó una media de edad de 36,1 años y la mayoría fueron varones (55,6%). Las médicas dedicaron más tiempo a la consulta que sus colegas varones ($p<0,01$), estudian menos durante la jornada laboral ($p<0,001$), publican menos que sus colegas varones ($p<0,03$) y presentan menos comunicaciones a congresos ($p<0,07$). Los médicos varones por otro lado expresaron mayor percepción de autoeficacia que las mujeres en el consejo antitabaco ($p<0,04$). Los resultados análisis multivariado revelaron que para la conducta clínica y sus dimensiones: conducta de interés psicosocial, conducta de prevención a la obesidad, conducta de captación activa para planificación familiar, conducta de colaboración con la enfermera y conducta global, en todos los casos se encontró que ser mujer influye positivamente en la conducta analizada. Por último, la mayor orientación psicosocial y actividad preventiva

de las médicas se manifestó en intervenciones ante problemas relacionados con su sexo, contrario a médicos varones que priorizaron el aspecto biomédico.⁽¹⁰⁾

Martínez A. (2000) en España llevó a cabo un estudio titulado: “Expectativas en primeras consultas de un Centro de Salud Mental. Importancia, descripción y relación con aspectos evolutivos y asistenciales”. Los resultados permitieron evidenciar una postura bastante optimista y confiada en cuanto a la resolución de los problemas y el tiempo necesario para ello, así como hacia el grado de ayuda a recibir del servicio, situando de entrada al paciente en una buena disposición hacia la mejoría. Las "expectativas determinantes", es decir aquellas en que más del 50% de los pacientes parecen mostrarse de acuerdo, no deja de resultar interesante que la gran mayoría coincide en esperar un buen profesional, cálido, confiable y que sepa explicar sus puntos de vista de forma inteligible, incluso en cierto ambiente informal de tuteo. Es decir, una expectativa de tipo relacional y no específicamente técnica o intervencionista. Le siguen en porcentaje de "acuerdos" las expectativas de exploración del problema a través de preguntas o de test, así como la devolución de información oral y escrita.⁽³⁴⁾

En cuanto a las generalidades sobre expectativas en la atención, se sabe que para el mejor conocimiento de los aspectos estructurales de los pacientes, como “materia prima” sobre la que se ha de actuar, abundan investigaciones de múltiples variables, ya sean sociodemográficas, culturales, diagnósticas o de otro tipo, que han de matizar la demanda. Si bien esto ha sido de gran ayuda para el conocimiento de la estructura asistencial, con el consiguiente avance en la adecuación de los servicios de salud ofertados, en último término las modificaciones y adaptaciones de los servicios quedan muy alejadas del punto de vista de los usuarios, puesto que en la mayoría de casos no se toma en consideración las expectativas reales de los usuarios en relación a la profesional de salud por el que van a ser atendidas. Desde diferentes perspectivas de “Evaluación” y “Control de Calidad”, los estudios de “Satisfacción con el Servicio Recibido” han sido una de las estrategias más utilizadas como forma de inclusión activa del usuario. Sin embargo, este tipo de estudios se limitan a aportar una valoración *a posteriori* de la calidad de atención percibida; sin darnos información “estructural” de la disposición primaria (creencias, actitudes, deseos, expectativas, etc.) que el usuario presentaba al pedir ayuda en un primer momento. Asimismo, existen pocos estudios de las anteriores características y muchos aspectos de la demanda que aún no se encuentran bien

estudiados, uno de estos aspectos serían las “Expectativas” con la que los pacientes se dirigen al servicio de salud solicitando ayuda. Entonces ante cualquier demanda asistencial hemos de considerar que las ideas y sentimientos del paciente van a influenciar su participación en la transacción y afectaran el resultado final. Cabe considerar que la actitud implícita del paciente en la demanda puede ser clasificada en tres aspectos diferentes: Los deseos, que se refiere al movimiento enérgico de la voluntad hacia el conocimiento, posesión o disfrute de una cosa, con una posible gran carga de mediatización inconsciente.^(25,35) La esperanza, que se refiere al estado de ánimo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos, matizada por el momento afectivo en que se encuentre el individuo.^(25,35) La expectativa, referente a la posibilidad de conseguir algo al hacerse efectiva determinada eventualidad; que sin verse totalmente libre de los anteriores condicionantes, podríamos suponerla más cercana a la realidad y estando muy influida tanto por la cultura compartida y el nivel de divulgación de recursos existentes (expectativas sociales), como por factores individuales tales como la motivación o actitudes personales.^(25,35)

La utilidad de los estudios de expectativas radica en dos aspectos: primero, permite el conocimiento de aspiraciones y puntos de vista del usuario en el momento de la demanda, por lo que favorecerá el proceso de negociación entre profesional de la salud y usuario.⁽³⁴⁾ En segundo lugar, el estudio de las expectativas como factor que puede influir en los resultados obtenidos: En relación con la adhesión a tratamientos y cumplimiento de indicaciones clínicas; como predictoras de los efectos de determinada atención; en relación con los niveles de satisfacción expresada por los usuarios y en relación con el alivio de síntomas y credibilidad de los tratamientos.⁽³⁴⁾ Para el personal en salud, la comprensión y la satisfacción de estas expectativas es una responsabilidad de primer orden y existen evidencias de que ello conlleva un incremento de la satisfacción de los pacientes y la mejora de los resultados de la consulta.⁽³⁶⁾ Las expectativas de los pacientes son también importantes para los gestores sanitarios y no sólo por estas mismas razones, sino porque influyen en la utilización de los servicios sanitarios⁽²²⁾ o porque su cumplimiento es una forma de medida de calidad asistencial.^(24,37) Por todo ello, las expectativas son buenas variables en los estudios de utilización de servicios sanitarios, calidad asistencial, costos y satisfacción, y su investigación puede mejorar el proceso de atención sanitaria. Asimismo, estos modelos

de evaluación de la atención se fundamentan en el modelo de brechas que indica que todo parte de las expectativas del usuario, como percepción del profesional de salud.⁽³⁷⁾

Según el Modelo de las deficiencias, brechas en la atención o de los GAPS, propuesto por Parasuraman, Zeithaml y Berry en el año 1985, se identifican las causas de un servicio deficiente; así se identifica la diferencia entre expectativas y percepciones del servicio recibido por los usuarios a partir de 4 posibles brechas.^(23,37) Este modelo contempla la interacción de 5 tipos de brechas: la primera se relaciona con el usuario, las cuatro restantes son acerca del profesional de la salud, y son causas subyacentes a la brecha del usuario.

La brecha número 1 referente a no saber lo que el usuario espera, se define como la diferencia entre las expectativas del usuario respecto del servicio y la comprensión que la institución tenga acerca de ellas. Existen muchas razones para que los administradores no estén conscientes de las expectativas del usuario, entre ellas el hecho de no poder interactuar de manera directa con ellos, no están dispuestos a preguntarles acerca de lo que esperan o no están preparados para dirigirse a ellos. Cuando el personal con la autoridad y responsabilidad para establecer prioridades no entiende totalmente las expectativas del servicio de los usuarios, se puede provocar una cadena de malas decisiones y asignaciones de recursos que produzcan percepciones de poca calidad en el servicio.⁽²³⁾ Es importante destacar que el desarrollo del proyecto contribuirá a cerrar la brecha número uno, que se refiere a no saber que es lo que el usuario, en este caso lo que la paciente espera.

La brecha numero 2 referente no tener los diseños y estándares de calidad en el servicio correcto. Esta brecha aparece en las organizaciones de servicios por varios motivos. Uno de ellos es que las personas responsables de fijar los estándares; por lo general, los puestos gerenciales, consideran algunas veces que las expectativas de los usuarios son poco razonables o poco realistas. También es posible que consideren que el grado de variabilidad inherente al servicio desafíe la estandarización y, por consiguiente, que el establecimiento de estándares no ayudará a lograr la meta deseada. Cuando los estándares de servicio están ausentes o cuando los estándares vigentes no reflejan las expectativas de usuario, tal vez se altere la calidad en el servicio que el usuario percibe. Por el contrario, cuando hay formas que reflejan lo que esperan los usuarios, quizá la

calidad en el servicio que reciban sea mejorada. Por ello, en esta misma brecha el proveedor de servicios tiene un gran efecto positivo para cerrar la brecha del cliente.

La brecha número 3 referente a no entregar el servicio de acuerdo a los estándares, se define como la discrepancia entre la creación de normas de servicio enfocadas al usuario y el desempeño real del servicio por parte de los prestadores de servicios de una compañía. Aún cuando existan pautas para desempeñar correctamente los servicios y tratar bien a los usuarios, no es seguro que se brinde un servicio de alta calidad. Los estándares deben respaldarse con recursos apropiados y también deben reforzarse para que sean efectivos. Así, incluso cuando los estándares reflejen con precisión las expectativas del usuario, si la entidad que presta servicios no los apoya, los estándares no sirven. Cuando el nivel de desempeño en la entrega de servicio es inferior a los estándares, no satisface lo que esperan los usuarios. Si se reduce la brecha 3, se reduce la brecha del usuario.

La brecha número 4 referente a cuando las promesas no son iguales al desempeño, se muestra la diferencia entre la entrega del servicio y las comunicaciones externas del proveedor. Las promesas que hace la entidad que presta servicios mediante su publicidad, su equipo de ventas y otras comunicaciones que pueden elevar las expectativas del cliente que sirven como el estándar con que este evalúa la calidad en el servicio. La discrepancia entre el servicio real y el prometido tiene un efecto adverso en la brecha del usuario.

En cuanto a tipos de expectativas de servicio' las expectativas hay que comprenderlas, medirlas y administrarlas ya que los usuarios sostienen distintos tipos de expectativas de servicio.⁽²³⁾ En este sentido, el servicio esperado por el usuario se podría definir como, el servicio que el usuario espera obtener, en otras palabras es una fusión de lo que puede ser y lo que tiene que ser. Aquí se contemplan dos niveles de expectativas: el servicio deseado y el servicio adecuado. El primero refleja las esperanzas y los deseos de los usuarios y el segundo se refiere al nivel de servicio que el usuario está dispuesto aceptar. Cuando el servicio recibido supera las expectativas de los usuarios, estos pueden quedar satisfechos y asombrados con la atención. A la zona de tolerancia se podría considerar como el intervalo dentro del cual los usuarios pasan por inadvertido el nivel de desempeño del servicio. Únicamente cuando el servicio rebasa las expectativas

o no las cumple es cuando llama la atención de los usuarios, es decir cada usuario tiene una tolerancia para los distintos tipos de servicio que utiliza.

Existen ciertos factores que afectan las expectativas del usuario, cuyo conocimiento es de suma importancia ya que las expectativas juegan un importante papel al evaluar los servicios. Entre estas se encuentran las necesidades personales, que hacen referencia a los estados o condiciones esenciales para el bienestar físico o fisiológico del servicio; los intensificadores permanentes del servicio, referente a factores individuales y estables que incrementan la sensibilidad del usuario ante el servicio; los intensificadores transitorios del servicio, se refieren a factores individuales temporales y de corto plazo que provocan que el usuario sea más consciente de la necesidad del servicio; la percepción de las alternativas del servicio, que se refiere a la existencia de otros proveedores de los cuales el usuario puede obtener el servicio; la autopercepción del papel del usuario en el servicio, se refiere al radio de influencia sobre el nivel de servicio que se recibe; los factores situacionales, se refieren a las condiciones en las cuales se presta el servicio y que el usuario ve que van más allá del control del prestador del servicio; en términos generales, se puede decir que los factores situacionales disminuyen temporalmente el nivel de servicio adecuado y expanden la zona de tolerancia; las promesas explícitas del servicio, se refieren a las afirmaciones acerca del servicio que una organización hace a sus usuarios; las promesas implícitas del servicio, referente a las ideas que se relacionan con el servicio sin llegar a ser las promesas explícitas con base en las cuales se deduce lo que el servicio deberá ser y será; la experiencia previa, su conocimiento por parte del prestador es de suma utilidad pues las expectativas suelen ser más realistas debido al conocimiento adquirido en atención o experiencias de atención previas. Luego de haber logrado ocupar todas las expectativas del usuario, debemos buscar formas de satisfacerlas, ya que esta es una meta muy valiosa para toda organización sanitaria, en este caso. El que estos servicios cumplan sus necesidades actuales es lo que definirá el éxito entre los demás proveedores de servicio. De lo anterior, las promesas explícitas y las promesas implícitas representan una de las pocas influencias sobre las expectativas que el proveedor del servicio puede llegar a controlar por completo.

Con las políticas actuales en cuanto a la humanización de la atención, se ha dicho que la relación del profesional obstetra con su paciente debe darse con calidez, comprensión,

cortesía, lealtad y respeto a la dignidad humana, en todo el proceso de la atención.⁽⁴⁾ La salud constituye una aspiración de cada persona y de toda la humanidad. Su construcción es una tarea creativa e individual y tiene un carácter esencialmente subjetivo. La obstetricia, como práctica social, impacta sobre el bienestar y la vida de las personas, siendo sus atributos más valiosos su eficacia y eficiencia. Sin embargo, la paradoja más notable, es que nunca puede ser completamente exitosa.⁽³⁸⁾ Existen diversos modelos según las relaciones que se establezcan entre profesional de salud y paciente. En cada uno de ellos predomina alguna racionalidad: el modelo contractual destaca la dimensión de acuerdo o contrato, mayor o menor según el contexto; el modelo amical destaca la benevolencia y beneficencia que siempre se predica respecto del trabajo del profesional de la salud; el modelo magisterial o pastoral, refiere que los profesionales de la salud enseñen y prediquen sobre la salud y el bienestar; el modelo tecnocrático, destaca la pureza de la intervención ajustada a reglas precisas; el modelo taumatúrgico que destaca la esperanza, en situaciones de riesgo y desesperación, de que los profesionales de la salud obren milagros. Cada uno de estos modelos refleja una faceta del encuentro entre un profesional de la salud que posee el conocimiento y el paciente que lo ignora.⁽³⁸⁾ El modelo de atención en salud ha evolucionado desde una relación paternalista, donde el paciente aceptaba sin cuestionamientos la terapia indicada por el profesional de la salud, a otra donde se impone una mayor participación del paciente en la toma de decisiones. Esto exige otro tipo de actitud y disposición por parte del profesional de salud, el que deba esforzarse en interactuar con el paciente como persona, capaz de decidir según sus intereses y valores.⁽³⁹⁾ El cambio más notorio, en la interacción entre profesionales de la salud y pacientes, ha sido atribuido al mayor acceso a la información sobre temas de salud por la población, reflejo de cambios mayores en la sociedad. Este conocimiento, aunque sea superficial les brinda mayor seguridad a los pacientes, y cambia el tipo de relación que se establece.⁽⁴⁰⁾ Reconocer que los pacientes tienen medios de acceder a información, a tecnologías y a utilizar métodos alternativos de tratamiento, requiere de nuevas habilidades, donde más que ofrecer un saber, los profesionales de la salud deben evaluar la información y entregarla mejor alternativa según los valores, preferencias y expectativas del paciente.⁽⁴⁰⁾ Por otro lado, en la práctica obstétrica son escasos los estudios que ahonden en las expectativas sobre el profesional obstetra por el que van a ser atendidas; sin embargo, existen antecedentes en la práctica médica que sirven de referencia.

La variabilidad de la práctica profesional entre profesionales de la salud ha sido motivo de numerosos estudios, que por lo general solo han sido investigadas en el campo de la medicina general o especializada. Los resultados de estos estudios muestran que el sexo del profesional de la salud modula algunos elementos importantes de la relación con sus pacientes. Las mujeres mantienen consultas más largas, proporcionan más información y presentan un estilo de comunicación diferente de los médicos. Como elemento diferencial destaca que las mujeres incluyen en la entrevista más aspectos socioemocionales del problema del paciente; sin embargo, la información biomédica no parece relacionarse con el sexo del profesional. También los pacientes de las médicas hablan más y participan de forma más activa durante la consulta que si ésta tiene lugar con un médico.^(8,9,10) Parece que la concordancia de sexo entre el paciente y el médico explica en parte lo observado. Estas características del estilo comunicacional de las médicas tienen un correlato sustancial con las que definen el modelo de atención centrada en el paciente. Por el momento, son escasos los estudios que hayan investigado directamente si los pacientes de las médicas tienen mejores resultados en salud. El origen de estas diferencias encontradas en la práctica y asistencia sanitaria es multicausal e incluye la existencia de ideales y mandatos de género que condicionan los valores y las habilidades de médicas y médicos, que operan en su relación con los pacientes. Asimismo, estas discrepancias en la práctica podrían expresar el efecto de las demandas y expectativas diferenciadas que los pacientes depositan en los profesionales de la salud varones y mujeres.⁽⁴¹⁾ Entonces es de esperarse que al existir prácticas asistenciales diferenciadas entre profesionales de la salud según su género, las expectativas también se hallen matizadas por estas diferentes prácticas asistenciales, más aún en el campo de la obstetricia, en donde el pudor juega un papel muy importante; hecho que ha sido investigado escasamente a nivel internacional, sumado a ello no existen estudios reportados a nivel nacional.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los objetivos finales de los sistemas de salud se encuentra el hecho de ofrecer un trato adecuado a los pacientes en los servicios de salud, que se refiere únicamente a los aspectos no técnicos de la interacción entre los pacientes y los servicios de salud. Así, el trato adecuado según la OMS, hace referencia a diferentes dominios que son expectativas legítimas de los pacientes y pueden ser identificadas durante la interacción de los pacientes con el sistema de salud y tienen que ver con los derechos universales de los individuos:⁽⁴²⁾ la

autonomía, se refiere al derecho que tienen las personas a participar, si así lo desean, en torno a la toma de decisiones relacionadas con su salud; la confidencialidad, se refiere a que la información proporcionada por los paciente y generada como resultados de la consulta debe protegerse y no ser difundida sin el consentimiento manifiesto de los pacientes;⁽⁴²⁾ el trato digno, se refiere al derecho de los pacientes a ser tratados como personas, involucra el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratadas cordialmente por todo el personal del sistema;⁽⁴²⁾ la comunicación, se refiere al derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su padecimiento en forma clara;⁽⁴²⁾ la atención pronta, se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de esta;⁽⁴²⁾ la capacidad de elección del proveedor de servicios, hace alusión al derecho que tienen los usuarios de decidir dónde y con quien atenderse;⁽⁴²⁾ el acceso a redes sociales de apoyo, en el se incluyen los derechos de los pacientes a recibir visitas de sus familiares y amigos;⁽⁴²⁾ las condiciones de las instalaciones básicas, que comprende los atributos físicos de las instalaciones de salud, tales como la limpieza y la ventilación de las instalaciones, limpieza y comodidad.⁽⁴²⁾ Es importante hacer mención que de todos estos componentes, no todos son posibles medirse en atención ambulatoria, razón por la cual es recomendable la adaptación de estos componentes a los diferentes estudios. Asimismo, los pacientes esperan recibir un trato adecuado cuando solicitan atención; sin embargo, existen claras diferencias culturales sobre la jerarquía de estos dominios y no poseen la misma importancia entre los grupos poblacionales. Por lo tanto, no todas las personas le darán la misma importancia a cada uno de los dominios del trato, puesto que esta se determina en función de sus creencias, actitudes, deseos, y expectativas.⁽⁴³⁾ Con base a lo anterior, la presente investigación se fundamentará en la propuesta teórica de Donabedian, ya que el trato adecuado puede ubicarse en la dimensión interpersonal, puesto que los dominios que lo conforman se consideran expectativas legítimas y universales que tienen las personas, las cuales son dictadas por normas éticas y aspiraciones sociales y pueden identificarse durante la interacción de los pacientes con el sistema de salud.⁽⁴⁴⁾

La evaluación de las expectativas en relación al trato que los pacientes esperan recibir se realiza de acuerdo a los enfoques propuestos por Donabedian: estructura, proceso y resultados de la atención. Así, los aspectos interpersonales de la atención se ubican en el proceso y es por ello que la dimensión interpersonal radica en la interacción social y

económica que ocurre entre el paciente y sus familiares y el profesional de salud. Si bien el manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares, dichas normas están consolidadas, en parte por los dictados éticos de las profesiones vinculadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales: por lo tanto la calidad de la relación interpersonal debe medirse por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones.⁽⁴⁵⁾

El obstetra es el profesional de salud que provee, oferta y administra atención obstétrica en el ámbito de su competencia a la mujer, familia y comunidad, en forma científica, tecnológica, sistematizada y coordinando con los demás profesionales de la salud.⁽⁴⁾ Como tal se encuentra expuesto a la valoración de las pacientes sobre su desenvolvimiento profesional, valoraciones influenciadas en mayor o menor medida por ciertos aspectos, como las características sociodemográficas,^(9,12,16) experiencia previa,⁽¹⁹⁾ cumplimiento de expectativas,⁽²³⁾ etc. El sistema de salud es consciente de tales valoraciones, por lo que crea y estandariza modelos para su medición⁽²⁴⁾ y en función a los resultados obtenidos, modifica la prestación para adecuarla a la paciente; sin embargo, esta forma de medición brinda juicios *a posteriori*,⁽²⁶⁾ es decir juicios después de la atención, los cuales muchas veces no toman en cuenta la disposición primaria, motivaciones, deseos, expectativas que abriga la paciente cuando acude en busca de atención. Así, gana importancia el estudio de las expectativas cuya utilidad radica en 2 aspectos muy importantes: primero, porque permite conocer las aspiraciones y puntos de vista de la paciente antes de la demanda “*a priori*” y segundo, porque permite conocer las expectativas como factor que influye en los resultados de la atención,⁽²⁶⁾ de esta manera la comprensión de las expectativas contribuye al éxito del acto obstétrico.

Las expectativas en el momento de la consulta obstétrica adquieren mayor importancia en la medida que influyen en las valoraciones de las pacientes sobre la atención; ya que al satisfacer sus expectativas se produce una mejoría en el bienestar de la población, independientemente del nivel de salud de esta y las interacciones de tipo clínico que sucedan entre pacientes y obstetras.^(27,28) Permitirá a obstetras varones y mujeres tomar en cuenta estos aspectos a hora de brindar una atención e incidir en determinadas expectativas que las pacientes consideren prioritarias y no sobreestimar otras,⁽¹⁸⁾

favoreciendo el proceso de negociación terapéutica, una mejor adecuación de la atención y adhesión a tratamientos, etc. Asimismo, existen pocos estudios de expectativas y ciertos aspectos de la demanda que aún no se encuentran bien estudiados, con mayor razón estudios que hagan referencia a lo que las pacientes esperan recibir o sus expectativas en torno al profesional obstetra en la consulta obstétrica, por lo que los resultados del presente estudio representarán un aporte al conocimiento en el campo obstétrico.

Los resultados servirán para la adecuación de la actitud de los obstetras ante la demanda y rediseñar la forma de brindar atención, de acuerdo a los diferentes perfiles, necesidades y expectativas de las pacientes. Por último, el presente estudio impulsará la realización de futuras investigaciones que amplíen el conocimiento de las expectativas en la atención obstétrica, las cuales contribuirán a una mejor comprensión del acto obstétrico.

Definición de términos

- **Género:** se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.
- **Sexo:** se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.
- **Humanización de la atención:** es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.
- **Expectativa:** son actitudes que el paciente asume o espera que suceda con respecto a una institución y se relacionan con el producto, con el servicio prestado y con el profesionalismo de los que ejercen el contacto con el paciente.

Formulación del problema:

¿Cuáles son las expectativas de las pacientes en relación al profesional obstetra en consulta externa del C.S Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015?

Objetivo General:

- Determinar las expectativas de las pacientes en relación al profesional obstetra en consulta externa del C.S Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015.

Objetivos Específicos:

- Describir las expectativas de las pacientes que acuden por atención obstétrica a la consulta externa de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015.
- Jerarquizar las expectativas de las pacientes en relación al género del obstetra en consulta externa del C.S Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015.
- Describir las expectativas consideradas importantes por las pacientes que acuden por atención obstétrica según edad y nivel de instrucción en consulta externa de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015.
- Describir las expectativas consideradas importantes según experiencia previa en atención obstétrica de las pacientes que acuden a consulta externa de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es observacional.

2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de estudio es descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

2.3 LUGAR DE ESTUDIO

El presente trabajo se realizó en el Centro de Salud Juan Pérez Carranza (Lima-Perú).

2.4 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR

Universo de pacientes

Total de pacientes que acuden al Centro de Salud “Juan Pérez Carranza” en busca de atención.

Población a estudiar

Pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Centro de Salud “Juan Pérez Carranza” en busca de atención obstétrica, en el periodo enero-febrero de 2015.

2.5 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

Unidad de análisis: Paciente que acude al servicio de Gineco-Obstetricia del C.S “Juan Pérez Carranza”, en el periodo enero-febrero de 2015.

Tamaño de la muestra: En el Servicio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud “Juan Pérez Carranza” aproximadamente se atienden en 30 pacientes diariamente, lo cual permite contar un población estimada de 1800 pacientes atendidas en un periodo de dos meses, a partir de ello se calculó un tamaño de muestra de 248 pacientes mediante el empleo de la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot q \cdot N}{(N - 1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot P \cdot q}$$

El tamaño de muestra se calculó para los siguientes valores:

n = Tamaño de la muestra

Z = Nivel de confianza de 0,95% equivale al valor de 1,96

p = Probabilidad de éxito de 25% equivale a 0,25

q = Probabilidad de fracaso de 75% equivale a 0,75

N = Tamaño de la población (1800 pacientes en 2 meses)

E = Error permisible del 5% equivale al 0,05

Así, tenemos:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,25) \cdot (0,75) \cdot (1800)}{(1800 - 1) \cdot (0,05)^2 + (1,96)^2 \cdot (0,25) \cdot (0,75)}$$

$n = 248$ pacientes.

Si bien se estimó una muestra de 248 pacientes, tras la recolección de datos y verificación de la calidad de información recolectada se eliminaron 10 fichas debido a que los datos registrados en estas fichas, o bien estaban incompletos o bien los datos registraros eran ilegibles/incomprensibles resultando un total de 238 pacientes.

Tipo de muestreo: El tipo de muestreo empleado en el presente estudio fue probabilístico y la técnica de muestreo fue aleatorio simple.

2.6 TÉCNICAS Y MÉTODO DE TRABAJO

La técnica que se empleó para la recolección de información fue la encuesta de carácter anónimo, la cual fue previamente validada mediante juicio de 5 expertos. Asimismo, la fuente de investigación fue primaria, puesto que se obtuvo información de la misma paciente que acudió por consulta obstétrica. El instrumento incluyó información con respecto a los datos sociodemográficos, características de la demanda y expectativas de la paciente en la consulta obstétrica. Es importante hacer mención que para la elaboración del cuestionario de expectativas se plantearon las preguntas desde la perspectiva de lo que la paciente desea conseguir o las posibles expectativas. Todas ellas fueron las expectativas identificadas con mayor frecuencia según una revisión de la literatura sobre el tema.^(7,13,14,15,18,19,36,46,47,48,49,50) Asimismo, las pacientes indicaron mediante una escala ordinal en qué grado estaban de acuerdo con cada uno de los 13 ítems o expectativas (importante, dudoso, no importante), indicando de esta manera la importancia otorgada a cada una de las expectativas.

2.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes de sexo femenino.

Pacientes de 18 a 49 años de edad.

Pacientes aceptaron participar en el estudio

2.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que acudieron por situaciones que ameritaron resolución inmediata del motivo de consulta (emergencia).

Pacientes con motivo de consulta puramente administrativo.

Pacientes que acudieron en condición de acompañantes.

Pacientes que no firmaron consentimiento informado.

2.9 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

- Características sociodemográficas.
- Características de la demanda.
- Excepciones respecto al profesional obstetra.

2.10 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS

Para la realización del presente trabajo de investigación se procedió a seguir las siguientes pautas: En primera instancia se subsanaron las observaciones del protocolo de investigación hechas por el docente asesor designado por la E.A.P de Obstetricia de la UNMSM, obteniéndose así un documento de conformidad del proyecto de tesis. Seguidamente, se elevó el protocolo de investigación al Comité de Investigación de la E.A.P.O de la Facultad de Medicina de la UNMSM, con el propósito de obtener Resolución de Decanato, siendo así aprobado para proceder a su ejecución. Una vez aprobado el proyecto de investigación, se envió una solicitud dirigida al médico jefe del Centro de Salud “Juan Pérez Carranza”, para aprobación de la realización del proyecto en dicho establecimiento de salud. Se procedió a la selección de las pacientes que acudieron a los consultorios externos de Obstetricia del C.S “Juan Pérez Carranza” en busca de atención obstétrica, las cuales fueron incluidas según el cumplimiento de criterios de inclusión y ninguno de exclusión. A continuación y justo antes de entrar a la consulta, se les entregó el cuestionario autoaplicable con el que se obtuvo la información sobre las expectativas del paciente en relación con esa consulta en

concreto. Posteriormente se realizó el registro de la información en la ficha de recolección de datos previamente diseñada para el estudio (Ver Anexos) Es importante mencionar que la información fue recolectada por el propio investigador, hecho que permitió asegurar la confiabilidad de la información obtenida.

2.11 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron ingresados al programa estadístico SPSS versión 22.0 en español, para su análisis y procesamiento, previo control de calidad del registro en la base de datos, considerando la operacionalización de las variables y objetivos del estudio. Para el análisis descriptivo o univariado de las variables cuantitativas se determinaron medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar); mientras que para las variables cualitativas, se determinaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), los mismos que se copiaron al programa Microsoft Excel 2010 para elaborar las tablas y gráficos pertinentes.

2.12 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio siguió en todo momento los lineamientos éticos para la investigación en salud propuestos en la Declaración de Helsinki, la cual insta a los involucrados en la investigación en seres humanos a "velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente", pues es deber del profesional de la salud proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participen investigaciones. Asimismo, durante el transcurso del estudio se solicitó a toda paciente su consentimiento de participación, previa exposición de la finalidad y objetivos del estudio, para garantizar la voluntariedad de su participación.

3. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de las 238 pacientes que acuden por atención obstétrica al Centro de Salud Juan Pérez Carranza durante los meses de enero y febrero del año 2015.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes que acuden por atención obstétrica al Centro de Salud Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015

Características Sociodemográficas	$\bar{x} \pm DS(\text{Min-Max})$	
Edad	30,4 \pm 10 (18-49)	
	N	%
18-34 años	170	71,4%
35- 49 años	68	28,6%
Estado Civil		
Conviviente	136	57,1%
Soltera	58	24,4%
Casada	36	15,1%
Otros	8	3,4%
Nivel de Instrucción		
Primaria	4	1,7%
Secundaria	142	59,7%
Superior	92	38,7%
Religión		
Católica	182	76,5%
Evangélica	26	10,9%
Agnóstica/ateo	8	3,4%
Otro	22	9,2%
Total	238	100,0%

Fuente: Encuesta de expectativas en relación al obstetra

Según la tabla 1, las pacientes del C.S Juan Pérez Carranza que acuden por atención obstétrica se caracterizan por tener una edad promedio de 30,4 años. El 71,4% de pacientes tuvieron edades comprendidas entre 18 a 34 años y el 28,6% tuvieron edades comprendidas entre los 35 a 49 años. El 57,1% de pacientes tenían un estado civil conviviente, el 24,4% tuvieron estado civil soltera y el 15,1% tuvieron estado civil casada. El 59,7% tenían un nivel de instrucción secundaria, el 38,7% nivel de instrucción superior y solo el 1,7% nivel de instrucción primaria. El 76,5% practicaban la religión católica y el 10,9% la religión evangélica.

Tabla 2. Características de la demanda de atención de las pacientes que acuden a la consulta externa de obstetricia del Centro de Salud Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015

Características de la demanda	N	%
Motivo de consulta		
Planificación familiar	84	35,3%
Control Prenatal	70	29,4%
Prev. Cáncer de cérvix	32	13,4%
Prev. Cáncer de mama	10	4,2%
Control de puerperio	6	2,5%
Psicoprofilaxis/ Estimulación prenatal	6	2,5%
Otros	30	12,6%
Experiencia previa en un C.S en atención obstétrica		
Si	182	76,5%
No	56	23,5%
Preferencia del género del obstetra por quien va a ser atendida		
Varón	4	1,7%
Mujer	154	64,7%
No tengo preferencias	80	33,6%
Tipo de seguro		
SIS/AUS	190	79,8%
EsSalud	20	8,4%
Otros	4	1,7%
Ninguno	24	10,1%
Total	238	100,0%

Fuente: Encuesta de expectativas en relación al obstetra

Según la tabla 2, la demanda de las pacientes del C.S Juan Pérez Carranza evidenció que el principal motivo de consulta fue planificación familiar (35,4%), seguido de control prenatal (29,4%), prevención de cáncer de cérvix o papanicolau (13,4%), prevención del cáncer de mama o examen de mamas (4,2%), control del puerperio (2,5%) y psicoprofilaxis obstétrica/estimulación prenatal (2,5%). El 76,5% de pacientes tuvieron experiencia previa en atención obstétrica y el 23,5% no tenían experiencia previa en atención obstétrica. El 64,7% de las pacientes tenía preferencia a ser atendidas por una obstetra mujer, el 33,6% no tenía preferencia por algún obstetra de determinado género y el 1,4% tenían preferencias a ser atendida por un obstetra varón. El 79,8% de las pacientes se encontraban aseguradas en el Seguro Integral de Salud (SIS) y el 8,4% de pacientes se encontraban aseguradas en Essalud.

Tabla 3. Expectativas de las pacientes que acuden por atención obstétrica en consulta externa de obstetricia del Centro de Salud Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015

Expectativas del paciente	Es importante		Tengo dudas		No es importante		Total
	N	%	N	%	N	%	
Recibir explicaciones	230	96,6%	8	3,4%	-	-	238
Conocer/ conseguir un diagnóstico	230	96,6%	8	3,4%	-	-	238
Indicación de un examen/ prueba	228	95,8%	10	4,2%	-	-	238
Escucha activa y muestra de interés	236	99,2%	2	0,8%	-	-	238
Recibir una prescripción con letra legible	232	97,5%	6	2,5%	-	-	238
Exploración física completa	226	95,0%	10	4,2%	2	0,8%	238
Recibir apoyo y tranquilidad	224	94,1%	14	5,9%	-	-	238
Discreción y respeto a la intimidad	224	94,1%	10	4,2%	4	1,7%	238
Suficiente tiempo en consulta	224	94,1%	10	4,2%	4	1,7%	238
Ser derivado o referido	214	89,9%	22	9,2%	2	0,8%	238
Toma de decisiones por la paciente	198	83,2%	32	13,4%	8	3,4%	238
Elección del obstetra	184	77,3%	20	8,4%	34	14,3%	238
Género del obstetra	122	51,3%	32	13,4%	84	35,3%	238

Fuente: Encuesta de expectativas en relación al obstetra

Según la tabla 3 y el gráfico 1, la expectativa con mayor frecuencia considerada importante por las pacientes fue la “escucha activa y la muestra de interés” (99,2%), seguida de la expectativa “recibir una prescripción con letra legible” (97,5%), “recibir explicaciones” (96,6%), “conocer/ conseguir un diagnóstico” (96,6%), “indicación de un examen/prueba”(95,8%), “exploración física completa” (95,0%), “recibir apoyo y tranquilidad” (94,1%), “discreción y respeto a la intimidad” (94,1%), “suficiente tiempo en consulta” (94,1%), “ser derivado o referido” (89,9%), “toma decisiones por la paciente” (83,2%), “elección del o la obstetra” (77,3%); en último lugar, la expectativa “género del obstetra” fue considerada importante solo por un 53,1% de pacientes, el 35,3% consideraron al género no importante y el 13,4% dudaron que el género fuera importante en la atención.

Gráfico 1. Jerarquización de las expectativas consideradas importantes por las pacientes que acuden a los consultorios externos de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015



Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Expectativas consideradas importantes por las pacientes que acuden por atención obstétrica según grupos etarios en consulta externa de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015

Expectativas consideradas como importantes	Edad			
	18-34 años		35-49 años	
	N	%	N	%
Escucha activa y muestra de interés	170	100,0%	66	97,1%
Recibir una prescripción con letra legible	166	97,6%	66	97,1%
Recibir explicaciones	166	97,6%	64	94,1%
Conocer/ conseguir un diagnóstico	164	96,5%	66	97,1%
Indicación de un examen/ prueba	162	95,3%	66	97,1%
Exploración física completa	160	94,1%	66	97,1%
Recibir apoyo y tranquilidad	158	92,9%	66	97,1%
Discreción y respeto a la intimidad	156	91,8%	68	100,0%
Suficiente tiempo en consulta	156	91,8%	68	100,0%
Ser derivado o referido	148	87,1%	66	97,1%
Toma de decisiones de la paciente	140	82,4%	58	85,3%
Elección del obstetra	132	77,6%	52	76,5%
Género del obstetra	90	52,9%	32	47,1%

Fuente: Encuesta de expectativas en relación al obstetra

Según la tabla 4, las pacientes atendidas en los consultorios externos de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza con edades comprendidas entre 18 a 34 años consideraron con mayor frecuencia importantes a las expectativas “escucha activa y muestra de interés” (100,0%) y “recibir explicaciones” (97,6%); las pacientes con edades de 35 a 49 años, por su parte, consideraron con mayor frecuencia importantes a las expectativas “discreción y respeto a la intimidad” (100,0%) y “suficiente tiempo en consulta” (100,0%). Tanto en pacientes de menor edad como en aquellas de mayor edad, el género del obstetra se situó en el último lugar con respecto a las demás expectativas; sin embargo, el 52,9% de pacientes con edades entre 18 a 34 años consideraron que el “género del obstetra” e importante y el 47,1% de pacientes con edades de 35 a 49 años consideraron que el “género del obstetra” era importante.

Tabla 5. Nivel de instrucción de las pacientes según importancia del género como expectativa en consulta externa de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015

Nivel de Instrucción	Importancia del género del obstetra				Total	
	Si		No		N	%
	N	%	N	%		
Primaria	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
Secundaria	78	54,9%	64	45,1%	142	100,0%
Superior	40	43,5%	52	56,5%	92	100,0%

Fuente: Encuesta de expectativas en relación al obstetra

Según la tabla 5, del total de pacientes que acudieron a los consultorios externos de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza que tuvieron nivel de instrucción primaria, el 100% consideraron al “género de obstetra” una expectativa importante; del total de pacientes que tuvieron nivel de instrucción secundaria, el 54,9% consideraron al “género del obstetra” una expectativa importante y el 45,1% consideraron que el “género del obstetra” no era importante; del total de pacientes con nivel de instrucción superior, el 43,5% consideraron que el “género del obstetra” era una expectativa importante y el 56,5% consideraron que el “género del obstetra” no era importante.

Tabla 6. Expectativas consideradas importantes según experiencia previa en atención obstétrica de las pacientes que acuden a consulta de obstetricia del Centro de Salud Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015

Expectativas consideradas como importantes	Experiencia previa en atención obstétrica			
	Si		No	
	N	%	N	%
Escucha activa y muestra de interés	180	98,9%	56	100,0%
Recibir apoyo y tranquilidad	176	96,7%	48	85,7%
Recibir explicaciones	176	96,7%	54	96,4%
Conocer/ conseguir un diagnóstico	176	96,7%	54	96,4%
Indicación de un examen/ prueba	176	96,7%	52	92,9%
Recibir una prescripción con letra legible	176	96,7%	56	100,0%
Discreción y respeto a la intimidad	172	94,5%	52	92,9%
Exploración física completa	170	93,4%	56	100,0%
Suficiente tiempo en consulta	168	92,3%	56	100,0%
Ser derivado o referido	164	90,1%	50	89,3%
Toma de decisiones de la paciente	154	84,6%	44	78,6%
Elección del obstetra	140	76,9%	44	78,6%
Género del obstetra	86	47,2%	36	64,2%

Fuente: Encuesta de expectativas en relación al obstetra

Según la tabla 6, las pacientes atendidas en los consultorios externos de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza que tenían experiencia previa en atención obstétrica consideraron con mayor frecuencia importante a las expectativas “escucha activa y muestra de interés” (98,9%), “recibir apoyo y tranquilidad” (96,7%), “recibir explicaciones” (96,7%), “conocer/conseguir un diagnóstico” (96,7%), “indicación de un examen/ prueba” (96,7%) y “recibir una prescripción con letra legible” (96,7%); mientras que las pacientes que no tenían experiencia previa en atención obstétrica, consideraron con mayor frecuencia importante a las expectativas “exploración física completa” (100,0%), “tiempo suficiente en consulta”(100,0%), “recibir una prescripción con letra legible” (100,0%), “escucha activa y muestra de interés” (100,0%), “recibir explicaciones” (96,4%), “conocer/ conseguir un diagnóstico” (96,4%). Tanto en pacientes con y sin experiencia previa en atención obstétrica, el género del obstetra se situó en último lugar con respecto a las demás expectativas; sin embargo, el 64,2% de pacientes sin experiencia previa en atención obstétrica consideraron que el “género del obstetra” era importante y el 47,2% de pacientes con experiencia previa en atención obstétrica consideraron al “género del obstetra” importante.

Tabla 7. Experiencia previa en atención obstétrica de las pacientes según importancia del género del obstetra como expectativa en consulta externa de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015

Experiencia previa en Atención Obstétrica	Importancia del género del obstetra				Total	
	Si		No		N	%
	N	%	N	%		
Si	86	47,3%	96	52,7%	182	100,0%
No	36	64,2%	20	35,7%	56	100,0%

Fuente: Encuesta de expectativas en relación al obstetra

Según la tabla 7, del total de pacientes que acudieron a los consultorios externos de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza con experiencia previa en atención obstétrica el 52,7% consideró que el “género del obstetra” no era importante y el 47,3% consideró que el “género del obstetra” si era importante. El 64,2% de pacientes que no tenían experiencia previa en atención obstétrica consideró que el “género del obstetra” no era importante y el 35,7% consideró que el “género del obstetra” no era importante.

Tabla 8. Preferencias de las pacientes por el género del obstetra que desean ser atendidas según importancia del género como expectativa en consulta externa de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza durante los meses enero a febrero de 2015

Preferencia del género del obstetra por el que va a ser atendida	Importancia del género del obstetra				Total	
	Si		No		N	%
	N	%	N	%		
Varón	4	100,0%	-	-	4	100%
Mujer	106	68,8%	48	31,2%	154	100%
No tengo preferencias	12	15,0%	68	85,0%	80	100%

Fuente: Encuesta de expectativas en relación al obstetra

Según la tabla 8, del total de pacientes que acudieron a los consultorios externos de obstetricia del C.S Juan Pérez Carranza que prefirieron ser atendidas por una obstetra mujer el 68,8% de pacientes consideró al “género del obstetra” como importante y el 31,2% consideraron que el “género del obstetra” no era importante. Entre las pacientes que no tuvieron preferencias por un obstetra varón o mujer, el 85,0% consideraron que el “género del obstetra” no era importante” y el 15,0% consideró que el “género del obstetra” si era importante. El 100,0% de pacientes que manifestaron preferencia por un obstetra varón consideraron que el “género del obstetra” si era importante.

4. DISCUSIÓN

En la actualidad, un componente clave de las políticas sanitarias en las sociedades contemporáneas es la mejoría de los servicios brindados a los pacientes.⁽⁵¹⁾ Bajo este enfoque, el concepto de satisfacción adquiere un papel muy importante y en relación a ello, Zeithaml V. y col⁽²³⁾ refiere a la satisfacción como el grado de cumplimiento de las expectativas del paciente. En consecuencia a ello el análisis del cumplimiento de las expectativas del paciente es de gran importancia para el conocimiento y gestión de los servicios sanitarios,⁽⁵²⁾ cuando un paciente percibe que sus expectativas se ven cumplidas se muestran más predispuestos a seguir recomendaciones y tratamientos,⁽⁴⁶⁾ que extrapolando esto al ámbito obstétrico obtendríamos un adecuado cumplimiento de recomendaciones en cuidados del embarazo, puerperio, asistencia puntual a los controles prenatales, etc. Por otro lado, la incorporación cada vez mayor de varones a la profesión obstétrica y en su notable presencia en el ámbito sanitario, pone de relieve la concurrencia del género como variable necesaria para la interpretación de las expectativas de las pacientes, ya que dicha incorporación ha estado cargada de valores y/o desigualdades de género, de ahí la relevancia del estudio de las expectativas de las pacientes con respecto al profesional obstetra. La edad es la variable externa al sistema sanitario que más influye en la percepción del paciente en cuanto al cumplimiento de sus expectativas⁽⁸⁾ y en relación a ello, la edad promedio de las pacientes que acuden por consulta obstétrica al C.S Juan Pérez Carranza tuvieron una edad promedio de 30,4 años y en su mayoría tenían edades entre 18 a 34 años (71,4%); hallazgo similar a lo encontrado por Amir H. y col⁽¹³⁾ en un estudio realizado para investigar en mujeres israelíes-árabes sus preferencias por el género del ginecólogo obstetra donde la edad promedio fue 28,0 años. En muchos estudios coinciden en que el nivel de estudios modifica la percepción de los pacientes en cuanto al cumplimiento de sus expectativas sobre todo los tramos más altos, de forma tal que los universitarios y los que tienen estudios de nivel secundaria tienen la valla de sus expectativas más alta;⁽⁸⁾ de ahí la importancia de su descripción en todo estudio que aborde expectativas de pacientes, así en el presente estudio la mayoría de pacientes tenía un nivel de instrucción secundario (59,7%), resultado similar a lo encontrado por Delgado A. y col.⁽¹⁵⁾ en su estudio de expectativas, donde también predominó el nivel de instrucción secundario(42%).

Junto a las características sociodemográficas de las pacientes, no deben soslayarse tampoco las diferencias que surgen de la demanda, es decir, de las propias condiciones o características en las que se efectúa la prestación de la atención obstétrica, que si bien no condicionan las expectativas, si la matizan.^(15,54) En este sentido, la demanda de las pacientes que acuden por atención obstétrica se caracterizó por a tener como principales motivos de consulta a la planificación familiar (35,3%) y el control prenatal (29,4%); si bien no existen investigaciones al respecto para realizar el contraste de los principales motivos de consulta obstétrica, este hallazgo guarda relación con la propia experiencia de los obstetras que en este centro de salud laboran. La mayoría de pacientes tenían experiencia previa en atención obstétrica (76,5%), lo cual lleva a pensar que a pesar de la distribución desigual de pacientes entre obstetras de diferentes géneros, bien pudieron haber sido atendidas por un obstetra de su mismo género o un obstetra varón, dato importante a tener en cuenta pues como se ha visto en el ámbito de la psicología social el proceso de socialización de mujeres y varones condiciona rasgos diferentes en su estilo de comunicación, y estos rasgos también se manifiestan en la relación obstetra-paciente, ello hace que pacientes con experiencia previa en relación a la atención obstétrica sean conscientes de las diferencias en la práctica asistencial de obstetras varones y mujeres, lo cual podría en cierta medida haber mediatizado las expectativas de las pacientes. El 64,7% de pacientes declaró preferir ser atendidas por un obstetra de su mismo género, le siguieron las pacientes que no declararon tener preferencias con un 33,6% de casos y aquellas que prefirieron ser atendidas por un obstetra varón con un 1,7% de casos; este hallazgo es similar a lo encontrado por Amir H. y col⁽¹³⁾ en un estudio realizado en Israel donde estudiaron las preferencias por el género del ginecólogo-obstetra y razones de estas preferencias en mujeres Israelíes y Árabes, encontrando que el 76,6% prefirió a una mujer, el 19,7% no manifestó preferencia alguna por determinado género y el 3,6% prefirió a varones; asimismo, Plunkett B. y col,⁽¹⁴⁾ encontró resultados similares al estudiar la importancia del género en selección de un obstetra o un ginecólogo, pues sus resultados permitieron observar que el 52,8% de las mujeres prefirió a una ginecóloga, el 37,6% declaró no tener preferencias por el género y el 9,6% de ellas declaró preferir a un ginecólogo; en contraste a la práctica médica donde según algunos estudios el 50,9% de pacientes refiere no tener preferencias por el género del médico,⁽¹³⁾ esta mayor preferencia por profesionales de la

salud mujeres en el campo de la obstetricia a diferencia de la práctica médica se debe a que en la consulta obstétrica se tratan temas en mayor o menor medida íntimos, a los cuales las mujeres prefieren confiárselos a otras mujeres. Sin embargo, esto no representa ninguna limitación para los varones pues al entrar en contacto con el sistema sanitario y adquirir confianza en los procedimientos y la atención, la paciente obstétrica se encontraría presta e incluso dispuesta a ser atendida por un obstetra varón sin que ello merme la confianza entre el obstetra y su paciente.

En el presente estudio se encontró que la expectativa mostrar interés y escuchar de forma atenta por parte del obstetra fue la expectativa con mayor frecuencia considerada importante por 236 pacientes (99,2%), seguida de las expectativas recibir una receta con letra clara y entendible (97,5%), recibir explicaciones sobre el problema por el que acuden y sus dudas (96,6%), conocer su diagnóstico después de la consulta con el obstetra (96,6%), que se le realice un examen físico completo (95,0%), recibir apoyo y tranquilidad por parte del obstetra (94,1%); hallazgos que evidencian que las pacientes que acuden por consultas obstétricas priorizan expectativas relacionadas con los aspectos comunicativos de la atención y los resultados de la atención, hallazgos similares lo encontrado Ruiz M. y col⁽¹⁸⁾ en un estudio realizado en España que aunque fue realizado en la práctica médica general con el objetivo de conocer el grado de priorización de las expectativas de pacientes cuando acuden a consultas de atención primaria, se encontró que “Mostrar interés y escuchar” fue también la expectativa priorizada con mayor frecuencia por las pacientes, seguido de la expectativa “conocer un diagnóstico”, “recibir explicaciones sobre sus problemas y sus dudas” y “recibir un consejo sobre lo que puede hacer”. Sin embargo, Williams S. y col⁽⁴⁶⁾ reportaron en un estudio donde analizaron el grado de satisfacción según la congruencia entre las expectativas y la atención recibida, que la expectativa más frecuente en la atención fue “comprensión y explicación del problema”, seguida de las expectativas “apoyo”, apareciendo en último lugar la expectativa “realización de test y derivación a un especialista”; este hallazgo bien podría alejarse de lo observado en el presente estudio pero si analizamos un poco estos resultados, comprenderemos que los pacientes siguen priorizando expectativas de tipo comunicativas tal como se pudo apreciar en los resultados de la presente investigación Brody D. y col,⁽⁵⁶⁾ por su parte encuentran

resultados acordes también a lo encontrado en el presente estudio, pues reportaron que generalmente los pacientes manifiestan en primer lugar su deseo de ser informados, escuchados y tratados humanamente. Como tal, expectativa ser escuchados es sumamente importante pues según Biedma L. y col,⁽⁸⁾ aunque alejándonos un poco de los estudios de expectativas, encontraron que los pacientes se muestran más satisfechos cuando además de percibir una mayor disposición del personal de salud para escucharlos, perciben un tiempo de espera adecuado. Asimismo, existen diferentes modelos de toma de decisiones que aparecen en la relación entre los profesionales de la salud y sus pacientes, de esta manera la toma de decisiones forma también parte de las expectativas de las pacientes y en relación a ello, en el presente estudio se pudo apreciar que las pacientes refirieron en el 83,2% de casos que “ser ellas quienes tomen las decisiones sobre su salud” es una expectativa importante, a pesar que esta expectativa ocupó el antepenúltimo lugar de importancia con respecto a las demás expectativas, se pudo evidenciar que las pacientes tienen la expectativa de establecer en la mayoría de casos un modelo informado en cuanto a la toma de decisiones, es decir esperan recibir información por parte de obstetra y luego ser ellas quienes decidan sobre su salud; hallazgo congruente a lo reportado por Delgado A. y col⁽⁷⁾ quienes al estudiar las expectativas de los pacientes ante diferentes problemas de salud encontraron que las expectativas del paciente principalmente giran en torno a ser escuchados, que se les dé explicaciones y que se les tome en cuenta su opinión antes que la expectativa participar en la toma de decisiones, es decir antes que la toma de decisiones, tienen la expectativa de ser escuchados y de recibir explicaciones. Nuestros resultados muestran que, efectivamente, las pacientes que acuden a consultas obstétricas tienen entre sus principales expectativas sobre todo las especialmente relacionadas con los aspectos comunicativos de la atención como por ejemplo ser escuchadas, lo cual al ser comparados con los antecedentes investigativos, aunque realizados en la práctica médica, coinciden con estas investigaciones.^(30,31,46,58)

Las pacientes que acudieron por consulta obstétrica manifestación con menor frecuencia la importancia de expectativas específicas como ser derivados o referidos (89,9%), poder ser ellas quienes tomen las decisiones sobre su salud (83,2%), poder elegir al profesional obstetra que las va atender (77,3%) y el género del obstetra (51,3%). Esto es

consistente con algunas de las evidencias previas, que aunque realizadas en la medicina general, destacan que el tratamiento biomédico es una prioridad menor que los deseos de ser escuchados o informados;^(58,59,60) asimismo, el género del profesional por el que van a ser atendidas es una cuestión poco relevante en comparación a otros aspectos como la amabilidad, la escucha, el interés y la empatía, es decir, variables que humanizan la asistencia sanitaria, aunque estas claves aparecen unidas a la necesidad de competencia técnica por parte del profesional.

Según Murray C. y col⁽⁶⁰⁾ variables como la edad, el sexo, el nivel de escolaridad y el tipo de institución donde se recibe el servicio pueden condicionar el nivel de expectativas de los pacientes, lo cual lleva a tener en cuenta que las expectativas de los pacientes pueden estar en mayor o menor medida influenciadas por las propias características sociodemográficas y económicas de las pacientes, que si bien no la condicionan, sí la matizan. Es por ello que en el presente estudio a modo exploratorio se vió conveniente y necesario realizar un análisis bivariado entre la variable principal “expectativas de las pacientes” y algunas de las variables sociodemográficas como edad, experiencia previa y nivel de instrucción. Con respecto a la edad, en el presente estudio se pudo observar que las pacientes de menor edad priorizaron más las expectativas de ser escuchadas y recibir explicaciones; mientras que las pacientes mayores priorizaron más las expectativas de discreción y respeto a su intimidad, y tener tiempo suficiente en la consulta, si bien son evidentes las diferencias en cuanto a la forma en que jerarquizan sus expectativas las pacientes de diferentes edades, todas estas expectativas consideradas prioritarias se enmarcan dentro de los aspectos comunicativos de la atención, es decir independiente de la edad las pacientes coinciden en que lo más importante en la consulta obstétrica son aspectos que humanizan la atención. La toma de decisiones fue considerada como importante por una ligera mayor frecuencia de pacientes con edades de 35 a 49 años con respecto a pacientes con edades entre 18 a 34 años (85,3% vs 82,4%, respectivamente), de ello se deduce que las pacientes mayores al considerar con mayor frecuencia importante su participación en la toma de decisiones, estas esperan con más frecuencia tener un papel activo en la toma de decisiones; sin embargo, Delgado A. y col⁽⁷⁾ en su estudio “Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud” encontraron que los pacientes con

más edad se muestran menos activos para participar en la toma de decisiones con respecto a su salud, diferencias que deben ser tomadas con cautela, puesto que este investigador realizó su estudio de expectativas en la práctica médica general. Tanto para pacientes de menor edad como para aquellas de mayor edad el género del obstetra se situó en último lugar con respecto a las demás expectativas; sin embargo, las pacientes de menos edad tienden con más frecuencia a considerar el género del obstetra importante. Puentes R. y col⁽¹⁹⁾ refieren que el nivel de escolaridad condiciona el nivel de expectativas de manera significativa; de ahí que pudiera existir diferencias en cuanto a expectativas concretas en la consulta obstétrica según sea el nivel de instrucción de las pacientes; así en el presente estudio se observó que el 100% de pacientes con nivel de instrucción primaria, el 54,9% de pacientes con nivel de instrucción secundaria y el 43,5% de pacientes con nivel de instrucción superior consideraron que el género del obstetra es una expectativa importante, es decir cuanto mayor es el nivel de instrucción de una paciente existe una tendencia que hace que estas consideren que el género del obstetra no es una expectativa importante, posiblemente un mayor nivel de escolaridad haga tomar conciencia y racionalizar la importancia de otros aspectos deseables en la atención. Si bien las experiencias previas modelan las expectativas y las hacen más realistas y acordes a la realidad sanitaria, tanto pacientes con y sin experiencia previa en atención obstétrica coincidieron en priorizar los aspectos comunicativos y resultados de la atención, aunque no necesariamente en el mismo orden de jerarquía. Weisman C. y col⁽⁶¹⁾ refieren que la preferencia por una profesional de la salud mujer aumenta cuando existe la experiencia previa con ella, esto sucede en la práctica médica general, donde los pacientes acuden por diferentes motivos de consulta que solo en algunos casos implican algún tipo de exploración física que afecta la intimidad del paciente; mientras que en la consulta obstétrica, la mayoría de procedimientos si implican exploraciones físicas que se relación a aspectos íntimos de las pacientes, a pesar de ello se pudo constatar que el género del obstetra es considerada una expectativa de menor importancia en relación a las demás expectativas analizadas. Las pacientes que acudieron por primera vez a la consulta obstétrica consideraron con más frecuencia que el género del obstetra era importante, posiblemente por el efecto que tiene la socialización de la pacientes sobre el sistema sanitario y el efecto de esta socialización sobre la confianza que la paciente deposita en los prestadores de salud, en este caso los

profesionales obstetras; ello es sumamente importante, ya que según Avis M. Y col⁽⁶²⁾ las expectativas se asocian a la calidad de las interacciones previas.

En el presente estudio, se observó que la mayoría de las pacientes que refirieron preferir ser atendidas por una obstetra mujer consideraron que el género era importante con una frecuencia del 68,8%; mientras que el 31,2% de pacientes a pesar de preferir ser atendidas por una obstetra mujer, son conscientes que el género del obstetra no era importante, este hallazgo evidencia que el género como tal es una expectativa considerada no importante al menos por la tercera parte de pacientes que prefieren ser atendidas por una obstetra mujer, la mayor preferencia hacia una obstetra mujer radica según algunas investigaciones en la vergüenza que producen las exploraciones físicas que implican algunas consultas obstétricas, lo cual seguramente cumple un papel importante en la preferencia.⁽¹⁵⁾

Independientemente de las preferencias, cerca del 50% de pacientes refieren que el hecho que el obstetra sea varón o mujer no es una expectativa tan importante los aspectos relacionales a la calidez y profesionalidad, tal como lo reportó Bolaños E. y col⁽⁶³⁾ pues refieren que la competencia técnica, la relación con los pacientes basada en la amabilidad, la escucha y la empatía, el ofrecimiento de información clara y adaptada a las diferentes necesidades son los aspectos más destacados.

Es importante resaltar que los resultados corresponden a una determinada área geográfica con características sociodemográficas propias y con un determinado aprendizaje social de aquello que suponen pueden esperar las pacientes del profesional obstetra. La extrapolación directa de estos resultados a otras áreas no podrá hacerse sin estudios previos de otras poblaciones con características sociodemográficas e históricas diferentes, es por ello que es necesario seguir investigando sobre las expectativas y preferencias de los pacientes sobre el profesional obstetra y sobre su relación con él, así como potenciar la enseñanza de las habilidades de comunicación en la formación de pre y posgrado, considerando éstas como algo que se puede aprender al igual que las habilidades técnicas, y no como un conjunto de cualidades que el profesional lleva incorporadas en función de su personalidad y sus experiencias vitales.

5. CONCLUSIONES

- Las expectativas de las pacientes que acuden por atención obstétrica giran principalmente en torno a ser escuchadas y que se les tome interés (99,2%), recibir una prescripción con letra legible (97,5%) y conseguir/conocer su diagnóstico (96,6%); mientras que con menor frecuencia consideran importante ser ellas quienes tomen las decisiones en la consulta con respecto a su salud (83,2%), elegir al obstetra que las va atender (77,3%) y el género del obstetra (51,3%).
- Si bien mayoría de pacientes que acuden por atención obstétrica prefieren ser atendidas por un obstetra de sexo femenino (64,7%), antes que el género del obstetra dan mayor importancia a otras expectativas como ser escuchadas y que el obstetra muestre interés (99,2%), obtener una prescripción con letra legible (97,5%) y recibir explicaciones sus problemas y/o dudas (96,6%).
- Si bien existen diferencias en cuanto a la priorización de expectativas según grupos etarios y nivel de instrucción, las expectativas mayormente priorizadas se corresponden con aspectos comunicativos y resultados de la atención; asimismo, las pacientes de menor edad y menor nivel de instrucción consideran con más frecuencia que el género de obstetra es importante para ellas.
- Las pacientes sin experiencia previa en atención obstétrica son las que consideran con más frecuencia al género del obstetra una expectativa importante (64,2%); asimismo, en relación a las demás expectativas el género sigue ocupando el último lugar de importancia.

6. RECOMENDACIONES

- Debido a que el presente estudio se limita a explorar las expectativas en relación al profesional obstetra en consultorios externos, se recomienda realizar futuros estudios en otros servicios como hospitalización, emergencia, etc. pues es probable que la jerarquía de expectativas en otras circunstancias clínicas sea diferente.
- Si bien las pacientes de menor edad y las que acuden por primera vez a consulta obstétrica tienden a considerar con mayor frecuencia como importante al género, se recomienda realizar futuros estudios de nivel relacional que permitan comprobar la existencia de diferencias estadísticas significativas.
- Si bien la obstetricia posee una identidad profesional sexuada femenina con sus respectivos estereotipos, se recomienda a las futuras generaciones de obstetras varones que no desistan en el estudio de la obstetricia, pues el género ocupa el último lugar de importancia respecto a otras expectativas en la atención.
- Se recomienda adecuar la actitud de los obstetras ante la demanda y rediseñar la forma de brindar atención de acuerdo a las expectativas que las pacientes consideren prioritarias (ser escuchadas, que se muestre interés, recibir una receta, etc.) y no sobreestimar otras (ser referido, tomar decisiones, etc).
- Potenciar durante la formación de pregrado como postgrado la enseñanza de las habilidades de comunicativas, pues son estas las que más valoran los pacientes en el profesional de la salud obstetra.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz G, Birriel S, Ortega O. Género, Profesiones sanitarias y salud pública. *Gac Sanit.* 2004;18(1):189-194.
2. Rodríguez A. Anexo V. Las 144 primeras semanas de tu hijo La esfera de los libros S.L, 2003 ISBN: 84-9734-095-7.
3. Lattus O, Carreño C. El asiento del nacimiento. *Rev Obstet Ginecol.* 2010; 5(1): 41-50.
4. Colegio de Obstetras del Perú. Compendio de Normas. Aprobado consejo directivo nacional. Lima, 15 de mayo del 2012.VI
5. Colegio de Obstetras del Perú. La Obstetricia en el Perú. Lima, setiembre 2010.Disponible en:
http://www.colegiodeobstetrasdelperu.org/portal/indexPhp?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=60.
6. Ministerio de Salud (MINSA). Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC-Lima; 2011. 124 p.
7. Delgado A, López F, Luna J, Saletti C, Gil G, Puga G. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gac Sanit.* 2010;24(1):66-71.
8. Biedma L, Serrano R. Médicos y médicas, estilos asistenciales distintos: ¿satisfacción diferente de los usuarios?. *Rev Sal Publ Mex.* 2009;51(4):277-284.
9. Biedma L, Serrano R. ¿existe relación entre satisfacción del paciente y género del médico? *IESA-CSIC.* 2007;(2):1-25.
10. Delgado A, López L, Luna J. Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial. *Rev Sal Públ Mex.* 2001;28(4):219-226.
11. Delgado S. El Papel del Género en la Relación Médico- Paciente. España. 1999, 6(8):509-516.
12. Racz J, Srikanthan A, Hahn P, Reid R. Gender Preference for a Female Physician Diminishes as Women Have Increased Experience With Intimate Examinations. *J Obstet Gynecol Can.* 2008;30(10):910-917.

13. Amir H, Tibi Y, Groutz A, Amit A, Azem F. Unpredicted gender preference of obstetricians and gynecologists by Muslim Israeli-Arab women. *Patient Educ Couns.* 2011;86(2):259-263.
14. Plunkett B, Kohli P, Milad M. The importance of physician gender in the selection of an obstetrician or a gynecologist. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):926-928.
15. Delgado A, Martínez C, García V, Frías J, Rueda T, Morata J. Preferencias y Estereotipos del Paciente sobre el Género del Médico de Familia. *Aten Primaria.* 1999;23(5):268-274.
16. Santiñá M, Prat A, Martínez G, Quintó L, Trilla A, Asenjo M. Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial. *Rev Cal Asist.* 2004; 19(4):238-242.
17. Mira J, Rodríguez M, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre la satisfacción y calidad percibida. *Rev Cal Asist.* 2000;15(1):36-42.
18. Ruiz M, Gavilán M, Pérula L, Jaramillo M. Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas. *Rev Cal Asist.* 2008;23(2):45-51.
19. Puentes R, Ruelas E, Martínez M, Garrido L. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Pública México.* 2005;47(1):12-21.
20. Vicuña M. Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. *An Fac de Med.* 2002;63(1):40-50.
21. Cabello E, Chirinos J. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Rev Méd Her.* 2012;23(2):88-95.
22. Alcázar J. Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental.* 2007;30(5):55-62.
23. Zeithaml V, Bitner M. *Marketing de Servicios.* México: Mc Graw Hill. 2^{da} Edición. 2000. pp. 587.
24. MINSA. *Guía Técnica Para La Evaluación De La Satisfacción Del Usuario Externo En Los Establecimientos De Salud Y Servicios Médicos De Apoyo.* Perú - Lima 2010.

25. Martínez A, Araluce K, Grijalvo J, Beitia M, Mendezona J. Expectativas de la demanda sobre un centro de salud mental comunitario: Evaluación de un nuevo cuestionario. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1995;15(52):25-43.
26. Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud, Monografías clínicas en atención primaria. Barcelona, Doyma, 1991.
27. Mira J, Rodríguez J, Peset R. Ybarra J, Pérez J, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Cal Asist.* 2002;17(5):273-283.
28. Girón M, Beviá B, Medina E, Talero M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76(5):561-575.
29. Puentes R, Gómez D, Garrido L. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev Panam Salud Pública.* 2006;19(6):394-402.
30. Redondo S, Bolaños G, Almaraz G, Maderuelo F. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Rev At Prim.* 2005;36(7):358-364.
31. Palacio L, Marquet P, Oliver E, Castro G, Bel R, Piñol M. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Rev Esp Aten Primaria.* 2003;31(5):307-314.
32. Retolaza A. Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. *Act Esp Psiq.* 2003;31(4):171-176.
33. Zuckerman M, Navizedeh N, Feldman J, McCalla S, Minkoff H. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine.* 2002;11(2):175-180.
34. Martínez A. Expectativas en primeras consultas de un Centro de Salud Mental. Importancia, descripción y relación con aspectos evolutivos y asistenciales. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 43-CI-D: [51 pantallas].
35. Martínez A. Expectativas en el momento de la demanda. Utilidad de su estudio y papel en la mejora de la calidad asistencial. *Psiquis.* 1995;16(7):266-287.
36. Rao J, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes. A literatura review. *Arch Fam Med.* 2000;9(10):1148-1155.

37. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing*. 1988;64(1):12-40.
38. Lolás F. *Bioética y Medicina*. Ed. Biblioteca Americana, 2002.
39. Besio M. La Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología y el desafío ético: una propuesta para un adecuado enfrentamiento. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2001;66(1):64-77.
40. Bascuñán M. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Méd Chile*. 2005;133(1):11-16.
41. Delgado A, López F. *Práctica profesional y género en atención primaria. Parte I. La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social*. *Gac Sanit*. 2004;18(1):112-117.
42. Puentes E. Secretaria de Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño. *Trato adecuado: Preguntas y respuesta*. (internet). Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/evaluación/trato/preguntas_trato/.pdf.
43. Valentine N, La Valle R, Letkorvicova H, Prasad A. The Health Systems responsiveness analytical guidelines for surveys in the multi-country survey study (internet). Switzerland: World Health Organization; 2005. pp.9-24.
44. Donabedian A. *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México: Prensa Médica Mexicana; 1991.
45. Van-Dick P. Bases conceptuales de la calidad de la atención en salud. *Cuadernos de divulgación científica*. 2001;(29):1-42.
46. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction?. *Fam Pract*. 1995;12:193-201.
47. Marple R, Kroenke K, Lucey C, Wilder J, Lucas C. Concerns and expectations in patients presenting with physical complaints. *ArchIntern Med*. 1997;157:1482-1488.
48. Jackson J, Kroenke K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med*. 2001;134:889-897.
49. Bell R, Kravitz R, Thom D, Krupat E, Azari R. Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*. 2002;17:817-824.

50. Kravitz R, Bell R, Azari R, Krupat E, Kelly-Reif S, Thom D. Request fulfillment in office practice: antecedents and relationship to outcomes. *J Gen Intern Med.* 2002;40:38-51.
51. Ruiz M, Martínez G, Calvo J, Aguirre H, Arango R, Lara R, et al. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Pública Mex* 1990;32:156-169.
52. Steiber R. Measuring and managing patient satisfaction. *J Am Hosp Publ.* 1988:1-23.
53. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994;38(4):509-516.
54. Bensing J, Brink-Muinen A, Bakker D. Gender differences in practice style: a dutch study of general practitioners. *Med Care.* 1993;31(3):219-229.
55. Roter D, Lipkin M, Korsgaard A. Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Med Care.* 1991;29(11):1083-93.
56. Brody D, Miller S, Lerman C, Smith D, Lazaro C, Blum M. The relationship between patient satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care.* 1989;27(11):1027-35.
57. Cabré J, Ortega Y, Vila A, Guillén A, Checa E, Farré J. ¿Qué espera de su médico de familia el paciente cuando acude habitualmente a su consulta? *Aten Primaria.* 1999;24(2):403-4.
58. Sánchez C, Stalder H. Do physician take into account patients' expectations? *J Gen Intern Med.* 1994;9(7):404-6.
59. Peck B, Ubel P, Roter D, Goold S, Asch D, Jeffreys A, et al. Do unmet expectations for specific test, referrals, and new medications reduce patients' satisfaction?. *J Gen Intern Med.* 2004;19(11):1080-7.
60. Murray C, Kawabata K, Valentine N. People's experience versus people's expectations. *Health Affairs.* 2001;20(3): 21-24.
61. Weisman C, Teitelbaum M. Physician gender and the physician-patient relationship: recent evidence and relevant questions. *Health Affairs.* 1985; 20(11):119-27.

62. Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. *Soc Sci Med.* 1997;44(1):85-92.
63. Bolaños E, Sarría A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo *Aten Prim.* 2003;32(4):195-201.

8. ANEXOS

ÍNDICE

I.	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	53
II.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	55
III.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	57
IV.	VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.....	58

III. Expectativas de la paciente

Respecto a la consulta de hoy con el obstetra, por favor, señale la importancia de lo que usted quisiera conseguir:

9. Ser yo quien tome las decisiones sobre a mi salud

Es importante Tengo dudas No es importante

10. Que el/la obstetra me haga una examen físico completo

Importante Tengo dudas No importante

11. Que el/la obstetra sea discreto y respete mi intimidad

Es importante Tengo dudas No es importante

12. Que el/la obstetra muestre interés y me escuche

Es importante Tengo dudas No es importante

13. Que el/la obstetra me dé el suficiente tiempo para contestar preguntas

Es importante Tengo dudas No es importante

14. Que el/la obstetra me ofrezca apoyo y me tranquilice

Es importante Tengo dudas No es importante

15. Que el/la obstetra me dé explicaciones sobre mi problema y mis dudas

Es importante Tengo dudas No es importante

16. Poder elegir al obstetra que me va atender

Es importante Tengo dudas No es importante

17. Que el/la obstetra que me va atender sea varón o mujer

Es importante Tengo dudas No es importante

18. Poder conseguir y conocer mi diagnóstico después de la consulta con el/la obstetra

Es importante Tengo dudas No es importante

19. Que el/la obstetra me derive o haga una referencia

Es importante Tengo dudas No es importante

20. Que el/la obstetra me indique un examen o alguna prueba

Es importante Tengo dudas No es importante

21. Que el/la obstetra me haga una receta con letra clara y entendible

Es importante Tengo dudas No es importante

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA CONSENTIMIENTO INFORMADO

EXPECTATIVAS DE LAS PACIENTES EN RELACIÓN AL PROFESIONAL OBSTETRA EN CONSULTA EXTERNA DEL C.S JUAN PEREZ CARRANZA. 2015

Ud. sido invitada para participar en una investigación titulada “Expectativas de las pacientes en relación al profesional obstetra en consulta externa del C.S Juan Pérez Carranza. 2015”. El objetivo de este estudio es determinar cuáles son las expectativas de las pacientes en la consulta obstétrica con respecto al profesional obstetra por el que va ser atendida, es decir que es lo que espera de una atención cuando el obstetra que la atiende es un hombre o una mujer. Para implementar mejoras en la atención en el aspecto interpersonal.

Esta investigación es realizada por la Marco Antonio Chilipio Chiclla, quien desea obtener el Título de Licenciado en Obstetricia, con la presentación de este trabajo de investigación.

¿Quiénes pueden participar en el estudio?

Pueden participar mujeres con edades entre 18 a 49 años que acuden por atención obstétrica al Centro de Salud “Juan Pérez Carranza” y acepten participar en el estudio.

¿En qué consistirá su participación?

Se te informará en una forma clara y sencilla sobre todo lo que respecta a la investigación. Si aceptas participar en este estudio, se llevará a cabo una encuesta, el cual tiene un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos, además te informo que es anónima.

¿Existen riesgos?

No existen riesgos de daño físico o psicológico al participar en este estudio.

¿Existe algún beneficio?

No habrá ningún beneficio directo para la participante sin embargo la información que se pueda obtener de este estudio será de beneficio para la sociedad, proporcionando valiosa información para los profesionales de la salud.

¿Me puedo retirar del estudio en cualquier momento?

Tu participación es completamente voluntaria y puedes rehusarte a continuar con la entrevista en cualquier momento. Lo que no producirá ninguna penalidad contra usted.

Confidencialidad

Para asegurar la confidencialidad de cada participante no se le pedirá ninguna información personal, como nombres y apellidos, dirección u otra información. Así la encuesta será almacenada de manera confidencial. Esto significa que ni su nombre,

dirección u otra información que pudiera identificarla podrá ser revelada. Sólo el investigador podrá tener acceso a la información. Si los resultados fueran publicados, la identidad de los participantes no podrá saberse por el carácter anónimo de la encuesta.

¿A quien llamó si tengo preguntas?

Si tiene alguna consulta sobre el estudio, usted es bienvenida a hacerla en cualquier momento. Para más información puede contactar con Marco A. Chilipio Chiclla al número de Cel. 992627064, email: mrk_295@hotmail.com/ mchilipio@gmail.com

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su firma en este documento indica que usted de manera voluntaria acepta participar en este estudio, que se le ha explicado el estudio, que se le ha dado tiempo para leer este documento y sus preguntas sobre el estudio han sido contestadas de manera satisfactoria. Usted recibirá una copia de este documento con la fecha y su firma antes de iniciar su participación en este estudio.

“Se me ha explicado acerca del estudio y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. Acepto participar en los siguientes componentes del estudio”.

Nombre del padre o apoderado _____

(Firma del padre o apoderado)

____/____/____
(Fecha)

Declaración del investigador

Yo certifico que se le ha dado el tiempo adecuado al participante para leer y conocer sobre el estudio, así como que, sus preguntas han sido resueltas. Es mi opinión que el participante entiende el propósito del estudio, los riesgos, beneficios y procedimientos que se seguirán en este estudio y de manera voluntaria ha aceptado participar.

(Firma del encargado que obtuvo el consentimiento)

____/____/____
(Fecha)

III. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE		DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Expectativas de la paciente	Autonomía	Expectativas de las pacientes con respecto a su autonomía, confidencialidad con, tipo de comunicación, capacidad de elección del obstetra, y los resultados esperados de la atención	Toma de decisiones	Cualitativa	Nominal	Importante Dudoso No importante	Ficha de recolección de datos
	Confidencialidad		Exploración física	Cualitativa	Nominal	Importante Dudoso No importante	
	Comunicación		Discreción	Cualitativa	Nominal	Importante Dudoso No importante	
			Escucha activa y muestra de interés	Cualitativa	Nominal		
			Tiempo suficiente	Cualitativa	Nominal		
			Apoyo y tranquilidad	Cualitativa	Nominal		
			Explicaciones	Cualitativa	Nominal		
	Capacidad de elección		Elección del obstetra	Cualitativa	Nominal	Importante Dudoso No importante	
			Genero del obstetra	Cualitativa	Nominal		
	Resultados de la atención		Conseguir diagnostico	Cualitativa	Nominal	Importante Dudoso No importante	
			Ser derivado o referido	Cualitativa	Nominal		
			Indicación de prueba	Cualitativa	Nominal		
			Recibir una prescripción	Cualitativa	Nominal		

IV. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

PRUEBA BINOMIAL DE JUICIO DE EXPERTOS

Luego de solicitar el juicio de 6 expertos mediante la ficha de expertos, se prosiguió a realizar la prueba binomial.

Para evaluar la concordancia entre las respuestas de los expertos de cada ítem, se establecen las siguientes hipótesis:

Ho: La proporción de los jueces que dicen “Si” es igual a la de los jueces que dicen “No”.

Es decir que entre los jueces no hay concordancia, pues la proporción es de 50% para “Si” y 50% para “No”, dicho de otra manera la probabilidad de éxito es solo del 50%.

Hi: La proporción de los jueces que dicen “Si” es diferente del 50%.

Si hay concordancia entre la mayoría de los jueces.

Luego de establecer las hipótesis se aplica la prueba binomial, donde: “1” es SI o significa de acuerdo (éxito), mientras que “0” es NO o significa en desacuerdo.

TABLA DE CONCORDANCIA

ID	JUECES						Éxitos	P-Valor
	1	2	3	4	5	6		
1	1	1	1	1	1	1	6	0,016
2	1	1	1	1	1	1	6	0,016
3	1	1	1	1	1	1	6	0,016
4	1	1	1	1	1	1	6	0,016
5	1	1	0	1	1	1	5	0,094
6	1	1	1	1	1	1	6	0,016
7	1	1	1	1	1	1	6	0,016
8	1	1	1	1	1	1	6	0,016
9	1	1	1	1	1	1	6	0,016
10	1	1	1	1	1	1	6	0,016

Total de acuerdos: 59, Total en desacuerdos: 1, **Total de respuestas: 60**

En la mayoría de los ítems se observa concordancia ($p < 0,05$) a excepción de los ítems 5 ($p > 0,05$). Luego de evaluar el grado de concordancia general se observa una concordancia del 98,3% (59/60). Por lo cual el instrumento tiene validez de criterio.