

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**“CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE – 2014”**

TESIS PRESENTADA POR:

MIGUEL ARNOLD PALOMINO ESTRADA

Para obtener el título profesional de:

Médico Cirujano

AREQUIPA - PERÚ

2015

DEDICATORIA

A DIOS Y A MI VIRGENCITA ASUNTA

Por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente en los momentos más difíciles y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte, mi motivación y compañía durante todo el periodo de estudio.

A MI FAMILIA

*Empezando por mis lindos y adorados Padres **LIZARDO** y **JUANA** a quienes amo demasiado y agradezco eternamente por hacerme la persona que soy, reflejo de su amor, de sus consejos, de su dedicación y sacrificio; por formarme en un hogar lleno de valores, por apoyarme incondicionalmente toda mi vida. A pesar de la distancia los sentí muy cerca durante mi vida universitaria.*

*A mi linda esposa **LI**, gracias por tu paciencia y comprensión, por estar siempre a mi lado, brindándome tu cariño y sobre todo tu inmenso amor; por ser la motivación de cada mañana, y ser con quien comparto la dicha de un pedacito de cielo, hoy alcanzado un triunfo más porque los dos somos uno y mis logros son tuyos, te amo mi amor, gracias por todo.*

*A mi adorado hijo **MIKAEL** por ser mi motor, esencia de motivación e inspiración, mi fuente del más grande sentimiento para lograr todo en la vida, te adoro hijito lindo eres lo mejor que me ha pasado en la vida.*

*A mi hermano **GONZALO** quien representó ser siempre mi motivación y fortaleza, porque crecí junto a Él, aprendiendo a combatir las cosas difíciles de la vida y mantenernos unidos gracias al amor y confianza que compartimos.*

A MIS PAPAS.

MIGUEL

LUZ

PLACIDO †

JUANA

Gracias por tanto amor y cariño, por darme el cimiento de los primeros años de mi vida, por tenerme en su regazo y cuidar de mí a cada paso de mi andar, para forjar el hombre que soy ahora, con todo mi sincero amor y eterno corazón para ustedes, los amo demasiado, este triunfo también va dedicado a Ustedes.

A MI TIOS:

Tuve la dicha de nacer en el seno de dos familias, con personas magnánimamente maravillosas, a todos ustedes, por llevarme de la mano como el hijo que represento ser, por apoyarme en cada paso de mi recorrido, por estar siempre ahí incondicionalmente, desde las primeras letras y números, hasta hoy, mi eterno y gentil agradecimiento a todos y cada uno de ustedes,

A MIS AMIGOS

Con quienes viví momentos inolvidables durante la universidad, e hicieron mis días más alegres

EPIGRAFE

La sabiduría es un adorno en la prosperidad y un refugio en la adversidad.

Aristóteles.



Si una persona es perseverante, aunque sea dura de entendimiento, se hará inteligente; y aunque sea débil se transformará en fuerte.

Leonardo Da Vinci.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION	7
CAPITULO I	9
MATERIALES Y METODOS	9
1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación	10
2. Campo de Verificación	12
3. Estrategia de Recolección de Datos	13
CAPITULO II	17
RESULTADOS	17
CAPITULO III	62
DISCUSION Y COMENTARIOS	62
CAPITULO IV	72
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
BIBLIOGRAFIA	75
ANEXOS	77
PROYECTO DE TESIS	77

RESUMEN

Introducción: La calidad del control prenatal es de gran utilidad, pues una calidad de atención asegura la continuidad y el monitoreo de controles, garantizando de esta manera una gestación adecuada, disminuyendo los riesgos de muerte materna y fetal.

Objetivo: evaluar la calidad de atención del control prenatal, y su repercusión en la continuidad de esta misma.

Materiales y Metodología:

Mediante un estudio observacional, Transversal y Analítico, a través de un cuestionario Servqual, realizado en 202 gestantes que cursaban diversas etapas de la gestación en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique Arequipa – 2014.

Resultados:

Con relación a la percepción de calidad podemos evidenciar que el 10.4% es catalogado como Bueno; 68.3% como regular y el 21.3% restante como malo (verificado en la tabla 14). En cuanto a sus dimensiones relacionadas tenemos que en sentido de orden descendente calificaron como bueno a: Confiabilidad 31.5%, Seguridad 22.1%, Capacidad de Respuesta 15.6%, Elementos Tangibles 15.5, Empatía 5,7.

La continuidad en los controles prenatales es del 89.3%

No existe relación entre la percepción de la calidad en algunas de sus dimensiones, con la continuidad del control prenatal, siendo que la fuerza de asociación en orden descendente es: Confiabilidad, Seguridad, Elementos Tangibles, Capacidad de Respuesta, Empatía.

La Calidad de Atención influye positivamente en algunos elementos sobre la Continuidad del Control Prenatal, demostrando que muchas veces las pacientes a pesar de no percibir una calidad de atención, persisten en la continuidad de sus controles.

PALABRAS CLAVE: Control prenatal, Continuidad, Calidad

ABSTRACT

Introduction: The study is useful, for quality of care ensures continuity and monitoring controls, thus ensuring adequate pregnancy, reducing the risk of maternal and fetal death.

Objective: To assess the quality of prenatal care, and their impact on the continuity of the same.

Materials and Methods:

An observational, and Analytical Transversal study, through a questionnaire Servqual conducted on 202 pregnant women who were in various stages of gestation in the PNP Regional Hospital Julio Pinto Manrique Arequipa - 2014.

Results:

Regarding the perception of quality we can show that 10.4% is classified as good; 68.3% as fair and the remaining 21.3% as bad (verified in Table 14). As we have related dimensions in the direction of descending rated as good at: Reliability 31.5%, 22.1% Security, Responsiveness 15.6%, 15.5 Elements Tangibles, Empathy 5.7. Continuity in prenatal care is 89.3%

There is no relationship between the perceptions of quality in some of its dimensions, with the continuity of antenatal, being that the strength of association in descending order is: Reliability, Safety, Tangible Elements, Responsiveness, Empathy.

The Care Quality positively influences some elements of Prenatal Care Continuity, showing that patients often despite not receive quality care, persist in the continuity of its controls.

Keywords: Prenatal care, Continuity, Quality

INTRODUCCION

En el mundo la atención prenatal es una prioridad que engloba una serie de estrategias destinadas a optimizar los resultados del embarazo¹. Por esto, un servicio de salud que requiere para su éxito continuidad y seguimiento de las usuarias es el control prenatal. Mediante el control prenatal se vigila la evolución del embarazo y se prepara a la madre para el parto. Además, supone la implementación de acciones como la educación en salud para la mujer embarazada y su familia, fomento del autocuidado en la mujer como un factor importante para la reducción de los riesgos^{1,2}. La inasistencia a este control puede generar complicaciones en el embarazo y traer consecuencias irreversibles para la madre y el hijo³.

La idea de promover la atención continua a los pacientes no es reciente⁴ pero vuelve a cobrar importancia a partir de la difusión de los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005⁵ y del Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2010,⁶ que establecen que para cumplir con los compromisos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: “cada niño y cada mujer cuentan”. En ambos casos, existe la convicción de que al fortalecer los sistemas de salud en los países es posible garantizar mayor acceso a los servicios de salud y una mejora en la atención continua desde el embarazo hasta el puerperio, pero además, la integración ordenada de estas intervenciones definitivamente puede salvar vidas de mujeres y niños.⁷⁻⁹

Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), comparable con lo estipulado por el Ministerio de Salud, que coloca como mínimo 6 o más controles prenatales; para el año 2011 el 78,1% de las gestantes acudió a 6 o más controles prenatales, para el año 2012 fue del 81,4%, para el año 2013 fue del 82,8¹⁰.

La estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones de embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación disminuyó en un 64,9%, entre los periodos 1990-96 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos; cifra algo distante de la meta para el año 2015 (66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos).

Asimismo, se estima que la mortalidad materna se redujo en un 49,7% entre los años 1994-2000 y 2004-2010 al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, respectivamente, estos resultados muestran un descenso continuo a favor de la salud materna.¹¹

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, y oportunidad, acorde al riesgo y humano, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Puede ser utilizado en la disminución de la morbilidad materna y perinatal, valorando el riesgo obstétrico, detectando y tratando enfermedades que agravan la gestación, previniendo las complicaciones obstétricas, (alertando a los hospitales para equiparse convenientemente en cuanto a medicamentos, materiales quirúrgicos, banco de sangre, limpieza e higiene, dotación de sueros, tocólisis, etc.) también preparando física y emocionalmente a la madre para el parto, lactancia materna y para un adecuado cuidado del recién nacido.

El cuidado de la mujer embarazada y el hijo por nacer sigue siendo en la actualidad un tema trascendente en nuestras sociedades por la importancia a nivel cultural que este suceso genera, convirtiéndose de esta manera en una oportunidad para el acercamiento de la población al sistema de salud y viceversa.¹²

Es por eso que este estudio tiene como propósito contribuir a incrementar el conocimiento sobre cómo se relacionan las mujeres embarazadas y el equipo de salud del primer nivel de atención, encargado de realizar el control prenatal (CPN), desde una mirada de las desigualdades sociales, generando nueva información que pueda dar sustento a futuras acciones que contribuyan al mejoramiento de la atención prenatal tanto a nivel regional como nacional.

Debemos decir como fundamento que el presente estudio es de relevancia, puesto que la satisfacción del usuario es un eje primordial en la calidad de atención, que condiciona muchas veces al uso o no de los recursos sanitarios y como una medida de aceptabilidad social.

Nuestra deducción hacia el término de este estudio conceptúa en que es muy probable que la calidad de atención influya en gran medida sobre la continuidad del control prenatal



I. MATERIALES Y METODOS.

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

1.1. Técnicas:

Para la recolección de datos se utilizara la técnica del “Cuestionario”.

1.2. Instrumento: Escala SERVQUAL

1.2.1 Un instrumento para medir la calidad en los servicios

En la cultura empresarial actual se busca por parte de las empresas generar un servicio que proporcione una ventaja competitiva, pero dicha ventaja solo se consigue teniendo la capacidad suficiente para satisfacer las necesidades del cliente.

Frente a todo esto nos encontramos con un obstáculo al menos aparente, como es la dificultad de la intangibilidad de los servicios, una dificultad que empezó a resolverse gracias a la aportación de Parasuman, Zeithmal y Berry.

Estos autores crearon una metodología que definieron como “*un instrumento resumido de escala múltiple, con un alto nivel de fiabilidad y validez que las empresas pueden utilizar para comprender mejor las expectativas y percepciones que tienen los clientes respecto a un servicio*”, identificando el Termino Escala con una clasificación de preguntas. Por lo tanto consistía en un cuestionario con preguntas estandarizadas desarrollado en los Estados Unidos con el apoyo del Marketing Science Institute, llamado escala SERVQUAL.

Este instrumento se construye con el fin de identificar primero los elementos que generan valor para el cliente y a partir de esta información revisar los procesos con el objeto de introducir áreas de mejora. Para lograr todo esto se realiza una búsqueda orientada al análisis de las expectativas, obtenidas en base al análisis de 4 fuentes que son: la comunicación diaria, las necesidades personales, las experiencias personales y la comunicación externa.

Partiendo de las conclusiones obtenidas en este estudio se confirma la idea de que un punto crítico para lograr un nivel óptimo de calidad es igualar o superar las expectativas del cliente. Parasuman desarrollo un modelo en el que la calidad del servicio percibido es entendida como la diferencia que hay entre las expectativas de los clientes y lo que realmente perciben.

A través del análisis de la experiencia en el uso del servicio, las necesidades y expectativas de los clientes y la opinión de los proveedores se identificaron una serie de criterios que facilitasen un contexto general de la empresa, en base a unos indicadores medibles, centrándolos, en un principio en 10 criterios: Elementos Tangibles, Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Profesionalidad, Cortesía, Credibilidad, Seguridad, Accesibilidad, Comunicación, Comprensión del cliente.

Más adelante encontraron que una serie de criterios estaban correlacionados y que podían englobarse dentro de criterios más amplios y optaron por realizar una nueva clasificación, quedando finalmente 5 dimensiones: Fiabilidad, Elementos tangibles, Capacidad de respuesta, Seguridad y Empatía.

Estas dimensiones se estructuraron en 22 sentencias que posteriormente supondrían el núcleo de la escala.

Con las mediciones SERVQUAL podremos realizar seguimientos periódicos que nos permitan comparar todos los cambios que se van produciendo tanto en las expectativas como en las percepciones, hecho que nos proporcionara una línea a seguir. Además nos servirá como herramienta para evaluar la calidad de servicio que perciben los clientes internos dentro de la propia organización.

Para cada dimensión, se diseñaron cuatro preguntas, a excepción de las dimensiones de elementos tangibles y empatía, para las cuales se diseñaron cinco. La intención fue representar mediante las preguntas los aspectos más importantes de cada dimensión que definen la calidad del servicio en planificación familiar.

1.3 Materiales de Verificación

Material de escritorio

PC Intel Core i 5

Impresora

Sistema operativo Windows 7 – Windows 8.

Procesador de texto Word 2010

Soporte estadístico SPSS 20.0 for Windows

2. Campo de Verificación

2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizará en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique - Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

Se trata de una investigación prospectiva, debido a que se tomaron los datos de las entrevistas realizadas a partir de la aprobación del proyecto de investigación (octubre, noviembre y diciembre del 2014)

2.3. Unidades de estudio

Gestantes que acuden a controlarse al servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.

2.3.1. Universo o población

Está constituido por las usuarias gestantes del servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.

2.3.1.1 Criterios de Inclusión

Gestantes que por lo menos cuentan con un control prenatal.

Gestantes que acuden por consultorio externo.

Gestantes referidas de otros niveles de atención.

Gestantes que estén adscritas al Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.

2.3.1.2 Criterios de exclusión

- a. Gestantes profesionales de la salud.
- b. Gestantes que laboran en el Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.
- c. Gestantes que durante el periodo de observación pudieron tener complicaciones.
- d. Gestantes que expresan su deseo de no participar en el estudio.

2.3.2. Procedimiento de muestreo

No se realizara porque se hará con el 100% de gestantes que iniciaron sus controles prenatales o los continuaron durante el año 2014

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

Coordinación del Permiso al Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique Arequipa, para ejecutar el trabajo de investigación.

Presentación formal a la Facultad de Medicina de la UCSM, contando con el proyecto de tesis, para su revisión y su aprobación.

Visita continua al Consultorio Externo de Obstetricia y recolección de datos de las pacientes gestantes que acudan a control prenatal.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos humanos

El autor:

Bachiller en Medicina

Miguel Arnold Palomino Estrada.

Tutor: Dra. Gladys Flores Paredes

Grupo Recolector de datos: Representado por el investigador, quien apoyado por personas ajenas al hospital e instruidas adecuadamente, se recolectaran los datos aplicando la cedula de entrevista.

3.2.2. Recursos Físicos

Ficha de recolección de datos

3.2.3. Recursos financieros

Autofinanciado por el Autor.

3.3. Validación de instrumentos

Se empleara el Cuestionario Servqual, el cual esta validado por sus autores; modificándose en algunos términos para conveniencia del estudio.

3.4 Criterios para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de recolección

Se procederá a instalar un pequeño módulo de entrevista en la sala de espera del servicio de obstetricia. Se realizará una breve explicación de la evaluación, sin mencionar que se verificará su asistencia al próximo control prenatal. Se evaluará las percepciones sobre la calidad; y luego según les hayan indicado la fecha de su próximo control, en la fecha propuesta se verificará su asistencia para determinar su continuidad.

Para tener la fecha de su próximo control se preguntará directamente a las encuestadas sobre tal evaluación; luego se revisará los archivos de atención para ver si regresaron o no en la fecha propuesta.

Continuidad: Mujeres gestantes que acuden al control programado sea cual fuere su naturaleza de esta.

No continuidad: A las que falten al siguiente control prenatal.

Definición de continuidad evaluada por validez de contenido o juicio de expertos realizado en 5 especialistas del área: 3 Obstetricas que laboran en el área, 2 Médicos Ginecólogos Obstetras del Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.

3.4.2 A nivel de sistematización

Análisis estadístico de Correlación entre brecha y continuidad del Control Prenatal.

Se procederá a crear una matriz de datos informática en el editor de datos del Programa Estadístico SPSS 22.0 for Windows, de lo cual obtendremos las tablas y las pruebas estadísticas indicadas en el presente diseño, verificando la continuidad y su correlación con la brecha, la cual será calcula por diferencia entre la cobertura alcanzada con el valor esperado. Todas las estimaciones realizadas consideran el efecto de diseño de la encuesta.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

Estadística descriptiva: Basados en los resultados obtenidos del Software SPSS; las variables cualitativas se describirán en frecuencia absoluta (N) y frecuencia relativa (%); las variables cuantitativas, se describirán como media (X) y desviación estándar (σ).

Estadística Inferencial: Para la asociación de variables nominales usaremos la prueba estadística de X^2 de Pearson, para la comparación de dos variables en escala de razón o intervalo usaremos la *t de Student*. Las pruebas estadísticas se considerarán estadísticamente significativas cuando presenten una probabilidad aleatoria (P) menor de 0.05.

Plan de tabulación: las tablas para la estadística descriptiva será de frecuencia y porcentaje y para la estadística Inferencial las tablas de contingencia o de doble entrada.

Plan de graficación: se utilizarán grafico de barras e histogramas de acuerdo a la naturaleza de la variable.

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer cómo influye la "Calidad de la Atención en la Continuidad del Control Prenatal, "Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique".

Objetivos específicos

1. Identificar la percepción de la calidad de atención prenatal en cuanto a elementos tangibles, empatía, confiabilidad, capacidad de respuesta y seguridad; por las del servicio de control prenatal en el Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.
2. Definir la continuidad del control prenatal en el Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.
3. Relacionar la percepción de la calidad de la atención prenatal, con la continuidad del control prenatal.



**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014****TABLA 1****DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO DE GESTANTES CON CONTROL
PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO
MANRIQUE**

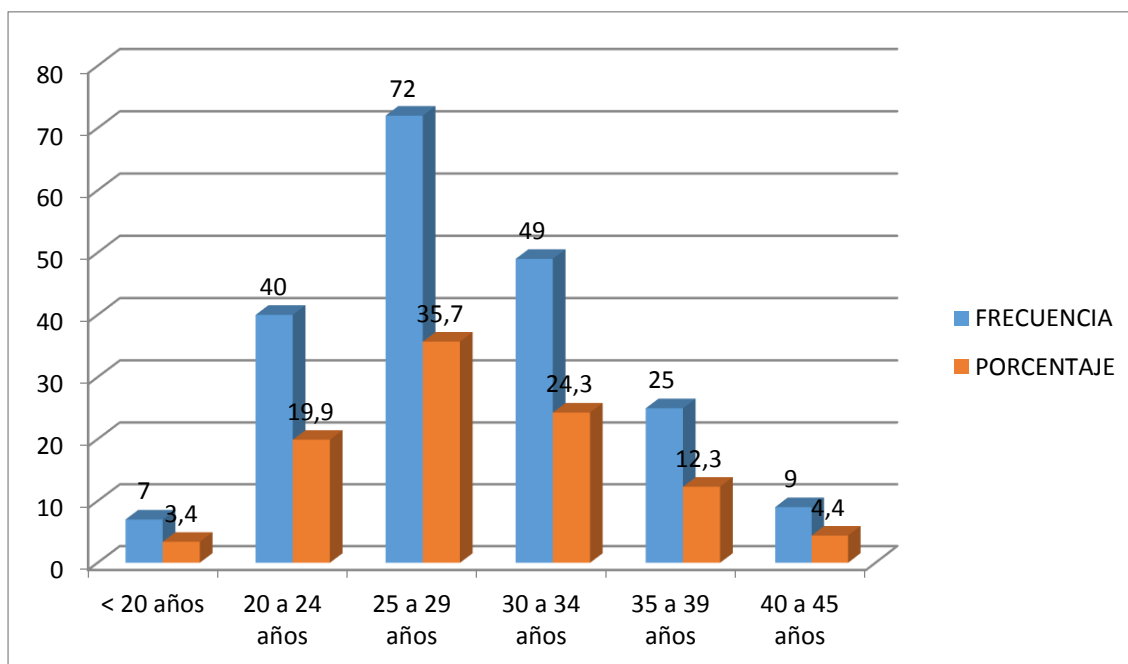
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
< 20 años	07	3.4
20 a 24 años	40	19.9
25 a 29 años	72	35.7
30 a 34 años	49	24.3
35 a 39 años	25	12.3
40 a 45 años	09	4.4
TOTAL	202	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos. Elaboración Propia.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 1

**DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO DE GESTANTES CON CONTROL
PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO
MANRIQUE.**



La edad de las pacientes gestantes evaluadas varía entre 18 y 43 años; el cual evidencia un promedio calculado en años. Además de ello se percibe que el grupo etáreo más frecuente es aquel comprendido entre los 25 y 29 años, cifra que corresponde a la tercera parte de la población estudiada.

Edad Mínima en Estudio: 18 años.

Edad Máxima en Estudio: 43 años.

Edad Media Calculada: 27.25.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 2

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE GESTANTES
CON CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO
PINTO MANRIQUE.**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	4	1.92
Casada	123	60.90
Conviviente	58	28.72
Separada	7	3.47
Divorciada	8	3.97
Viuda	2	0.99
TOTAL	202	100

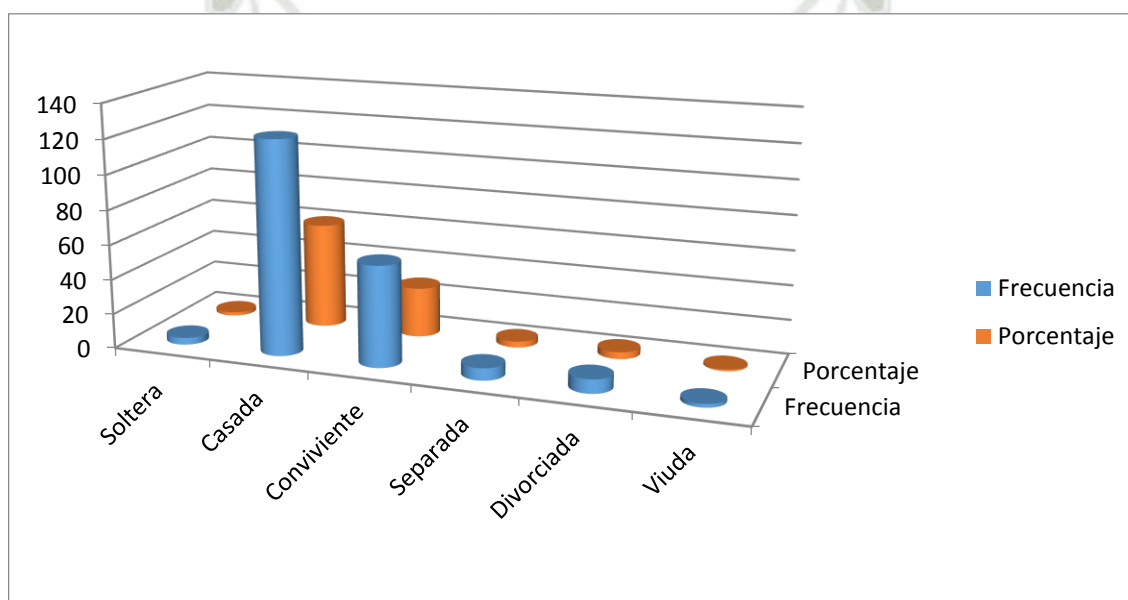
FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

El estado civil de las gestantes corresponde en su gran mayoría a la situación de casadas en un 60.90%, seguidamente le corresponde a la situación de convivencia en un 28.72%, posteriormente en números más bajos las situaciones de Divorciada, Separada, Soltera y Viuda en porcentajes de 8%,7%, 4%, 2% respectivamente.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 2

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE GESTANTES
CON CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO
PINTO MANRIQUE**



**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.****TABLA 3****DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN
GESTANTES CON CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE**

GRADO DE INSTRUCCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	8	3.93
SECUNDARIA	146	72.57
SUPERIOR	48	23.73
TOTAL	202	100

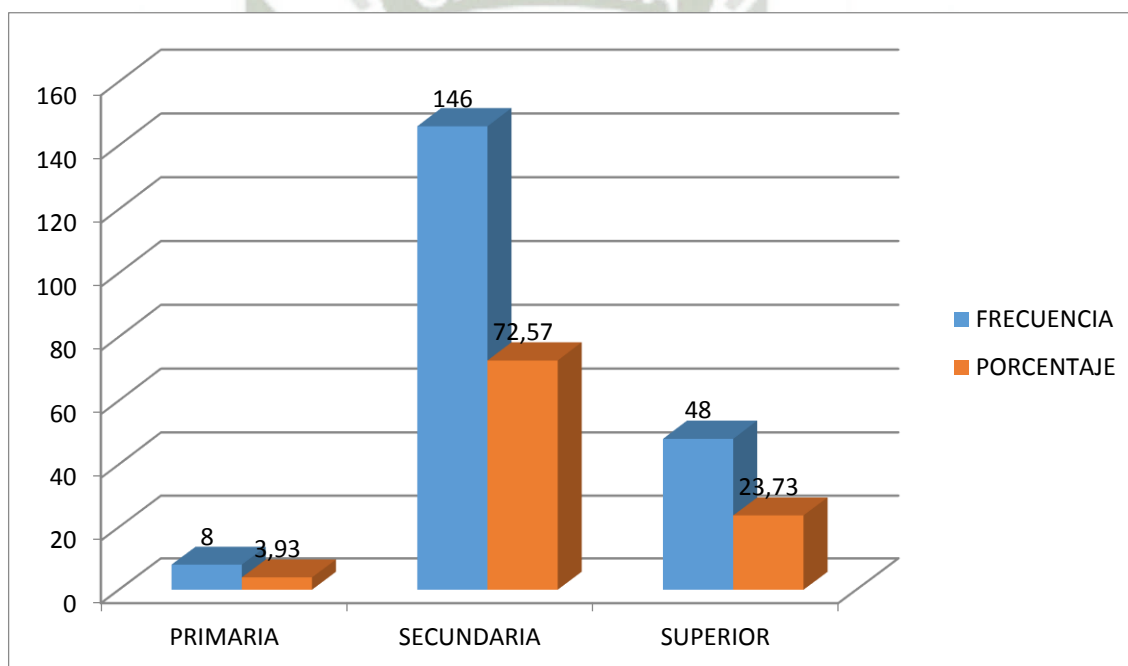
FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

La calidad de atención cuando se es relacionada con el nivel de instrucción del paciente, genera una percepción subjetiva, por lo cual es importante evidenciar estadísticamente el nivel de instrucción, percibiendo de esta manera que el 3.93% tienen Instrucción Primaria, 72.57% que representan la mayoría, tienen Instrucción Secundaria, 23.73% tienen Instrucción Superior.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 3

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN
GESTANTES CON CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE**



**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 4

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN OCUPACION DE GESTANTES CON
CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO
PINTO MANRIQUE**

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SU CASA	53	26.23
POLICIA	68	33.66
COMERCIANTE	31	15.34
ESTUDIANTE	28	13.86
ENFERMERA	4	1.98
SECRETARIA	4	1.98
ADMINISTRADORA	2	0.99
OBSTETRA	3	1.48
CONTADORA	2	0.99
PSICOLOGA	2	0.99
COSMETOLOGA	3	1.48
ARQUITECTO	1	0.49
ABOGADO	1	0.49

TOTAL

202

100

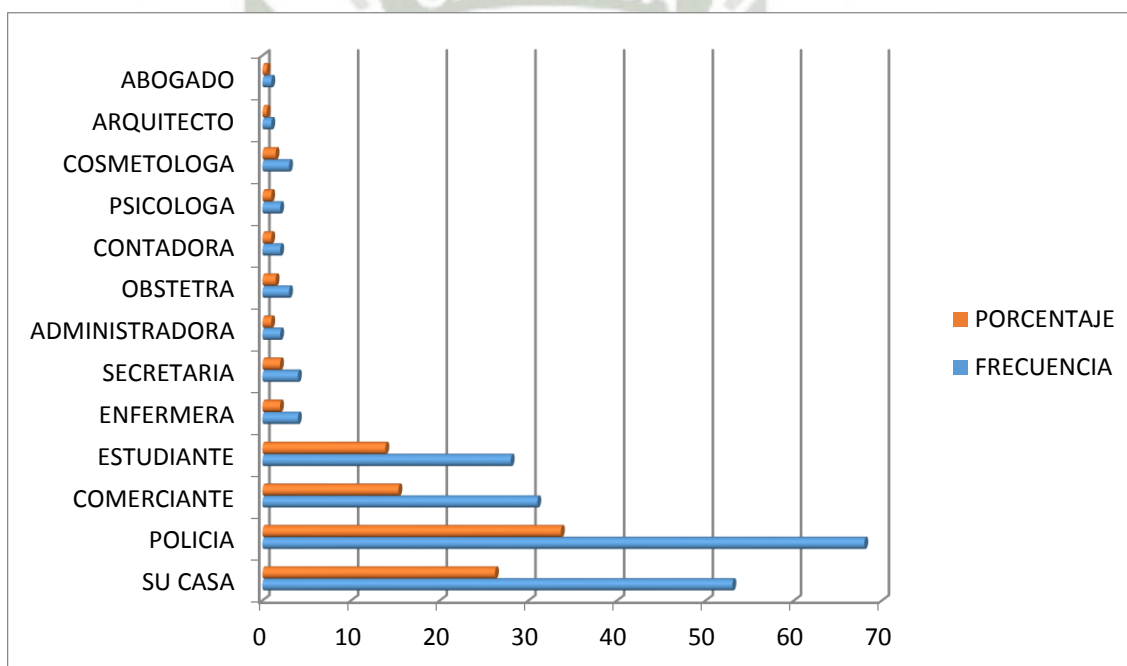
FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.



**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 4

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN OCUPACION DE GESTANTES CON
CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO
PINTO MANRIQUE**



La mayor cantidad de gestantes evidencian pertenecer a la Policía Nacional, demostrando esto con un 33.66%, seguidamente en proporción, le corresponde a gestantes Amas de Casa con un 26.23%, no muy lejos la siguiente ocupación en frecuencia se refiere a Comerciantes y Estudiantes con un 15,34% y 13,86% respectivamente, entre otras ocupaciones menos frecuentes.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 5

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN EL NUMERO DE CONTROLES
PRENATALES DE GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP
JULIO PINTO MANRIQUE**

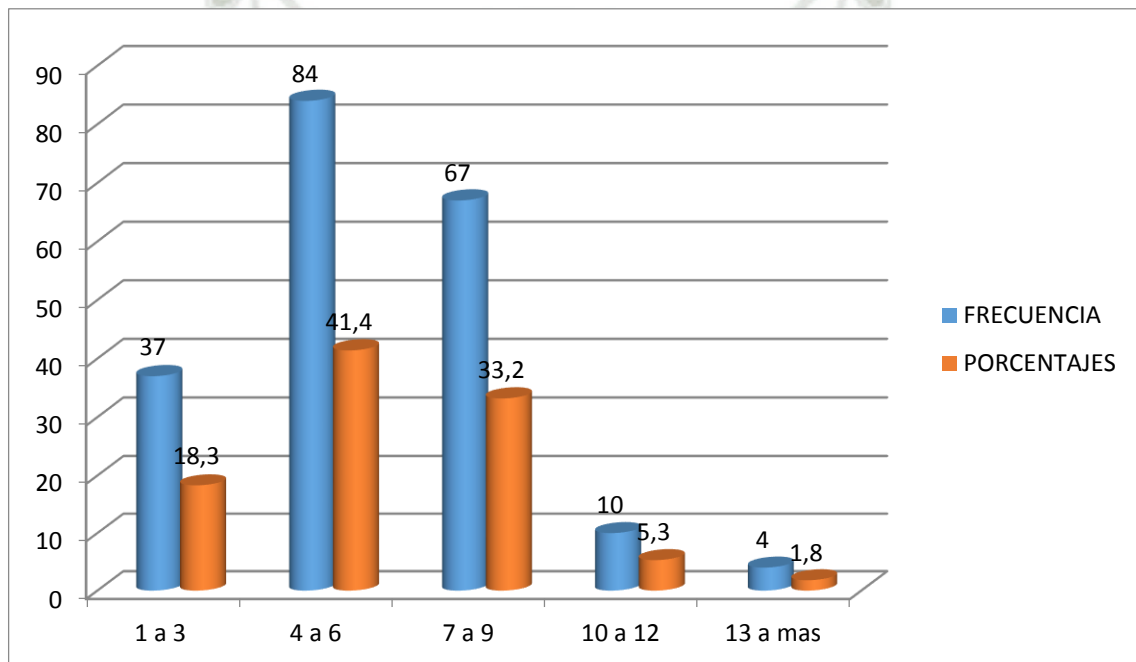
CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1 a 3	37	18.3
4 a 6	84	41.4
7 a 9	67	33.2
10 a 12	10	5.3
13 a mas	4	1.8
TOTAL	202	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 5

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN EL NUMERO DE CONTROLES
PRENATALES DE GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP
JULIO PINTO MANRIQUE**



La presente tabla no muestra necesariamente un adecuado o inadecuado número de controles prenatales, puesto que las gestantes fueron estudiadas en distintos momentos de su edad gestacional, mas al contrario nos evidencia específicamente el número de controles que se realizaron hasta el momento del estudio independientemente de su edad gestacional, es por tanto que estadísticamente nos refieren lo siguiente: 5.3% se verifica entre el primer y tercer control prenatal, 46.4% se verifica entre el cuarto y sexto control prenatal, un 38,2% se verifica entre el séptimo a noveno control prenatal, un 8,3% se verifica entre el décimo a décimo segundo control prenatal, finalmente un 1.8% se evidencia desde el décimo tercero a más controles prenatales.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 6

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN CONTINUIDAD EN GESTANTES CON
CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO
PINTO MANRIQUE**

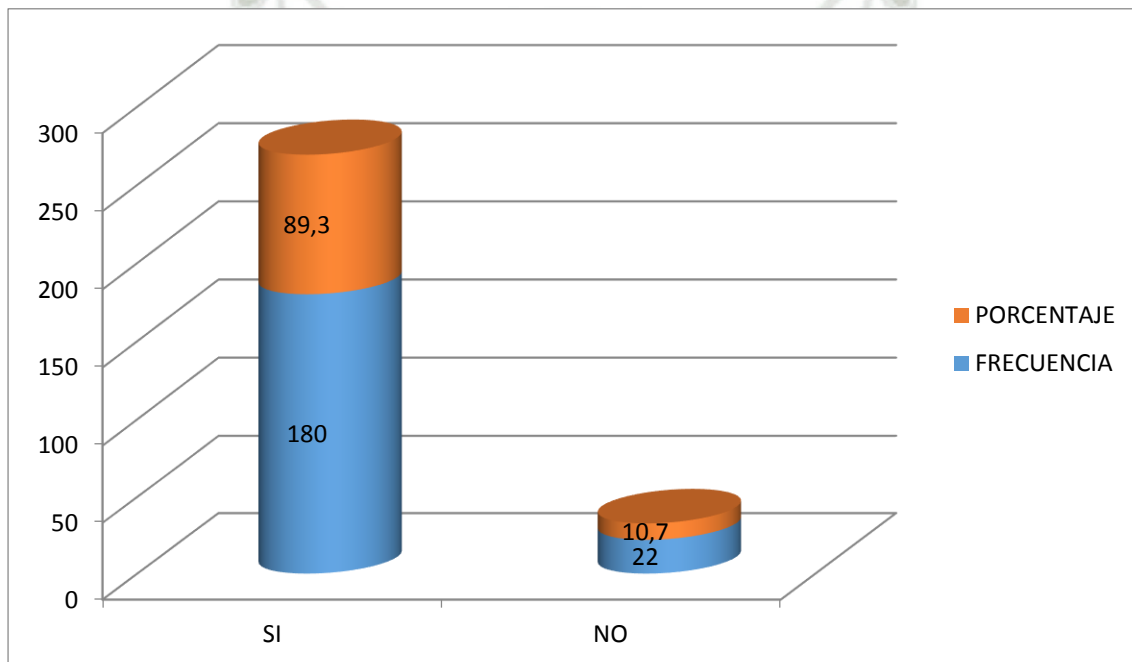
CONTINUIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	180	89.3
NO	22	10.7
TOTAL	202	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICOS 6

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN CONTINUIDAD EN GESTANTES CON
CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO
PINTO MANRIQUE**



Se conceptúa como continuidad a la duración o permanencia de una cosa sin interrupción, en este caso referida a la práctica del control prenatal, la cual será evaluada en función al cumplimiento de la fecha programada para el próximo control prenatal; así se evidencio que el 89.3% asistió puntualmente a su próximo control en la fecha indicada, mientras que el 10.7% asistió en otras fechas o simplemente no asistió. Por tanto la variable en cuestión será analizada en función de la calidad de atención percibida por la paciente.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 7

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN EL TIEMPO DE ESPERA EN
GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**

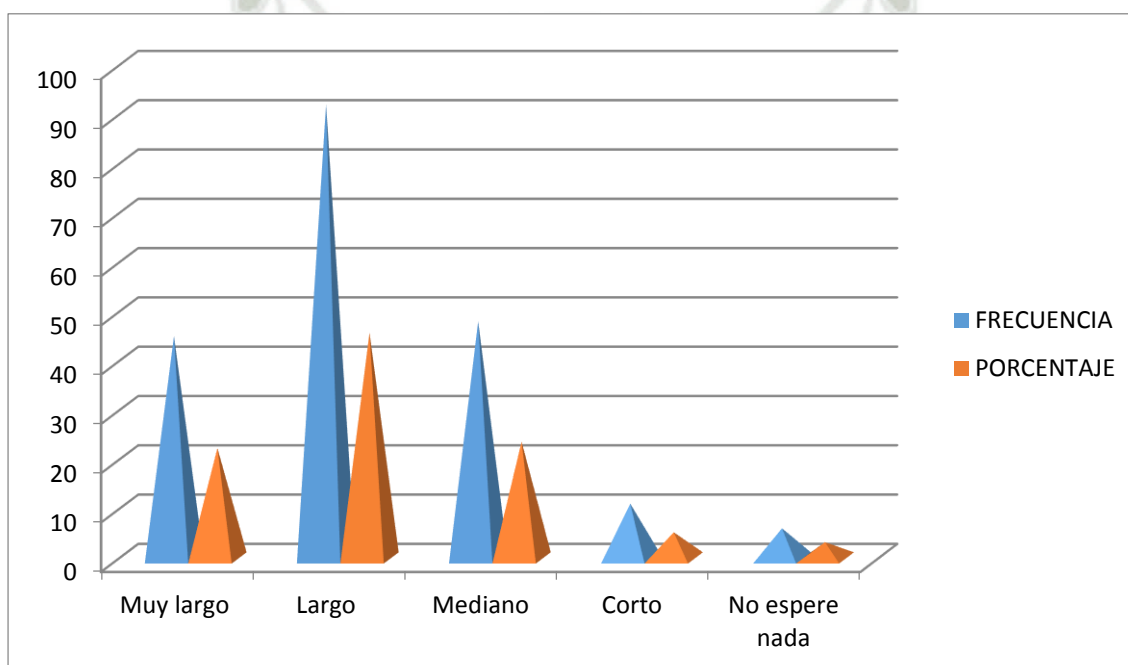
TIEMPO DE ESPERA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy largo (> 1 hora)	45	22.3
Largo (31-60 min)	92	45.7
Mediano (16-30 min)	48	23.6
Corto (<15 min.)	11	5.2
No espere nada	6	3.2
TOTAL	202	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 7

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN EL TIEMPO DE ESPERA EN
GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**



Este estudio trajo consigo la percepción que tenían las pacientes con respecto al tiempo de espera para ser controladas, dicha información se evaluó a través de 5 alternativas, los cuales respectivamente obtuvieron los siguientes resultados: 22,3% de gestantes manifestaron que el tiempo de espera fue muy largo; 45,7% de gestantes manifestaron que el tiempo de espera para ser controladas fue Largo; 23,6% de gestantes manifestaron que el tiempo de espera para ser controladas fue Mediano; 5,2% de gestantes manifestaron que el tiempo de espera para ser controladas fue Corto; 3,2% de gestantes manifestaron que no esperaron nada.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 8

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN ELEMENTOS TANGIBLES EN
GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**

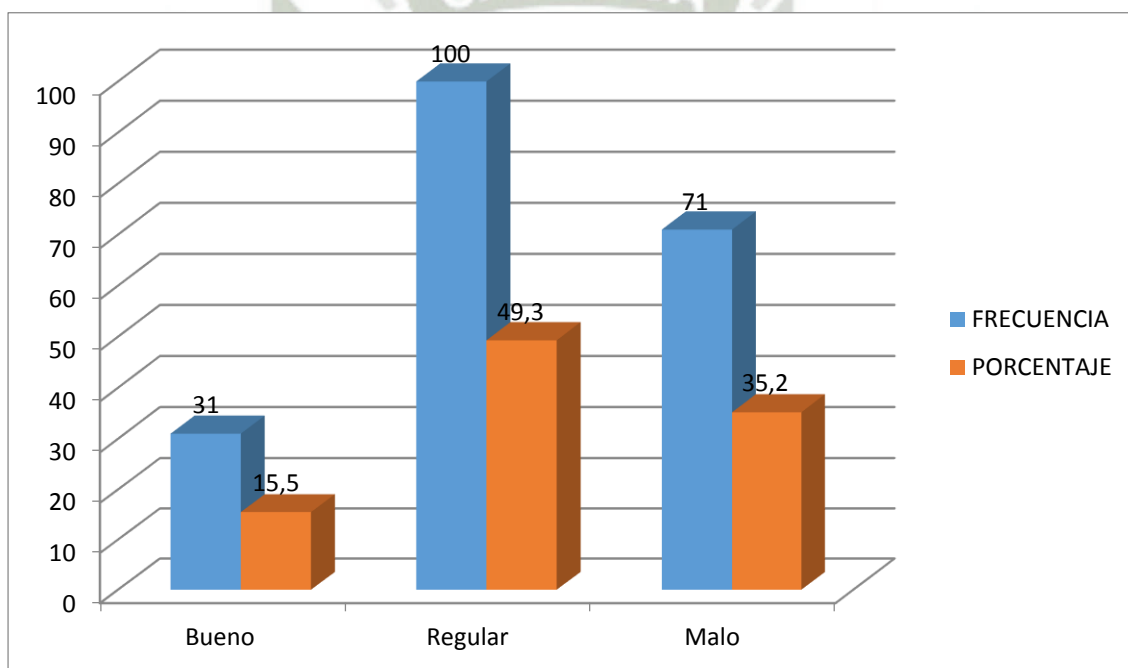
ELEMENTOS TANGIBLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	31	15.5
Regular	100	49.3
Malo	71	35.2
TOTAL	202	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 8

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN ELEMENTOS TANGIBLES EN
GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**



El 15,5% de las gestantes encuestadas estuvieron de acuerdo en expresar que los elementos tangibles de las instalaciones donde fueron atendidas son buenas, esta cifra es de gran utilidad, pues nos servirá como punto de referencia y base para realizar la comparación de las otras dimensiones de calidad.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 9

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN LA CONFIABILIDAD DE GESTANTES
CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP
JULIO PINTO MANRIQUE**

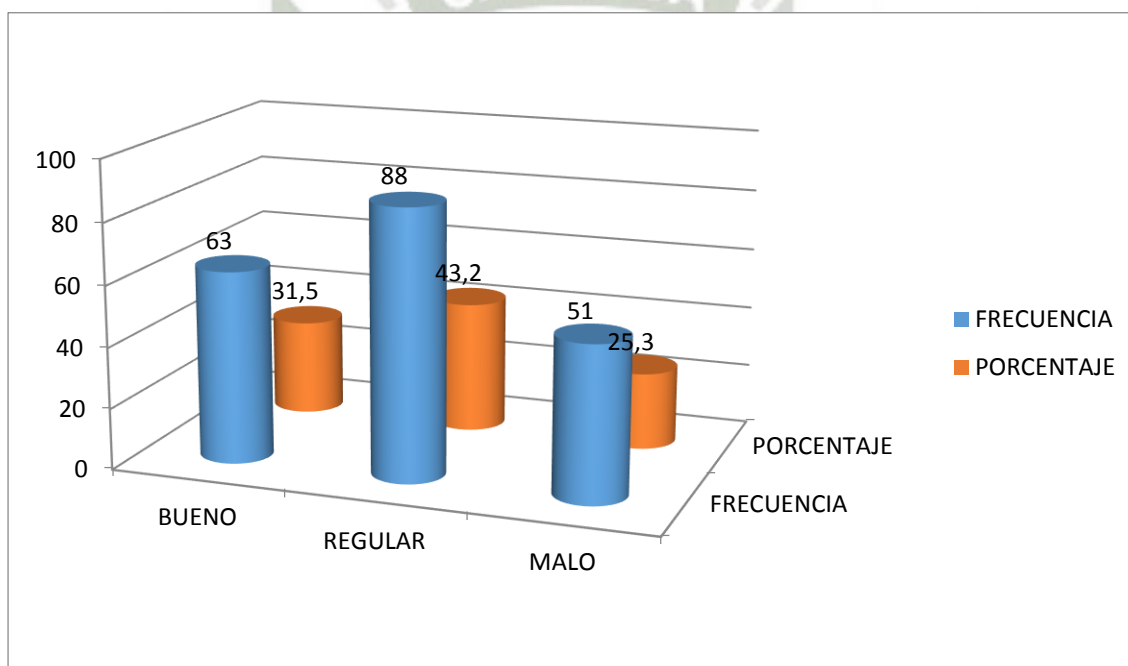
NIVEL DE CONFIABILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	63	31.5
REGULAR	88	43.2
MALO	51	25.3
TOTAL	202	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 9

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN LA CONFIABILIDAD DE GESTANTES
CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP
JULIO PINTO MANRIQUE**



Se define como Confiabilidad al nivel de seguridad que la paciente pueda percibir con respecto a las habilidades profesionales de los proveedores de la salud, la cual se evidencia en Buena en un 31,5%; Regular en un 43,2%; Mala en un 25,3%.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 10

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN LA PERCEPCION DE EMPATIA EN
GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**

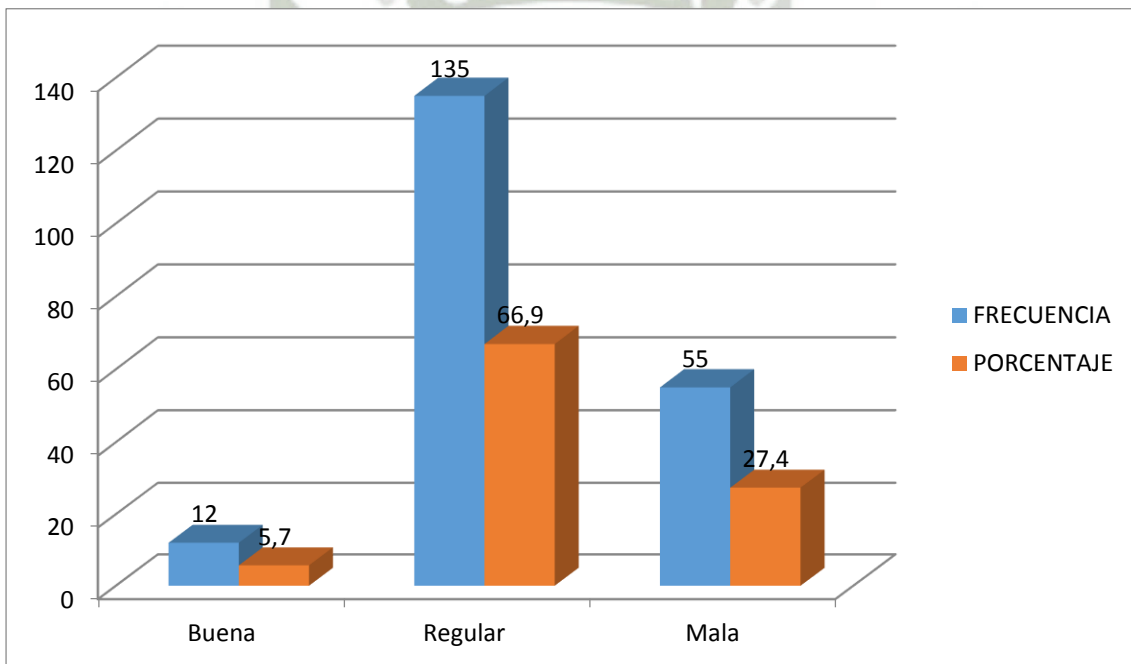
NIVEL DE EMPATIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena	12	5.7
Regular	135	66.9
Mala	55	27.4
TOTAL	202	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 10

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN LA PERCEPCION DE EMPATIA EN
GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**



Definimos como Empatía a la destreza básica de la comunicación interpersonal, en consecuencia, solo el 5,7% consideran una buena percepción de la empatía por parte del personal que la atendió; esta cifra es mucho menos con relación a la confiabilidad, es decir que el personal que atiende a las gestantes no posee cualidades empática apreciables por la población atendida.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.****TABLA 11****DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN LA PERCEPCION DE SEGURIDAD EN
GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**

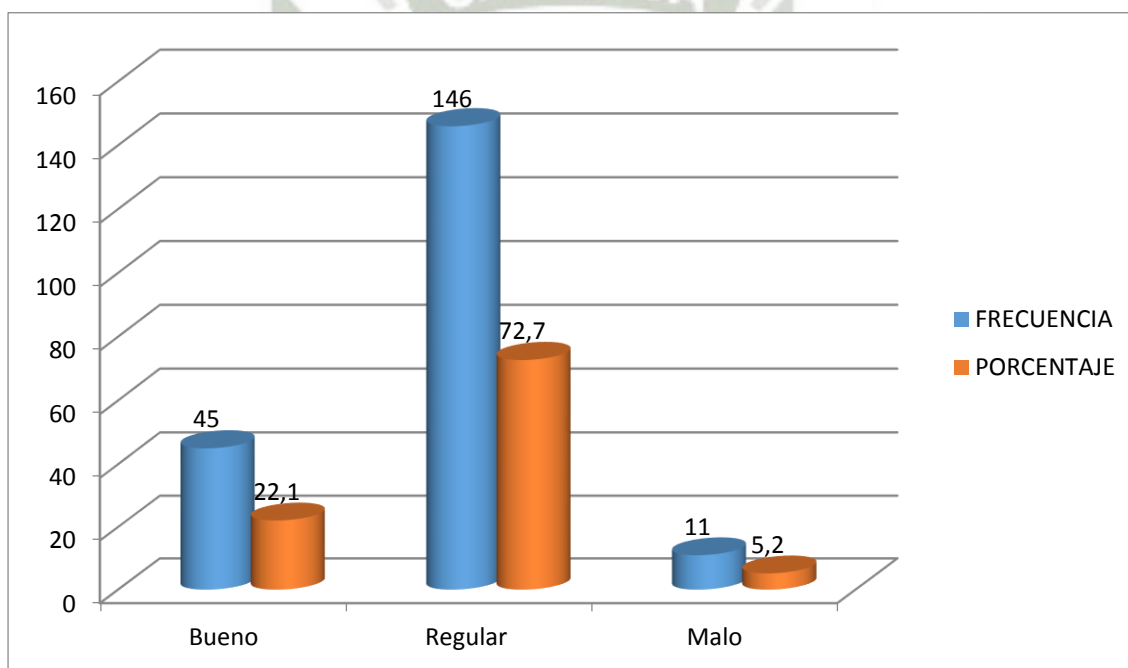
NIVEL DE SEGURIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	45	22.1
Regular	146	72.7
Malo	11	5.2
TOTAL	202	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 11

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN LA PERCEPCION DE SEGURIDAD EN
GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**



La Seguridad percibida por las gestantes como Buena se evidencio en 22,1% de la población general, algo por encima de la percepción de los elementos tangibles, con lo que podemos hacer nuestra escala de percepciones y evaluar finalmente la calidad percibida por la paciente.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 12

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN LA PERCEPCION DE CAPACIDAD DE
RESPUESTA EN GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**

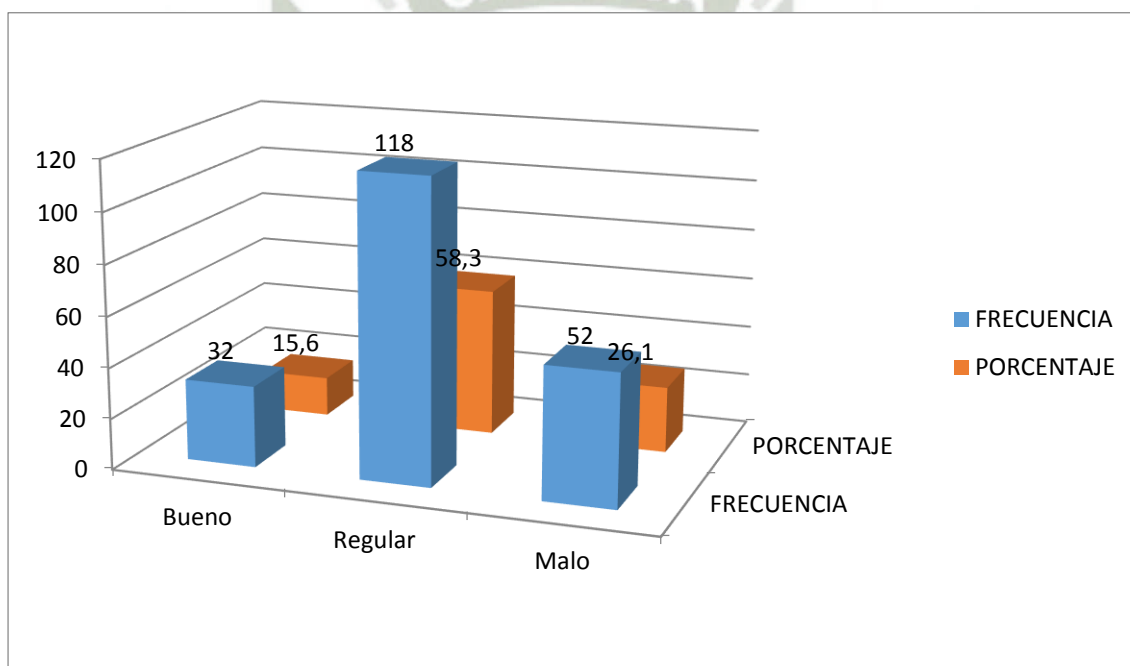
CAPACIDAD DE RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	32	15.6
Regular	118	58.3
Malo	52	26.1
TOTAL	202	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 12

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN LA PERCEPCION DE CAPACIDAD DE
RESPUESTA EN GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**



La población gestante percibe como buena la capacidad de respuesta por parte de comunidad sanitaria en un 15,6%, así lo evidenciado estaría en el mismo nivel a la percepción de los elementos tangibles.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 13

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN LA PERCEPCION DE CALIDAD DE
ATENCION EN GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**

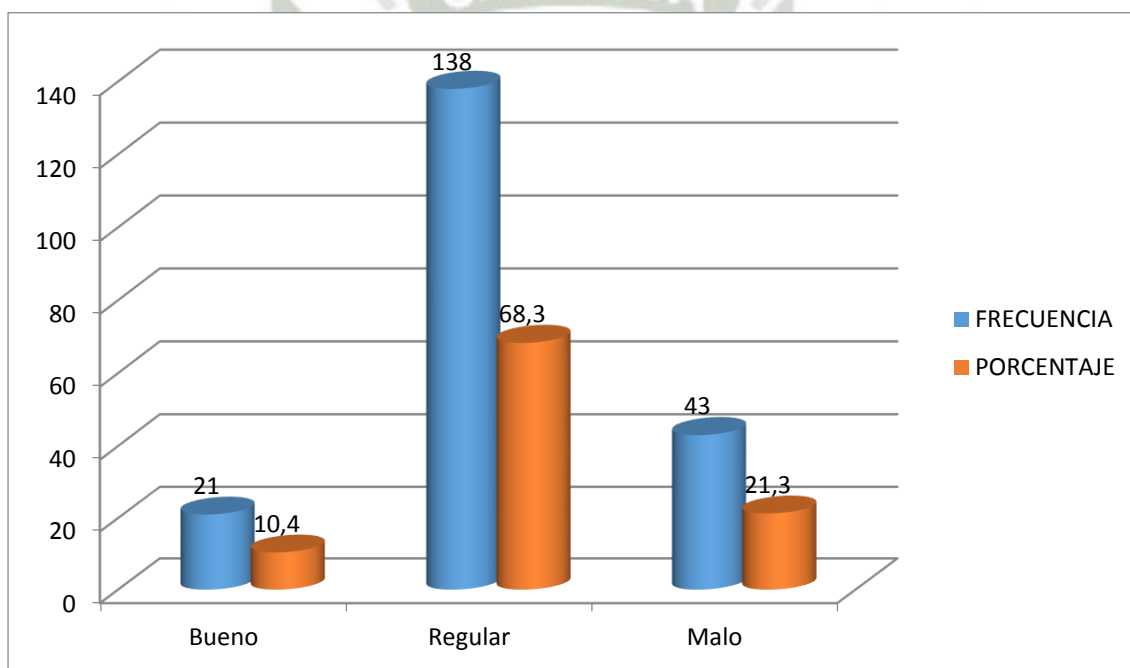
CALIDAD DE ATENCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	21	10.4
Regular	138	68.3
Malo	43	21.3
TOTAL	202	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 13

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN LA PERCEPCION DE CALIDAD DE
ATENCIÓN EN GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**



Se analiza a este nivel la calidad de atención en función de los 5 ítems relacionados a la calidad de la atención percibida resaltados en la encuesta, a través del cual obtenemos los siguientes resultados: 10.4% es catalogado como Bueno; 68.3% como regular y el 21.3% restante como malo.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.****TABLA 14****DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN LA SATISFACCION GLOBAL DE
GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**

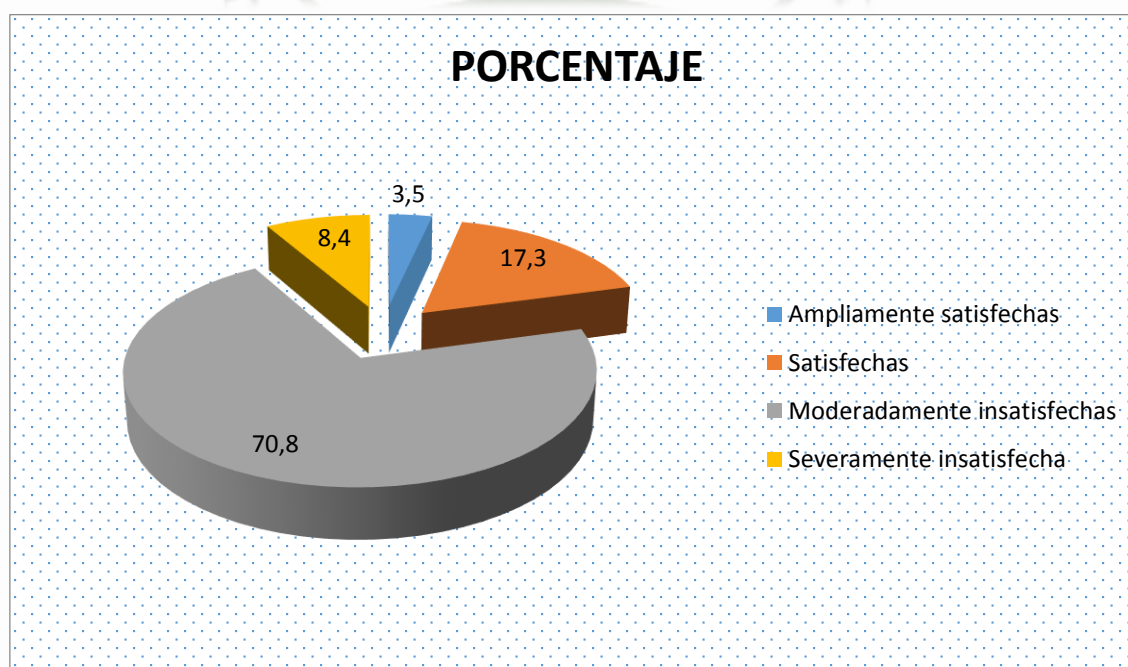
NIVEL DE SATISFACCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ampliamente satisfechas	7	3.5
Satisfechas	35	17.3
Moderadamente insatisfechas	143	70.8
Severamente insatisfecha	17	8.4
TOTAL	202	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 14

**DISTRIBUCION POR GRUPOS SEGÚN LA SATISFACCION GLOBAL DE
GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**



Tras la evaluación a través de la encuesta Servqual, con respecto a la satisfacción global se pudo consignar los siguientes resultados: Solo un 3,5% de las gestantes expresan estar ampliamente satisfechas con la atención brindada, lo cual representa una minoría en comparación al tamaño de la muestra; un 17,4% expresa estar satisfecha con la atención; un 70,8% expresa estar moderadamente insatisfechas con la atención, esta última representa la mayor cantidad de gestantes atendidas; mientras que un 8,4% expresa estar severamente insatisfecha con la atención brindada.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 15

**DISTRIBUCION DE LA CONTINUIDAD DE CONTROLES PRENATALES SEGÚN
PERCEPCION DE ELEMENTOS TANGIBLES EN GESTANTES DEL HOSPITAL
REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE.**

CONTINUIDAD		ELEMENTOS TANGIBLES			TOTAL
		Bueno	Regular	Malo	
SI	Frecuencia	29	95	56	180
	%	14.3	47.1	27.9	89.3
NO	Frecuencia	2	5	15	22
	%	1.2	2.2	7.3	10.7
TOTAL	Frecuencia	31	100	71	202
	%	15.5	49.3	35.2	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson.

X²: 11.870

P: 0.003

En el grupo de mujeres que perciben a los elementos tangibles como regular, se observa la mayor proporción de continuidad en el control prenatal 47.1%; la que representa una cifra mayor a la observada a las mujeres que perciben como malo a los elementos tangibles 27.9%; y a las que perciben como bueno 14.3%; siendo que las diferencias descritas son estadísticamente significativas, ya que P-valor (0.003) es menor al nivel de significancia (0.05%) podemos decir que existe influencia de la percepción de los elementos tangibles sobre la continuidad del control prenatal.

Tabla de contingencia Continuidad * Escala					
Recuento					
		Elementos Tangibles			Total
		Bueno	Regular	Malo	Bueno
Continuidad	No	2	5	15	22
	Si	29	95	56	180
Total		31	100	71	202

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.870(a)	2	.003
Razón de verosimilitudes	11.316	2	.003
Asociación lineal por lineal	8.142	1	.004
N de casos válidos	202		

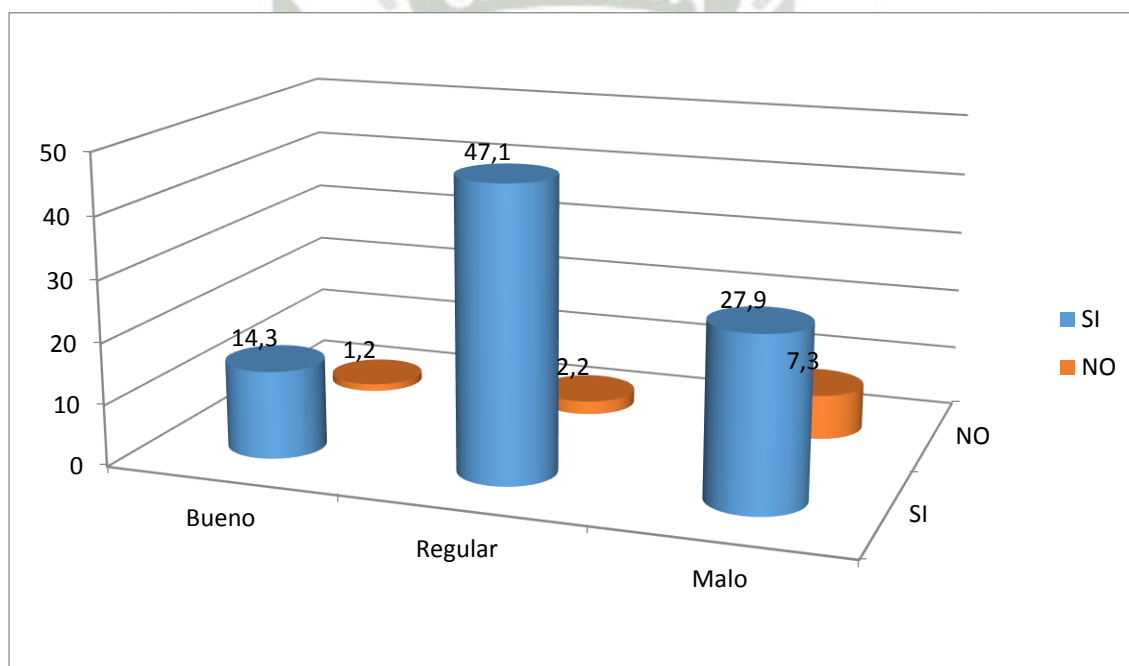
a 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.38.

Para que la prueba estadística se acepte el valor de “p” debe ser menor a 0.050 con lo que se cumplirá que p es menor a 5% y se puede aceptar la hipótesis de investigación, en caso contrario se rechaza la hipótesis de investigación.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 15

**DISTRIBUCION DE LA CONTINUIDAD DE CONTROLES PRENATALES SEGÚN
PERCEPCION DE ELEMENTOS TANGIBLES EN GESTANTES DEL HOSPITAL
REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE.**



**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 16

**DISTRIBUCION DE LA CONTINUIDAD SEGÚN EL GRADO DE EMPATIA EN
GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**

CONTINUIDAD		EMPATIA			TOTAL
		Bueno	Regular	Malo	
SI	Frecuencia	10	126	44	180
	%	4.9	62.5	21.9	89.3
NO	Frecuencia	2	9	11	22
	%	0.8	4.4	5.5	10.7
TOTAL	Frecuencia	12	135	55	202
	%	5.7	66.9	27.4	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

Prueba Estadística: Chi cuadrado de Pearson.

X²: 7.597 P: 0.022

La continuidad del control prenatal es más alta en las mujeres que percibieron a la empatía de los profesionales como regular con 62,5%; mientras que esta cifra es menor en el grupo de mujeres que percibieron la empatía como mala con 21.9%; y menos aun las que percibieron la empatía como Buena 4.9%, de manera que la percepción de la empatía influye sobre la continuidad del control prenatal y es estadísticamente significativa ($P < 0.05$).

		Empatía			Total
		Bueno	Regular	Malo	Bueno
Continuidad	No	2	9	11	22

	Si	10	126	44	180
Total		12	135	55	202



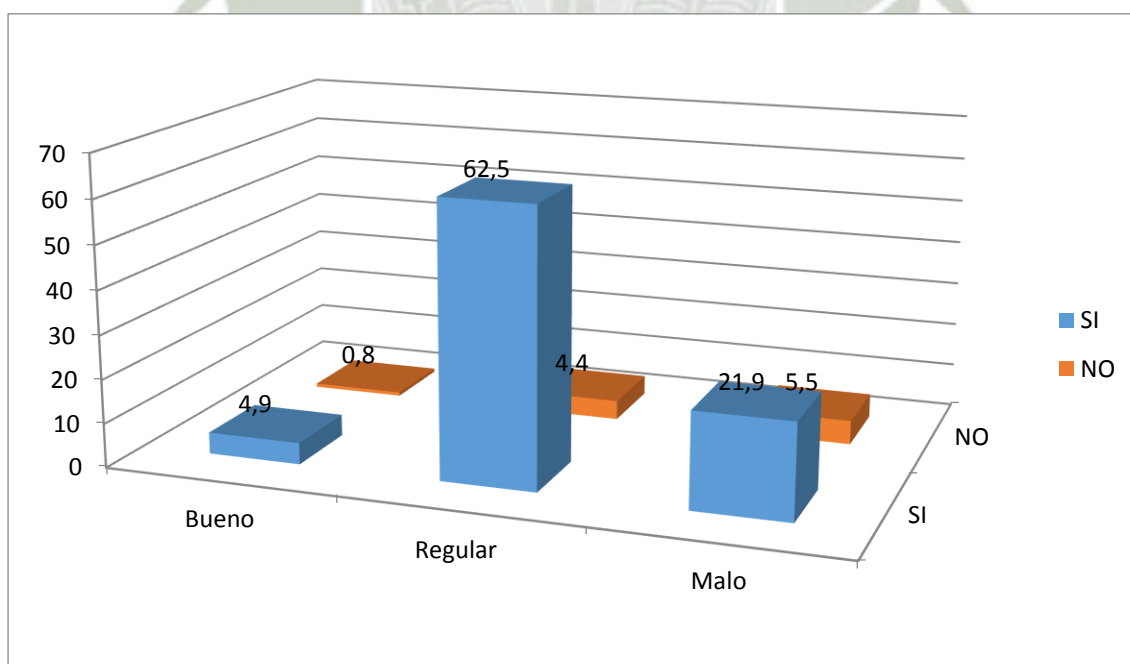
Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.597(a)	2	.022
Razón de verosimilitudes	7.081	2	.029
Asociación lineal por lineal	3.303	1	.069
N de casos válidos	202		

a 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.31.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 16

**DISTRIBUCION DE LA CONTINUIDAD SEGÚN EL GRADO DE EMPATIA EN
GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**



**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 17

**DISTRIBUCION DE LA CONTINUIDAD DEL CONTROL PRENATAL SEGÚN EL
GRADO DE CONFIABILIDAD EN GESTANTES CON CONTROLES
PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO
MANRIQUE.**

CONTINUIDAD		CONFIABILIDAD			TOTAL
		Bueno	Regular	Malo	
SI	Frecuencia	59	75	46	180
	%	29.2	37.2	22.9	89.3
NO	Frecuencia	4	13	5	22
	%	2.3	6	2.3	10.7
TOTAL	Frecuencia	63	88	51	202
	%	31.5	43.2	25.2	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

Prueba Estadística: Chi cuadrado de Pearson.

X²: 2,767 **P:** 0,251

En el grupo de mujeres que perciben la confiabilidad como regular se observa la mayor proporción de continuidad en el control prenatal 37.2%; que es una cifra mayor a la observada en las mujeres que perciben como buena a la confiabilidad 29.2%; y a las que perciben como malo 22.9%; siendo que las diferencias descritas NO son estadísticamente significativas ($P < 0.05$), podemos decir que NO existe influencia de la percepción de la confiabilidad sobre la continuidad del control prenatal.

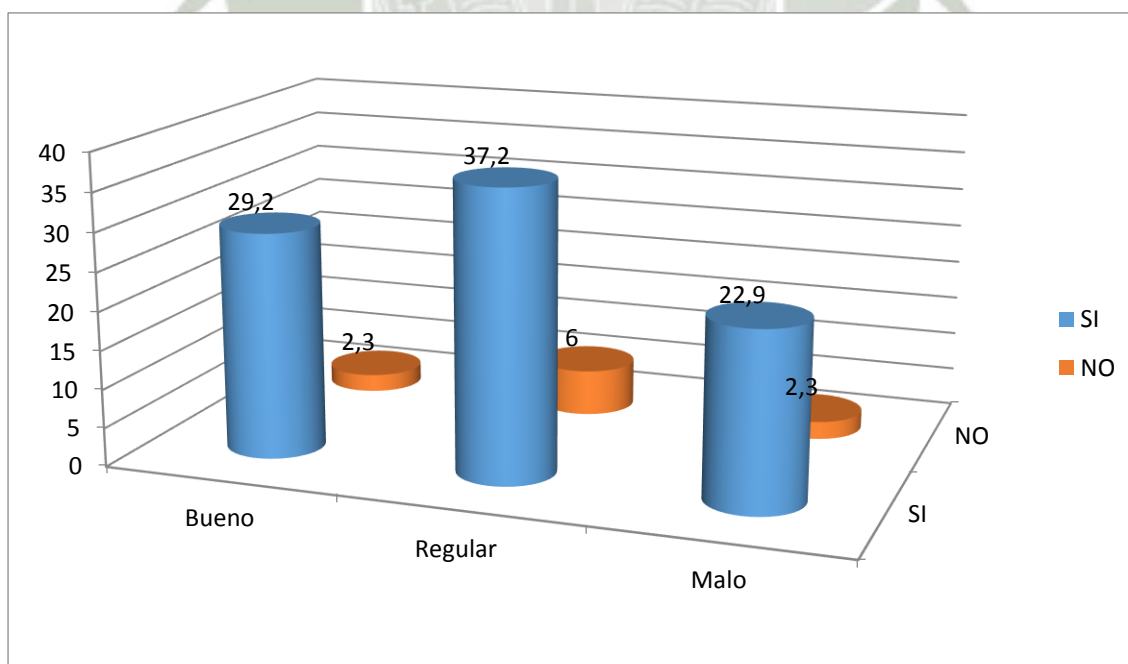
Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.767(a)	2	.251
Razón de verosimilitudes	2.858	2	.239
Asociación lineal por lineal	.482	1	.488
N de casos válidos	202		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5.55.

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 17

**DISTRIBUCION DE LA CONTINUIDAD DEL CONTROL PRENATAL SEGÚN EL
GRADO DE CONFIABILIDAD EN GESTANTES CON CONTROLES
PRENATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO
MANRIQUE.**



**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 18

**DISTRIBUCION DE LA CONTINUIDAD DE CONTROL PRENATAL SEGÚN LA
PERCEPCION DE CAPACIDAD DE RESPUESTA EN GESTANTES DEL
HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE**

CONTINUIDAD		CAPACIDAD DE RESPUESTA			TOTAL
		Bueno	Regular	Malo	
SI	Frecuencia	26	107	47	180
	%	12.9	53.0	23.4	89.3
NO	Frecuencia	6	11	5	22
	%	2.7	5.3	2.7	10.7
TOTAL	Frecuencia	32	118	52	202
	%	15.6	58.3	26.1	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

Prueba Estadística: Chi cuadrado de Pearson.

X²: 2.423

P: 0.298

La percepción de la capacidad de respuesta NO determina mejores niveles de continuidad cuando la percepción es regular 53%; niveles menores cuando la percepción es mala 23.4%; y mucho menores cuando la percepción es buena 12.9%; puesto que estadísticamente es no significativa.

Tabla de contingencia Continuidad * Escala					
Recuento					
		Capacidad de respuesta			Total
		Bueno	Regular	Malo	Bueno

Continuidad	No	6	11	5	22
	Si	26	107	47	180
Total		32	118	52	202

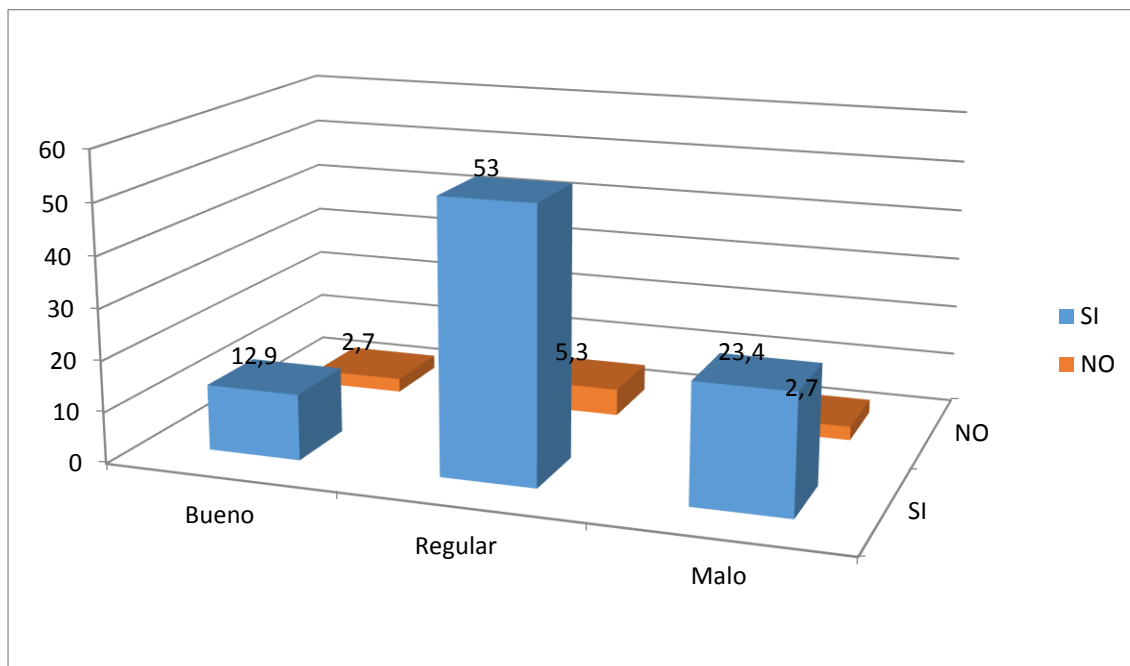
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.423(a)	2	.298
Razón de verosimilitudes	2.121	2	.346
Asociación lineal por lineal	1.263	1	.261
N de casos válidos	202		

a 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.49.

CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.

GRAFICO 18

DISTRIBUCION DE LA CONTINUIDAD DE CONTROL PRENATAL SEGÚN LA PERCEPCION DE CAPACIDAD DE RESPUESTA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE



**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

TABLA 19

**DISTRIBUCION DE LA CONTINUIDAD DEL CONTROL PRENATAL SEGÚN LA
CALIDAD DE ATENCION EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE**

CONTINUIDAD		CALIDAD DE ATENCION			TOTAL
		Bueno	Regular	Malo	
SI	Frecuencia	19	132	29	180
	%	9.4	65.4	14.5	89.3
NO	Frecuencia	2	6	14	22
	%	1	2.9	6.8	10.7
TOTAL	Frecuencia	21	138	43	202
	%	10.4	68.3	21.3	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos.

Prueba Estadística: Chi cuadrado de Pearson.

X²: 6.535; P: 0.043

Finalmente analizando la influencia de la calidad de la atención sobre la continuidad, se observa lo antes visto en algunas dimensiones de la calidad donde las pacientes que perciben como regular la calidad de la atención son continuadoras en mayor proporción 65.4% que las mujeres que perciben la calidad como malo 14,5%, por ende podemos indicar que es estadísticamente significativa, donde la calidad de atención influye sobre la continuidad.

		Calidad de atención			Total
		Bueno	Regular	Malo	Bueno
Continuidad	No	2	6	14	14

	Si	19	132	29	29
Total		21	138	43	202

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.535(a)	2	.043
Razón de verosimilitudes	6.508	2	.046
Asociación lineal por lineal	.428	1	.513
N de casos válidos	202		

a 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.29

**CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014.**

GRAFICO 19

**DISTRIBUCION DE LA CONTINUIDAD DEL CONTROL PRENATAL SEGÚN LA
CALIDAD DE ATENCION EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE LA
PNP JULIO PINTO MANRIQUE**

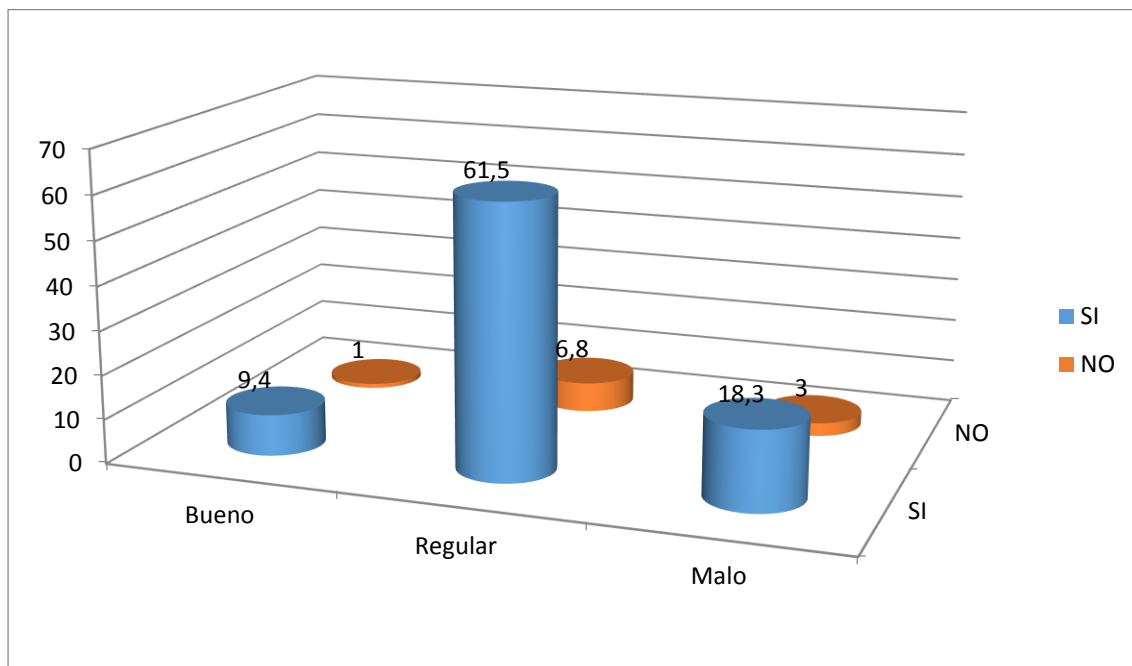


TABLA 20
ASOCIACION ENTRE LA PERCEPCION DE LA CALIDAD Y LA
CONTINUIDAD.

	X²	P < 0.05
Elementos Tangibles	11.870	0,003
Empatía	7.597	0,022
Confiabilidad	2.767	0,251
Capacidad de Respuesta	2.423	0,298
Calidad de Atención	6.535	0,043

Como la mayoría de dimensiones resultaron ser factores relacionados a la continuidad del control prenatal, en la presente analizamos la fuerza de asociación entre cada una de las dimensiones con la continuidad del control prenatal; encontrando que el principal factor para promover la continuidad es la calidad de atención, seguido de la empatía, consecuentemente los elementos tangibles. Son menos importantes la capacidad de respuesta y la confiabilidad.



TABLA 1:

En el presente estudio, el grupo etéreo de gestantes evaluadas percibe un rango comprendido entre 18 y 43 años, en el cual se evidencia un promedio calculado en 26,3 años. Además nos indica que el grupo etéreo con mayor cantidad de gestantes es el comprendido entre los 25 y 29 años, cifra que corresponde a la tercera parte de la población estudiada.

POMA¹³, en su estudio sobre la Satisfacción de la atención en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en gestantes que realizan su control prenatal en consultorios externos de obstetricia, encontró que cerca del 9,1% de encuestadas con Servqual eran adolescentes (<18 años); cerca del 71,9% se encontraban en una edad adecuada para el embarazo (19 – 34 años); y un 19,0% de gestantes añosas (>35años).

Estas cifras concuerdan perfectamente con el porcentaje demostrado en este estudio, confirman que una gran mayoría de gestantes se encuentran en una edad adecuada para el embarazo, reduciendo de esta manera factores de riesgo como embarazos prematuros, o embarazos riesgosos en pacientes de más de 35 años, además que la edad permite actuar con mayor madurez y responsabilidad la etapa gestacional con todos los procedimientos y controles que esta implica.

TABLA 2:

Corresponde a su Distribución por grupos según el estado civil, en cuyo estudio evidenciamos que una gran mayoría expresan estar casadas, plasmándose esto en un 60.9% seguidamente un 28.72% que son convivientes; luego en cifras mucho menores representando el 3.97% divorciadas, 3.47% separadas, solteras 1.92% y finalmente viudas en un 0.99%.

POMA¹³, en el estudio satisfacción de la atención de las gestantes en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza encontró que el 43% de la población expresaba ser conviviente; el 38,8% casada y el 18,2 solteras.

Podemos observar que existe una diferencia no solo de porcentajes sino del propio Estado civil, pues nuestro Estudio enmarca en mayor número a gestantes casadas, a diferencia del estudio realizado por Poma que demuestra una mayor cantidad de convivientes, frente a ello es importante resaltar que todo aquel perteneciente a la institución policial, así como familiares en primer grado ya sea esposa, convivientes con hijos, y padres del titular policial, gozan del servicio de salud gratuito denominado SALUDPOL, antes llamado FOSPOLI, por lo cual se puede concluir que existe una brecha marcada entre pacientes de las instituciones policiales, y demás establecimientos de salud, al ser un requisito necesario para acceder al servicio de salud el estar casado o tener un hijo con el titular policial.

TABLA 3:

Se percibe como resultados gestantes con nivel educativo de primaria 3.93%; secundaria 72.57%; Superior 23.73%.

MUNARES¹⁴, quien busco determinar los factores asociados del abandono al control prenatal en un Hospital del Ministerio de Salud en Perú, con relación al nivel educativo encontró 66,5% en nivel secundario, 19,5% en nivel primario, 14,1% en nivel superior.

La calidad de atención, cuando se es relacionada con el nivel de instrucción del paciente, genera una percepción subjetiva, por lo que es importante evidenciar y comparar estadísticamente el nivel de instrucción, es por tanto que en un análisis comparativo se evidencia que las cifras concuerdan sobre todo en la más significativa, representada por gestantes con nivel secundario, aunque en lo referente al nivel primario, en nuestro estudio se observa una menor incidencia, esto nos da a entender que la población actual podría haber tenido mayores oportunidades de culminar estudios académicos, por consiguiente, al obtener la población un mayor nivel cultural, obtiene las herramientas indispensables para una mejor evaluación y percepción de la calidad de atención en salud, específicamente a nivel de los controles prenatales.

TABLA 4:

La mayor cantidad de gestantes evidencian pertenecer a la Policía Nacional, demostrando esto con un 33.66%, seguidamente en proporción, le corresponde a gestantes Amas de Casa con un 26.23%, no muy lejos la siguiente ocupación en frecuencia se refiere a Comerciantes y Estudiantes con un 15,34% y 13,86% respectivamente, entre otras ocupaciones menos frecuentes.

Al ser el Hospital de la Policía una Institución Castrense, cuyos recursos están destinados a los miembros de dicha Institución, es razonable encontrar en una mayor proporción de la población gestante a mujeres pertenecientes a la Policía Nacional.

TABLA 5:

Según número de controles prenatales, un 18,3% de gestantes se verifican entre el primer y tercer control prenatal, 41,4% entre el cuarto y sexto, un 32,2% entre el séptimo a noveno, un 5,3% entre el décimo a décimo segundo, 1,8% del décimo tercero a más controles.

CONDORI¹⁵ En un estudio sobre nivel de conocimientos de signos de alarma en gestantes que acuden al control prenatal en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa, al evaluar número de controles prenatales se pudo evidenciar que en su mayoría (88,0%) tienen más de 3 controles prenatales.

Al haber un incremento del número de controles prenatales, se refleja la responsabilidad, y seriedad con que la población en especial gestantes están asumiendo con respecto a este tema,

pero aún se tiene un 18,3% de desidia sobre el caso, el cual se busca que a través de la promoción y prevención y sobre todo la información, disminuya cada vez más, la ausencia de mujeres gestantes en las salas Gineco-Obstetricas de todos los hospitales.

TABLA 6:

La continuidad del control prenatal fue evaluada en función al cumplimiento de la fecha programada para el próximo control prenatal; así se verificó que el 89,3% asistió puntualmente a su próximo control en la fecha indicada, mientras que el 10,7% asistió en otras fechas o simplemente no asistió.

ADUVIRE¹⁶ describió la continuidad del control prenatal en un estudio realizado en el Hospital Policlínico de Yanahuara Es salud 2009, concluyendo que el 74,8% asistió puntualmente a sus controles, 25,2% no tuvo continuidad.

Se conceptúa como continuidad a la duración o permanencia de algo sin interrupción, en este caso referida a la práctica del control prenatal, en el que queda marcado el gran porcentaje que representan las gestantes que gozan de continuidad, en ambos estudios se observa lo relevante de las cifras paralelas, lo que nos hace coincidir en que la población, cada vez más se nutre de una importante e indispensable información, sensibilidad y responsabilidad, frente al gran acontecimiento de concebir un hijo.

TABLA 7:

En cuanto al tiempo de espera para su atención, evidenciamos al grupo de mayor índice con un 45.7% quienes expresan un tiempo de espera largo comprendido entre 31 a 60 minutos, seguido de tiempo de espera Mediano entre 16-30 minutos 23,6%; tiempo de espera muy largo (> 1 hora) 22,3%; tiempo de espera corto (< 15 minutos) 5,2%; No espero nada 3,2%.

NOGUERA, DUEÑAS¹⁷; en su estudio Evaluación de la Calidad de Atención del Programa del control prenatal, relacionó el tiempo de espera para la atención obstétrica con la percepción de calidad en el cual, predominaron las que esperaron mayor de 2 horas con un 91,5%, de 1 a 2 horas (8,5%), y menor de una hora ninguna.

En un análisis comparativo, existe mucha diferencia entre el tiempo de espera entre el comparativo y nuestro estudio, esto debido a la demanda de pacientes que son atendidos por día, llegando a un promedio de 10 – 15 en nuestro Hospital de estudio a diferencia del comparativo quien presume de una demanda mucho mayor.

TABLA 8:

Observamos que el 15,5% de gestantes encuestadas estuvieron de acuerdo en expresar que los elementos tangibles de las instalaciones donde fueron atendidas son buenos; 49,3% regular; 35,2% como malas.

POMA¹³, quien desarrollo el estudio sobre la satisfacción en la atención de las gestantes que realizan su control prenatal en el Hospital Regional Honorio Delgado; relacionó los elementos tangibles con la satisfacción del usuario, llegando a la siguiente conclusión: moderadamente insatisfechas 78,5%; satisfechas 14,0%; severamente insatisfechas 6,6%; ampliamente satisfechas 0,8%.

Podemos observar que en ambos estudios se coincide en que los elementos tangibles representan ser en gran mayoría regulares, moderadamente insatisfechas, esto debido a la falta de equipamiento, falta en el desarrollo de infraestructura Hospitalaria, escasas de materiales e insumos para diagnóstico, esto producto de la falta de inversión en Salud por parte del Estado, además que el Hospital PNP Julio Pinto Manrique es el centro de recepción de referencias y traslados de pacientes de Hospitales Policiales de toda la parte sur del país.

TABLA 9

La distribución por grupos según la confiabilidad enmarca el siguiente resultado: Buena en un 31,5%; Regular en un 43,2%; Mala en un 25,3%.

POMA¹³, tras el análisis de la confiabilidad en un estudio sobre la satisfacción en la atención de las gestantes, concluyó que deducen una mayor proporción, aquellas gestantes con una confiabilidad moderadamente insatisfecha, representada por un 77,7%; satisfecha en un 15,7% y severamente insatisfechas en un 6,6%.

Se define como Confiabilidad al nivel de seguridad que la paciente pueda percibir con respecto a las habilidades profesionales de los proveedores de la salud. Siguiendo el análisis comparativo, podemos apreciar que con respecto a la confiabilidad, ambos estudios coinciden en enmarcar a una gran mayoría, con una opinión de regular la confianza paciente profesional de salud, esto en gran medida, debido a la gran cantidad de excesos y procedimientos iatrogénicos que se realizan, tanto así que deterioran y muchas veces denigran el buen título de la gran mayoría de profesionales, una realidad muy preocupante en nuestra sociedad, por ende debería servir de incentivo para que posteriormente se pueda abordar este tema y encontrar una solución adecuada.

TABLA 10:

Empatía es la destreza básica de la comunicación interpersonal, en consecuencia, solo el 5,7% consideran una buena percepción de la empatía; esta cifra es mucho menor con relación a la

confiabilidad, es decir que el personal que administra salud a las gestantes no posee cualidades empática apreciables por la población atendida.

TABLA 11:

La Seguridad percibida por las gestantes como Buena se evidencio en 22,1% de la población general, regular 72,7%; y mala en un 5,2%

MUNARES¹⁴ en su estudio calidad de control prenatal en establecimientos de salud de primer nivel de atención, identifico que el 85.7% indicó preferencia Y seguridad, en tanto que un 91.4% indicó valorar la información recibida en la consulta prenatal, así como ser adecuadamente atendidas.

La seguridad está encaminada básicamente a la reducción de riesgos, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios, es por tanto que en nuestro estudio, alcanza una importante significancia el concepto de seguridad regular entre la población gestante, no llegando a una percepción de seguridad completa así como lo indica Munares, todo esto consecuencia de la desidia creciente en la toma de acciones frente a efectos secundarios causados por la mala praxis y una errónea toma de decisiones y/o prescripciones médicas que conllevan al conflicto y mala relación entre médico y paciente, entorpeciendo de esta manera el acto médico.

TABLA 12:

La población gestante, percibe como buena la capacidad de respuesta por parte de comunidad sanitaria, en un 15,6%, así lo evidenciado estaría en el mismo nivel a la percepción de los elementos tangibles, en tanto que el mayor nivel lo representa el 58,3% como regular y un 26,1% como malo.

TABLA 13:

Se analiza a este nivel la calidad de atención en función de los 5 ítems relacionados a la calidad de la atención percibida, resaltados en la encuesta, a través del cual obtenemos los siguientes resultados: 10.4% es catalogado como Bueno; 68.3% como regular y el 21.3% restante como malo.

ALANOCA, CHULLO¹⁹, según su estudio denominado Factores que influyen en la baja concentración del control prenatal en el centro de salud ampliación Paucarpata Arequipa 2010, llego a la conclusión, que la calidad de servicio durante la consulta, califica como bueno en un 53,9%; frente a un 46,1% que considera que la calidad de atención es mala.

Se estudia comparativamente los resultados y se observa una marcada diferencia pues nuestro estudio expresa entre regular y bueno un 78,7% de la población gestante, en contraste con el comparativo, quien utilizando solo los índices bueno o malo, observa como bueno un 53,9%,

aunque no son cifras tan cercanas pero sobrepasan en ambos casos el 50% de la población gestante, definimos también que del 2010 al 2014, haya habido definitivamente una mejora con respecto a la atención en la calidad, percibida principalmente en la población gestante.

TABLA 14:

Tras la evaluación a través de la encuesta Servqual, con respecto a la satisfacción global se pudo consignar los siguientes resultados: Solo un 3,5% de las gestantes expresan estar ampliamente satisfechas, lo cual representa una minoría en comparación al tamaño de la muestra; un 17,4% expresa estar satisfecha con la atención; un 70,8% expresa estar moderadamente insatisfechas con la atención, esta última representa la mayor cantidad de gestantes atendidas; mientras que un 8,4% expresa estar severamente insatisfecha con la atención brindada.

POMA¹³, tras realizar un estudio, de evaluación de satisfacción global según la escala Servqual, demostró que únicamente el 3,3% de las gestantes se encuentran ampliamente satisfechas, 15,7% satisfechas, una gran mayoría moderadamente insatisfechas con 76,0%; y otra severamente insatisfechas 5,0%.

Ambos estudios utilizaron como instrumento la escala Servqual, a través del cual podemos resaltar que las cifras obtenidas para cada tipo de percepción son casi similares, denotando que en ambos estudios las gestantes que representan estar ampliamente satisfechas son una minoría en comparación al tamaño de la muestra, en tanto que el mayor porcentaje está representado por la expresión moderadamente insatisfecha en el cual se alcanza un 70% por lo que concluimos diciendo que a nivel de tasa global, la satisfacción que el paciente percibe es regular en su gran mayoría.

TABLA 15

Determinamos al grupo de gestantes que tienen continuidad y perciben a los elementos tangibles como regular, tienen mayor proporción con un 47.1%; mujeres que perciben como malo los elementos tangibles 27,9%; y las que perciben como bueno 14,3%

Según ADUVIRE¹⁶ mujeres con mayor índice de continuidad, perciben en mayor proporción a los elementos tangibles como buenos con un 93,45%, regular con un 68,3%; y como malo 25%.

En el grupo de mujeres con continuidad se observa cifras opuestas con respecto a elementos tangibles buenos, los cuales en nuestro estudio representa ser la minoría con un 14,3%, mientras que en el estudio comparativo representa ser la mayor proporción con un 93,45%, relacionamos estos dos resultados, y concluimos en que el Hospital PNP Julio Pinto Manrique,

carece de recursos y equipamiento en general no logrando compensar la gran demanda pues dicho Hospital representa el eje de recepción de referencias y traslados de pacientes de otros Hospitales castrenses de toda la parte sur del país. A pesar de lo indicado resalta mucho el grupo que resalta como regular a los elementos tangibles guardando cierta relación; por lo cual hace a este estudio en cuanto a las diferencias descritas como estadísticamente significativas, ya que P-valor (0.003) es menor al nivel de significancia (0.05%) podemos decir que en general existe influencia de la percepción de los elementos tangibles sobre la continuidad del control prenatal.

TABLA 16:

Determinamos la distribución de la continuidad según el grado de empatía; por tanto concluimos en que las gestantes que tienen continuidad, perciben a la empatía como buena en un 4,9%; como regular en un 62,5%; como mala en un 21,9%

ADUVIRE¹⁶, constato que el grupo de gestantes con continuidad, percibieron a la empatía en mayor proporción como buena en un 90,3%.

En un análisis comparativo demostramos que la continuidad del control prenatal en nuestro estudio, es más alta en las mujeres que percibieron a la empatía de los profesionales como regular; en contraste con el estudio de Aduvire, quien determina el grupo de gestantes con continuidad y mayor grado de empatía como buena. A pesar de ello existe una relación entre el mayor porcentaje de empatía y continuidad; de manera que la percepción de la empatía influye sobre la continuidad, determinando que el estudio es estadísticamente significativa ($P < 0.05$).

TABLA 17:

En el grupo de mujeres que perciben la confiabilidad como regular se observa la mayor proporción de continuidad en el control prenatal 37.2%; que es una cifra mayor a la observada en las mujeres que perciben como buena a la confiabilidad 29.2%; y a las que perciben como malo 22.9%.

CASTRO¹⁸ en su estudio sobre evaluación de la utilización adecuada del control prenatal, tras relacionar no solo la confiabilidad sino la capacidad de elección de los profesionales llega a las siguientes conclusiones, existe una confiabilidad en el 55% de las gestantes, y solo un 30% para la elección del profesional.

La confiabilidad como uno de los preceptos de una atención prenatal adecuada, requiere una atención especial es por tanto que en el análisis comparativo demostramos que existe una brecha muy marcada, puesto que nuestro estudio solo goza de un 29,2% de gestantes que perciben como buena la confiabilidad, entre regular y mala que conllevan el 60,1%, pero con

una continuidad total de 89,3% a diferencia de castro que alcanza el 55% con una confiabilidad satisfactoria, surge la interrogante, como existe un alto índice de continuidad, a pesar de que una gran mayoría expresan tener una confiabilidad de regular a mala; su explicación puede radicar en el factor económico, pues todos los miembros de las Policía Nacional están integrados hacia lo que se denomina un Fondo de Salud Policial (SALUDPOL), antiguamente denominado FOSPOLI, a través del cual no solo los titulares policiales sino esposas, hijos, y Padres del Titular Policial, tienen acceso a la atención gratuita, por tanto se estima que gran parte de la población no sostenga una buena relación confiable entre el paciente y el profesional, pero la falta de recursos obliga la continuidad de la toma de servicios.

Tras lo expuesto y comprobando que No existe una relación entre Confiabilidad y Continuidad, podemos expresar que las diferencias descritas NO son estadísticamente significativas ($P < 0.05$).

TABLA 18:

Determinamos la distribución en gestantes que tienen continuidad cuando la percepción de la capacidad de respuesta es regular 53%; niveles menores cuando la percepción es mala 23.4%; y mucho menores cuando la percepción es buena 12.9%.

POMA¹³, evaluó la capacidad de respuesta a través del instrumento Servqual, percibiendo como resultado que el 3,3% se encuentran ampliamente satisfechas; 17,4% satisfechas; moderadamente insatisfechas 72,7% que representa una mayoría, severamente insatisfechas 6,6%.

La percepción de la capacidad de respuesta en ambos estudios determina que existe una mayoría con relación a una capacidad de respuesta regular y una minoría con capacidad de respuesta buena, por tanto según el estudio de Chi-cuadrado determina que NO existen menores niveles de continuidad cuando la percepción representada por una mayoría (65,9%) es regular o buena; por tanto podemos asumir que este estudio es estadísticamente no significativa.

TABLA 19:

ADUVIRE¹⁶ demostró que en mujeres gestantes que tienen continuidad de los controles prenatales, perciben como buena la calidad de atención en un 8,6%; y como regular un 91,4%. Finalmente analizando la influencia de la calidad de la atención sobre la continuidad, se observa lo antes visto en algunas dimensiones de la calidad donde las pacientes que perciben como regular la calidad de la atención son continuadoras en mayor proporción 65.4% que las

mujeres que perciben la calidad como malo 14,5%, por ende podemos indicar que es estadísticamente significativa, donde la calidad de atención influye sobre la continuidad.

TABLA 20

Como la mayoría de dimensiones resultaron ser factores relacionados a la continuidad del control prenatal, en la presente analizamos la fuerza de asociación entre cada una de las dimensiones con la continuidad del control prenatal; encontrando que el principal factor para promover la continuidad es la calidad de atención, seguido de la empatía, consecuentemente los elementos tangibles. Son menos importantes la capacidad de respuesta y la confiabilidad.





CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Primero: La influencia de la calidad de la atención sobre la continuidad, donde las pacientes que perciben como regular la calidad de la atención son continuadoras en mayor proporción 65.4% que las mujeres que perciben la calidad como malo 14,5%, por ende podemos indicar que es estadísticamente significativa, donde la calidad de atención influye sobre la continuidad.

Segundo:

Existe relación entre la percepción de la calidad en algunas de sus dimensiones, con la continuidad del control prenatal, siendo que la fuerza de asociación en orden descendente es: calidad de atención, seguido de la empatía, consecuentemente los elementos tangibles, la capacidad de respuesta y la confiabilidad.

Tercero:

La continuidad (proporción de mujeres que acuden a su control) del servicio del control prenatal en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique es del 89,3%.

Cuarto:

La Calidad de Atención influye positivamente en algunos elementos sobre la Continuidad del Control Prenatal, demostrando que muchas veces las pacientes a pesar de no percibir una calidad de atención, persisten en la continuidad de sus controles por estar inscritas al Fondo de Salud Policial (SaludPol) y recibir de manera gratuita las atenciones durante todo el periodo del embarazo.

RECOMENDACIONES:

Al jefe del servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, se recomienda la elaboración de Cuestionarios con preguntas abiertas a fin de dar libertad de opinión a las usuarias e identificar los elementos de satisfacción que están influyendo negativamente con mayor precisión en las diferentes dimensiones.

Al Cuerpo Médico y demás Especialidades del Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, a realizar investigaciones sobre calidad de servicios, tomando en cuenta todas las gestantes que acuden al Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, en sus distintas áreas como puerperio, sala de partos, pasillo y en emergencia, considerando además otros aspectos como el de establecer diferencias entre gestantes nuevas y continuadoras.

Al Director del Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Incentivar en reuniones mensuales a los jefes de cada servicio a la realización de charlas de su personal, con el fin de reflexionar sobre la calidad de atención al que el paciente debe tener acceso, y evitar de esta manera la ausencia de pacientes en los controles pues como se demuestra en los cuadros estadísticos, la empatía es el valor que tiene más carencias en la relación profesional paciente.

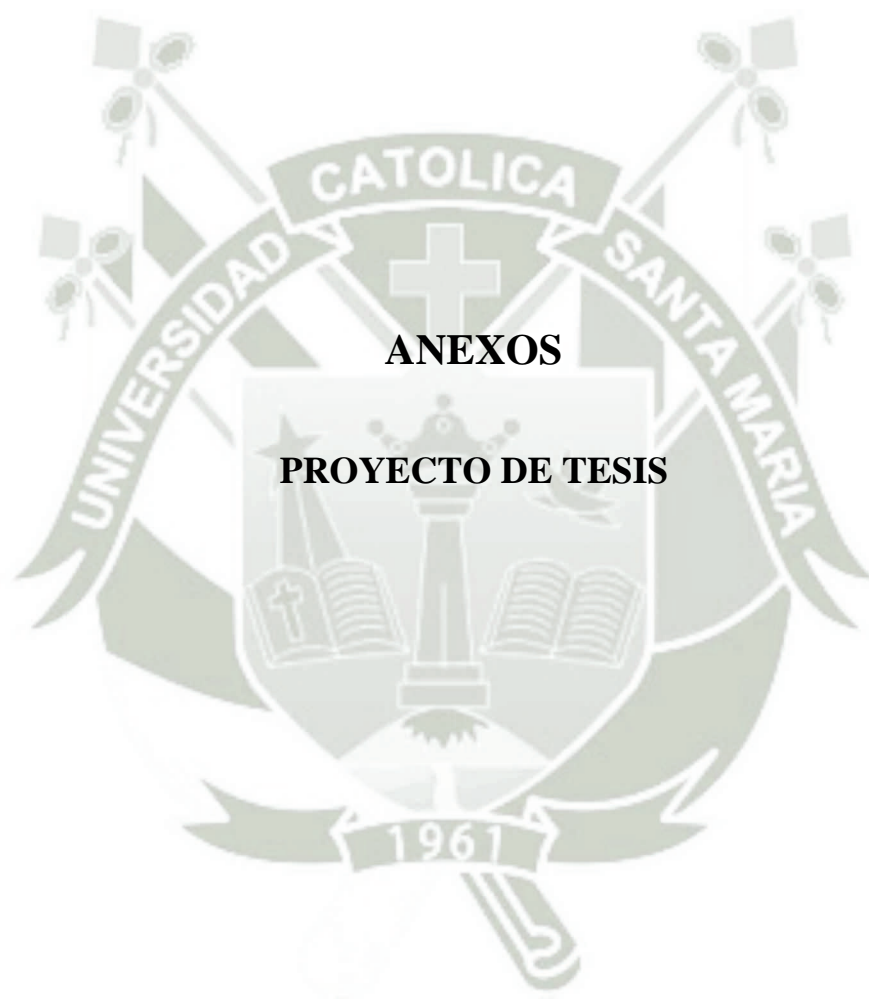
Al Director del Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, mediante reuniones interdisciplinarias en el servicio, que promuevan la participación de los trabajadores en la toma de decisiones y la comunicación entre ellos, así como los conocimientos de la importancia de una adecuada relación interpersonal con el paciente, para conocer sus necesidades y expectativas y así lograr un mejor desenvolvimiento de la prestación del servicio y la satisfacción del paciente.

Al jefe del servicio de Gineco-Obstetricia, el implementar normas de calidad y estrategias de supervisión y control en el servicio de obstetricia, para mejorar la calidad del servicio que reciben las gestantes en consultorio externo.

BIBLIOGRAFIA

1. Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev. Colomb Obstet Ginecol. 2009; 60(2):165-170.
2. Camarena L, Von C. Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México. Rev Fac Nac Salud Pública. 2007; 25(1):40-9.
3. Álvarez M, Hinojosa M, Salvador S, López R, González G, Carbonell I, Pérez R. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2011; 49(3):420-433.
4. Evashwick C. Creating the continuum of care. Health Matrix 1989; 7(1):30-39
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra, Suiza: OMS, 2005.
6. Ki-moon B. Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y niños. ONU, 2010. [Consultado: 2015 enero 1]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/sg/pdf/Global%20StategySP.pdf>.
7. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. Lancet 2007; 370(9595): 1358-1369.
8. PMNCH /WHO 2010 Annual Report. From hope to action. The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. World Health Organization. Geneva 2011. [Consultado: 2015 enero 1] Disponible en: http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/201103_pmnchannualreport/en/index.html.
9. Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010): Taking stock of maternal, newborn and child survival. World Health Organization. 2010. [Consultado: 2015 enero 4] Disponible en: <http://www.Countdown2015mnch.org/documents/2010report/CountdownReportAndProfiles.pdf>.
10. Indicadores de Resultados de los programas estratégicos 2014. http://encuestas.inei.gob.pe/endes/images/ppr2014_1s.pdf pag. 13 de 120. (revisado el 02/03/15)
11. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap013.pdf (revisado el 02/03/15). Pag. 403.
12. Pérez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

13. Poma Jessica. Satisfacción en la atención de las gestantes que realizan su control prenatal en consultorios externos de obstetricia según Cuestionario Servqual evaluado en el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa Perú Febrero – 2010.
14. Munares Oscar. 2010. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. REVISTA PERUANA DE EPIDEMIOLOGÍA ISSN 1609-7211 pag. 3 -8.
15. Condori E. 2010. Nivel de Conocimientos de Signos de Alarma en Gestantes, según sus características clínico-epidemiológicas, que acuden al control prenatal en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
16. Aduvire. 2009. Calidad de la Atención como Factor que influye en la continuidad del control prenatal, Hospital III Yanahuara-Essalud. Arequipa.
17. Noguera, Dueñas. Evaluación de la calidad de atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán Enero 2011 – Junio del 2011. Universidad del Cauca. Pag. 126. Publicado en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1734/NogueraAstrid2011.pdf?sequence=1>.
18. Castro M. 2007. Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la encuesta nacional de salud. Revisado en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2615/1/597350.2009.pdf>
19. Alanoca, Chullo, Factores que influyen en la baja concentración del control prenatal en el Centro de Salud ampliación Paucarpata Arequipa, Enero a Diciembre 2010.



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE TESIS:

**“CALIDAD DE CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE LA PNP JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA
2014”.**

AUTOR:

MIGUEL ARNOLD PALOMINO ESTRADA.

AREQUIPA 2014.

I. PREAMBULO

En los últimos años, los países han tenido importantes transformaciones en la organización de sus Sistemas Nacionales de Salud, que han involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), concebido por el Ministerio de Salud del Perú identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella (1).

Sin embargo, es poco probable que una sola definición de calidad en salud sea aplicable en todas las situaciones, en todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos dos conceptos: el primero está referido a la excelencia técnica, es decir, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, con habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder, en otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente" y el segundo concepto está referido a las adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad.

Donabedian, implanta el esquema de mejoramiento continuo de la calidad a nivel asistencial (2), basando sus principios, en el postulado: "*...la valoración de la calidad de la atención, debe considerar no sólo el desempeño del médico, sino también el del paciente...*".

Definimos al control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, acompañamiento prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal o atención prenatal) como el conjunto de todas aquellas actividades asistenciales y preventivas promocionales que se realizan en la embarazada, con la finalidad de proteger la salud de la madre y de su niño.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo y humano, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Puede ser utilizado en la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal, valorando el riesgo obstétrico, detectando y tratando

enfermedades que agravan la gestación, previniendo las complicaciones obstétricas, (alertando a los hospitales para equiparse convenientemente en cuanto a medicamentos, materiales quirúrgicos, banco de sangre, limpieza e higiene, dotación de sueros, tocólisis, etc.) también preparando física y emocionalmente a la madre para el parto, lactancia materna y para un adecuado cuidado del recién nacido.

El cuidado de la mujer embarazada y el hijo por nacer sigue siendo en la actualidad un tema trascendente en nuestras sociedades por la importancia a nivel cultural que este suceso genera, convirtiéndose de esta manera en una oportunidad para el acercamiento de la población al sistema de salud y viceversa (5).

Por otra parte, la satisfacción del usuario es un tema de interés creciente en el marco de la salud pública y de la gestión de los servicios de salud; se considera un eje angular de la evaluación de servicios de salud y un resultado de la calidad de la asistencia y de su efectividad (6), (7).

Su conceptualización y entendimiento causal son complejos y múltiples porque residen en la percepción subjetiva del usuario, y su valoración se basa en métodos, técnicas e instrumentos de medición diversos y poco estandarizados (8), (9).

Su estudio es de utilidad ya que se ha encontrado una relación entre la satisfacción con la utilización de los servicios, la conducta terapéutica del paciente y la continuidad de la atención. La satisfacción del usuario depende de factores individuales, de la calidad del servicio y tecnología disponible, del entorno familiar y del contexto social en el que se desarrolla la interacción entre el usuario y el servicio de salud. (10), (11).

Existen varias experiencias en torno a la calidad en los hospitales, y redes de atención primaria de salud que consideran como uno de sus ejes de intervención la satisfacción del usuario, entendida esta como una medida de aceptabilidad social (6), (12), (11).

En América Latina, durante las últimas décadas se han desarrollado varias iniciativas y programas de calidad que, aplicados a los servicios de salud, han contribuido a mejorar la capacidad resolutoria de los servicios y la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población. (13).

La continuidad del control pre natal en relación a la calidad de atención, ha motivado realizar la presente investigación a fin de conocer la percepción de calidad de atención en mujeres

gestantes que acuden al Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique; además de ser una medida preventiva muy importante que amerita ser estudiada.

Es por eso que este estudio tiene como propósito contribuir a incrementar el conocimiento sobre cómo se relacionan las mujeres embarazadas y el equipo de salud del primer nivel de atención, encargado de realizar el control prenatal (CPN), desde una mirada de las desigualdades sociales, generando nueva información que pueda dar sustento a futuras acciones que contribuyan al mejoramiento de la atención prenatal tanto a nivel regional como nacional.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Enunciado del problema

"CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL, COMO FACTOR QUE INFLUYE EN LA CONTINUIDAD DEL CONTROL PRENATAL, HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP JULIO PINTO MANRIQUE – 2014".

1.2. Descripción del problema

1.2.1 Área del conocimiento

- a. Campo : Ciencias de la Salud.
- b. Área : Medicina Humana.
- c. Especialidad : Administración en Salud.
- d. Línea : Calidad de la Atención y control prenatal.

1.2.2 Análisis u Operacionalización de Variables e Indicadores.

VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA
Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, empleados y materiales de comunicación	Buena Regular Mala	Catógica Ordinal
Empatía	Atención cortés e individualizada a la usuaria	Buena Regular Mala	Catógica Ordinal
Confiabilidad	Habilidad de prestar el servicio prometido de forma precisa	Buena Regular Mala	Catógica Ordinal
Capacidad de respuesta	Deseo de ayudar y servir a las usuarias en forma oportuna	Buena Regular Mala	Catógica Ordinal
Seguridad	Conocimiento del servicio prestado y habilidad para transmitir confianza a la usuaria	Buena Regular Mala	Catógica Ordinal
VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA
Continuidad de la atención	Acude a control en fecha programada	Si No	Catógica Nominal

PARAMETROS DE ESPECTATIVAS.			
VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA
Buena Relación	Actitud abierta y sensible del personal de salud hacia las necesidades de la paciente	Buena Regular Mala	Categórica Ordinal.
Información	Pacientes se sienten satisfechas de recibir explicaciones o información detallada sobre el estado de su salud, así como con relación a su diagnóstico	Buena Regular Mala	Categórica Ordinal.
Comunicación	Lenguaje del profesional adecuado para el fácil entendimiento por parte del paciente	Totalmente claro y comprensible. Regularmente claro y comprensible. No se entiende es incomprensible.	Categórica Ordinal.
Privacidad	En cuanto al ambiente dentro del consultorio.	Buena Regular Mala	Categórica Ordinal.

1.2.3 Interrogantes básicas

- a) Cómo perciben la calidad en cuanto a: elementos tangibles, empatía, confiabilidad, capacidad de respuesta y seguridad; las usuarias del servicio de control prenatal en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique.
- b) Cuál es el grado de cumplimiento (proporción de mujeres que acuden a su control) del servicio de control prenatal en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique.
- c) Cómo influye la percepción de la calidad sobre la continuidad del servicio de control prenatal en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique.

1.2.4 Tipo de Investigación

Observacional, Transversal y analítico.

1.2.4.1 Nivel de investigación

DESCRIPTIVO - ASOCIACION: Por que explica (finalidad cognoscitiva) la influencia de la calidad de la atención en la continuidad del control prenatal y establece la asociación entre las mencionadas variables (propósito estadístico).

1.3. Justificación del problema.

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal. Por tal razón los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de planificación familiar, nutrición, control prenatal, etc. Centrándonos en esta última, decimos que aunque la cobertura del control prenatal ha aumentado en los últimos años, es frecuente sin embargo, aún hoy en día, la captación tardía en el último trimestre del embarazo, un bajo

promedio de controles prenatales por la paciente y el llenado incompleto de la historia clínica que se ha convertido en una desafortunada costumbre en la práctica médica moderna.

La muerte materna y la muerte fetal son dos tragedias propias del subdesarrollo de graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la Ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia en el actuar médico.

El argumento de que si la calidad mejora aumentarían los costos de los servicios por incremento de la demanda no es muy acertado. Mejorando la calidad se reducen tratamientos y pruebas diagnósticas innecesarias, que son la principal causa de los altos costos de la atención. Actividades de promoción efectivas disminuyen el número de personas afectadas por un daño a la salud, reduciendo los costos.

La presente investigación fue diseñada con el objetivo de Evaluar el programa de Control Prenatal desde la perspectiva de las y los usuarios, cuyo impacto se reflejará en la calidad del control prenatal.

Originalidad. Existen diversos estudios locales que tratan de la calidad de la atención; pero aún no se ha comenzado a relacionar ésta variable con algunas de sus posibles consecuencias o beneficios. Tras realizar una búsqueda de la literatura local, se concluye que no existe ningún registro o documentos que demuestren investigaciones realizadas anteriormente en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique con respecto a este tema, siendo este por lo tanto un trabajo de tesis original; por tal razón aportaría de manera significativa al conocimiento.

Relevancia Científica. A partir de los resultados obtenidos podremos conocer la utilidad de brindar un servicio de calidad a las gestantes y no solamente por satisfacción personal. Dar una atención satisfactoria nos permitirá mejorar la concentración en los controles prenatales y por tanto aportar a la salud de las gestantes y sus futuros hijos.

Contribución al conocimiento. La variable “calidad de la atención” es netamente administrativa; pero es el resultado final de la actividad médica; por lo que resulta un indicador importante para autoevaluarnos cuando realizamos actividad asistencial.

Factibilidad. El presente estudio requiere de la entrevista a las usuarias del servicio de obstetricia del Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique; para lo cual se ha verificado la disponibilidad de recursos materiales y administrativos para llevar a cabo eficientemente el proceso investigativo.

Importancia académica y profesional: Por la conveniencia del investigador y la concordancia del tema con las políticas de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santa María.



2. MARCO CONCEPTUAL

La Calidad de la atención médica ha sido a través del tiempo uno de los temas que generó importantes contribuciones y preocupaciones por parte de investigadores y profesionales. Desde Claude Bernard con el desarrollo del método científico han existido aportes de distinta envergadura, alguno de los cuales provocaron cambios significativos en el comportamiento de los servicios de salud y en la comprensión del concepto de calidad (14).

Dentro de este marco, el informe Flexner (15), marca un punto de inflexión, dadas las reformas que trajo aparejadas producidas en la educación médica y en los servicios de salud, así como en el desarrollo que se ha observado posteriormente en las residencias médicas, en la acreditación de hospitales y en la certificación de especialidades médicas. También deben mencionarse los trabajos de Avedis Donabedian (16), quien desde la década de los años 60 ha aportado claridad conceptual y metodológica en el campo de la calidad de atención. Sus opiniones y propuestas son tomadas en la actualidad como referencia por la mayoría de los investigadores que abordan estos temas.

2.1. CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE CALIDAD EN SALUD

a) Según la OMS:

La OMS ha definido a la asistencia sanitaria de calidad como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos secundarios, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Calidad se define como un alto nivel de excelencia profesional, un mínimo de riesgos para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del paciente e impacto final en la salud (17).

b) Según Donabedian:

“Calidad es una propiedad de la atención medica que puede manifestarse en diferentes grados. Esta propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención medica con los menores riesgos para el paciente (18).

Refiriéndose a la calidad, Avedis Donabedian (1990), afirmó que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos.

La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios. El modelo conceptual de Donabedian abarca tres aspectos del control de la calidad: estructura, procesos y resultados. Indicadores de estructura. Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.

Indicadores de proceso. Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo.

Los indicadores de resultado. Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad. (19).

c) Otras definiciones de calidad

“Consiste en satisfacer o superar las expectativas de los usuarios de manera congruente. Es el juzgamiento de una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguido de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un indicador para verificar si este estándar fue alcanzado o no” (20).

“Consiste en el desempeño adecuado (según los estándares) de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición” (21).

De todas las acepciones del concepto de calidad, la siguiente nos parece la más completa para nuestro estudio: “Son las características del producto que satisfacen las necesidades del consumidor, es una función directiva que se desarrolla a través de la planificación, organización, control y mejora, es pues un estilo de gestión dirigido hacia el cliente externo y la satisfacción de sus necesidades y hacia el cliente interno y el fenómeno de su motivación, formación y participación (22).

2.1.1 OBJETIVOS

- a. Establecer los atributos de calidad esperada desde la percepción de los usuarios de los servicios que se brindan en los hospitales e institutos especializados.
- b. Definir un conjunto de estándares que permitan garantizar los niveles de calidad de la estructura, procesos y resultados asistenciales, participación de los usuarios y de gestión de los hospitales e institutos especializados.
- c. Establecer indicadores de calidad para la medición de los estándares de calidad de atención propuesta para los hospitales e institutos especializados.
- d. Proporcionar insumos que sirvan para el desarrollo de autoevaluaciones de la calidad en la prestación de los servicios en los hospitales institutos especializados.

2.1.2 IMPORTANCIA DE LA CALIDAD

Garantizar al usuario que acude a los hospitales e institutos especializados, el derecho a recibir una atención de calidad en términos de seguridad con los menores riesgos, obtención de los mayores beneficios para la salud y de satisfacción de sus expectativas en torno a la prestación de salud (23).

2.1.3 MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN

En los últimos años, el estudio de la satisfacción de la sociedad usuaria de los servicios de salud se ha convertido en un instrumento de valor creciente tanto para el marketing como en la investigación en servicios sanitarios.

El hecho de que los proveedores de estos servicios y algunos investigadores acepten que la satisfacción del usuario es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización y a la conducta del usuario, justifica que ésta se haya incorporado como una medida de la mejora de la calidad.

El análisis de la satisfacción, también, se está utilizando como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias.

Existen tres razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial **(24)**.

Primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento de las indicaciones por parte de los usuarios y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios.

Segundo, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los usuarios en la toma de decisiones sobre el tipo de atención.

Tercero, la opinión del usuario puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer.

La posibilidad de considerar a los ciudadanos como consumidores de los servicios sanitarios aparece en las últimas décadas y tiene su origen en el sector privado. Según Calnan (1997), hablar de ciudadano, cliente, consumidor, usuario o paciente tiene un significado diferente a pesar de que los términos se utilicen indistintamente. En nuestro país, la mayor parte de los ciudadanos son usuarios o usuarios potenciales del sistema sanitario.

A pesar de que el abanico de intereses es muy amplio, los usuarios centran sus intereses y expectativas sanitarias en la relación más inmediata, en las atenciones y en los servicios que reciben de los profesionales **(24)**.

Los individuos no son recipientes pasivos, sumisos seguidores de las órdenes y recomendaciones de los expertos. La población es más autónoma de lo que el sistema sanitario ha creído hasta ahora.

Así, la medida de la satisfacción es un instrumento cuyo valor va en aumento en todas las organizaciones sean públicas o privadas, de producción o de servicios, y la idea de que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes se ha generalizado hasta tal punto que se ha llegado a modificar la definición de calidad **(22)**.

Algunos autores consideran que los programas de mejora de la calidad deberían centrarse en el usuario/cliente porque se entiende que éstos deben ir dirigidos a satisfacer sus necesidades. Vuori añade que si se supone que los usuarios son racionales y capaces de realizar opciones inteligentes sobre su estado de salud, existe el imperativo ético de

involucrar a los mismos en la mejora de la calidad de los servicios (25).

2.1.4 ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad (24).

Una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción radica justamente en la indeterminación de este concepto que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual. Esto es, de múltiples posibilidades de expresión definidas en los espacios socioculturales en los que se muestra y de la multidimensionalidad de las experiencias previas relacionadas con ella.

La satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social.

Carr-Hill probó que la satisfacción con la atención médica está influenciada por el grado en que la actuación del médico se corresponde con la expectativa del usuario. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del usuario y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio (24).

Algunas investigaciones añaden que una experiencia mala influye en la satisfacción del usuario más que tener experiencias buenas.

La diversidad de teorías sobre las expectativas como determinantes de la satisfacción unida a la dificultad o poco hábito por parte de las organizaciones sanitarias, en combinar los métodos cualitativos con los cuantitativos para identificar la mayoría de los factores relacionados con la satisfacción, representa una limitación añadida al conocimiento de ésta (26).

2.1.5 PERSPECTIVA DEL USUARIO

Desde la perspectiva del usuario, la medicina tiene las siguientes funciones: curar, a veces; aliviar, a menudo; y confortar, siempre.

La primera se denomina ciencia de la medicina y las otras dos se denominan arte.

La tarea del médico en un episodio de enfermedad se puede dividir en dos: la técnica (ciencia) y la interpersonal (arte). A estas dos tareas habría que añadir las condiciones bajo las cuales se ofrece la atención tales como el confort, la rapidez o la amabilidad.

En general, se identifican tres aspectos que los usuarios valoran de la asistencia sanitaria (27).

El aspecto instrumental: aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver los problemas.

El aspecto expresivo: comportamiento respecto a los aspectos afectivos de la relación.

El aspecto comunicativo: dar y recibir información acerca de su enfermedad.

A grandes rasgos podríamos considerar pues que los contenidos del proceso asistencial relacionados con la satisfacción deberían contener por lo menos tres dimensiones diferentes de la atención (27).

1. La ciencia de la medicina (aspectos técnicos/instrumentales de la asistencia).
2. El arte de la asistencia (aspectos comunicativos).
3. Las comodidades de la asistencia.

La medida de la satisfacción será la medida de las diferentes dimensiones que la conforman.

Estas tres dimensiones son coincidentes en la totalidad de los cuestionarios de medida de la satisfacción, aunque algunos autores incluyan otros aspectos relacionados con el proceso de atención o generen subdimensiones dentro de aquellas (28).

2.2. LABILIDAD DEL USUARIO

A la complejidad de la definición de la satisfacción hay que añadir la “labilidad” del sujeto de análisis, que explica la resistencia de algunos autores a incluir la satisfacción entre los criterios de calidad asistencial. Esta resistencia se fundamenta en las siguientes razones:

1. La falta de conocimiento científico y técnico por parte de los usuarios para

evaluar la calidad asistencial.

2. El estado físico o mental de los usuarios que puede influirlos, o en algunos casos incapacitarlos, para emitir juicios objetivos.
3. El rápido proceso asistencial (atención de enfermería, realización de pruebas diagnósticas, medidas terapéuticas) que dificulta que los usuarios puedan tener una opinión objetiva y comprensiva de lo que está ocurriendo.
4. La dificultad en definir lo que los usuarios consideran “calidad”.
5. La calidad es un concepto que depende de las características de los usuarios, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico y los cambios del estado de salud (la percepción de éste varía considerablemente cuando está grave o cuando está en vías de recuperación). Además, las características de los usuarios influyen en la actitud de los profesionales que repercute en la satisfacción de la población.
6. A pesar de esta complejidad, Vuori propone una serie de consideraciones éticas, desde el punto de vista de los usuarios, que justificarían que la satisfacción se incluya en la evaluación de la calidad (27).
 - a. El principio hipocrático según el cual el bienestar del paciente ha de ser el interés máximo de la atención médica.
 - b. El principio democrático según el cual aquéllos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella.
 - c. Los derechos del consumidor por los que el consumidor tiene derecho a decidir aquello que él quiere.
 - d. El concepto de enfermedad, que debería desplazarse del concepto biológico estricto al concepto experimental de la misma. Se entiende que las personas se definen enfermas o sanas teniendo en cuenta sus sentimientos y no los resultados de la valoración objetiva externa.

Aunque la medicina no siempre puede curar, sí que puede ser útil a los usuarios y satisfacer sus necesidades. Por esta razón debe conocer cuáles son sus necesidades y experiencias. Una forma de alcanzar este conocimiento es, en parte, a través del análisis de la satisfacción (27).



2.3. LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

2.3.1. DIMENSIONES DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

Se han establecido varias dimensiones para el análisis de la práctica asistencial, dos están incluidas en todos los esquemas taxonómicos: la conducta técnica o instrumental y la conducta afectiva o socio- emocional.

Se denomina atención centrada en el usuario a la práctica que explora la enfermedad y la experiencia de enfermedad, en oposición a una atención meramente biologicista. Este enfoque en la comunicación es esencial para definir una adecuada relación usuario – profesional.

Existen pruebas de que la centrada en el usuario tiene un efecto beneficioso para los resultados de salud psíquica y física y la satisfacción de los usuarios con su médico.

Los aspectos interpersonales de la atención, particularmente la comunicación y la empatía, se consideran los principales condicionantes de la satisfacción (29).

2.3.2. VARIACIONES SEGÚN EL SEXO DEL PROFESIONAL

La variabilidad de la práctica entre médicas y médicos ha sido motivo de numerosos estudios. Los hallazgos muestran que el sexo del médico modula algunos elementos importantes de la relación con sus pacientes.

Las médicas de atención primaria mantienen consultas más largas, proporcionan más información y presentan un estilo de comunicación diferente del de los médicos. Como elemento diferencial destaca que las médicas incluyen en la entrevista más aspectos socioemocionales del problema del usuario; sin embargo, la información biomédica no parece relacionarse con el sexo del profesional. También los/las pacientes de las médicas hablan más y participan de forma más activa durante la consulta que si ésta tiene lugar con un médico.

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, no hay estudios que hayan investigado directamente si los pacientes de las médicas tienen mejores resultados en salud.

El origen de estas diferencias de género encontradas en la práctica es multicausal e incluye la existencia de ideales y mandatos de género que condicionan los valores y las habilidades de médicas y médicos y que operan en su relación con los pacientes. Asimismo, estas discrepancias en la práctica pueden expresar el efecto de las demandas y expectativas diferenciales que los pacientes depositan en médicas y médicos (29).

2.4. CONTROL PRENATAL

2.4.1. DEFINICIÓN

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal (30).

Se entiende por Control Prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Los planificadores y organizadores de la salud deben considerar al cuidado prenatal como una etapa dentro del cuidado continuo de la salud de la mujer. No es obvio mencionar que el control prenatal provee una oportunidad válida para que las mujeres con factores de riesgo biológico presentes reciban asesoría y cuidados para controlarlos (31).

2.4.2. OBJETIVOS.

Vigilar el desarrollo y evolución del embarazo normal.

Identificar el riesgo obstétrico, para la derivación oportuna.

Prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo.

Preparación física y mental para el parto.

Promoción de la lactancia materna y la crianza del recién nacido (RN).

Prevención del tétanos neonatal (vacuna antitetánica), cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) y prevención de la patología mamaria.

Promoción de salud reproductiva y planificación familiar.

Promoción de la nutrición.

El control prenatal debe ser:

- a. **Precoz:** Debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación. Esto posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud. Además permite la detección temprana de embarazos de riesgo.
- b. **Periódico:** La frecuencia dependerá del nivel de riesgo. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles.
- c. **Completo:** Los contenidos y el cumplimiento del control prenatal garantizan su eficacia.
- d. **Amplia cobertura:** En la medida que el porcentaje de población bajo control es más alto (lo ideal es que comprenda el total de las embarazadas) se espera que aumente su contribución a la reducción de la morbilidad perinatal. (32).

2.4.3. IMPORTANCIA

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal”.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo.

De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

Un control prenatal debe tener tres aspectos fundamentales, el primero es que debe ser Precoz, es decir, la primera visita debe realizarse temprano; en lo posible durante el primer trimestre de gestación, esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento y protección, que constituyen la razón fundamental del control, además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica.

El segundo aspecto es que debe ser Periódico, es decir, la frecuencia de los controles prenatales variará según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo, requerirán un número menor de controles que las de alto riesgo.

Actualmente en nuestro país se considera como mínimo que una gestante reciba seis controles prenatales, distribuidas de la siguiente manera; dos atenciones antes de las 22 semanas, la tercera entre las 22 a 24 semanas, la cuarta entre las 27 a 29 semanas, la quinta entre las 33 a 35 semanas y la sexta entre las 37 a 40 semanas.

En tercer lugar, el control prenatal debe ser Completo, es decir, que los contenidos mínimos deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, por lo tanto, nuestra atención incluiría exámenes auxiliares, examen y evaluación del embarazo y del crecimiento fetal, cálculo de la edad gestacional, de la fecha probable de parto, atención odontológica, vacunación antitetánica, atención nutricional, apoyo psicológico, educación para la salud, preparación psicoprofiláctica, estimulación prenatal, así como enseñar a las madres a prepararse para la lactancia.

Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno de gran desarrollo en los últimos treinta años. Aplicado en forma rutinaria, normatizada, (3) y extensiva, conjuntamente con criterios de riesgo, referencias, niveles de asistencia, atención institucional del parto, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes y lesiones maternas y perinatales (4).

2.4.3.1 Mortalidad Materna

La razón de muerte materna (RMM), es el indicador que mide el riesgo que tiene de morir una mujer por razones asociadas al embarazo, parto o puerperio y se relaciona directamente con la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2011, se estima que la razón de mortalidad materna (RMM) es de 93 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos.

Estos resultados muestran un descenso, que desde la década de los 90 a la actualidad, llega a ser de 65%. Sin embargo, vemos que en los últimos años, la velocidad del descenso de la RMM es más lenta que en la década pasada.

Si hacemos una proyección de la tendencia actual, para el 2015 la RMM sería de 70/100,000 nacidos vivos, De no reforzar las acciones que se han venido desarrollando, el Perú no alcanzaría la meta del ODM 5, establecida en 66.3/100,000 nacidos vivos.

También vale la pena mencionar que la reducción de la RMM no ha sido homogénea y el promedio nacional, oculta grandes diferencias, en los diferentes niveles socioeconómicos, en las regiones del país.

Desde hace diez años el País dispone además de otra fuente para la medición de la muerte materna, esto es el registro de vigilancia epidemiológica de muerte materna a través de la red nacional de epidemiología del Ministerio de salud (MINSA). La serie disponible entre 1999 y el 2011 fue analizada y sus resultados han sido recientemente publicados por la Dirección general de epidemiología del MINSA. A continuación, mencionaremos algunos hallazgos de este estudio:

La RMM es mayor en la zona rural, en la selva y en los quintiles más pobres, con cifras tan altas como las que se observan en los países más pobres de América Latina.

Los 6 departamentos con la mayor RMM son Amazonas (247), Cajamarca (221) Loreto (182.), Pasco (182), Madre de Dios (170) y Puno (165), cifras inaceptablemente altas.

En el periodo comprendido entre el 2007-2013, 15 departamentos han reducido la RMM, siendo Cusco el que ha presentado el mayor descenso, seguido de Ayacucho, Huánuco, Apurímac y Huancavelica.

Existen grandes diferencias en la RMM según la edad de la madre, siendo así que el grupo de adolescentes es el que muestra la RMM más alta. Estas diferencias se incrementan si además analizamos los datos diferenciados por regiones.

2.4.3.2 La mortalidad Neonatal

En el Perú, la mortalidad en la niñez (menores de cinco años), infantil (menores de un año) y neonatal (menores de un mes), se redujeron significativamente entre 1990 y la fecha, constituyendo una de los principales logros sanitarios. Otro aspecto que debe destacarse es la reducción de la brecha entre la tasa de mortalidad neonatal rural y urbana.

Se estima que en la actualidad en el Perú anualmente ocurren 11,760 defunciones en menores de 5 años, de los que 9,560 son menores de un año (mortalidad infantil). Un 52% de las muertes infantiles (5,040) ocurren durante el primer mes de vida (muertes neonatales). Así mismo, se estima que se producirían un número similar de muertes fetales. A fines del año 2012, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal del Ministerio de Salud reportó 3,384 defunciones de recién nacidos, siendo predominantes las defunciones en los primeros siete días de nacidos (81%). Las causas que contribuyen a estas muertes son la asfixia, las infecciones, y las complicaciones del bajo peso y la prematuridad. De otro lado, el 36% de las muertes neonatales se produjeron en niños que registraron un peso superior a 2,500 gramos al nacer. Muchas de estas muertes podrían ser evitables. **(33).**

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor **(34).**

La cobertura y la calidad de la atención prenatal están relacionadas directamente con la mortalidad materna. La mayor parte de las muertes perinatales también tiene relación con las enfermedades subyacentes de la madre y los problemas del embarazo, el parto y el puerperio,

por lo que una atención prenatal completa y adecuada resulta sumamente importante para prevenir el deceso de los menores. Además, es imposible desarrollar acciones efectivas de atención sin la presencia de personal capacitado en todos los niveles de atención, especialmente en donde no hay suficiente información disponible, como sucede en las regiones rurales de muchos países **(35)**.

Cabe destacar que la mayoría de los modelos de control prenatal actualmente en uso en el mundo no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia "dura" ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y, por lo tanto, la asignación óptima de recursos.

En los países en desarrollo, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente y las visitas clínicas son irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres. Así como pobre difusión y manejo de los programas para poblaciones específicas **(36)**.

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigomanómetro, balanza con cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud **(34)**.

Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

Identificar factores de riesgo.

Diagnosticar la edad gestacional.

Diagnosticar la condición fetal.

Diagnosticar la condición materna.

Educar a la madre.

2.4.4 ANTECEDENTES

La OMS considera que solo 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal. Otros estudios han revelado prevalencias de 69% y 38.8%, y una mediana de cuatro consultas por gestante. Entre los factores asociados a la baja adherencia al control prenatal se encuentran: la edad, los bajos ingresos, la multiparidad⁷, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico.

De otro lado, la adherencia del personal de salud a los protocolos se ve afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a la paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud. (37).

Según datos de la UNICEF treinta de cada 100 mujeres de 15 a 40 años no reciben atención prenatal en todo el mundo, 46 en Asia meridional y 34 en África subsahariana. Los resultados de este problema incluyen trastornos hipertensivos del embarazo que pueden provocar enfermedades y la muerte, o casos de desnutrición o subnutrición que pasan desapercibidos. La anemia por carencia de hierro entre las mujeres embarazadas está relacionada con la muerte de 111.000 mujeres todos los años. Alrededor de un 17% de los recién nacidos en los países en desarrollo registraron bajo peso en 2003; estos bebés tienen 20 veces más probabilidades de morir en sus primeros años de vida (38).

2.4.5 PERIODICIDAD

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera. En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en

relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control. Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc.).

En el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica, la secuencia establecida es mensualmente hasta las 28 semanas de amenorrea, cada tres semanas hasta las 34 semanas de amenorrea, cada dos semanas hasta las 36 semanas de amenorrea, y posteriormente, cada siete días hasta las 41 semanas de amenorrea. Esto significa que si una paciente ingresa a las 8 semanas y resuelve su parto a las 40 semanas, contabilizará trece controles prenatales que pueden ser considerados un exceso, a no ser que al menos tres de ellos sean destinados exclusivamente a educación materna.

Si los recursos humanos son escasos se puede realizar un adecuado control prenatal concentrando las atenciones en el tercer trimestre (ejemplo: antes de las 20 semanas, 28, 34, 36, 38 y 40 semanas), pero con una importante educación materna (individual o grupal), especialmente en lo relevante a síntomas y signos de alarma **(39)**.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS). El número de controles prenatales de forma ideal es de 8 a 10 controles por el lapso total de la gestación., siempre que esta sea de carácter normal. Lo mínimo son 5 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud Pública **(40)**.

En fase temprana del embarazo toda mujer debe recibir información acerca del número probable, tiempo y contenido de las citas prenatales. Para mujeres primigestas con embarazo no complicado un esquema de 10 citas es adecuado. Una mujer con dos o más gestaciones previas con un embarazo no complicado, un esquema de 7 consultas es adecuado; mientras que en embarazadas de bajo riesgo de 4 a 6 consultas prenatales (EMI) deberán ser indicadas.

Dentro de las actividades que se indican en las consultas prenatales según la guía de práctica clínica son:

Primera cita: Previa a las 12 semanas de gestación (SDG). Dar información y aclarar dudas, identificar mujeres con alto riesgo para eventos adversos durante el embarazo, solicitar exámenes de laboratorio (BHC, VDRL, EGO, grupo sanguíneo y factor rH). Calcular fecha probable de parto por fecha de última regla (FUR) o en su caso por ecografía, medición de tensión arterial, índice de masa corporal (IMC).

16 semanas. Interpretar resultados de laboratorio, dar suplementación de hierro, aclarar dudas.

18-20 semanas. Realizar ultrasonido obstétrico para detectar anomalías estructurales. Medir y registrar presión arterial.

25 semanas en primigestas. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Información y esclarecimiento de dudas.

28 semanas en todas las mujeres embarazadas. Detección de anemia y células atípicas, detección de anemia y suplementación de hierro, ofrecer vacuna anti rH negativo en caso necesario. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Información pertinente.

31 semanas. Información oportuna y esclarecimiento de dudas. Identificar mujeres que requieran cuidados especiales.

34 semanas. Ofrecer segunda dosis de vacuna anti rH en mujeres Rh negativo. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Dar información oportuna y aclarar dudas. Valorar pacientes con anemia y otorgar tratamiento adecuado. En embarazos normo evolutivos informar fecha de parto, establecer medidas preventivas y detección de preclamsia.

36 semanas. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Determinar posición fetal y en caso de duda realizar ultrasonido. Mujeres con presentación pélvica enviar a segundo nivel a Ginecología y Obstetricia. En caso de reporte anterior de placenta previa, realizar nuevo ultrasonido para confirmar. Información oportuna.

37 semanas. Descartar presentación anormal del producto y evitar pos madurez mediante atención oportuna.

38 semanas. Insistir en medidas de prevención de embarazo pos maduro. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Dar información oportuna, verbal, aclarar dudas.

40 semanas o más. Medir fondo uterino (AFU), presión arterial y descartar proteinuria. Dar información oportuna, verbal, aclarar dudas. Envío a urgencias de ginecoobstetricia para inducción **(41)**.

2.4.5. NUEVO PROTOCOLO SEGÚN LA OMS

En principio, el nuevo modelo de control prenatal de la OMS divide a las mujeres embarazadas en dos grupos: aquéllas elegibles para recibir el control prenatal de rutina (llamado componente básico) y aquéllas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

La elegibilidad de las mujeres para el componente básico se determina a través de criterios pre-establecidos. Las mujeres seleccionadas para seguir el componente básico son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. A las mujeres restantes se les brinda los cuidados correspondientes a su patología o factor de riesgo detectados.

Las mujeres que necesitan cuidados especiales representarán, en promedio, aproximadamente un 25% de todas las mujeres que inician el control prenatal. **(42)**.

3. ANALISIS DE LOS ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1 A nivel local

ZEGARRA REYNOSO, George Oswaldo. (1999) Evaluó la Calidad de atención en el control prenatal percibida por usuarias de la consulta externa de Gineco-Obstetricia del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz. Arequipa.

La finalidad fue determinar el grado de calidad de atención en el control prenatal percibido por las usuarias. El estudio es de tipo descriptivo- analítico, de corte transversal, y como instrumento se utilizó una ficha de entrevista aplicada a cada paciente.

La metodología aplicada está basada en la utilización de una escala vigesimal para asignar un calificativo a cada variable, además de los indicadores estadísticos (media aritmética, Ji Cuadrado y Coeficiente de contingencia) para establecer la relación entre variables.

El resultado obtenido permite definir la calidad de atención de los controles prenatales percibida por la usuaria como sobresaliente, muy buena y buena (87.5 por ciento) de acuerdo al calificativo total y como sobresaliente, muy buena y buena (88.6 por ciento) de acuerdo a la apreciación final del paciente.

3.2 A nivel nacional:

Oscar Munares-García, evaluó los “Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú”. REV. PERU. EPIDEMIOL. VOL 17 NO 2 AGOSTO 2013.

Se llegó al análisis siguiente existen factores personales como el residir en barrio marginal, que aumentan el riesgo de abandono al control prenatal, así mismo el considerar el control prenatal importante, tener permisos en el trabajo, no tener dificultades por quehaceres domésticos reducen la probabilidad de abandono. Entre los factores institucionales el recibir los servicios completos, coordinar entre los servicios y programar citas de seguimiento reducen la probabilidad de abandono, finalmente entre los factores médicos, el tener calidad adecuada del control prenatal reduce la probabilidad de abandono.

Los estudios encontrados no ofrecen evidencia de fuerza de relación para abandono al control prenatal, por lo que se considera que este sería el primero en determinarse en nuestra realidad.

Los factores personales, es decir, los propios de cada gestante que pueden asociarse a no concluir con sus atenciones prenatales fueron: la importancia al control prenatal, la dificultad de acudir por quehaceres domésticos y la multiparidad.

**Claudia Arispe, Mary Salgado, Giuliana Tang, Carmen González , José Luis Rojas;
Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia.
Hospital Nacional Cayetano Heredia 2011.**

Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se entrevistó a púerperas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y se revisó la historia clínica y carnet materno perinatal (CLAP).

Se definió CPN inadecuado al incumplimiento del número mínimo y cronograma de visitas propuesto por el Ministerio de Salud. Se compararon factores epidemiológicos, maternos y socioeconómicos entre grupos de gestantes con CPN adecuado e inadecuado. *Resultados:* Se incluyeron 384 púerperas, 66,05% recibieron 6 ó más controles prenatales y sólo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco púerperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas.

Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ($p=0,02$) y no planificación de la gestación ($p=0,003$).

De este estudio podemos concluir que lamentablemente la tasa de control prenatal inadecuado sigue siendo elevada. No se puede hablar de efectividad cuando la gran mayoría de gestantes acude por primera vez a CPN pasado el primer trimestre de gestación y más aún cuando no se sigue un orden coherente y ordenado de visitas.

3.3 A nivel internacional

YARENI BELLO SANCHEZ; CALIDAD DE LA ATENCION PRENATAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 73 DEL IMSS POZA RICA, VER. FEBRERO DE 2014.

La atención prenatal brindada en las mujeres embarazadas de la UMF 73 se considera como un indicador predictivo importante en la prevención y detección de complicaciones en el embarazo. Por ello el apego a los lineamientos establecidos nos permite determinar si es adecuada o inadecuada.

Dentro de las variables de nuestro estudio se observó que el rango de edad predominante fue entre los 25-30 años de edad en un 40% de la población. El nivel de estudios que predominó de la mayoría de las pacientes encuestadas fue el de bachillerato con un 37%. En cuanto al número de embarazos observamos que el 60% de las mujeres cursaban con 3 gestas al momento del estudio. En cuanto a la edad gestacional, el 47% se encontraba en el 2º trimestre de embarazo (14-28 semanas).

Con respecto a la prescripción de ácido fólico y fumarato ferroso así como la medición de signos vitales, estas variables se cumplieron en el 100% de las pacientes, mientras que la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal en 54% de las pacientes se realizó, mientras que en el 29% no se realizó y en 17% no aplicaba esta variable por no ser valorable para la edad gestacional.

En cuanto a la orientación sobre los esquemas de vacunación en el embarazo, solo el 38% recibió la información adecuada al respecto, lo cual nos habla de una información inadecuada en este tema. En cuanto a la orientación sobre los datos de alarma obstétrica el 85% fueron informadas sobre los signos y síntomas, mientras que el 15% refirió no haber recibido información al respecto.

En cuanto a la orientación sobre lactancia materna solo el 20% de la población encuestada recibió información concerniente al tema, por lo cual habrá que dar mayor énfasis al respecto. Así mismo en cuanto a la consejería sobre planificación familiar solo el 21% recibió orientación sobre los métodos de planificación familiar, mientras que el 79% no recibió asesoría. En relación al trato recibido por las mujeres embarazadas, el 48% lo refirió como cordial, el 44% como indiferente y el 8% como grosero.

De acuerdo a lo anterior existen varios aspectos relacionados con la información otorgada por el personal de salud en relación a la planificación familiar, lactancia materna y los esquema de vacunación en el embarazo, que deben reforzarse al igual que considerar un mejor trato hacia las pacientes, ya que es un factor importante en la subsecuencia del control prenatal. Sin embargo, en general, se considera como una adecuada calidad de la atención prenatal otorgada en la UMF 73 pero que podría mejorarse entre todo el equipo de salud.



4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Conocer cómo influye la "Calidad de la Atención en la Continuidad del Control Prenatal, "Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique".

4.2 Objetivos específicos

1. Identificar la percepción de la calidad de atención prenatal en cuanto a elementos tangibles, empatía, confiabilidad, capacidad de respuesta y seguridad; por las del servicio de control prenatal en el Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.
2. Definir la continuidad del control prenatal en el Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.
3. Relacionar la percepción de la calidad de la atención prenatal, con la continuidad del control prenatal.

5. HIPOTESIS

Fundamento: Dada que la satisfacción del usuario se consideran como uno de sus ejes de la calidad de la atención, entendida esta como una medida de aceptabilidad social.

Deducción: Es probable que influya positivamente sobre la continuidad del control prenatal.

5.1 Hipótesis Estadística

H₀: La Calidad de la atención no influye sobre la continuidad del control prenatal.

H₁: La calidad de la atención influye positivamente sobre la continuidad del control prenatal.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

1.1. Técnicas:

Para la recolección de datos se utilizara la técnica del “Cuestionario”.

1.2. Instrumento: Escala SERVQUAL

1.2.1 Un instrumento para medir la calidad en los servicios

En la cultura empresarial actual se busca por parte de las empresas generar un servicio que proporcione una ventaja competitiva, pero dicha ventaja solo se consigue teniendo la capacidad suficiente para satisfacer las necesidades del cliente.

Frente a todo esto nos encontramos con un obstáculo al menos aparente, como es la dificultad de la intangibilidad de los servicios, una dificultad que empezó a resolverse gracias a la aportación de Parasuman, Zeithmal y Berry.

Estos autores crearon una metodología que definieron como *“un instrumento resumido de escala múltiple, con un alto nivel de fiabilidad y validez que las empresas pueden utilizar para comprender mejor las expectativas y percepciones que tienen los clientes respecto a un servicio”*, identificando el Termino Escala con una clasificación de preguntas. Por lo tanto consistía en un cuestionario con preguntas estandarizadas desarrollado en los Estados Unidos con el apoyo del Marketing Science Institute, llamado escala SERVQUAL.

Este instrumento se construye con el fin de identificar primero los elementos que generan valor para el cliente y a partir de esta información revisar los procesos con el objeto de introducir áreas de mejora. Para lograr todo esto se realiza una búsqueda orientada al análisis de las expectativas, obtenidas en base al análisis de 4 fuentes que son: la comunicación diaria, las necesidades personales, las experiencias personales y la comunicación externa.

Partiendo de las conclusiones obtenidas en este estudio se confirma la idea de que un punto

crítico para lograr un nivel óptimo de calidad es igualar o superar las expectativas del cliente.

Parasuman desarrollo un modelo en el que la calidad del servicio percibido es entendida como la diferencia que hay entre las expectativas de los clientes y lo que realmente perciben.

En lo relativo al diseño de la escala SERVQUAL en un primer momento se buscó una referencia de los criterios que seguían los clientes a la hora de evaluar la calidad de los servicios.

A través del análisis de la experiencia en el uso del servicio, las necesidades y expectativas de los clientes y la opinión de los proveedores se identificaron una serie de criterios que facilitasen un contexto general de la empresa, en base a unos indicadores medibles, centrándolos, en un principio en 10 criterios: Elementos Tangibles, Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Profesionalidad, Cortesía, Credibilidad, Seguridad, Accesibilidad, Comunicación, Comprensión del cliente.

Más adelante encontraron que una serie de criterios estaban correlacionados y que podían englobarse dentro de criterios más amplios y optaron por realizar una nueva clasificación, quedando finalmente 5 dimensiones: Fiabilidad, Elementos tangibles, Capacidad de respuesta, Seguridad y Empatía.

Estas dimensiones se estructuraron en 22 sentencias que posteriormente supondrían el núcleo de la escala.

En relación a las ventajas que podemos obtener utilizando el SERVQUAL podemos observar que permite realizar un análisis departamental, o sea que aparte de poder cuantificar el servicio general que presta la organización podemos obtener la calidad de servicio que presta un determinado servicio o área.

Con las mediciones SERVQUAL podremos realizar seguimientos periódicos que nos permitan comparar todos los cambios que se van produciendo tanto en las expectativas como en las percepciones, hecho que nos proporcionara una línea a seguir. Además nos servirá como herramienta para evaluar la calidad de servicio que perciben los clientes internos dentro de la propia organización.

Para cada dimensión, se diseñaron cuatro preguntas, a excepción de las dimensiones de elementos tangibles y empatía, para las cuales se diseñaron cinco. La intención fue representar mediante las preguntas los aspectos más importantes de cada dimensión que definen la calidad del servicio en planificación familiar.

Se incluyó una pregunta de calificación para la calidad general del servicio, la cual permite determinar la relación que existe entre la percepción general que tienen las usuarias del servicio y cada una de las dimensiones. Una vez diseñado el cuestionario, se determinó el momento de su aplicación, así como el número de elementos que integrarían la muestra.

La calificación del cuestionario será en puntaje según cada dominio y en forma global (Ver anexo 1).

1.3 Materiales de Verificación

Material de escritorio

PC Intel Core i 5

Impresora

Sistema operativo Windows 7 – Windows 8.

Procesador de texto Word 2010

Soporte estadístico SPSS 20.0 for Windows

2. Campo de Verificación

2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizará en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique - Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

Se trata de una investigación prospectiva, debido a que se tomarán los datos de las entrevistas realizadas a partir de la aprobación del presente proyecto de investigación (Ver cronograma).

2.3. Unidades de estudio

Gestantes que acuden a controlarse al servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.

2.3.1. Universo o población

Está constituido por las usuarias del servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.

2.3.1.1 Criterios de Inclusión

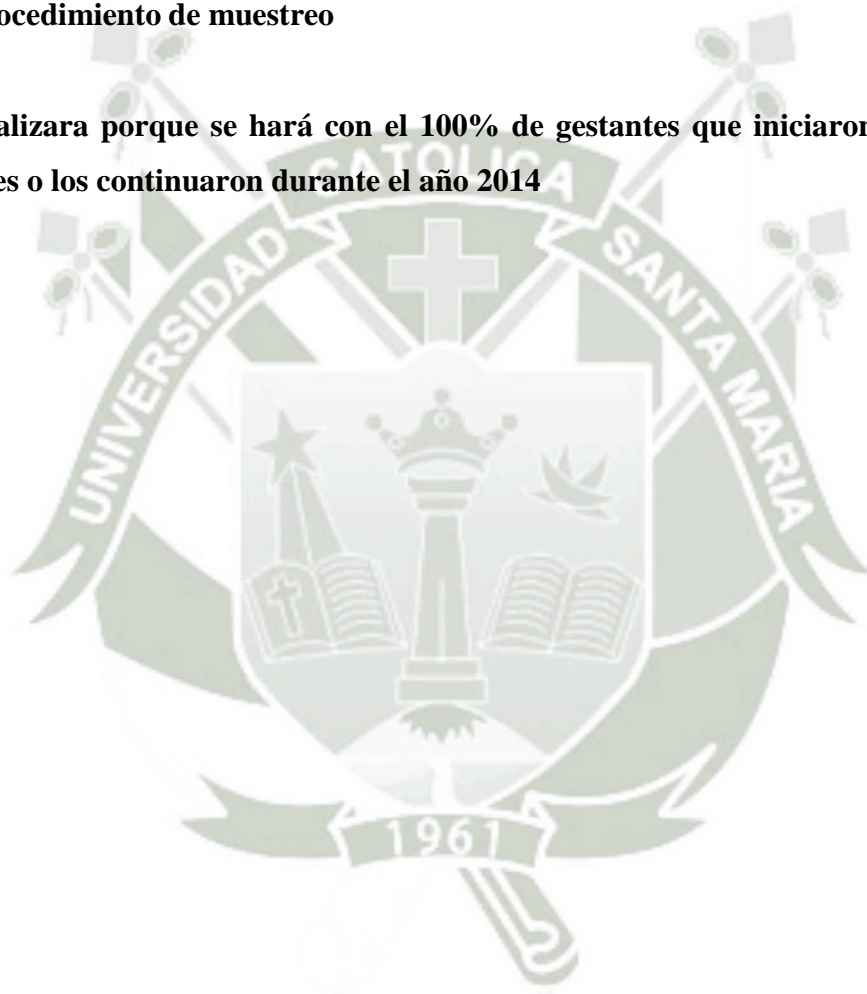
- a. Gestantes que por lo menos cuentan con un control prenatal.
- b. Gestantes que acuden por consultorio externo.
- c. Gestantes referidas de otros niveles de atención.
- d. Gestantes que estén adscritas al Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.

2.3.1.2 Criterios de exclusión

- e. Gestantes profesionales de la salud.
- f. Gestantes que laboran en el HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY. ODO. JULIO PINTO MANRIQUE.
- g. Gestantes que durante el periodo de observación pudieron tener complicaciones.
- h. Gestantes que expresan su deseo de no participar en el estudio.

2.3.2. Procedimiento de muestreo

No se realizara porque se hará con el 100% de gestantes que iniciaron sus controles prenatales o los continuaron durante el año 2014



3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

Coordinación del Permiso al Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique Arequipa, para ejecutar el trabajo de investigación.

Presentación formal a la Facultad de Medicina de la UCSM, contando con el proyecto de tesis, para su revisión y su aprobación.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos humanos

El autor:

Bachiller en Medicina

Miguel Arnold Palomino Estrada.

Tutor: Dra. Gladys Flores Paredes

Grupo Recolector de datos: Representado por el investigador, quien apoyado por personas ajenas al hospital e instruidas adecuadamente, se recolectaran los datos aplicando la cedula de entrevista.

3.2.2. Recursos Físicos

Ficha de recolección de datos

3.2.3. Recursos financieros

Autofinanciado por el Autor.

3.3. Validación de instrumentos

3.3.1 La validación cualitativa fue concretada a través de la consulta a expertos (médicos administrativos del hospital), que actuaron como jueces externos y revisaron críticamente los enunciados permitiendo realizar los ajustes necesarios.

3.3.2 La consistencia interna se determinó de acuerdo con la teoría.

Luego calibrado para una entrevista de duración de 15 minutos, en Usuarias del Servicio desde el mes de Enero a Diciembre del 2014, sobre las cuales se verificó la comprensión de cada uno de los Ítems del cuestionario.

3.4 Criterios para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de recolección

Se procederá a instalar un pequeño módulo de entrevista en la sala de espera del servicio de obstetricia. Se realizará una breve explicación de la evaluación, sin mencionar que se verificará su asistencia al próximo control prenatal. Se evaluará las percepciones sobre la calidad; y luego según les hayan indicado la fecha de su próximo control, en la fecha propuesta se verificará su asistencia para determinar su continuidad.

Para tener la fecha de su próximo control se preguntará directamente a las encuestadas sobre tal evaluación; luego se revisará los archivos de atención para ver si regresaron o no en la fecha propuesta.

Continuidad: Mujeres gestantes que acuden al control programado sea cual fuere su naturaleza de esta.

No continuidad: A las que falten al siguiente control prenatal.

Definición de continuidad evaluada por validez de contenido o juicio de expertos

realizado en 5 especialistas del área: 3 Obstetras que laboran en el área, 2 Médicos Ginecólogos Obstetras del Hospital Regional de Arequipa PNP Julio Pinto Manrique.

A nivel de sistematización

Análisis estadístico de Correlación entre brecha y continuidad del Control Prenatal.

Se procederá a crear una matriz de datos informática en el editor de datos del Programa Estadístico SPSS 20.0 for Windows, de lo cual obtendremos las tablas y las pruebas estadísticas indicadas en el presente diseño, verificando la continuidad y su correlación con la brecha, la cual será calculada por diferencia entre la cobertura alcanzada con el valor esperado. Todas las estimaciones realizadas consideran el efecto de diseño de la encuesta.

3.4.2. A nivel de estudio de datos

Estadística descriptiva: Basados en los resultados obtenidos del Software SPSS; las variables cualitativas se describirán en frecuencia absoluta (N) y frecuencia relativa (%); las variables cuantitativas, se describirán como media (\bar{X}) y desviación estándar (σ).

Estadística Inferencial: Para la asociación de variables nominales usaremos la prueba estadística de χ^2 de Pearson, para la comparación de dos variables en escala de razón o intervalo usaremos la *t* de Student. Las pruebas estadísticas se considerarán estadísticamente significativas cuando presenten una probabilidad aleatoria (P) menor de 0.05.

Plan de tabulación: las tablas para la estadística descriptiva será de frecuencia y porcentaje y para la estadística Inferencial las tablas de contingencia o de doble entrada.

Plan de graficación: se utilizarán gráfico de barras e histogramas de acuerdo a la naturaleza de la variable.

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Ficha número.....

Edad

Grado de instrucción

- Primaria
- Secundaria
- Superior

Estado Civil

- Soltera
- Casada
- Conviviente

Ocupación

- Su casa
- Estudiante
- Comerciante
- Otro.....

Edad gestacionalsemanas

Número de controles

Fecha de última regla

Fecha de cada control

Fecha de parto

CUESTIONARIO DE ESPECTATIVAS Y PERCEPCIONES

A continuación; le vamos a proporcionar una serie de frases, Preste atención cuidadosa a cada una de ellas y responda si esta UD. De acuerdo o en desacuerdo. En la escala de respuestas, elija “1” si está completamente de acuerdo; “5” si está totalmente en desacuerdo; “3” si no puede decidirse, y “2” o “4” para opiniones no tan extremas: Trace un círculo rodeando el número elegido.

		Completamente de acuerdo	De acuerdo	No puede decidirse	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
01	El servicio cuenta con instalaciones modernas y atractivas.	1	2	3	4	5
02	El personal del servicio tiene una apariencia limpia y agradable.	1	2	3	4	5
03	El servicio cuenta con todos los servicios necesarios para sentirme cómoda durante mi estancia.	1	2	3	4	5
04	El servicio cuenta con todas las instalaciones, facilidades y servicios que necesito para atenderme.	1	2	3	4	5
05	El servicio de recepción cuenta con excelentes equipos que permite agilizar sus actividades.	1	2	3	4	5
06	El personal del servicio siempre está atento a mis deseos y necesidades.	1	2	3	4	5
07	El personal del servicio siempre está con una sonrisa en el rostro; se muestra interesado por servir a los pacientes.	1	2	3	4	5
08	En el servicio me prestan una atención muy personalizada.	1	2	3	4	5
09	El ambiente que hay en el servicio me hace sentir cómoda, como en casa.	1	2	3	4	5
10	En las áreas comunes (recepción, triage, farmacia) hay un ambiente agradable.	1	2	3	4	5
11	Si alguien en el servicio se compromete a hacer algo por mí, lo hará.	1	2	3	4	5

12	Los distintos servicios que me prestan son presentados correctamente desde la primera vez.	1	2	3	4	5
13	Cuando necesito ayuda o algo en particular, siento toda la confianza de acudir al personal del servicio para que se haga cargo de mi asunto.	1	2	3	4	5
14	En todo momento, y en todas las instalaciones del servicio recibo una atención de calidad.	1	2	3	4	5
15	El personal del servicio siempre está dispuesto a atenderme y ayudarme.	1	2	3	4	5
16	Si se me presenta un problema o necesito ayuda, el personal del servicio me ayudará a resolverlo inmediatamente.	1	2	3	4	5
17	Si solicito algo al personal del servicio, me informarán exactamente cuando me lo proporcionarán, y cumplirán con ello.	1	2	3	4	5
18	Si requiero de algo especial que generalmente no se encuentra en el servicio, sé que me ayudarán a conseguirlo.	1	2	3	4	5
19	Me siento segura de dejar mis pertenencias en el consultorio de atención.	1	2	3	4	5
20	Confío en la integridad de las personas que trabajan en el servicio.	1	2	3	4	5
21	Confío en que nunca entrará al servicio alguien que no esté autorizado para hacerlo.	1	2	3	4	5
22	Me siento tranquila y segura dentro del servicio de obstetricia.	1	2	3	4	5

¿Cómo calificaría el servicio recibido en una escala del 1 al 10?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy pésimo

Excelente

El tiempo de espera fue:

- () Muy largo
- () Largo
- () Mediano
- () Corto
- () No espere nada

Acudió a su control en la fecha programada

Si () No ()

GLOSARIO DE TERMINOS

CALIDAD

Es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención, que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella.

CONTINUIDAD

Duración o permanencia de una cosa sin interrupción

CONTROL PRENATAL

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

EMPATIA

La empatía es una destreza básica de la comunicación interpersonal, ella permite un entendimiento sólido entre dos personas, en consecuencia, la empatía es fundamental para comprender en profundidad el mensaje del otro y así establecer un dialogo.

La empatía es el rasgo característico de las relaciones interpersonales exitosas.

ESTRATEGIA

Es el camino, la forma o manera de actuar para superarse y alcanzar los objetivos propuestos.

FRECUENCIA

Es una medida para indicar el número de repeticiones de cualquier fenómeno o suceso periódico en la unidad de tiempo.

INDICADORES

Es la expresión cualitativa y/o cuantitativa, que mide el avance o logro de las actividades durante el periodo, también son las subcaracterísticas de las variables que permita medirlas.

INSTRUMENTO

Es el conjunto de recursos combinados cuantitativa y cualitativamente según criterio de eficiencia para producir un tipo de actividad específica de salud. **SATISFACCIÓN**

Es el cumplimiento de los requerimientos establecidos para obtener un resultado con un cierto grado de satisfacción para un individuo.

VARIABLE

Es una característica observable de algo que es susceptible a medirse y por lo tanto adquiere valores, generalmente es el problema a investigar.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Estándares de calidad para el primer nivel de atención. DGSP-MINSA. 2004
2. Loeguering L, Reiter R, Gambone J. Valoración actualizada de la calidad en la atención Médica. Clin. Obstet. Ginecol. 2006;1: 113-125.
3. DiPrete L, Miller L, Rafeh N, Hatzell T. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. 2° Edic. Serie perfeccionamiento de la metodología de garantía de calidad. USAID. [en línea] URL disponible en: <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/M1.pdf>
4. Castillo C. Cultura y Clima Organizacional. [en línea] URL disponible en: <http://www.rppnet.com.ar/culturaorganizacional.htm>.
5. Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.
6. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2005;16:276-9.
7. Mira J, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc). 2004;114 (Supl 3): 26-33.
8. Duff L, Lamping D, Ahmed L. Evaluating satisfaction with maternity care in women from minority ethnic communities: development and validation of a Sylheti questionnaire. Int J Qual Health Care. 2008;13 (3):216-30.
9. Steine S, Finset A, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience interaction, emotion and consultation outcome. Fam Pract. 2005;18 (4):410-8.
10. Wensing M, Grol R. What can patients do to improve health care? Health Expect. 1998;1(1): 37-51.

11. Donabedian A. The update definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 2006.
12. Hall J, Dornan M. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care in the new millenium: a meta-analysis. Soc Sci Med. 2004;30(7):811–8.
13. Organización Panamericana de la Salud. Reunión Regional sobre Programas de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en el Marco de las Reformas Sectoriales. Programa Organización y gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Buenos Aires, Argentina: 1998. Pp. 6–12.
14. Rodríguez de Romo A. C.: El juego experimental de Claude Bernard. Elementos, Ciencia y Cultura. Junio- agosto, año/vol. 8, número 042. Año 2005.
15. Flexner A.: Medical education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four (1910).
16. Donabedian A.: La calidad de la atención médica. Ed. Nueva edicion, México, 2008.
17. Hospital universitario del Henares, Nefrología, 2014. URL disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142668514332&language=es&pagina=HospitalHenares%2FPage%2FHHEN_contenidoFinal.
18. DONABEDIAN, A. (2005). La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana.
19. Donabedian, Avedis. Exploracion de la calidad: Asesoramiento y Monitoreo con respecto a calidad de los servicios. Serie Perspectivas en salud publica. 4ta Edicion. 2005.
20. Gilmore, Carol; de Moraes Novaes, Humberto “ Manual de Gerencia de la Calidad “. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellog, 1996.
21. Universidad nacional de mar del plata, investigación calidad de atención. URL. Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/index.php?key=1103>.
22. Jaime Varo, 2004; “Actualizacion de la calidad de la atención medica” , Med Clin (Barc) **2004; 104: 461-462**
23. Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados. Ministerio de Salud 2003. Pagina 02. URL disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/archivos/otros/EstandarHosp2003.pdf.

24. Josefina Caminal: La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2006;16:276-279. URL. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/v124.pdf>.
25. COSTA FONT, J . "Evaluación de la satisfacción del paciente" Universidad de Barcelona. Gestión en el Funcionamiento de los servicios sanitarios España. 2004. P. 2.
26. BRUNNER SUDARTH. "Tratado de enfermería práctica". Sexta Edición. Editorial. Interamericana. México. 2005. Pág. 207.
27. Josefina Caminal: La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2006;16:277. URL. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/v124.pdf>.
28. Pedro D. Armando: 2007: Desarrollo y Validación de Cuestionarios de Satisfacción de Pacientes con los servicios de atención farmacéutica en Farmacias Comunitarias. Pagina 27. URL. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1598/1/1676853x.pdf>.
29. Ana Delgado; Luis A. López Fernández: 2004: 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(Supl 1):112-7. Pagina 113. URL. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v18s1/03practicaprofesional.pdf>
30. Barrios G. Angelica; Montes Montaña N.: CONTROL PRENATAL, Rev Papeña Med Fam 2007; 4(6): 128. URL. Disponible en: http://www.mflapaz.com/Revista_6/revista_6_pdf/7%20CONTROL%20PRENATAL.pdf.
31. Schwarcz R.: 2004: EL CUIDADO PRENATAL GUÍA PARA LA PRÁCTICA DEL CUIDADO PRECONCEPCIONAL Y DEL CONTROL PRENATAL. Pag. 07. URL. Disponible en: <http://www.bvspediatria.org.ar/prenatal.pdf>.
32. Lomuto Celia, Schwarcz Ricardo, Uranga Alfredo, et al. "El cuidado prenatal guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal". 2006.
33. Balance y desafíos sobre las acciones del gobierno para mejorar la salud materna y perinatal Perú: 2013;1-5. URL. Obtenido de:

- <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Jun2014/Balance-y-Desafios-para-reducir-SMP.pdf>.
34. Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Cuarta Edición, página 156-167, 2005.
 35. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. “Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México”.
 36. Bronfman-Pertsovsky M, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C. , Moreno-Altamirano A. “Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias.” Salud Publica Mex 2004; 45: 445-454.
 37. (Mortalidad materna. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFAP y el BANCO MUNDIAL”. Organización Mundial de la Salud, 2010)
 38. Caceres Manrique Flor de Maria: 2009; “El Control Prenatal: Una Reflexión Urgente”. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia Vol. 60. Num. 2. (165-170p).
 39. Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Cuarta Edición, página 156-167, 1992.
 40. Garrido M, 2008, “Evaluación de la calidad del llenado de las hojas de control prenatal de pacientes remitidas de atención primaria Hospital Regional Asunción, Juigalpa del 01 de Abril al 31 de Julio del 2007” URL Obtenido de: <http://www.monografias.com/trabajos66/evaluacion-calidad-historias-clinicas/evaluacion-calidad-historias-clinicas3.shtml>
 41. Carroli G , Khan Neelofur D , Gülmezoglu M , Piaggio G, Villar J. “Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión)”. The Cochrane Library Número 4, 2007.

42. J. Villar, MD, MPH, MSc, y el Dr. P. Bergsjø, MD (2003) **Organización Mundial de la Salud. Pag. 8 URL disponible en:**
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf.

