

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEDE-CHOTA



TESIS

**“CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES.
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA – 2015”.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. PÉREZ CIEZA, Katherine del Rocío

ASESORA:

Mg. PÉREZ CIEZA, Katia Maribel.

CO- ASESORA

MCs. TICLLA RAFAEL, María Eloísa

CHOTA – PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR

- PRESIDENTA** : Dra. Norma Bertha Campos Chávez.
SECRETARIA : Dra. Martha Vicenta Abanto Villar.
VOCAL : Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez.
ACCESITARIO : Lic. Enf. Delia Mercedes Salcedo Vásquez.

DEDICATORIA

A ti Dios Padre Todopoderoso, a San Judas Tadeo; porque siempre han estado a mi lado guiándome y cuidándome, por su infinita misericordia, por ser mi guía y por ser la luz que alumbran mi camino para poder lograr mis metas, por concederme los favores recibidos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres María y José, por brindarme su amor y apoyo incondicional, por su esfuerzo y sacrificio, por sus consejos, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por ser quienes con su dedicación y perseverancia, contribuyeron día a día en mi formación profesional como espiritual.

A mis hermanos Erick y Marian que más que hermanos son mis verdaderos amigos, por ser mi motivación para salir adelante, mi alegría, mi inspiración, por su apoyo, por su cariño, por estar siempre a mi lado y por mostrarme lo bueno que es tener hermanos.

Katherine del Rocío

AGRADECIMIENTO

A Dios, a San Judas Tadeo y a la Virgen de Guadalupe, como parte de mis creencias y mi fe, por la paciencia, claridad y fortaleza que me dan día a día para poder enfrentar cada reto y lograr éste objetivo.

A mis padres, por brindarme su amor y apoyo incondicional, por iluminar mi camino y darme la pauta para realizarme en mis estudios y mi vida. Agradezco los consejos sabios que en el momento exacto han sabido darme para no dejarme caer y enfrentar los momentos difíciles, por ayudarme a tomar las decisiones que me ayuden a balancear mi vida y sobre todo gracias por el amor que me dan, por su maravilloso ejemplo de sacrificio y responsabilidad, que sirvieron para culminar este trabajo.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, y cada uno de sus docentes por sus enseñanzas en mi formación profesional, además de impulsarme a seguir siempre adelante.

A mi asesora de tesis Mg. Katia Maribel Pérez Cieza y Co-asesora MCs. María Eloísa Tiella Rafael; por su asesoramiento científico y por su predisposición permanente e incondicional en cada una de mis dudas.

A los trabajadores del Hospital José Soto Cadenillas de Chota por brindarme las facilidades en la recolección de la información para la presente tesis.

A las gestantes participantes en el estudio por colaborar en el desarrollo de mi investigación.

A todas aquellas personas, que de alguna manera estuvieron involucrados en el proceso de realización de la presente tesis.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRAC	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	11
1.1. Definición y Delimitación del Problema.	11
1.2. Formulación del Problema.	14
1.3. Justificación.	15
1.4. Objetivos.	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	18
2.1. Antecedentes.	18
2.2. Teorías sobre el Tema.	21
2.3. Bases Conceptuales.	24
2.4. Variables de estudio.	48
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	60
3.1. Tipo y Diseño de Estudios.	60
3.2. Área de Estudio.	60
3.3. Población y Muestra.	60
3.4. Unidad de Análisis.	61
3.5. Técnicas de Recolección de Datos.	61
3.6. Procesamiento y Análisis de datos.	63
3.7. Rigor Ético y Científico.	64
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	65
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	95

RELACIÓN DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: Datos Sociodemográficos de las gestantes que acuden al Control prenatal. Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.	65
TABLA 2: Calidad de Atención en el Control Prenatal según las gestantes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.	75
TABLA 3: Calidad de Atención en la Dimensión Estructura, en el control prenatal en gestantes. Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.	77
TABLA 4: Calidad de Atención en la Dimensión Procesos, en el control prenatal en gestantes. Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.	79
TABLA 5: Calidad de Atención en la Dimensión Resultados, en el control prenatal en gestantes. Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.	81
TABLA 6: Calidad de Atención en el control prenatal según datos sociodemográficos de las gestantes. Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.	83

RESUMEN

El estudio: Calidad de Atención en el Control Prenatal en gestantes. Hospital José Soto Cadenillas Chota-2015; tuvo como propósito describir la calidad de atención en el control prenatal que reciben las gestantes. Metodológicamente es de tipo descriptivo y corte transversal. La muestra se conforma de 89 gestantes. Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario de Calidad de Donabedian, en base a las dimensiones: de estructura, proceso y resultados. Los resultados del estudio muestran que las mujeres gestantes en su mayoría se encuentran entre 24 a 30 años, están en el tercer trimestre de gestación y esperaban tener su primer hijo. En su mayoría tuvieron de 4 a 6 consultas; son de estado civil de unión libre y proceden de la zona urbana. La mayoría tiene grado de instrucción secundaria completa y para trasladarse al Hospital lo hacen caminando, acuden en forma mensual a sus consultas de control prenatal. Las gestantes refirieron buena calidad de atención del control prenatal según estos datos sociodemográficos. En conclusión la calidad de atención del control prenatal en forma global fue apreciada como de buena calidad, de igual forma en las dimensiones de estructura, proceso y resultados.

Palabras Claves: Calidad de atención, control prenatal, mujeres gestantes.

ABSTRAC

The study: Quality of Care in the prenatal care to pregnant women. Cadenillas Hospital Jose Soto Chota-2015; its purpose was to describe the quality of care in the prenatal care that they receive the pregnant women. It is methodologically descriptive and sectional. The sample consists of 89 pregnant women. It was used as the technical interview and the questionnaire as an instrument of Quality of Donabedian, based on the dimensions: structure, process and results. The results of the study show that expectant mothers in their majority are between 24 to 30 years, are in the third trimester of pregnancy and hoped to have her first child. Most of them had 4 to 6 consultations; are status of civil union free and come from the urban area. The majority has degree of complete secondary education and to be taken to the hospital they do walk, come on a monthly basis to their control antenatal consultations. Pregnant women spoke good quality of care of the prenatal care according to these demographic data. In conclusion, the quality of care of the prenatal care in a comprehensive manner was appreciated as good quality, as the dimensions of structure, process and results.

Key words: Quality of care, prenatal care, expectant.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud bajo la estrategia de la calidad, parte por reconocer que la prestación del servicio constituye la experiencia objetiva y tangible que pone en contacto directo a proveedores usuarios en la realización de los procesos de atención. El enfoque de calidad como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios busca fortalecer justamente en este conjunto de servicios que conforman los procesos de atención donde se manifiestan unidas indisolublemente las dimensiones técnicas, interpersonales y ambientales de la calidad. En estos servicios se expresa el desempeño eficaz, ético y humano de los diversos proveedores, el adecuado diseño de los procesos y la dotación de tecnología y demás recursos necesarios para la atención (1).

El concepto de calidad en el área de la salud, en el sentido de hacer las cosas bien o lo mejor posible, no es nuevo; sin embargo, la filosofía que preside la obtención de la calidad no se basa en la premisa de la simple mejora de los productos o servicios que se brindan, sino en la adecuación de estos a las necesidades del paciente. Se trata de la consecución del equilibrio entre las necesidades del paciente y los servicios ofrecidos.

La calidad de atención sanitaria es vista como un conjunto de características técnicas, científicas, materiales y humanas que debe reunir el cuidado de la salud de las personas a fin de lograr asegurar el mayor número posible de años de vida; pero esto implica que el sistema de salud esté basado en un costo social y económicamente válido, tanto para el sistema como para la población (2).

La calidad ha sido estudiada en varias áreas distintas; en este caso se buscó analizar la calidad de atención desde la percepción de la mujer gestante a quien se le brinda un determinado servicio.

Donabedian dio a conocer tres dimensiones para evaluar la calidad de atención: “estructura, proceso, resultado”; de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y a la mejora de la calidad en los servicios de salud.

La percepción de los usuarios con relación a un servicio recibido es el medio fundamental para medir la calidad de atención de dicho servicio, ya que un usuario que acuda al servicio con bajas expectativas y se encuentre con una atención de calidad mejorará sus expectativas y, por consiguiente, su percepción de la calidad de atención.

“El control prenatal es el principal medio que los servicios de salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo”. La implementación de este sistema como medio de control ayuda a identificar los factores de riesgo de la gestante y su hijo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo (3).

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo describir la calidad de atención que reciben las gestantes en el control prenatal, según las dimensiones de estructura, procesos y resultados; en los consultorios externos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de la ciudad de Chota. De enfoque cuantitativo, descriptivo y corte transversal, con una muestra de 89 gestantes a quienes se les aplicó el cuestionario de calidad de atención de Donabedian. Se encontró que la calidad de atención del control prenatal fue percibida por las mujeres gestantes como de buena calidad y sus dimensiones de estructura, proceso y resultados.

Estructuralmente la investigación se ha organizado en cuatro capítulos: Capítulo I: En el cual se expone el problema que a su vez comprende: Definición y delimitación del problema, formulación del problema, justificación de la investigación, objetivos. Capítulo II: Antecedentes del problema, teorías sobre el tema, marco teórico y conceptual, variables de investigación. Capítulo III: Tipo y diseño de estudio, área de estudio, población y muestra, unidad de análisis y de observación, técnicas de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, rigor ético y científico. Capítulo IV: En este capítulo se presentan los resultados obtenidos, el análisis y discusión. Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA.

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

A nivel mundial existen millones de mujeres que no tienen acceso a los servicios de buena calidad durante el embarazo y el parto, especialmente las mujeres pobres, sin educación o que viven en áreas rurales. En estos momentos la desigualdad más grave en el sistema de salud ya no es la cobertura de la atención, sino la calidad de los servicios, y en el campo de la salud materna y, más específicamente, en el control prenatal, juega un papel importante en lograr que las gestantes elijan el parto institucional y de esta manera mayor protección a la salud.

Aun en los sistemas de salud que han logrado un adecuado desarrollo y cuentan con suficientes recursos, se reconocen signos de creciente preocupación por la calidad de la atención brindada, debido a que los resultados alcanzados no son del todo satisfactorios ni confiables. La situación es más difícil y compleja en sistemas de salud de aquellos países de menores recursos, donde es necesario comenzar por construir las propuestas que orienten el desarrollo de la calidad de manera integral, eficaz y sostenible

Durante las dos últimas décadas, la calidad del servicio se ha convertido en un área de especial interés para investigadores y gerentes, debido a su impacto en el desempeño de los negocios, la reducción de los costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad. Desde una perspectiva de la mercadotecnia, existe relativo consenso entre los investigadores acerca de que la calidad del servicio debe ser personal y subjetiva, es decir, debe considerar la percepción del cliente (4).

Desde esta óptica, la enunciación que goza de mayor aceptación entre académicos e investigadores es la propuesta por Parasuraman, Zeithamly Berry (1985), para quienes la calidad del servicio, además de ser un constructo elusivo que puede ser difícil de medir, es el resultado de la comparación de las expectativas o deseos del

consumidor frente a un proveedor y sus percepciones con respecto al servicio recibido.

Cabe recordar que la baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales principalmente la mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la desnutrición infantil, las que, a diferencia de otros problemas de salud, requieren una adecuada capacidad resolutive y fundamentalmente intervenciones de calidad (1).

La calidad de la atención marca la diferencia entre la vida y la muerte de las madres y recién nacidos en nuestro país, el acceso a la atención institucional del parto no es suficiente, similar situación sucede frente a la mayoría de riesgos y daños a la salud que acontecen en un país, de allí la importancia de establecer una gestión de la calidad de la atención que dirija, opere y controle de manera sistémica los procesos destinados a mejorar la atención de la salud; implicando la transformación de las organizaciones mediante el aprendizaje y la mejora permanente en respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios que constituyen el centro de su misión. Se trata de avanzar en la búsqueda de la excelencia en las organizaciones de salud. Para ello se requiere reforzar el liderazgo de las instancias directivas en el logro de la calidad, el trabajo en equipo, la gestión basada en procesos y la información relevante como sustento de las decisiones (1).

En nuestro país esta situación problemática obliga a la autoridad sanitaria, en ejercicio de su función rectora, a formular las políticas públicas que orienten el comportamiento de las organizaciones de salud y demás actores hacia la mejora de la calidad de la atención. Formulándose de esta manera las Políticas Nacionales de Calidad de Atención en Salud.

Pese a no contarse en el país y en nuestra localidad con estudios de evaluación de la calidad de atención suficientemente integrales y rigurosos, a la luz de resultados parciales del proceso de autoevaluación de la atención materno - perinatal y en menor grado de otros tipos de atenciones, es posible colegir que, no obstante los

esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud y las demás organizaciones proveedoras de salud, el nivel de calidad dista mucho de ser satisfactorio (5).

Los servicios de salud en el Perú no han sido ajenos a esta tendencia, ya que el auge del modelo de competencia administrada, que entrega a las fuerzas del mercado la administración de los servicios de salud, obliga a los proveedores locales a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener beneficios y permanecer en el mercado (6).

Teniendo en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema prioritario de salud pública, es indispensable, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permitan lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad (7).

Hoy en día, el cuidado prenatal a nivel mundial, sobre todo en lo que respecta a los países desarrollados, se encuentra muy adelantado y se compagina muy bien con las exigencias de la OMS, la cual constantemente está monitoreado que se cumpla con las exigencias que sobre la materia asiduamente se implementan.

“El control prenatal es el principal medio que los servicios de salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo” (8).

La implementación de este sistema como medio de control ayuda a identificar los factores de riesgo de la gestante y su hijo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.

En el Perú Según la ENDES 2012, el 98,4 % de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud (médico, obstetra, enfermera, técnico en enfermería, sanitario o promotor de salud), lo que constituyó un aumento sobre el 94,5 % encontrado durante la ENDES 2009. La atención prenatal por médico presenta una

tendencia a aumentar, de 28,9 % en la ENDES 2009, a 31,4 % en la ENDES 2012. Hay excepciones, como disminuciones en algunos departamentos tales como La Libertad que pasó de 39,0 a 26,2 %, Arequipa, de 29,7 a 21,9 %, San Martín, de 26,0 a 19,5 %, Piura, de 24,7 a 20,9 %, Lambayeque, de 32,8 a 29,9 % y Pasco, de 20,5 a 18,7% (9).

En la provincia de Chota en el año 2014 debido a que el personal de salud no brindó una buena calidad de atención en el control prenatal se registraron 6 muertes maternas (en el año 2013 fueron 7); en Jaén, con 4 (en el año 2013 fueron 8) y en la provincia de Cutervo para este último año aumentó el número de muertes maternas, con 6 (en el año 2013 tan sólo hubo una muerte materna) (10).

Datos que indican que no existe una buena calidad de atención en esta área de la salud, la misma que requiere ser abordada tal vez desde otras perspectivas en las cuales podrían encontrarse las debilidades que limitan esta escasa atención a las gestantes.

Existe información sobre los controles prenatales en las gestantes de la zona; sin embargo se desconoce la calidad de atención de estos controles, por lo que se cree necesario evaluar la calidad de atención del control prenatal que se brinda en el Hospital, ya que se observa que los usuarios después de ser atendidos se encuentran insatisfechos, quizás por el trato o porque el servicio ofrecido no cumplió con todas sus expectativas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es la calidad de atención en el control prenatal que se brinda a las gestantes en los servicios externos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de la ciudad de Chota en los meses de julio a octubre del 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

En este estudio se pretendió describir la calidad de atención prenatal, considerando que la calidad es parte importante en la atención en salud brindada a cada persona, ya que constituye un alto nivel de excelencia profesional, representado en el grado de satisfacción del usuario; es por ello que el personal de salud, debe desarrollar una cultura de calidad y brindar atención con una actitud pro-activa. La calidad de atención es un aspecto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de instituir cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad.

Cabe destacar que la importancia de involucrar a los profesionales de salud en los programas de calificación de la calidad de atención, es una estrategia que genera mayor compromiso y actitudes más positivas del personal de salud en la atención de la mujer gestante.

Esta investigación es relevante para el cuidado de la salud materna, teniendo en cuenta que el control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos.

Desde el punto de vista social, la presente investigación constituyó en un aporte significativo que permitió potenciar la calidad de atención en el control prenatal estableciendo las medidas de prevención de muertes maternas. En la atención de la gestante, el profesional de salud debe distinguir y comprender en su individualidad y complejidad.

El presente estudio permitió a la institución de salud optimizar la valoración de la calidad de atención que se brindó a las gestantes que acuden a consultorios externos del Hospital, garantizando mayor eficacia y continuidad de los cuidados aplicados, que conlleve a brindar una mejor calidad de atención a las gestantes.

Saber que la calidad de la atención en los servicios de salud incluye generalmente dos grandes aspectos: la satisfacción del paciente y sus familiares con el trato que

reciben, y la calidad con la que se aplica la tecnología médica y se evitan sus indeseables efectos colaterales. Esto nos hace pensar cuales son realmente las satisfacciones que buscan las pacientes y que tipo de servicios son necesarios para responder a las necesidades reales de la población, ya que muchas veces estas están diseñadas para responder a intereses y conveniencias de los prestadores de servicios más que de los que demandan los usuarios.

El propósito principal de este estudio, apuntó a esclarecer el rol que como agente transformador social en el ámbito de cuidado a la salud de los individuos ejerce el profesional de salud, cuya responsabilidad no solo recae en elevar el nivel de salud sino además simultáneamente incrementar el nivel de la calidad de la atención que se brinda y por lo tanto la satisfacción de la paciente.

Los resultados de este estudio, sirvieron para que las autoridades sanitarias tengan un conocimiento significativo y real sobre la calidad de atención en el control prenatal en nuestra población de gestantes, que afecta principalmente a los países en vías de desarrollo como el nuestro, para que por medio de ello, se puedan generar en el futuro medidas preventivas congruentes con la realidad local que beneficien tanto a las gestantes como a su bebe.

Permitió a la institución de salud plantear cambios en la calidad de los servicios que ofertará, mejorando la capacidad de gestión de los responsables del mismo, protocolizando la atención, programas de actualización y capacitación a todos los integrantes del equipo de salud, generación de mecanismos de auto evaluación, monitoreo y evaluación de la calidad de servicio en forma periódica.

Desde el punto de vista científico, podrá ser utilizado como antecedente en futuras investigaciones que tengan que ver con la variable en estudio aportando datos que puedan ser utilizados por investigadores de la misma corriente de investigación, lo que califica a la profesión de Enfermería como una actividad inmersa dentro de la ciencia asumiendo la necesidad de actualizarse día a día, que les permita conseguir la calidad y la excelencia al mismo tiempo que generan soluciones a los problemas que se presentan.

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

- Describir y analizar la calidad de atención en el control prenatal que reciben las gestantes, en las dimensiones de estructura, procesos y resultados; en los consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas de la ciudad de Chota - 2015.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar los datos sociodemográficos de las gestantes que acuden al control prenatal en los consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.
- Determinar la calidad de atención que reciben las gestantes en el control prenatal en los consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.
- Determinar la calidad de atención en la dimensión estructura, que reciben las gestantes en el control prenatal, en los consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.
- Determinar la calidad de atención en la dimensión procesos que reciben las gestantes en el control prenatal, en los consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.
- Determinar la calidad de atención en la dimensión resultados que reciben las gestantes en el control prenatal, en los consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.
- Determinar la calidad de atención que reciben las gestantes en el control prenatal según datos sociodemográficos de las gestantes en los consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES.

Se realizó un trabajo de investigación sobre la evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de salud suroccidente de la ESE POPAYAN, los resultados de este trabajo en cuanto a las condiciones de comodidad mientras espera ser atendida en consulta 48,5% (97) refieren que están satisfechas, 44,5% (89) poco satisfecha y 7% (14) insatisfecha, en cuanto al tiempo que duró la consulta el 73% (146) dijeron estar satisfecha, un 27% (54) poco satisfecha, en relación a la limpieza por área: en admisión 81,5% (163) refirieron estar satisfecha, sala de espera 87% (174) satisfecha, servicios higiénicos 58,5% (117) satisfechas, laboratorio 193 (92,72%) satisfecha, consultorio 200 (100%) satisfecha, con respecto a la Educación en salud mientras esperaba la consulta las 200 de las gestantes (100%) respondieron que no, en relación a si le realizaron Examen Físico de cabeza a pies durante la consulta 124 respondieron que Si (62%) y 76 que no para un (38%). De las gestantes 200 (100%) dijeron que las pesaron, el cálculo de la semana gestacional 193 (96,5%) expresó que si se lo realizaron, en la talla 126 (63%) se lo realizaron, el cálculo de la fecha probable de parto 192 (96%) dijo que si se le realizó (11).

En un estudio de investigación sobre la percepción de gestantes acerca de la calidad del control prenatal en una empresa de salud del Estado de Pereira, teniendo como resultados las gestantes tenían entre 20 y 24 años (38%) y entre 15 y 19 años (29%), eran de escolaridad secundaria incompleta (67%), en unión libre (70%), amas de casa (80%), de estrato I (79%). El control fue realizado por médicos (72%) y profesionales de enfermería (28%). El ingreso al control fue en el segundo y tercer trimestre de gestación (87%). Manifestaron muy buena accesibilidad geográfica (82%) y oportunidad en la atención (89%), recibieron buen trato (96%), se les respetó la privacidad (90%). La información recibida fue clara (98%). Más del 85% recibieron educación sobre prueba VIH y toma de exámenes, y menos del 60%

sobre nutrición, lactancia materna, curso psicoprofiláctico y planificación familiar (12).

Se realizó un estudio sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de control prenatal del hospital universitario Ruiz y Páez en la ciudad de Bolívar, teniendo como conclusiones que la muestra constó en su mayor parte de Licenciados en Enfermería constituyendo un 66.66% de ésta, el Trato Humano proporcionado por el profesional de la salud hacia las usuarias y/o clientes representó 53.33% siendo este Regular, en cuanto al Nivel de la Calidad de Atención que brinda el Profesional de Enfermería en su dimensión Cuidados proporcionados a las usuarias se obtuvo un 100% de que es Regular y el Nivel de Satisfacción de las usuarias y/o clientes en cuanto a la atención brindada por parte del Profesional de Enfermería figura que en un 43.33% están satisfechas (13).

En una investigación sobre la percepción de la calidad de la atención de enfermería en usuarias del control prenatal del Hospital Regional de la ciudad del Este y del Hospital Distrital de Presidente Franco, se obtuvo como resultados que de acuerdo a la frecuencia de consultas, el 72,86% de las mujeres encuestadas tuvo entre 3 y 5 consultas hasta ese día, el 20 % tuvo entre 6 y 8 consultas; el 5,24% tuvo entre 9 y 11 consultas y el 1,90% tuvo entre 12 y 14 consultas. Según las pacientes, en ambos hospitales manifestaron que el personal de enfermería en su mayoría cumplió con 4 actividades, con 26,67% y 86,67% de las entrevistadas para cada uno de los hospitales y en un mínimo porcentaje de 6% y 5% respectivamente reportó el cumplimiento de las 5 actividades requeridas. En cuanto a la cantidad de estudios solicitados por el personal de salud, resultó que el 11,9% de las pacientes recibió solicitud de los 5 exámenes clínicos preestablecidos para el control del embarazo; el 64,29% recibió solicitud de 4 exámenes; el 21,9% recibió solicitud de 3 exámenes y el 1,9% recibió solicitud de apenas 2 exámenes (14).

En otro estudio sobre la calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima, como resultados se obtuvo que en controles prenatales de centros de salud del primer nivel de atención de Lima, las dimensiones adecuadas son accesibilidad, seguridad y capacidad profesional. Las dimensiones

inadecuadas son eficacia, eficiencia, continuidad, satisfacción y comodidades, todas expresadas en ambos esquemas (cualitativo y cuantitativo), se presentó dos nuevas dimensiones: clima y cultura organizacional (15).

En un trabajo de investigación sobre la calidad de la atención prenatal en el área de salud “Mella”, teniendo como resultados que los criterios empleados en la estructura rebasaron el estándar establecido de 90 % y alcanzaron la calificación de adecuados. Entre los exámenes complementarios no hemáticos fue evaluada como adecuada la realización de la ecografía profiláctica (entre las 22 y 24 semanas), la orina, las heces fecales y el exudado vaginal en cada trimestre, con 94,0 %, el resultado de las investigaciones indicadas a las gestantes (91,0 %), por otro lado el cumplimiento del horario de consulta (93,0 %) y el tiempo suficiente dedicado por los médicos (96,0 %) fueron evaluados como adecuados, así como también: ausencia, en las consultas, de personas ajenas al paciente (94,0 %); aislamiento adecuado en términos de privacidad, no empleo de palabras engorrosas o muy científicas (92,0 %) y preocupación por la paciente (92,0 %) como aspectos tomados en cuenta para determinar la satisfacción de las grávidas con los servicios recibidos (16).

En una investigación sobre la calidad de la atención en el control prenatal en Colombia, los resultados se evaluaron mediante indicadores tales como la satisfacción del usuario y la calificación al centro de salud. En el primer caso hay un grado de satisfacción bajo, frente a un alto porcentaje que se quejó de una u otra forma del servicio. En el segundo caso, 4 usuarias respondieron con calificaciones entre 8 y 9 (habiendo sido su máxima calificación de 10); otras 4 con calificación entre 5 y 7, y 2 lo calificaron con 3. Las variables indicadores de una buena dimensión interpersonal, se encontraron asociadas de manera inversa con la percepción de mala calidad. Tres de todas las entrevistadas percibió un trato poco amable o francamente descortés por parte del que prestaba los servicios. El mayor número de quejas, manifestada por un bajo porcentaje de las usuarias, se recibió sobre el personal que proporcionada la ficha clínica (en el caso de la seguridad social, el asistente o auxiliar médico); en segundo lugar, sobre el personal en general y en tercer lugar el profesional de la salud (17).

Se realizó una investigación donde aborda la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las usuarias de los subsistemas Principales del sistema de salud en la ciudad de Chihuahua, México. Entre sus principales resultados se da cuenta de los aspectos importantes para las mujeres, en términos de satisfactores, en el momento de acudir a las instituciones de salud para su atención prenatal. Estas mujeres presentan una predilección por obtener “orientación plena en cuanto a los cuidados” y un trato que vislumbre respeto e “interés de los médicos por sus emociones y sentimientos”. También critican la condición de las clínicas y los medicamentos surtidos. Se considera que con las técnicas metodológicas empleadas se coadyuvará a mejorar la calidad de la atención médica y, por ende, a optimizar la continuidad de la atención de las mujeres embarazadas (18).

2.2. TEORÍAS SOBRE EL TEMA

2.2.1. Modelo de calidad de la atención de salud de Donabedian A.

La teoría general de sistemas tiene su origen a fines de la década del 20 con la investigación del fisiólogo Walter Cannon en el campo de la regulación y el equilibrio en los organismos vivos, la cual analiza la organización y reconoce la importancia de las relaciones entre las partes para alcanzar el propósito del todo; desde fines de la década de los 30, esta teoría fue planteada en el campo de la biología por Ludwing von Bertalanffy.

A principios de la década de los 80, Avedis Donabedian formuló una base general para analizar la calidad en el campo de la atención de la salud. Este modelo se basa en la teoría general de sistemas y se utiliza con éxito en las instituciones de salud.

El modelo de Donabedian ha sido aplicado a un gran número de hospitales en todo el mundo, por ello, se lo considera como una de las máximas autoridades en el campo de la calidad del área de la salud.

Donabedian publicó su primer artículo sobre la calidad de la atención médica en 1966 y ha producido los análisis más innovadores sobre este campo de

investigación. Realizó una de las aportaciones más sustanciales al estudio de la calidad en el ámbito de la salud con un carácter multifactorial, donde la calidad es una propiedad de o un juicio sobre la unidad definible de la atención técnica e interpersonal. La calidad se puede evaluar en la medida en que se es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

El término calidad de la atención es ampliamente utilizado en el campo de la salud, sin embargo, lo que es una buena calidad de atención para una persona puede no serlo para otra, ello depende de la concepción de cada persona y de su cultura.

Donabedian menciona que para poder evaluar la calidad de la atención en salud es necesario especificar desde un principio los objetivos por seguir y los medios legítimos o más deseables para alcanzar dichos objetivos. En la atención a la salud, el objetivo es mantener, restaurar y promover esta, por tanto, la calidad de la atención a la salud debe definirse como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud (19).

Donabedian propone tres enfoques para evaluar la calidad de la atención sanitaria, los cuales son estructura, proceso y resultado. Esta formulación la realizó por primera vez en 1966, no como atributos de calidad, sino como enfoques a la adquisición de información con respecto a la presencia o ausencia de los atributos que contribuyen a definir la calidad.

Estructura: constituye el conjunto de las características de los sitios en los que tiene lugar el proceso de la atención médica; se supone que es más probable que se proporcione buena atención cuando los sitios son adecuados.

Este enfoque de valoración parte de la premisa que afirma que si se dispone de buenos medios, el trabajo que se lleva a cabo con ellos ha de estar en la misma tónica de calidad. Incluye estructura física (instalaciones, equipo, mobiliario, etc.) y toma en consideración el número y tamaño de este, recursos humanos (número,

distribución y capacidad técnica del personal) así como características generales de la organización.

En sentido estricto, la evaluación de la estructura no dice cómo funciona un centro, sino cómo debería funcionar si dispusiera de medios adecuados, tanto los que tienen relación directa con la asistencia como los que sirven de apoyo a esta. “Por lo general, la evaluación de los recursos que conforman la estructura de un servicio se realiza siguiendo un formulario o protocolo de valoración, en el que figuran los diversos aspectos por tomar en consideración, a los que se les otorga un valor de acuerdo a su presencia, a su ausencia o importancia relativa de cada uno de ellos”

Proceso: se integra por las actividades, comportamiento, conducta, relación profesional de la salud-paciente y las características del proceso de atención y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y la sociedad; el análisis del proceso se basa en la valoración de lo que los profesionales sanitarios hacen, en función de las necesidades de atención a los pacientes o clientes, de la habilidad con que llevan a cabo sus acciones y de las características de las acciones en sí.

Los instrumentos utilizados son, por lo general, la historia y los registros de los pacientes, sobre los que se realiza una inspección o auditoría por un grupo de evaluadores, habitualmente constituido para ese fin. También puede llevarse a cabo por otros métodos directos, como la observación de las acciones en el lugar de la práctica, o métodos indirectos, como la entrevista estructurada a los profesionales o a los usuarios.

El evaluar el proceso de la atención nos ofrece una visión más cercana a la realidad de la calidad asistencial, ya que proporciona información sobre la competencia de los profesionales, aunque no directamente sobre el efecto de este comportamiento en la salud del usuario, así pues, el proceso nos proporciona datos reales sobre cómo funciona en la práctica un grupo o institución que se haya evaluado.

Resultado: se define como el conjunto de cambios en el estado de salud actual y futura del paciente, el mejoramiento de su situación social y psicológica y de los aspectos físicos y fisiológicos que se obtienen como resultados de las acciones, intervenciones y actuación del profesional de salud. (20).

2.3. BASES CONCEPTUALES.

2.3.1. CALIDAD.

2.3.1.1. Definición:

La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud (21).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad, a nivel general, 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 yatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso" (22).

Avedis Donabedian se refiere a la calidad como: un enfoque hacia los clientes, un enfoque a los procesos, un enfoque al trabajo en equipo, un sistema de calidad, unos principios de calidad, un modelo de calidad.

Para Avedis Donabedian "la calidad médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario" (23).

2.3.1.2. Dimensiones de la Calidad:

Existen diversas propuestas analíticas de la calidad en salud, pero posiblemente la presentada por Avedis Donabedian siga siendo, pese a su generalidad, la de mayor aceptación cuando propone tres dimensiones: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que se establecen entre el proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención. Basados en sus tres enfoques para evaluar calidad. (Estructura, proceso y resultado).

La comprensión y manejo de tales dimensiones pueden expresarse de la siguiente manera:

- a) **Dimensión Técnico-Científica:** referida a los aspectos científico – técnicos de la atención, cuyas características básicas son:
- **Efectividad**, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población.
 - **Eficacia**, referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de la aplicación correcta de las normas técnicas y administrativas.
 - **Eficiencia**, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados.
 - **Continuidad**, prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.
 - **Seguridad**, la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que busca optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario.
 - **Integralidad**, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.

b) Dimensión Humana: referida al aspecto interpersonal de la atención , y que a su vez tiene las siguientes características:

- Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quién es responsable de él o ella.
- Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas; lo que es asimismo válido para el usuario interno.
- Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
- Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios ético- deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.

c) Dimensiones del Entorno: referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles. Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio (24).

La calidad de atención puede ser estudiada a través de varias dimensiones, interacciones o indicadores que facilitan su evaluación. En algunos estudios la calidad de atención médica está originada por la interacción de áreas como demanda. Oferta, proceso, resultados e impacto y la evaluación de los servicios se realiza al término de la cadena mencionada, utilizando el nivel de satisfacción como indicador de impacto de la calidad de asistencia recibida.

Sin embargo Chang de la Rosa utilizó tres dimensiones para evaluar la calidad de atención “estructura, proceso y resultado”. Estas dimensiones fueron dadas a conocer por Donabedian, quién concede a la última de ellas una mayor relevancia en atención a la necesidad siempre en aumento de responder a las expectativas de los usuarios con un servicio de mejor calidad (14).

2.3.2. CALIDAD DE ATENCIÓN.

2.3.2.1. Definición:

Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. (Avedis Donabedian) (25).

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. (Avedis Donabedian 1980) (26).

2.3.2.2. Calidad de Atención en Salud:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad en salud como: un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del paciente, impacto final para la salud.

2.3.3. CONTROL PRENATAL.

2.3.3.1. Definición:

Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño (27).

El control prenatal es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el personal de salud destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal (28).

El control prenatal se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto (29).

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 morbilidad 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 morbilidad 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 (30).

2.3.3.2. Objetivos del Control Prenatal: (27)

- Evaluar integralmente a la gestante y al(los) feto(s), identificando presencia de signos de alarma, enfermedades o factores asociados que requieran manejo oportuno médico- quirúrgico- obstétrico u otro, de urgencia, emergencia o electiva.
- Administrar contenidos educativos para la salud de la familia y la crianza del niño.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones médicas, quirúrgicas y obstétricas del embarazo.
- Detectar patología del cuello uterino (Papanicolaou – Colposcopia), mamas e infecciones de Transmisión Sexual.
- Detectar el VIH y la sífilis y dar tratamiento profiláctico en caso de ser positivo.
- Preparar física y mentalmente a la embarazada para el parto, así como realizar la estimulación prenatal al feto.
- Promover la nutrición adecuada, prevenir y tratar la anemia.
- Prevenir el tétanos neonatal.
- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad fetal.
- Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido.

- Detectar la violencia basada en género y brindar apoyo.
- Realizar planeamiento individualizada del parto institucional (plan de parto) con participación de la pareja y/o de la familia, promoviendo el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Disminuir las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.

2.3.3.3. Características del Control Prenatal:

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

Precoz

La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

Periódico

La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 5 controles.

Completo

Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Amplia cobertura

En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal (31).

2.3.3.4. Frecuencia de las Atenciones Prenatales (30).

Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones 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.
- La sexta entre las 37 a 40 semanas.

2.3.3.5. Procedimiento para realizar el Control Prenatal (28).

2.3.3.5.1. Primera Atención Prenatal.

La primera atención prenatal, idealmente debe realizarse en el primer trimestre, tan luego exista retraso menstrual y confirmación del embarazo (HCG o ecografía). Debe durar no menos de 20 minutos (dependiendo de los factores de riesgo) y comprende:

- Elaboración de la historia clínica del SIP 2000.

A. Anamnesis. Incluye el interrogatorio sobre todos sus componentes; aquí enfatizaremos lo más importante para la consulta prenatal.

a. Filiación:

- **Nombre.** Se anota nombres y apellidos completos de la paciente.
- **Procedencia.** El lugar de procedencia orienta sobre costumbres, creencias, hábitos y enfermedades endémicas.

- **Edad.** Se conoce muy bien el papel que representa la edad de la paciente para la salud de la madre y del futuro niño, tanto en el embarazo como en el parto. El embarazo en la adolescente tiene un manejo diferente al de un embarazo en edades avanzadas de la vida fértil. El embarazo en la mujer añosa tiene un aumento de la incidencia de anomalías fetales, además de ser más propensa a complicaciones sistemáticas tipo hipertensión, diabetes, etc.
- **Nivel de Instrucción.** Indagar por el grado de escolaridad; este dato permite orientar la entrevista y el plan de intervención de enfermería.
- **Ocupación.** La ocupación puede ser buen indicador del nivel socioeconómico y puede representar un factor de riesgo perinatal.
- Religión.
- **Estado Civil.** Por las implicaciones psicosociales que inciden sobre la madre soltera, madres en trámite de divorcio, etc.

b. Motivos de la consulta.

- Tiempo de enfermedad.
- Forma de inicio.
- Curso.
- Relato Cronológico.
- Funciones biológicas: Apetito, sed, orina, deposiciones, sueño.

c. Antecedentes.

c.1. Ginecológicos

Se interroga sobre historia menstrual, uso de anticonceptivos, historia sexual, historia de flujos y citología cérvico-vaginal (Prueba de Papanicolaou) (32).

c.2.Obstétricos.

Se investigará el número de gestaciones y el de partos anteriores, precisar el número de partos vaginales (27).

- **Gravidez: Número de gestaciones anteriores.**
 - Primigesta: Grávida por primera vez.
 - Multigesta: Cuando ha tenido otras gestaciones.
 - Primigesta añosa: edad: 35 a 39 años.
 - Primigesta muy añosa: 40 años o más.
 - Primigesta joven: edad: 15 a 19 años.
 - Primigesta muy joven: Menor de 15 años.

- **Paridad: Número de partos vaginales:**
 - Nulípara: Mujer que nunca ha parido.
 - Primípara: Mujer que sólo ha parido una vez.
 - Primiparidad precoz: Cuando el primer parto ocurre antes de los 17 años.
 - Multípara: Mujer que ha parido dos veces o más.
 - Gran multípara: Mujer que ha parido 6 veces o más.
 - Gran multípara añosa: Mujer mayor de 40 años que ha parido 6 veces o más.

- Abortos – cesáreas.
- Número de hijos nacidos vivos.
- Número de hijos que viven actualmente.
- Número de hijos muertos en la primera semana.
- Número de hijos nacidos muertos.

c.3.Patológicos, médicos y quirúrgicos.

Interrogar sobre antecedentes personales de la gestante en la infancia y en la edad adulta, como tuberculosis, diabetes, hipertensión, cardiopatías, infección

urinaria, enfermedades de transmisión sexual, anemia crónica, cirugías, traumas, alergias.

c.4.Familiares.

Son importantes porque hay enfermedades que pueden alterar el curso y el resultado de la gestación. Además de los antecedentes heredofamiliares de la gestante, debe interrogarse el parentesco de primer grado. Incluye diabetes, hipertensión, tuberculosis, enfermedades mentales, enfermedades de transmisión sexual, embarazo gemelar, enfermedades congénitas.

c.5.Sociales y Ambientales.

- Socioeconómicos: Trabajo, estabilidad.
- Nivel cultural y social.
- Vivienda.

d. Embarazo actual

Se interrogará en forma precisa acerca del primer día y el mes de la última menstruación y si estos datos son confiables, ya que a partir de ellos se calcula la edad del embarazo y la fecha probable de parto (27).

- **Determinación de la edad gestacional (EG) y fecha probable de parto (FPP)**

Es muy importante precisar el dato de la fecha de la última menstruación (FUM), que dará la base para calcular la edad gestacional (EG). Cuando se obtiene y registra este dato debe calificarse si es confiable y seguro.

Se considera seguro cuando la madre recuerda la fecha exacta de la última menstruación y no tiene dudas; se considera confiable cuando además de estar segura, los tres ciclos menstruales previos han sido regulares y normales y no a tomado anticonceptivos en los tres meses previos a la concepción.

Según lo anterior, el dato de la FUM puede ser confiable y seguro; seguro pero no confiable; dudoso o desconocido.

Dudoso se refiere al caso en el cual la madre tiene dudas sobre la fecha exacta.

Fecha Probable de Parto

Se considera como duración normal del embarazo al periodo que transcurre el primer día de la última menstruación hasta la expulsión de un feto normal desarrollado, Es clásico considerar este periodo en promedio de 280 días después del primer día de la última menstruación, o sea, 40 semanas completas.

A partir de la fecha de la última menstruación se puede calcular la fecha probable de parto por alguno de los siguientes métodos:

- ✓ **Regla de Naegele:** Se suman 7 días a la FUR y se restan 3 meses.
- ✓ **Regla de Pinard:** Se suman 10 días a la fecha en que termino la última regla y se restan 3 meses,
- ✓ **Regla de Whal:** Al primer día de la última menstruación se le agregan 10 días y se retroceden 3 meses.

El diagnóstico de la fecha probable del parto calculada a partir de la amenorrea es aproximado y presenta una variabilidad de más o menos semanas.

Edad Gestacional.

Edad del feto o del recién nacido, normalmente expresada en semanas desde el primer día del último periodo menstrual. Para hallar la edad gestacional (EG) se debe determinar el tiempo del retraso menstrual (cuando es mayor de 3 meses se llama amenorrea). Sabiendo el tiempo de amenorrea se puede calcular la edad gestacional en semanas. Para ello se debe sumar los días desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la entrevista y dividir entre 7.

B. Examen Físico General.

El examen físico comienza con la valoración de los signos vitales de la mujer, su peso, talla y la presión arterial. Debido a que la vejiga deberá estar vacía para poder realizar el examen pélvico, este es el momento indicado para obtener la muestra de orina. Cada examinador por lo general ha desarrollado una rutina para llevar a cabo el examen físico; la mayoría escogen la progresión de la cabeza a los pies, Otros escogen el enfoque por sistemas (32).

a. Signos Vitales.

✓ Presión arterial.

La evaluación cuidadosa de la presión arterial es muy importante desde el primer control y a lo largo de toda la gestación y detectar tempranamente complicaciones. Para tomar la presión arterial a la gestante preferente debe ser sentada y decúbito lateral. Al realizar el procedimiento también hay que tener en cuenta la técnica indicada y pedir que la gestante tenga un periodo de reposo previo a la toma.

Los valores normales de la presión arterial es 120/80 mmHg. Es de especial importancia tomar la presión arterial en el segundo trimestre de embarazo, ya que en ese período puede aparecer una hipertensión arterial que es necesario conocer y controlar para que el embarazo se desarrolle con normalidad; incluso puede descubrirse una preeclampsia (si se observa un aumento de 30 mmHg de la presión arterial sistólica o aumento de 15 mmHg en la presión arterial diastólica) , que es una hipertensión arterial asociada a proteínas en la orina (proteinuria), que puede dar lugar a muchas complicaciones.

Por lo general una embarazada siempre debe tener una presión debajo de 140/90 mmHg.

✓ **Temperatura.**

Durante el embarazo la temperatura basal se mantiene elevada durante el primer trimestre, pero a partir de las 14 semanas experimenta un lento descenso hasta alcanzar sus valores preovulatorios alrededor de las 20 semanas. Esto constituye uno de los signos presuntivos de embarazo.

✓ **Pulso.**

El pulso radial es el que se controla con mayor frecuencia. El valor normal en la gestante: 65 – 90 pulsaciones por minuto.

✓ **Respiración.**

La respiración normal es de 14 a 20 respiraciones por minuto.

b. Peso y Talla

La medición del peso y la talla permiten evaluar el estado nutricional de la madre y el incremento de peso durante la gestación. El peso insuficiente, la talla baja y la ganancia escasa o exagerada de peso están asociados con malos resultados perinatales. El peso de la madre es un indicador de nutrición materna y está relacionado con el peso del recién nacido.

Según la OMS: El incremento de peso durante la gestación es de 9 a 11 kg aproximadamente con una distribución por trimestres de:

- 1,5 kg en el primer trimestre.
- 5 kg en el segundo trimestre.
- 4.5 kg en el tercer trimestre.

c. Actitud y marcha.

En el embarazo avanzado el útero se aplica contra la pared anterior del abdomen, y por la creciente distensión y volumen de éste, el centro de la gravedad se modifica. La grávida adopta una actitud destinada a neutralizar la fuerza que la lleva hacia adelante.

d. Cabeza y cuello. La mucosa de la nariz está hiperémica durante el embarazo.

Al observar la boca es frecuente encontrar una notable tumefacción e hiperemia de las encías durante los últimos meses del embarazo y es frecuente que sangren al cepillarse.

En la piel de la cara puede observarse una pigmentación de color pardo amarillento, más notable en la frente, que toma además la nariz y las mejillas, dejando libre los párpados y los labios.

Se suele notar un ensanchamiento de la base del cuello que se debe a una ligera hipertrofia de la glándula tiroides y que se observa en el 80% de las embarazadas.

e. Tórax.

El embarazo modifica las características de las mamas, especialmente en las nulíparas (volumen, consistencia y forma). Los pezones se hacen más gruesos y más sensibles. La areola se hace más ancha y presenta una superficie con abundantes pliegues. El pezón y areola se oscurecen al depositarse gran cantidad de pigmento.

Se ven también los tubérculos de Montgomery hacer relieve número de 15 a 20 alrededor del mamelón.

En la piel de la mama se observan una abundante red venosa (red de Haller) y con una frecuencia de estrías.

f. Abdomen.

En la segunda mitad del embarazo aparecen algunas veces en la piel de la región abdominal estrías o grietas que adoptan una forma curvilínea, encuadrando al ombligo. Son rosadas o violáceas, si se trata de las recientes, y blanco nacaradas, como cicatrices si son antiguas.

Se buscarán mediante la palpación eventraciones y hernias de pared, así como la existencia de quistes de ovario, miomas, bolo fecal (que no han de confundirse con el útero grávido) (27).

C. Examen Gineco - Obstétrico.

a. Examen Pélvico.

El examen pélvico proporciona datos para confirmar el embarazo y determinar la etapa de gestación; las características pélvicas y cualquier anomalía que pueda originar complicaciones durante el embarazo. Al mismo tiempo se obtienen muestras para detectar problemas potenciales. El examen pélvico incluye el examen bimanual y con espéculo.

Para el examen se coloca a la mujer en posición de litotomía y el examinador se sienta en los pies de la mesa para hacer la inspección de los genitales externos y para el examen con espéculo. Se examinan los genitales externos para evaluar la madurez sexual. Pueden existir cicatrices antiguas de partos o traumatismos anteriores. Manteniendo informada a la mujer sobre el procedimiento el examinador palpa los genitales externos en busca de adelgazamientos, masas, fístulas, lesiones e inflamaciones. Se valora el ano para la presencia de hemorroides o colgajos hemorroidales y la integridad del esfínter anal. También se examina el área anal en busca de lesiones, masas, abscesos y tumores. Si hay

historia de enfermedades de transmisión sexual, puede el examinador obtener una muestra para cultivo del canal anal. Durante todo el examen genital notar la presencia de olores que puedan indicar la presencia de infecciones o falta de higiene.

Examen con espéculo y tacto bimanual.

En el **examen con espéculo** se observan las características de la mucosa vaginal y cervical y se evalúa la descarga vaginal. Se identifica las lesiones y se toman biopsias y frotis para determinar si existe vaginitis, y se obtiene muestra para cultivo para gonorrea. Se efectúa de manera rutinaria el examen de Papanicolaou para determinar si existe cáncer cervical (32).

En el **examen bimanual** el examinador encontrará que la vagina aumenta de tamaño y que las estructuras de soporte se encuentran más relajadas en la medida que el embarazo progresa.

- ✓ **Cambios de tamaño.** Se aprecian por las modificaciones del volumen y de la altura del útero.

Volumen. Durante las primeras 8 semanas de embarazo el útero ocupa la pequeña pelvis. Al comienzo el aumento de volumen se hace a expensas del diámetro anteroposterior; el útero adquiere así una forma esférica y va creciendo paulatinamente.

Altura. A partir de las 12 – 13 semanas ya es posible comprobar el aumento del tamaño del útero por encima del pubis si se deprime suavemente el abdomen por arriba de la sínfisis. La altura se mide en centímetros desde el pubis hasta el fondo uterino determinado por palpación. A las 18 semanas el útero alcanza la mitad del trayecto entre el pubis y el ombligo; a las 22 semanas llega al ombligo; a las 30 asciende hasta la mitad de la línea xifoumbilical, y a las 37 semanas el fondo uterino alcanza el apéndice xifoides del esternón.

- ✓ **Cambios de consistencia.** El reblandecimiento del cuerpo es un signo muy característico que se produce gradualmente, apareciendo primeramente en el istmo a la altura de la octava semana. Su investigación se hace mediante el tacto y la palpación combinada. El útero adquiere la consistencia de un higo maduro.

- ✓ **Cambios de situación.** En razón del aumento de peso y tamaño, el cuello se dirige progresivamente hacia atrás y la compresión del cuerpo sobre la vejiga ocasiona polaquiuria.

Inspección y Palpación de abdomen.

Inspección:

Observar el tamaño del abdomen de la usuaria, aspecto de la piel, presencia de estrías, línea negra, sensación de movimientos fetales entre la semana 18 y 20 de la gestación.

Palpación:

En la segunda mitad de la gestación la palpación del abdomen permitirá reconocer el tamaño, consistencia y desviaciones del útero grávido, apreciar las contracciones y los movimientos del feto y hacer el diagnóstico de la colocación fetal (actitud, situación, presentación) y del número de fetos.

Peloteo abdominal: Uno de los signos fetales que recoge la palpación es el peloteo abdominal, que se logra con la provocación de movimientos pasivos fetales. Es posible percibir el peloteo abdominal colocando ambas manos separadas a cada lado del abdomen.

Percepción palpatoria de las partes fetales: Cuando el feto está suficientemente desarrollado, las partes fetales pueden ser diferenciada unas de otras por la palpación.

El polo cefálico se distingue porque es redondeado, regular, duro, irreductible y pequeño.

La nalga o polo podálico es más grande, blanda reductible y menos regular y se continúa sin interrupción con el resto del tronco fetal.

El dorso es una superficie plana o ligeramente convexa, lisa y resistente.

El lado del dorso se delimita por la palpación comparativa. De un lado, superficie dura, regular, lisa y algo convexa; del otro lado en cambio, zona blanduzca, irregular; con pequeñas partes (los miembros).

Con la palpación se puede diagnosticar la presentación durante el embarazo y en colaboración con el tacto durante el parto.

Para diagnosticar la colocación del feto en el útero es clásico recurrir a las cuatro **Maniobras de Leopold** (33)

✓ **Primera Maniobra:** Con esta se determina lo que se encuentra en el fondo uterino, el examinador se coloca de frente a la paciente y se palpa colocando ambas manos por debajo de las costillas; por lo general se percibe una masa, que puede ser la cabeza o los glúteos del feto. Se comprueba de que parte se trata con los siguientes puntos:

Consistencia es relativa: la cabeza es más dura que los glúteos.

Su forma: la cabeza es redonda y dura y puede percibirse la muesca transversa del cuello.

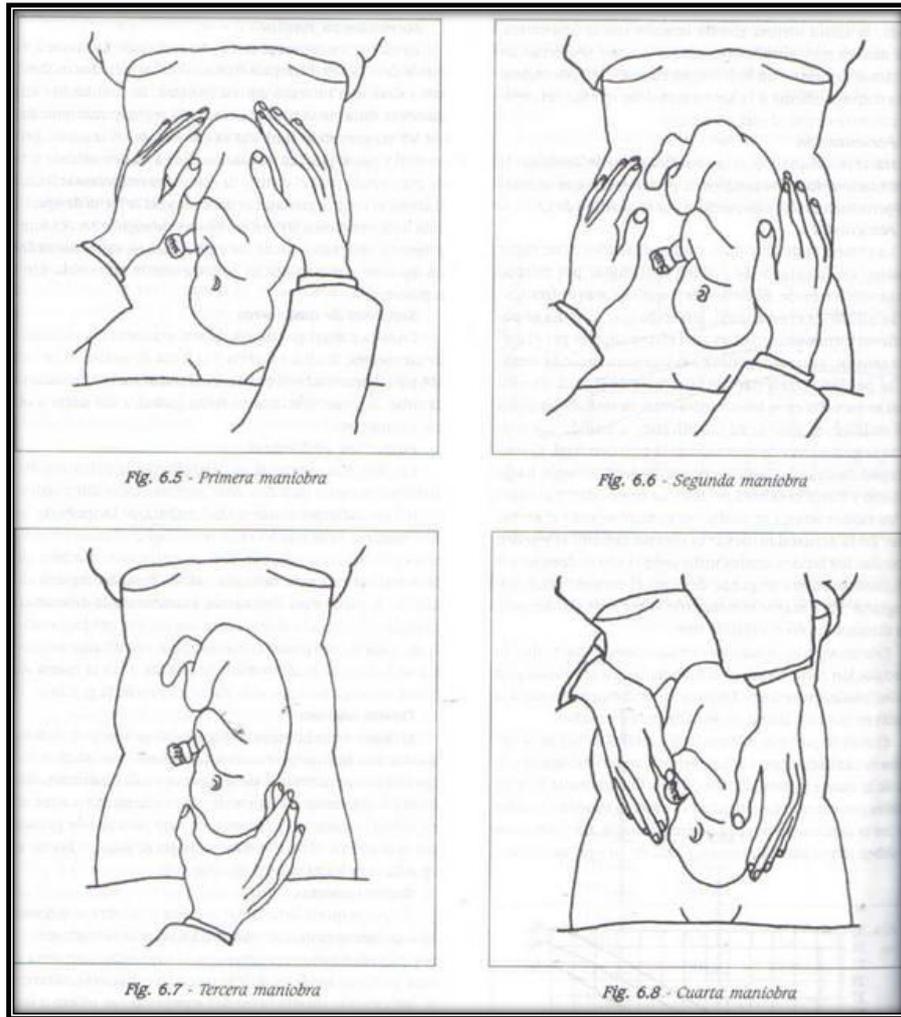
Su movilidad: la cabeza se mueve en forma independiente del tronco, pero los glúteos solo se mueven con el tronco.

También se puede hacer más precisa la medición del abdomen con esta maniobra, ya que se delimita al feto y se hace que vaya hacia la pelvis, logrando conocer los centímetros que ha crecido el vientre materno.

- ✓ **Segunda Maniobra:** Se utiliza para ubicar la espalda del feto en relación con el lado derecho o izquierdo de la madre; que se le nombra posición. De frente a la paciente, el examinador coloca la superficie de las palmas a ambos lados del abdomen y aplica presión suave, pero profunda. Deja una mano al lado del abdomen, para detener el útero, y mediante un movimiento circular y leve se palpa en forma gradual el lado opuesto, desde la parte superior hasta el segmento inferior del útero; se realiza lo mismo con el lado opuesto del abdomen.

Por un lado se siente un plano resistente, duro, liso que corresponde al dorso (espalda); por el otro se perciben numerosas nodulaciones angulares que son las rodillas y codos del feto.

- ✓ **Tercer Maniobra:** Tiene el objeto de encontrar la cabeza en la entrada pélvica y determinar su movilidad. Se lleva a cabo al palpar con suavidad la porción inferior del abdomen, justo por encima de la sínfisis del pubis, entre el dedo pulgar, índice y medio (como formando una tenaza con dichos dedos). Si la parte de presentación no está encajada, se percibe un movimiento del feto, que en general corresponde a la cabeza.
- ✓ **Cuarta Maniobra:** El examinador se coloca hacia los pies de la paciente, palpa con las yemas de los tres primeros dedos a ambos lados de la línea media o morena en la sínfisis del pubis; hacer presión descendente en dirección al canal del parto, arrastrando la piel móvil del abdomen hacia abajo con los dedos. Confirma la presentación cefálica o pélvica del feto.



b. Determinación de la Altura Uterina.

Desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino. Utilizando una cinta métrica inextensible. La medida se realiza colocando el cero del centímetro sobre el borde superior del hueso del pubis y el otro extremo de la cinta se desliza hasta el fondo del útero. La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional: de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal.

Regla de Mcdonal.

Altura Uterina (AU) $\times 2/7 =$ Edad gestacional en meses lunares.

Altura Uterina $\times 8/7 =$ Edad gestacional en semanas lunares.

De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:

Normal. Cuando esté encuentre por debajo del percentil 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal. Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de la altura de fondo uterino según edad gestacional. Amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionales (hábito de fumar, consumo de alcohol. Anemia materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente.

c. Latidos Cardiacos.

Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde 10 semanas (Doppler). Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardiaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardiaca fetal se considera normal en el rango de 120 – 160 latidos por minuto, valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechos de hipoxia fetal.

d. Movimientos Fetales.

La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 16 y 20 semanas de amenorrea. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el

aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.

D. Exámenes Auxiliares Basales (28).

- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Hemograma completo.
- Examen completo de orina.
- Serología para Lúes (RPR o VDRL).
- VIH (test ELISA o prueba rápida para VIH)
- Glicemia.
- Urea y creatinina.
- Ecografía obstétrica.

Cuando sea necesario se solicitarán otros exámenes de acuerdo a las necesidades:

- Toma de muestra para Papanicolaou.
- Llenado del carné perinatal.
- Evaluación y control del estado nutricional.
- Solicitar evaluación odontoestomatológica.
- Iniciar vacunación antitetánica.
- Tamizaje de depresión y violencia.
- Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva.
- Consejería en estilos de vida saludables: nutrición, ejercicios, reposo, sexualidad y recreación.

E. Inmunizaciones.

Iniciar vacuna antitetánica.

La vacuna antitetánica en la gestante protege a los recién nacidos de enfermar y morir por tétanos neonatal. Si aplicamos la primera dosis de vacuna antitetánica en el

último mes de gestación y no alcanzamos a administrar la segunda dosis antes del parto, el recién nacido no estará protegido contra el tétanos, por lo cual deberemos tomar las medidas de preocupación. Si no recibió vacuna: aplicar la primera dosis en cuanto se detecta a la gestante; a los dos meses de la primera dosis aplicar la segunda dosis. Si recibió vacuna previa: si recibió el esquema incompleto, completar la dosis w acuerdo con el esquema, si recibió el esquema completo (3 dosis), no se vacuna (34).

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Mujeres en edad reproductiva (MER), incluye la población gestante (Adolescente y adultos)	10 o 15 años o a la edad de primer contacto con el servicio de salud.	1 dosis dT.
	A los 2 meses de haber recibido la primera dosis.	2 dosis dT.
	Transcurridos 6 meses después de la primera dosis.	3 dosis dT.

2.3.3.5.2. Atenciones Prenatales Posteriores (28).

Las siguientes consultas deben durar no menos de 15 minutos, dependiendo de los factores de riesgo, y deben realizarse según el protocolo de periodicidad, considerando:

- **En todas las consultas:**
 - Evaluación integral.
 - Interrogar por signos y síntomas de alarma.
 - Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas.
 - Control de crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.

- Interpretación de exámenes auxiliares.
 - Evaluar edad gestacional.
 - Indicar suplemento de hierro con ácido fólico después de las 16 semanas.
- **A partir de las 28 semanas:**
 - Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.
 - Control de latidos cardiacos fetales.
 - Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales (desde las 20 semanas).
 - Iniciar estimulación prenatal desde las 12 semanas y preparación psicoprofiláctica del parto desde las 22 semanas.
- **A partir de las 35 semanas:**
 - Pelvimetría interna y valoración feto pélvica en primigrávidas.
 - Determinación del encajamiento fetal.
 - Reevaluación del estado general materno.
 - Actualizar exámenes auxiliares.
 - Solicitar pruebas de bienestar fetal, según caso.
 - Solicitar riesgo quirúrgico y programar cesárea electiva en casos necesarios.

2.3.3.6. Importancia del Control Prenatal.

El control prenatal (es decir, el control médico durante el embarazo) es de fundamental importancia. Este comprende el control de la salud tanto de la madre como del niño antes del parto. Este control médico será importantísimo para que ambos (madre e hijo) puedan gozar de buena salud después del parto (35).

Tener un hijo es algo muy importante que cambia la vida de una pareja o de una mujer de manera impredecible. Durante nueve meses el cuerpo femenino ha sufrido una serie de cambios a nivel físico, sobre todo, desde el punto de vista interno. Es por ello que es necesario poner todos los medios posibles para prevenir cualquier tipo de problema durante el desarrollo del mismo. De ahí que se haya establecido el control prenatal, a través del cual se realiza un seguimiento exhaustivo durante el periodo de gestación

para comprobar que éste se desarrolla con normalidad y, en caso de que haya algún problema, buscar la solución más adecuada para que llegue a buen puerto. La esencia del control prenatal es seguir una serie de procedimientos que va a ayudar de manera positiva a la mujer en todo proceso (36).

2.4. VARIABLE DE ESTUDIO.

Variable 1: Calidad de Atención en el Control Prenatal

– Definición Conceptual

La Calidad en la atención del Control Prenatal es un conjunto de atributos percibidos en los controles prenatales que permiten calificarlo como mejor, igual o peor que sus similares, estos atributos pueden apreciarse a través de la percepción de las gestantes, los registros utilizados y los resultados finales observados. Se consideró control prenatal adecuado, si cumplía con los tres criterios, ser precoz, periódico y completo (24).

– Definición Operacional

Se operacionalizó considerando las dimensiones de calidad propuestas por Donabedian:

Dimensión 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.

Dimensión proceso:

Se refiere a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, y a la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas, además de las actitudes, las habilidades, la destreza y la técnica con que lo llevan a cabo, incluido aquello que los pacientes son capaces de hacer por sí mismos.

Dimensión resultado:

Comprende lo referido a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente con la atención recibida.

Variable 2: Datos Sociodemográficos.

a) Edad.

Definición Conceptual: Es el periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento de la misma, hasta el presente tiempo, y se expresa en años cumplidos.

Definición Operacional: Se operacionalizó considerando las siguientes categorías:

- 17 a 23 años
- 24 a 30 años
- 31 a 38 años

b) Meses de embarazo.

Definición Conceptual: Son los diferentes 9 meses por la que la mujer embarazada pasa durante el periodo de gestación.

Definición Operacional: Se operacionalizó considerando los meses de embarazo:

- De 2 a 3 meses
- De 4 a 5 meses
- De 6 a 7 meses
- De 8 a 9 meses

c) Número de hijo.

Definición Conceptual: Se refiere al total de hijos que tiene una pareja.

Definición Operacional: Se operacionalizó en las siguientes categorías:

- Primer hijo
- Segundo hijo
- Tercer hijo

- Cuarto hijo

d) Número de consultas.

Definición Conceptual: Es la cantidad de veces que el usuario ha tenido contacto con el personal de salud durante sus visitas a un Hospital para su atención.

Definición Operacional: Se operacionalizó considerando:

- De 1 a 3 consultas
- De 4 a 6 consultas
- De 7 a 9 consultas
- De 9 a más consultas

e) Estado civil.

Definición Conceptual: Situación de una persona en relación con leyes y costumbres matrimoniales del país (37).

Definición Operacional: Se operacionalizó de la siguiente forma:

- Soltera
- Casada
- Unión Libre
- Otros.

f) Lugar de procedencia.

Definición Conceptual: Es el origen de algo, el comienzo que ostenta algo, un objeto, una persona y del cual entonces procede (38).

Definición Operacional: Se operacionalizó en:

- Zona rural
- Zona urbana

g) Grado de instrucción.

Definición Conceptual: Es el curso de un proceso educativo adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad (37).

Definición Operacional: Se operacionalizó teniendo en cuenta las categorías de:

- Ilustrada
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Superior incompleta
- Superior completa

h) Medio de transporte.

Definición Conceptual: Es el movimiento que una persona puede hacer desde un lugar a otro (39).

Definición Operacional: Se operacionalizó teniendo en cuenta la siguiente categorización:

- Caminando
- A través de una movilidad
- Dos movibilidades
- Vehículo propio

i) Frecuencia de asistencia al control prenatal.

Definición Conceptual: Número de veces que se repite un proceso periódico en un intervalo de tiempo determinado (40).

Definición Operacional: Se operacionalizó considerando la frecuencia al control prenatal:

- Cada semana
- Cada 15 días
- Cada mes

2.4.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIAS	RANGO	NIVEL DE MEDICIÓN	ITEMS
Calidad de atención en el control prenatal.	Cuantitativa Continua	La calidad de atención en el control prenatal es el alto nivel de excelencia profesional que se brinda a las gestantes para favorecer un mínimo de riesgos, un alto grado de satisfacción y el impacto final de la salud (24).	Cuestionario de Donabedian para medir la calidad de atención en el control prenatal.	1. Mala calidad de atención. 2. Buena calidad de atención.	0 – 192 puntos 193 – 385 puntos	Nominal	1 al 55

Dimensión Estructura	Cuantitativa Continua	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.		1. Mala calidad de atención.	0 – 80 puntos	Nominal	1 a la 23 (Anexo 01)
				2. Buena calidad de atención.	81 – 161 puntos		
Dimensión Proceso	Cuantitativa Continua	Se refiere a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, y a la interrelación con las actividades de apoyo		1. Mala calidad de atención.	0 – 87 puntos	Nominal	24 a la 48 (Anexo 01)
				2. Buena calidad de atención.	88 – 175 puntos		

<p>Dimensión Resultados</p>	<p>Cuantitativa Continua</p>	<p>diagnosticadas, además de las actitudes, las habilidades, la destreza y la técnica con que lo llevan a cabo, incluido aquello que los pacientes son capaces de hacer por sí mismos.</p> <p>Comprende lo referido a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente con la atención recibida.</p>		<p>1. Mala calidad de atención.</p> <p>2. Buena calidad de atención.</p>	<p>0 – 24 puntos</p> <p>25 – 49 puntos</p>	<p>Nominal</p>	<p>49 a la 55 (Anexo 01)</p>
---	----------------------------------	---	--	--	--	----------------	--

Datos sociodemográficos			Cuestionario de datos sociodemográficos				
Edad	Cuantitativa Discreta	Es el periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento de la misma, hasta el presente tiempo, y se expresa en años cumplidos.		a) 17 a 23 años b) 24 a 30 años c) 31 a 38 años		Ordinal	1
Meses de embarazo	Cuantitativa Continua	Son los diferentes 9 meses por la que la mujer embarazada pasa durante el periodo de gestación.		a) De 2 a 3 meses b) De 4 a 5 meses c) De 6 a 7 meses d) De 8 a 9 meses		Ordinal	2

Número de hijo	Cuantitativa Continua	Se refiere al total de hijos que tiene una pareja.		a) Primer hijo b) Segundo hijo c) Tercer hijo d) Cuarto hijo		Ordinal	3
Número de consultas	Cuantitativa Continua	Es la cantidad de veces que el usuario ha tenido contacto con el personal de salud durante sus visitas a un Hospital para su atención.		a) De 1 a 3 consultas b) De 4 a 6 consultas c) De 7 a 9 consultas d) De 9 a más consultas		Ordinal	4

Estado civil	Cuantitativa Continua	Situación de una persona en relación con leyes y costumbres matrimoniales del país (37).		<ul style="list-style-type: none"> a) Soltera b) Casada c) Unión Libre d) Otros. 		Nominal	5
Lugar de procedencia	Cuantitativa Continua	Es el origen de algo, el comienzo que ostenta algo, un objeto, una persona y del cual entonces procede (38).		<ul style="list-style-type: none"> a) Zona rural b) Zona urbana 		Nominal	6
Grado de instrucción	Cuantitativa Continua	Es el curso de un proceso educativo adquirido por una		<ul style="list-style-type: none"> a) Ilustrada b) Primaria incompleta 		Ordinal	7

		persona logrando el más alto nivel de escolaridad (37).		<ul style="list-style-type: none"> c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Superior incompleta g) Superior completa 			
Medio de transporte.	Cuantitativa Continua	Es el movimiento que una persona puede hacer desde un lugar a otro (39).		<ul style="list-style-type: none"> a) Caminando b) A través de una movilidad c) Dos movilidades d) Vehículo propio 		Nominal	8

Frecuencia de asistencia al control prenatal.	Cuantitativa Continua.	Número de veces que se repite un proceso periódico en un intervalo de tiempo determinado (40).		a) Cada semana b) Cada 15 días c) Cada mes.		Ordinal	9
---	------------------------	--	--	--	--	---------	---

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de estudio

El presente estudio de investigación tiene un enfoque cuantitativo por que se recogió datos numéricos y midió fenómenos o hechos. Es de tipo descriptivo y de corte transversal, de tipo descriptivo ya que nos permitió mostrar la información tal y como se obtuvo de la realidad y de corte transversal porque implicó la obtención de datos en un momento específico.

3.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital José Soto Cadenillas, perteneciente al Ministerio de Salud correspondiente al primer nivel de atención, que brinda servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia de esta manera contribuye a la satisfacción de las necesidades de la población en general, dicha Institución cuenta con un total de 18 servicios: Consultorios internos: emergencia, cirugía, sala de operaciones, gineco- obstetricia, neonatología, pediatría, medicina. Consultorios externos: obstetricia, Laboratorio, rayos X, ecografía, farmacia, fisioterapia, neumología, triaje, admisión, medicina general, planificación familiar. Esta institución se encuentra ubicado en la provincia de Chota, distrito de Chota, departamento de Cajamarca.

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Población:

La población estuvo conformada por todas las gestantes que atendieron su control prenatal en consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas Chota, siendo un total de 117 gestantes.

3.3.2. Muestra:

El tamaño de muestra en este trabajo estuvo considerado con un nivel de confianza del 95% y un error relativo de 5%. Se calculó aplicándose la siguiente fórmula:

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

En donde:

N = 117 (Población Gestantes).

Z = 1.96

p = 0.5

q = 0.5

i = error 0.05 (5%).

$$n = \frac{1.96^2 (117) (0.5) (0.5)}{(0.05)^2(117-1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{110.96}{1.24}$$

$$n = 89$$

Obteniéndose como muestra 89 gestantes, que atendieron su control prenatal durante los meses de agosto y setiembre del año 2015.

3.4. Unidad de Análisis y de Observación.

La unidad de análisis lo constituye cada una de las mujeres gestantes que participaron en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Gestantes que se atienden en consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas Chota.
- Gestantes que acepten ser parte del estudio.
- Gestantes que firmen el consentimiento informado.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Mujeres gestantes hospitalizadas en consultorios internos del Hospital José Soto Cadenillas.

3.5. Técnica de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera: se envió una solicitud escrita al Director del hospital José Hernán Soto Cadenillas de la ciudad de Chota, solicitando la autorización para aplicar el instrumento con el que se recolectó la información.

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un cuestionario para medir la Calidad de Atención desde la percepción de las gestantes que determinará la buena o mala calidad en las dimensiones de estructura, proceso y resultados. Este cuestionario contiene preguntas cerradas con 55 ítems de tipo diferencial semántico con una escala de 7 puntos. Estos ítems exploraron la satisfacción que expresan las gestantes respecto a la calidad de atención en el control prenatal. El instrumento contiene una parte de datos sociodemográficos, con 09 preguntas que permitirán recolectar datos generales acerca de la gestante y otra parte con 55 preguntas que explorará las siguientes tres dimensiones:

Dimensión Estructura: En esta dimensión se buscó medir la percepción que tienen las gestantes acerca de la comodidad y tamaño de la sala de espera y de la sala de consulta; la iluminación y limpieza de la sala de espera y de la sala de consulta; la accesibilidad, que incluyó la percepción del tiempo que gasta la paciente en llegar al hospital, el cansancio y agrado del viaje, la distancia y la facilidad de acceso al hospital; la disponibilidad de la atención que implica la percepción de la paciente acerca de la adecuación del horario de consulta y la conveniencia de dicho horario; el tiempo de espera para la consulta, que explora la percepción de la duración de la espera y del cansancio que produce la misma; la duración del tiempo dedicado a la consulta, que explora la percepción de la tranquilidad de la atención y de la suficiencia del tiempo dedicado a la misma.

Dimensión Proceso: En esta dimensión se buscó medir los conocimientos y sentimientos acerca del control prenatal desde la perspectiva de las usuarias; la

percepción de la tarea de información del personal que realiza el control prenatal, del propio conocimiento acerca del control prenatal, de la comprensión del significado del control prenatal, de la comprensión de la importancia del control prenatal, del agrado o desagrado respecto a la realización del control prenatal; los conocimientos y sentimientos acerca de los exámenes clínicos desde la percepción de la tarea de dichos exámenes; la percepción de la tarea de la lactancia materna; la percepción de la tarea acerca de las vacunas; la percepción de la tarea de cuidado del recién nacido; la percepción del trato del personal de salud durante la consulta desde el punto de vista de la personalización, la percepción de la amabilidad, de la empatía del personal de salud y de la familiaridad del trato.

Dimensión Resultado: Con esta dimensión se buscó medir la percepción del propio sentimiento al término de la consulta, del cuidado recibido, de la propia seguridad, de la propia tranquilidad y del estado de cansancio; las expectativas con respecto al parto desde la percepción de la propia seguridad, de la propia tranquilidad y de la propia ansiedad.

Este cuestionario ha sido propuesto y validado por Alba Mabel Orihuela Zena, Lida Aurora Aquino Villalba, Mirna Agustina Sánchez Samudio, Liliana Suarez Pereira en el año 2010, en base a las dimensiones de calidad de atención de Donabedian. Estos investigadores para analizar la validez superficial del instrumento lo realizaron por juicio de expertos, para verificar la comprensión uniforme de los términos y enunciados, la adecuación al registro local de la lengua y la facilidad de comprensión de los ítems. Luego procedieron al análisis de la validez de constructo; analizando los ítems que operacionalizaban adecuadamente.

3.6. Procesamiento y Análisis de Datos.

El procesamiento y análisis de datos se realizó recolectando la información en forma manual, se codificó y digitó para su procesamiento estadístico. Se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2010 y luego los datos fueron transportados al paquete estadístico SPSS versión 23.0, para la obtención de los datos finales, los mismos que son presentados en tablas estadísticas.

Para analizar los datos se utilizó la estadística descriptiva consistente en describir

los resultados obtenidos en el estudio, contrastarlos con antecedentes y teorías, todo ello tendiente al logro de los objetivos formulados.

3.7. Rigor Ético y Científico

La investigación cuantitativa se fundó en criterios que tiene como objetivo asegurar la calidad y objetividad de la investigación considerando los siguientes criterios:

3.7.1. Rigor ético

En relación a la ética: se tendrá en cuenta los siguientes principios éticos que aseguraron la validación del trabajo de investigación.

- a) **Principio de autonomía.-** La participación fue de carácter voluntario. En el presente trabajo de investigación las gestantes tomaron la decisión de participar o no en la investigación.
- b) **Principio de justicia:** La muestra se eligió al azar, por lo cual todas las gestantes que asistieron al hospital José Soto Cadenillas tuvieron la posibilidad de ser elegidas.
- c) **Principio de beneficencia:** En la presente investigación se tuvo en cuenta los beneficios, puesto que en ese estudio no hay riesgo de dañar a la persona, ya que sólo se busca obtener información, más no realizar experimentos en dicha población de estudio.

3.7.2. Rigor científico

- a) **Confidencialidad:** Considerando este principio, se tuvo en reserva la información brindada por las participantes.
- b) **Credibilidad:** Se refiere al valor de la verdad, considerándose durante todo el proceso de la investigación para la confianza de la información que se obtuvo durante la aplicación de los instrumentos a las gestantes sujetos de estudio.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS, ITERPRETACIÓN, ANÁLISIS, DISCUSIÓN.

**Tabla 1. Datos Sociodemográficos de las gestantes que acuden al Control prenatal.
Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.**

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Nº	%
Edad		
De 17 a 23	31	34,8
De 24 a 30	35	39,3
De 31 a 38	23	25,8
Meses de embarazo		
De 2 a 3	9	10,1
De 4 a 5	21	23,6
De 6 a 7	28	31,5
De 8 a 9	31	34,8
Número de hijos		
Primero	48	53,9
Segundo	30	33,7
Tercero	9	10,1
Cuarto	2	2,2
Número de consultas		
De 1 a 3	31	34,8
De 4 a 6	37	41,6
De 7 a 9	21	23,6
Estado civil		
Soltera	10	11,2
Casada	27	30,3
Unión libre	52	58,4

Lugar de procedencia		
Zona rural	22	24,7
Zona urbana	67	75,3
Grado de instrucción		
Iletrado	1	1,1
Primaria incompleta	4	4,5
Primaria completa	11	12,4
Secundaria incompleta	8	9,0
Secundaria completa	34	38,2
Superior incompleta	14	15,7
Superior completa	17	19,1
Medio de transporte		
Caminando	56	62,9
A través de una movilidad	30	33,7
Dos movilidades	1	1,1
Vehículo propio	2	2,2
Frecuencia asistencia control prenatal		
Cada semana	17	19,1
Cada 15 días	13	14,6
Cada mes	59	66,3
TOTAL	89	100,0

En la tabla 1, se puede observar que las gestantes que acuden al control prenatal en su mayoría se encuentran entre 24 a 30 años con 39,3% y un mínimo de porcentaje 25,8% de 31 a 38 años y 34,8% entre 17 a 23 años.

Referente a los meses de embarazo en la tabla se observa que las gestantes participantes en su mayoría se encontraron entre 8 a 9 meses de embarazo con 34,8% y de 2 a 3 meses un 10,1%.

En cuanto al número de hijos, las mujeres gestantes refieren en su mayoría estar embarazadas de su primer hijo con 53,9% y un mínimo porcentaje de 2,2% están embarazadas de su cuarto hijo.

El número de consultas que tuvieron las gestantes, fue de 4 a 6 consultas con un 41,6% y de 7 a 9 consultas un 23,6%. Estos datos nos muestran que la mayoría de gestantes presentaron menos consultas o controles en su atención pre natal, esto se debe probablemente al desconocimiento sobre su embarazo, y al tiempo de espera en la consulta.

En relación al estado civil de las mujeres gestantes en su mayoría son de unión libre con un 58,4%; 30,3% son casadas y 11,2% son solteras.

En cuanto a su grado de instrucción la mayoría alcanzó secundaria completa con 38,2%, luego las de superior completa con 19,1%; mínimamente iletradas con 1,1% y 4,5% con primaria completa.

Según el medio de transporte que utilizan las mujeres gestantes en un 62,9% se trasladan caminando al Hospital para realizar su control prenatal, seguido del 33,7% que se trasladan en movilidad.

Según el lugar de procedencia las gestantes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas fueron de zona urbana en un 75,3% y un 24,7% de zona rural.

En cuanto a la frecuencia de asistencia al control prenatal el 66,3% asistieron en forma mensual, el 14,6% cada 15 días y el 19,1% cada semana.

Los resultados nos muestran que las mujeres gestantes son mayormente jóvenes, existiendo también casos de adolescentes gestantes. Tal como se menciona en un estudio donde lo refiere se encontró que "el pico de máxima fertilidad de la mujer es a los 20 años". A partir de los 30 años, "se produce una disminución de la fertilidad, que se ve agravada a partir de los 35". En concreto refiere que "existe una disminución de entre el 20 y el 25% en la tasa de fecundidad cuando se comparan mujeres de entre 30 y

35 años con aquellas de entre 20 y 25 años". El motivo del declive de la fertilidad se encuentra en la propia fisiología de la mujer (41).

En el caso de los embarazos en mujeres adolescentes, la Encuesta de Demografía y Salud del INEI, muestra que los embarazos en adolescentes aumentaron de 13.2%, en 2012, a 13.9% en 2013. Lo que más llama la atención es la creciente prevalencia de embarazo en la costa norte y particularmente en Lima, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas (42).

Según la estadística, el embarazo adolescente en la capital pasó de 4.4% en 1991/92 a 10.6% en 2013, mientras que en el resto de la costa creció de 10.8% a 15.4% en el mismo periodo. Sin embargo, en porcentajes, las regiones de selva (Loreto, Madre de Dios) y las rurales (Ayacucho) siguen concentrando mayor prevalencia de embarazos adolescentes (42).

Según la ENDES, el 13.9% de las menores de 15 a 19 años de edad ya son madres o están embarazadas. El porcentaje de embarazo adolescente es mayor en zonas rurales (20.3%) en 8.4 puntos porcentuales, respecto al área urbana (11.9%). Asimismo, entre el quintil más pobre (quintil 1), el 23.9% son madres adolescentes frente al 5.6% en el quintil de mayores ingresos. Es de observar que entre los 18 y 19 años, se registran los porcentajes más altos de embarazo (20.2% y 30.2%, respectivamente) (37).

En el 2013, había más de 8 millones 131 mil mujeres en edad fértil o edad reproductiva (mujeres de 15 a 49 años de edad) y representa el 53,5% de las mujeres del país.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2013, la población de mujeres en edad fértil continúa siendo una población relativamente joven, el 47,4% de ellas son menores de 30 años (43).

Referente a los meses de embarazo los datos nos muestran que las mujeres gestantes en su mayoría se encontraron en el tercer trimestre de gestación por lo que en estos meses es mayor el número de controles que deben realizarse por encontrarse en el último periodo de la gestación.

Estos resultados difieren con lo reportado por el INEI (2014), donde presentó los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 reportando que el control prenatal en el primer trimestre del embarazo viene incrementándose. En el año 2013, el 77% de gestantes realizó su control prenatal en los primeros tres meses de gestación. Sin embargo existen diferencias según las características sociodemográficas de las gestantes, por lo cual el porcentaje difieren si se trata de gestantes que residen en el área urbana (80%) o rural (70%) (37).

En cuanto al número de hijos la mayoría de mujeres gestantes va a tener su primer hijo. Estos datos encontrados probablemente se debe a que la mayor parte de población de mujeres tienen actualmente entre 1 a 2 hijos. Según datos del 2013 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la mitad de las más de 8,2 millones de madres peruanas tuvieron su primer hijo antes de los 22 años.

Por lo que éstos resultados se sustentan en la literatura que refiere que la transformación más crucial ha sido la reducción de la tasa de fecundidad de la mujer peruana. Si en 1962 las madres tenían, en promedio, 7 hijos, las peruanas de hoy tienen 2 hijos y se casan más tarde, a los 30 años de acuerdo con el INEI (44).

La edad a la cual las mujeres comienzan su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes en la fecundidad de una población.

Según ENDES 2013 las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas. Antes de los 18 años entre el 15,1% y 17,9% tuvieron su primer hijo, así mismo entre un 32,6% y un 35,4% de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años, al llegar a los 25 años más de un 64,6% de las mujeres había dado a luz (37).

Referente al número de consultas la mayor parte de mujeres gestantes tuvieron de 4 a 6 consultas para ser atendidas en su control prenatal, seguido de las que tuvieron de 1 a 3 consultas. Mínimamente tuvieron más consultas. Resultados que se relacionan con diversos estudios que nos indican el por qué las personas no se acercan a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, mostrándonos como

primera causa el costo en el 40.6 %, temor 29.3 %, trato recibido 20.4%, tiempo de espera 14.8 %, vergüenza 10.8% y distancia 8.1% (45).

La importancia de acudir a sus consultas prenatales para prevenir casos de muerte materna o neonatal y brindar consejería sobre los signos de alarma durante el embarazo para que las gestantes acudan lo antes posible a un centro de salud.

“Es importante cumplir con seis controles prenatales como mínimo, durante los 9 meses de gestación, para llevar una maternidad saludable y segura. El objetivo es detectar en forma oportuna cualquier complicación que pueda poner en peligro la vida de la madre o la del niño por nacer y actuar en forma adecuada para salvar ambas vidas”. Además se precisa, que la atención prenatal debe ser temprana y periódica. “Para mantener una maternidad saludable y segura, las madres deben iniciar su control prenatal en el primer trimestre y luego cada mes. Es recomendable que acudan con su pareja o acompañante” (46).

Sin embargo, a nivel nacional la Encuesta Nacional de Demografía y Salud muestra que en los últimos cinco años aumentó en cinco puntos porcentuales el número de mujeres que realizan su control prenatal con un médico. Pasó de 87 a 92% entre el 2005 y el 2010. También indica que el 89% de las embarazadas tuvo cuatro o más visitas de control prenatal, 6 % entre dos y tres y el 1%, una sola visita. El 3 % de las mujeres nunca fue al médico (47).

Según los registros nacionales se dice que existe una cobertura por encima del 90%, pero con un porcentaje importante de mujeres gestantes que tienen uno, dos o hasta tres controles que no son suficientes para vigilar las patologías que puede presentar tanto la madre como el niño durante la etapa de gestación (47).

En el Perú según la ENDES 2012, el 98,4 % de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud (médico, obstetra, enfermera, técnico en enfermería, sanitario o promotor de salud), lo que constituyó un aumento sobre el 94,5 % encontrado durante la ENDES 2009. La atención prenatal por médico presenta una tendencia a aumentar, de 28,9 % en la ENDES 2009, a 31,4 % en la ENDES 2012. Hay

excepciones, como disminuciones en algunos departamentos tales como La Libertad que pasó de 39,0 a 26,2 %, Arequipa, de 29,7 a 21,9 %, San Martín, de 26,0 a 19,5 %, Piura, de 24,7 a 20,9 %, Lambayeque, de 32,8 a 29,9 % y Pasco, de 20,5 a 18,7% (9).

En relación al estado civil de las gestantes en su mayoría fueron las de unión libre y en menor porcentaje las casadas y las solteras. Estos resultados se deben a que actualmente en la sociedad se viene considerando otro tipo de creencias y cultura respecto al matrimonio.

Los datos encontrados, guardan relación con un estudio del MINSA (2013), que refiere que el 78% de las madres que alumbraron en hospitales públicos y clínicas del Perú entre enero y octubre de 2013 tenía el estado civil de conviviente, frente al 9% de mujeres cuyo estado civil era casada, esta información se obtuvo gracias al Sistema de Registro del Certificado del Recién Nacido Vivo, implementado en 210 establecimientos de salud del país, el 91% de los cuales son públicos (MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas) y el 8% privados.

También se menciona que las madres solteras, que dieron a luz representaron el 12.26%; mujeres con el estado civil de separadas, 0.23%; viudas y divorciadas 0.04%. Las cifras, en todos los estados civiles mencionados, son casi iguales que el año anterior, según el registro de marzo a diciembre de 2012: conviviente (76.85), soltera (13.4%), casada (9.49%), separada (0.18%) y divorciada (0.04%). Estos últimos datos contrastan con los que se halló en el presente estudio donde la mayoría de mujeres fueron convivientes (48).

Asimismo los datos se muestran similar al de ENDES 2013, donde el total de las MEF, aproximadamente el 32,3% de las mujeres eran solteras, el 11,0% se encontraban separadas, divorciadas o viudas y el 56,6% de ellas se encontraban en unión (22,4% casadas y 34,2% en unión consensual) (43).

También datos parecidos encontró el INEI 2014 donde reportó según la ENDES 2013 que 57 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años de edad se encuentra en unión conyugal.

Este porcentaje se mantiene en los últimos años, no obstante, se incrementaron las uniones de convivencia o unión consensuada.

En cuanto al lugar de procedencia la mayoría de las gestantes fueron de zona urbana que rural. Estos resultados del lugar de procedencia de la gestante posiblemente se presentan porque las mujeres de la zona urbana tienen mayor acceso al Hospital por el ámbito geográfico, que los de la zona rural. Asimismo el establecimiento de salud tiene su propio ámbito de intervención. Según la ENDES 2013 la cobertura de atención del embarazo en el área urbana alcanzó el 96,6% y en el área rural fue 91,5%, es decir que existe una brecha de 5,1 punto porcentuales desfavorables por el área rural.

Asimismo estos datos se presentan debido a que la proporción de mujeres en edad fértil fue mayor en el área urbana (52,5%) que en el área rural (44,4%). En el área urbana, representaron el 27,0% de la población total urbana y el 52,5% de la población femenina urbana; en tanto que, en el área rural representó el 22,4% de la población total rural y el 44,4% de la población femenina rural, este comportamiento fue similar al encontrado en el año 2009 (43).

Referente al grado de instrucción de las gestantes la mayoría presentó secundaria completa seguido de las que tuvieron grado de instrucción superior completa. Los resultados se debe que en la actualidad se le da mayor importancia a la educación de la mujer que en épocas antiguas.

Los resultados encontrados guardan relación con los datos del 2009 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), respecto al nivel de estudios alcanzados, alrededor de dos millones de madres siguieron educación superior, sea universitaria o no universitaria, lo que representa un 25,7%. Del mismo modo, cerca de la tercera parte (30,5%) de las madres alcanzó educación secundaria, el 29,7% tiene primaria y el 14,1% no cuenta con nivel inicial (48).

También el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2013, refiere que el resultado de los nuevos roles que adoptaron las mujeres son la mayor educación y el

trabajo. En efecto, la madre peruana tiene hoy más años de estudios, gana más dinero y muere menos durante el embarazo y el parto que antaño.

Asimismo el Gobierno estima que de las 8'227.700 madres en el Perú, el 30,5% ha estudiado secundaria y el 25,7% ingresó a la universidad. Las mujeres que viven en las ciudades estudian, en promedio, 10,6 años, mientras que las que habitan en zonas rurales lo hacen por 7 años (44).

Según el medio de transporte de las gestantes, manifestaron que en su mayoría se trasladan caminando. Estos resultados se deben a que las gestantes mayormente residen en la zona urbana, siendo accesible el trasladarse caminando a las diferentes instituciones, mercados, establecimientos, etc por la distancia a su domicilio. Mientras las que se trasladan en movilidad tienen posiblemente mayor distancia de su domicilio al Hospital, o residen en la zona rural o porque presentan algún tipo de emergencia.

Los medios de transporte tienen una relevancia extraordinaria en la sociedad porque permiten la circulación de bienes y de personas, logrando una integración social que favorece el desarrollo. Es por esta circunstancia que con el paso del tiempo siempre veremos una mejora en la eficiencia de los medios de transporte, con servicios mejorados y una utilización de recursos menor.

Si bien lo utilizamos a diario necesariamente, lo cierto es que a veces no se tiene exactamente la importancia del Transporte en distintos ámbitos de nuestra vida socioeconómica (49).

En cuanto a la frecuencia de las consultas de las gestantes la mayoría acude mensualmente a la atención de sus controles pre natales. Estos resultados se debe a que la mayoría de mujeres que asisten a sus controles prenatales están entre el primer y segundo trimestre de gestación y el restante de mujeres están en los últimos trimestres o presentaron alguna alteración en el proceso del embarazo.

Resultados que guardan relación con lo establecido por el MINSA que refiere que 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) (50).

Asimismo se considera a la atención prenatal como uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud (MINSA) la define como "La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre" (51).

En los últimos años ha existido polémica para definir el número óptimo de controles prenatales (CPN) y la frecuencia. En el año 2007 la OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro CPN. El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación.

Según el último informe de la encuesta demográfica ENDES 2009, 94,5% de mujeres tuvieron algún CPN por personal de salud; pero, en la selva fue 83,5%. El 92,5% tuvieron por lo menos cuatro CPN durante su embarazo, 70% tuvo su primer CPN antes de los cuatro meses de gestación y el 2,8% de mujeres no tuvieron CPN a nivel nacional llegando hasta 10,9% en Ucayali. En esta encuesta que no se evaluó la frecuencia recomendada de dichos controles (51).

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en la gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

Tabla 2. Calidad de atención en el Control prenatal según las gestantes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.

CALIDAD DE ATENCIÓN	Nº	%
Mala	7	7,9
Buena	82	92,1
TOTAL	89	100,0

En esta tabla se puede observar que la atención del control prenatal fue de buena calidad para el 92,1% de las mujeres gestantes entrevistadas y de mala calidad para el 7,9%.

Estos resultados de buena calidad de la atención del control prenatal se debe a que experimentaron un bienestar o nivel al que desea llegar la gestante luego de recibir la atención prenatal, a través del logro o cumplimiento de sus principales necesidades luego de recibir atención del profesional de salud.

Datos que se sustentan en la literatura en donde se menciona que aun en los sistemas de salud que han logrado un adecuado desarrollo y cuentan con suficientes recursos, se reconocen signos de creciente preocupación por la calidad de la atención brindada, debido a que los resultados alcanzados no son del todo satisfactorios ni confiables. La situación es más difícil y compleja en sistemas de salud de aquellos países de menores recursos, donde es necesario comenzar por construir las propuestas que orienten el desarrollo de la calidad de manera integral, eficaz y sostenible (1).

Los usuarios pueden evaluar la calidad del servicio expresando su satisfacción o insatisfacción en aspectos específicos, o en todo el servicio recibido. Pero además de ser un criterio válido sobre la atención recibida, la satisfacción de los usuarios permite obtener su cooperación y contribución para su propio bienestar. Por esta razón, la satisfacción es fundamental como resultado de la atención (52).

La identificación de las necesidades y expectativas de los distintos segmentos de pacientes es fundamental para alcanzar su satisfacción. En el Perú se ha descrito que la satisfacción del usuario deriva de ser una percepción de carácter personal y subjetivo y no una evaluación objetiva (53).

Los sentimientos de malestar o disgusto que se tiene cuando no se colma un deseo o no se colma una necesidad, debido a ello las mujeres gestantes no logran un nivel de conformidad al utilizar el servicio. La lógica indica que, a mayores sentimientos de malestar, mayor posibilidad de que el cliente no vuelva a contratar servicios en el mismo establecimiento (52).

Los resultados sin embargo difieren de los hallazgos a nivel mundial donde existen millones de mujeres que no tienen acceso a los servicios de buena calidad durante el embarazo y el parto, especialmente las mujeres pobres, sin educación o que viven en áreas rurales. En estos momentos la desigualdad más grave en el sistema de salud ya no es la cobertura de la atención, sino la calidad de los servicios, y en el campo de la salud materna y, más específicamente, en el control prenatal, juega un papel importante en lograr que las gestantes elijan el parto institucional y de esta manera mayor protección a la salud.

La calidad de la atención marca la diferencia entre la vida y la muerte de las madres y recién nacidos en nuestro país, el acceso a la atención institucional del parto no es suficiente, similar situación sucede frente a la mayoría de riesgos y daños a la salud que acontecen en un país, de allí la importancia de establecer una gestión de la calidad de la atención que dirija, opere y controle de manera sistémica los procesos destinados a mejorar la atención de la salud (1).

Tabla 3. Calidad de atención en la dimensión estructura, en el Control prenatal en gestantes. Hospital José Soto Cadenillas Chota - 2015.

CALIDAD DE ATENCIÓN:		
DIMENSIÓN ESTRUCTURA	Nº	%
Mala	9	10,1
Buena	80	89,9
TOTAL	89	100,0

En la tabla se observa que la atención del control prenatal en la dimensión estructura fue de buena calidad para el 89,9% de las mujeres gestantes frente a un 10,1% que la experimentó como de mala calidad la atención recibida.

Estos datos muestran lo relacionado a la dimensión estructura, donde la mayoría de gestantes tuvieron aceptación de las instalaciones del lugar o servicio de atención, por lo que consideraron que el servicio de atención prenatal cuenta con todos los materiales y organización correspondiente referido a los aspectos de infraestructura como iluminación, limpieza, tamaño de la sala de espera etc, ante los cuales la gestante mostró satisfacción en esta dimensión. Asimismo se presentó un bajo porcentaje de no aceptación en relación a la dimensión estructura, lo que estaría indicando malestar de la gestante ante la atención recibida.

La dimensión estructura; según el Modelo de Calidad de la Atención Médica de Avedis Donabedian, constituye los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.

En sentido estricto, la evaluación de la estructura no dice cómo funciona un centro, sino cómo debería funcionar si dispusiera de medios adecuados, tanto los que tienen relación directa con la asistencia como los que sirven de apoyo a esta. “Por lo general, la

evaluación de los recursos que conforman la estructura de un servicio se realiza siguiendo un formulario o protocolo de valoración, en el que figuran los diversos aspectos por tomar en consideración, a los que se les otorga un valor de acuerdo a su presencia, a su ausencia o importancia relativa de cada uno de ellos” (23).

Los resultados encontrados se deben a que la infraestructura del Hospital cumple con las expectativas que tienen las mujeres gestantes como la iluminación, el tamaño de la sala de espera y el ambiente de atención, puesto que éste Hospital ha sido construido bajo normas técnicas de infraestructura para la atención de salud. También las mujeres gestantes posiblemente diferencien entre esta infraestructura y la de un Establecimiento de Salud de menor nivel de atención en la zona o con los consultorios y/o clínicas privadas que brindan atención de salud y que funcionan en casas.

Tabla 4. Calidad de atención en la dimensión procesos, en el Control prenatal en gestantes. Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.

CALIDAD DE ATENCIÓN:		
DIMENSIÓN PROCESOS	Nº	%
Mala	8	9,0
Buena	81	91,0
TOTAL	89	100,0

En la tabla se observa que la atención del control prenatal en la dimensión procesos fue de buena calidad para el 91,0% de las mujeres gestantes, mientras que para el 9,0 % la atención fue de mala calidad.

Los resultados muestran que un alto porcentaje de gestantes refiere que la calidad de atención en la dimensión Proceso es buena; esto se debe a que no tuvieron dificultades con el tiempo de espera, con la fijación de citas o falta de atención; lo que determina que la asistencia recibida de los profesionales que le realizaron el control prenatal fue de buena calidad en esta dimensión.

El evaluar el proceso de la atención nos ofrece una visión más cercana a la realidad de la calidad asistencial, ya que proporciona información sobre la competencia de los profesionales, aunque no directamente sobre el efecto de este comportamiento en la salud del usuario, así pues, el proceso nos proporciona datos reales sobre cómo funciona en la práctica un grupo o institución que se haya evaluado.

La dimensión Procesos, según el Modelo de Calidad de la Atención Médica de Avedis Donavedian se refiere 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. Referente a estos aspectos las gestantes estuvieron conformes con lo recibido durante la atención en su control prenatal, posiblemente por considerar bueno la capacidad del personal de salud en cuanto a conocimientos, trato y actitudes durante la atención (23).

Es decir la calidad en la dimensión procesos, tiene que ver con las actividades, comportamiento, conducta, relación profesional de la salud-paciente y las características del proceso de atención y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y la sociedad; el análisis del proceso se basa en la valoración de lo que los profesionales de salud hacen, en función de las necesidades de atención a los pacientes o clientes, de la habilidad con que llevan a cabo sus acciones y de las características de sus acciones en sí.

Tabla 5. Calidad de atención en la dimensión resultados, en el Control prenatal en gestantes. Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.

CALIDAD DE ATENCIÓN:		
DIMENSIÓN RESULTADOS	N°	%
Mala	12	13,5
Buena	77	86,5
TOTAL	89	100,0

Como se aprecia en la tabla, la atención del control prenatal en la dimensión resultados fue de buena calidad para el 86,5% de las mujeres gestantes, mientras que para el 13,5 % la calidad atención fue mala.

Estos resultados muestran que la mayoría de las mujeres gestantes se han sentido conformes con la atención del control prenatal recibido, porque se han cumplido sus expectativas de lo que esperaban recibir luego su atención.

La calidad de atención del usuario es un tema de interés creciente en el marco de la salud pública y de la gestión de los servicios de salud; puesto que se considera un eje angular de la evaluación de los servicios de salud y un resultado de la calidad de la asistencia y de su efectividad durante la atención brindada. La dimensión resultado se evalúa mediante indicadores para medir la variación de los niveles de salud y la satisfacción del paciente con la atención recibida.

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 en el bienestar del usuario. 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 en base a las necesidades sanitarias de la población.

En el Perú, desde los inicios de los años noventa se han desarrollado algunas intervenciones de mejora de la calidad en establecimientos y servicios de salud, con el fin de afrontar graves problemas sanitarios como la todavía elevada tasa de mortalidad infantil, la mortalidad materna y el limitado acceso a servicios resolutivos, confiables y humanizados (54).

Tabla 6. Calidad de atención en el Control prenatal según Datos Sociodemográficos de las gestantes. Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2015.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	CALIDAD DE ATENCIÓN				TOTAL	
	Mala		Buena		N°	%
	N°	%	N°	%		
Edad						
De 17 a 23	4	12,9	27	87,1	31	100,0
De 24 a 30	2	5,7	33	94,3	35	100,0
De 31 a 38	1	4,3	22	95,7	23	100,0
Estado civil						
Soltera	2	20,0	8	80,0	10	100,0
Casada	2	7,4	25	92,6	27	100,0
Unión libre	3	5,8	49	94,2	52	100,0
Lugar de procedencia						
Zona rural	2	9,1	20	90,9	22	100,0
Zona urbana	5	7,5	62	92,5	67	100,0
Grado de instrucción						
Iltrado	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Primaria incompleta	1	25,0	3	75,0	4	100,0
Primaria completa	0	0,0	11	100,0	11	100,0
Secundaria incompleta	1	12,5	7	87,5	8	100,0
Secundaria completa	2	5,9	32	94,1	34	100,0
Superior incompleta	1	7,1	13	92,9	14	100,0
Superior completa	2	11,8	15	88,2	17	100,0

Se puede observar que la mayoría de las gestantes de entre 31 a 38 años apreciaron una buena calidad de atención con un 95,7%, frente a un 4,3% que refirieron mala calidad de atención. Mientras que las mujeres gestantes de entre 17 a 23 años edad señalaron una buena calidad de atención con 87,1% y mala calidad con 12,9%.

De las gestantes con estado civil unión libre o conviviente el 94,2% refirió una buena calidad de atención frente a un 5,8% que señaló haber recibido mala calidad de atención.

En tanto las gestantes con estado civil solteras refirieron buena calidad de atención en un 80,0% y una mala calidad de atención en la atención con 20,0%.

En la tabla también se puede observar que las mujeres gestantes de la zona urbana refirieron una buena calidad de atención en un 92,5% y en un 7,5% mala calidad de atención. En tanto que las mujeres gestantes de la zona rural señalaron recibir buena calidad de atención en un 90,9% frente a un 9,1% que recibieron mala calidad de atención.

Las gestantes con grado de instrucción primaria completa e iletradas señalaron una buena calidad de atención en un 100,0% respectivamente. Seguido de las gestantes con secundaria completa que recibieron buena calidad de atención en un 94,1% y mala calidad de atención en un 5,9%. Siendo las gestantes con grado de instrucción primaria incompleta quienes refieren recibir buena calidad de atención con 75,0% frente a un 25,0% recibieron mala calidad de atención.

En cuanto a la edad, los resultados encontrados se debe a que las mujeres mayores de 30 años son mujeres que vienen asistiendo a los servicios de salud por muchos años, por diversos motivos de atención, de tal forma que conocen de cerca la atención que viene brindando el servicio en control prenatal lo que les permite manifestar el bienestar con la atención. Mientras que las mujeres embarazadas entre los 17 y 23 años de edad suelen no acudir con frecuencia a los establecimientos de salud y cuando lo hacen muchas veces desconocen los servicios que se brindan al usuario, esto les conlleva calificar a su atención como de buena o de mala calidad pero en menores porcentajes.

Referente al estado civil los resultados muestran que fueron las gestantes con unión libre las que en su mayoría refirieron tener una buena calidad de atención, y en menores porcentajes las solteras. Esto se debe a que las mujeres gestantes de unión libre o solteras son las que más acuden y hacen uso de los servicios, por no contar con un seguro de salud u otros beneficios que tendrían si fueran casadas. Y encuentran mayores

expectativas en la atención que les brinda un Hospital del estado donde observan calidad por el tipo de infraestructura, material, costos, profesionales y especialistas que atienden.

Estos resultados guardan relación con lo mencionado por ENDES, donde refiere que el grupo de mujeres en edad fértil sexualmente activa, no unida o en unión, son las que presionan más directamente a la demanda de servicios vinculados a la salud reproductiva; esto es, sobre los servicios de planificación familiar, atención del embarazo, parto y puerperio. (42)

En cuanto a la zona de procedencia los resultados se debe a que tanto en la zona urbana como rural, en su mayoría las mujeres gestantes tienen conocimiento de los servicios que brinda el Hospital por lo que pueden decir cuándo la atención es buena y cuándo no lo es, la misma que lo lleva a calificar a la calidad de atención como buena o mala.

Referente al grado de instrucción son las mujeres gestantes que presentaron primaria completa las que en mayor porcentaje experimentaron buena calidad en su atención, así como las iletradas; esto se debe a que las expectativas de éstas gestantes son bajas pues su mismo nivel de instrucción les conlleva a un desconocimiento de los aspectos con que deben contar los Hospitales para ser catalogados como de alta calidad de atención. Asimismo las gestantes con secundaria completa también señalaron haber tenido buena calidad en la atención. Mientras que otro grupo de gestantes con grado de instrucción primaria incompleta refirieron recibir mala calidad de atención, ya que al parecer no superó sus expectativas en la atención que brinda el servicio.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación se formulan las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a los datos sociodemográficos de las gestantes en su mayoría se encuentran entre 24 a 30 años. Se encontraron en el tercer trimestre de gestación y van a tener su primer hijo. Tuvieron de 4 a 6 controles prenatales, son en su mayoría de estado civil de unión libre; proceden de la zona urbana, presentan grado de instrucción secundaria completa, se trasladan al Hospital caminando y acuden en forma mensual a sus consultas de control prenatal.
2. La atención del control prenatal fue de buena calidad para la mayoría de las mujeres gestantes.
3. La atención del control prenatal en la dimensión estructura fue de buena calidad para la mayoría de las mujeres gestantes, sin embargo se experimentó como de mala calidad para un menor porcentaje de ellas.
4. La atención del control prenatal en la dimensión procesos fue de buena calidad para la mayoría de las mujeres gestantes, mientras que fue de mala calidad para un menor porcentaje.
5. La atención del control prenatal en la dimensión resultados fue de buena calidad para la mayoría de las mujeres gestantes y para otro porcentaje menor resultó ser de mala calidad.
6. La mayoría de las gestantes de entre 31 a 38 años apreciaron una buena calidad de atención. De las gestantes con estado civil unión libre la mayoría refirió una buena calidad de atención. Las mujeres gestantes tanto de la zona urbana y rural refirieron en su mayoría una buena calidad de atención. Las gestantes con grado de instrucción primaria completa e iletradas señalaron también una buena calidad de atención.

RECOMENDACIONES

- A la Dirección Subregional de Salud Chota, implementar un sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Al personal de Salud de consultorios externos de la atención del control prenatal del Hospital José Soto Cadenillas, a pesar de los resultados obtenidos es necesario implementar estrategias, programas de gestión de la calidad.
- A la Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela Académico Profesional de Enfermería, a través de sus docentes y estudiantes, realizar estudios en la misma línea de investigación, en beneficio de los establecimientos de salud y de la población gestante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA. Política Nacional de Calidad en Salud. [Online].; 2009 [cited 2015 agosto 13. Available from:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf.
2. Galeano H, Furlán C, Auchter M, Balbuena M, Zacarías G, Mezquita G. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción. [Online].; 2006 [cited 2015 Octubre 26. Available from:
<http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v35n1/v35n103.pdf>.
3. Orihuela AM, Aquino LA, Sánchez MA, Suarez L. Percepción de la Calidad de atención de Enfermería en usuarias del Control Prenatal. Tesis. Minga Guazú-Paraguay: Hospital Regional de la ciudad del Este y del hospital distrital de Predidente Franco; 2010.
4. Losada M, Rodríguez A. Calidad del servicio de salud: Una revisión de la Literatura desde la Perspectivs del Marketing. Calidad del servicio de salud. 2007 julio-diciembre; 20(34).
5. Alcalde J, Lazo O, Nigenda G. Servicios de Salud de Perú. [Online].; 2009 [cited 2015 julio 14. Available from:
http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/19Peru.pdf.
6. Corella JM. Introducción a la gestión de marketing en los Servicios de Salud. Monografía. España: Universidad Pública de Navarra; 2005. Report No.: ISBN: 84-235-1813-2.
7. Donabedian A. La Calidad en la atención médica: defiiición y métodos de evaluación. redalyc. 2011 marzo; XXXII(248-249): p. 248-249.
8. Acosta S, Bejarano N, Bejarano M, Castiblanco N, Castaleda L. Guía de cuidado de enfermería en el Control prenatal. [Online].; 2004 [cited 2015 julio 17. Available from:
<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermer>

a/Guia%20prenatal.pdf.

9. ENDES. Salud Materna. [Online].; 2012 [cited 2015 agosto 22. Available from: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap08.pdf>.
10. Red Nacional de Epidemiología (RENACE)- DGE- MINSA. Distribución de muertes maternas Perú 2014. [Online].; 2014 [cited 2015 julio 03. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2014/SE34/mmaternas.pdf>.
11. Astrid N, Mónica D. Evaluación de la Calidad de la Atención del Programa de Control Prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias. Tesis. Popayán - Colombia: Centro de Salud Suroccidente de la ESE; 2011.
12. Alba Q, Gloria L, Martha O, Beatriz F. Percepción de gestantes acerca de la calidad del control prenatal en una empresa de salud del Estado de Pereira. Tesis. Pereira - Colombia: Empresa de salud del Estado de Pereira; 2011.
13. Rondón A, Salazar D. Calidad de Atención del profesional de Enfermería en el servicio de Maternidad I. Tesis. Bolívar- Colombia: Hospital Ruíz y Paéz; 2010.
14. Orihuela A, Aquino L, Sánchez M, Suarez L. La percepción de la calidad de la atención de enfermería en usuarias del control prenatal. Tesis. Minga Guazú - Paraguay: Hospital regional de la ciudad del Este y del hospital distrital de presidente Franco; 2010.
15. Munares O, García F. Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima. Tesis. Lima: Establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima; 2010.
16. Valle J, Plasencia C, Valle N, Nápoles E, Matamoros. D. Calidad de la Atención Prenatal en el área de Mella. [Online].; 2009 [cited 2015 julio 9. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_5_10/san08510.htm.
17. Castaño K. Calidad de la Atención en el Control Prenatal. Tesis. Bogotá: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; 2009.

18. Lourdes C. Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2007 junio; XXV(1).
19. Donabedian A. Calidad de atención. 1994..
20. Verdugo A. Calidad de la atención de Enfermería en el Servicio de Aplicación de Quimioterapia. [Online].; 2012 [cited 2015 julio 11.. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3982/3/Calidad-de-la-atencion-de-enfermeria-en-el-Servicio-de-Aplicacion-de-Quimioterapia->
21. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Semana de la Calidad en Salud. [Online].; 2013 [cited 2015 julio 15. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_conferencia/26sep/Calidad_y_Humanizaciom%20-%20Dra%20Gomez%20OPS.pdf.
22. Fernández E. Garantía de Calidad en Atención Primaria. [Online].; 2003 [cited 2015 julio 14. Available from: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2003/tema1/ap2.php>.
23. Ramón A. Filosofía de la Calidad y Calidez. [Online].; 2006 [cited 2015 julio 18. Available from: <http://www.ucsm.edu.pe/rabarcaf/CaliCalidez.pdf>.
24. MINSA. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. [Online].; 2007 [cited 2015 julio 19. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/SistemaGestiondeLaCalidad.pdf>.
25. Donabedian A. Calidad de Atención. [Online].; 2007 [cited 2015 julio 19. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/SistemaGestiondeLaCalidad.pdf>.
26. MINSA. Auditoría de la Calidad de Atención. [Online].; 2014 [cited 2015 julio 19. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2014/Presentacion_auditoria_201

- 4.pdf.
27. Schwarcz R. Control Prenatal. 2005.
 28. MINSA. Control Prenatal. 2007.
 29. Parra M. El control prenatal. [Online].; 2010 [cited 2015 julio 19. Available from: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf.
 30. MINSA. Control Prenatal. [Online].; 2009 [cited 2015 julio 19. Available from: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html.
 31. Dirección Nacional de Maternidad y de Infancia- DRMI. Recomendaciones para la Práctica del Control Preconcepcional, Prenatal y Puerperal. [Online].; 2013 [cited 2015 julio 21. Available from: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>.
 32. Vásquez C. Antecedentes ginecológicos. 2003.
 33. Patty R. MANIOBRAS DE LEOPOLD: Palpacion durante el embarazo. [Online].; 2009 [cited 2015 julio 23. Available from: <http://eenfermeriauv.blogspot.com/2009/02/maniobras-de-leopold-palpacion-durante.html>.
 34. MINSA. Inmunizaciones. 2011.
 35. Bernal A. Importancia del Control Prenatal. [Online].; 2011 [cited 2015 julio 31. Available from: <http://ginecologoenreynosa.blogspot.com/2011/05/cirugias.html>.
 36. Importancia del Control Prenatal. [Online].; 2012 [cited 2015 julio 31. Available from: <http://www.importancia.org/control-prenatal.php>.
 37. Instituto Nacional de Estadística e Informática -INEI. Encuesta Demográfica y de la Salud Familiar - ENDES. [Online].; 2013 [cited 2015 octubre 22. Available from:

- http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap004.pdf.
38. Diccionario MdLE. Lugar de procedencia. [Online].; 2013 [cited 2015 setiembre 23]. Available from: <http://www.definicionabc.com/general/procedencia.php>.
 39. Tenorio Y. Medio de transporte. [Online].; 2013 [cited 2015 setiembre 23]. Available from: <http://www.definicionabc.com/general/transporte.php>.
 40. Diccionario Edll. Frecuencia. [Online].; 2010 [cited 2015 setiembre 24]. Available from: <http://www.wordreference.com/definicion/frecuencia>.
 41. Vásquez M. Relación entre edad y fertilidad. [Online].; 2012 [cited 2015 octubre 24]. Available from: <http://www.consumer.es/web/es/bebe/antes-del-embarazo/infertilidad/2012/09/27/213339.php>.
 42. ENDES. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [Online].; 2013 [cited 2015 octubre 24]. Available from: <http://peru21.pe/actualidad/embarazo-adolescente-aumenta-lima-costa-norte-peru-inei-2191608>.
 43. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Perú: Población y Desarrollo. [Online].; 2014 [cited 2015 octubre 24]. Available from: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_15-dvmpv.pdf.
 44. El Comercio. Cada año hay más de 600 mil nuevas madres en el país. [Online].; 2015 [cited 2015 octubre 24]. Available from: <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/cada-ano-hay-mas-600-mil-nuevas-madres-pais-noticia-1728627>.
 45. MINSA. Maternidad Responsable. [Online].; 2012 [cited 2015 octubre 23]. Available from: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7.
 46. MINSA. Importancia del Control Prenatal. [Online].; 2014 [cited 2015 octubre 23].

- Available from:
http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=14501.
47. Sánchez K. Porque las gestantes no van a sus controles. [Online].; 2013 [cited 2015 octubre 23]. Available from: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12784959>.
 48. Perú 21. El 78% de mujeres que dan a luz en Perú tienen estado civil de conviviente. [Online].; 2015 [cited 2015 octubre 24]. Available from: <http://peru21.pe/actualidad/78-mujeres-que-alumbran-peru-tienen-estado-civil-conviviente-2164315>.
 49. Importancia de los medios de Transporte. [Online].; 2013 [cited 2015 octubre 25]. Available from: <http://www.importancia.org/medios-de-transporte.php>.
 50. Control Prenatal. [Online].; 2013 [cited 2015 octubre 24]. Available from: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html.
 51. Arispe C, Salgado M, Tang G, Carmen Gonzáles JR. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. [Online].; 2011 [cited 2015 octubre 24]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400004&script=sci_arttext.
 52. Oviedo E. Nivel de Satisfacción de los pacientes. [Online].; 2010 [cited 2015 setiembre 22]. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2458/1/Oviedo_se.pdf.
 53. Satisfacción. [Online].; 2014 [cited 2015 octubre 22]. Available from: <http://definicion.de/satisfaccion-del-cliente/>.
 54. Seclen J, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe. E. Relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal. [Online].; 2004 [cited 2015 octubre 24]. Available from:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n3/23084.pdf>.

55. Charry AJ, Bernal K, Carvajal G, Gonzáles E, Rivera P. Calidad del Control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública. *Calidad del Control prenata*. 2007-2008 enero-diciembre; 13(131-142).
56. Gonzáles J. La mujer a través de la historia. [Online].; 2011 [cited 2015 octubre 25]. Available from: <http://jesusgonzalezfonseca.blogspot.pe/2011/04/la-mujer-traves-de-la-historia.html>.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: “Calidad de atención en el control prenatal en gestantes. Hospital José Soto Cadenillas Chota – 2015”.

OBJETIVO: Medir la percepción de la calidad de atención que reciben las gestantes en el control prenatal, según dimensiones de estructura, procesos y resultados; en los consultorios externos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de la ciudad de Chota.

Yo, _____, peruano (a) identificado (a) con D.N.I. N°: _____ certifico que:

He leído (o que se me ha leído) el documento sobre Consentimiento Informado que contiene información sobre el propósito y beneficio del estudio, su interpretación, sus limitaciones y su riesgo, y que entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones y beneficios.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Estando consiente y aceptando participar en el presente estudio firmo el presente.

FIRMA



ANEXO 2

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA CALIDAD DE ATENCIÓN.

(AUTOR: DONABEDIAN)

Presentación:

Estimada Usuaria: Soy ex-alumna de la Carrera Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca. Estoy realizando un estudio acerca de la “Calidad de atención según la Satisfacción de la usuaria” que reciben las gestantes del hospital José Soto Cadenillas. Por tal motivo, solicito su colaboración para que responda este cuestionario con la mayor seriedad y sinceridad posible.

Los datos serán procesados estadísticamente, lo que garantiza el anonimato.

Muchas gracias por su colaboración.

Por favor lea atentamente las preguntas y contéstelas según corresponda. Si no entiende algo o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

I. Datos sociodemográficos.

1. Edad: _____ años.
2. ¿Cuántos meses de embarazo tiene?: _____ meses.
3. ¿Cuántos hijos va a tener cuando nazca este?
 - a. Este va a ser el primero.
 - b. Segundo.
 - c. Tercero.
 - d. Cuarto.
 - e. Quinto.
 - f. Más de Seis.
4. ¿Cuántas veces ha asistido a consulta hasta ahora, incluyendo la consulta de hoy? ().

5. ¿Cuál es su situación de pareja?
- Soltera. (Va a ser madre soltera. No vive con su pareja.)
 - Casada. (Vive con su pareja.)
 - Unión libre. (Pero vive con su pareja.)
 - Otra. Especificar: _____
6. Lugar de procedencia:
- Zona Rural.
 - Zona Urbana
7. Años de escolaridad formal. ¿Hasta qué grado estudió? (Grado o curso concluido)_____
8. ¿A través de qué medio vino al hospital?
- Caminando.
 - A través de una movilidad.
 - Tuve que tomar dos movilidades.
 - Tuve que tomar tres movilidades.
 - Vine en vehículo propio.
9. ¿Con qué frecuencia asiste al control prenatal?
- Cada semana.
 - Cada 15 días.
 - Cada mes.
 - Cada dos meses.
 - Otra. Especificar: _____

II. Calidad de Atención

1. Dimensión Estructura.

A continuación le voy a plantear algunas preguntas o temas. Y le voy a pedir su respuesta en números, del 0 al 7. Cero quiere decir lo peor. 7 quiere decir lo mejor.

Yo le voy a ayudar en cada tema o pregunta. Comenzamos:

A. Cuando está esperando aquí, en la sala de espera, ¿cómo se siente?

1.

Muy incómoda									Muy cómoda
	0	1	2	3	4	5	6	7	

2.

Muy cansada									Muy descansada
	0	1	2	3	4	5	6	7	

3.

Muy a disgusto									Muy a gusto
	0	1	2	3	4	5	6	7	

4.

Muy intranquila									Muy tranquila
	0	1	2	3	4	5	6	7	

B. ¿Qué le parece esta sala de espera?

5.

Muy chiquita									Muy amplia
	0	1	2	3	4	5	6	7	

6.

Muy mal iluminada									Muy bien iluminada
	0	1	2	3	4	5	6	7	

7.

Muy sucia									Muy limpia
	0	1	2	3	4	5	6	7	

8.

Muy desagradable									Muy agradable
	0	1	2	3	4	5	6	7	

C. ¿Las veces que entró en la sala, para su atención, cómo viste o sentiste la sala?

9.

Muy chiquita									Muy amplia
	0	1	2	3	4	5	6	7	

10.

Muy mal iluminada									Muy bien iluminada
	0	1	2	3	4	5	6	7	

11.

Muy sucia									Muy limpia
	0	1	2	3	4	5	6	7	

12.

Muy desagradable									Muy agradable
	0	1	2	3	4	5	6	7	

D. ¿Cómo le parece el viaje que hace para llegar desde su casa hasta el hospital?

13.

Muy largo									Muy corto
	0	1	2	3	4	5	6	7	

14.

Muy desagradable									Muy Agradable
	0	1	2	3	4	5	6	7	

15.

Muy cansador									Nada cansador
	0	1	2	3	4	5	6	7	

E. Con respecto a su casa, ¿cómo le parece la ubicación del hospital?

16.

Muy lejos									Muy cerca
	0	1	2	3	4	5	6	7	

17.

Complicado para llegar									Fácil para llegar
	0	1	2	3	4	5	6	7	

F. Con respecto a los horarios de atención que le brinda el hospital, ¿qué opina?

18.

Muy poco adecuado									Muy adecuado
	0	1	2	3	4	5	6	7	

19.

Muy inconveniente									Muy conveniente
	0	1	2	3	4	5	6	7	

G. Con respecto al tiempo de espera para la consulta, desde que saca su cita.

20.

Se espera mucho									Se espera poco
	0	1	2	3	4	5	6	7	

21.

Muy cansador									Nada cansador
	0	1	2	3	4	5	6	7	

H. Con respecto al tiempo que le dedican en la sala de consulta.

22.

Le atienden apuradamente									Le atienden tranquilamente
	0	1	2	3	4	5	6	7	

23.

No le dedican el tiempo suficiente									Le dedican el tiempo suficiente
	0	1	2	3	4	5	6	7	

2. Dimensión Proceso.

A. Con respecto a sus conocimientos y sus sentimientos acerca del control prenatal:

24.

El personal de salud nunca me explicó nada									El personal de salud me explicó todo.
	0	1	2	3	4	5	6	7	

25.

No sé nada									Entiendo todo
	0	1	2	3	4	5	6	7	

26.

No comprendo nada									Comprendo todo
	0	1	2	3	4	5	6	7	

27.

No creo que sea importante									Creo que es muy importante
	0	1	2	3	4	5	6	7	

28.

No me gusta hacerlo									Lo hago con mucho gusto
	0	1	2	3	4	5	6	7	

B. Con respecto a sus conocimientos y sus sentimientos acerca de los exámenes realizados o que se tienen que realizar:

29.

El personal de salud nunca me explicó nada									El personal de salud me explicó todo.
	0	1	2	3	4	5	6	7	

30.

No entiendo nada									Entiendo todo
	0	1	2	3	4	5	6	7	

31.

No entiendo por qué es importante									Entiendo perfectamente por qué es importante
	0	1	2	3	4	5	6	7	

32.

No me gusta hacerlos									Lo hago o haría con mucho gusto
	0	1	2	3	4	5	6	7	

C. Con respecto a sus conocimientos y sus sentimientos acerca de lactancia materna.

33.

El personal de salud nunca me explicó nada									El personal de salud me explicó todo
	0	1	2	3	4	5	6	7	

34.

No entiendo nada									Entiendo todo
	0	1	2	3	4	5	6	7	

35.

No creo que sea importante									Creo que es muy importante
	0	1	2	3	4	5	6	7	

D. Con respecto a sus conocimientos y sus sentimientos acerca de las vacunas.

36.

El personal de salud nunca me explicó nada									El personal de salud me explicó todo
	0	1	2	3	4	5	6	7	

37.

No entiendo nada									Entiendo todo
	0	1	2	3	4	5	6	7	

38.

No creo que sea importante									Creo que es muy importante
	0	1	2	3	4	5	6	7	

E. Con respecto a sus conocimientos y sus sentimientos acerca de los cuidados del recién nacido.

39.

El personal de salud nunca me explicó nada									El personal de salud me explicó todo
	0	1	2	3	4	5	6	7	

40.

No entiendo nada									Entiendo todo
	0	1	2	3	4	5	6	7	

F. Con respecto a sus conocimientos y sus sentimientos acerca de las recomendaciones para el trabajo de parto.

41.

El personal de salud nunca me explicó nada									El personal de salud me explicó todo
	0	1	2	3	4	5	6	7	

42.

No entiendo nada									Entiendo todo
	0	1	2	3	4	5	6	7	

43.

No comprendo nada									Comprendo todo
	0	1	2	3	4	5	6	7	

G. Durante sus consultas, ¿cómo siente el trato del Personal de Salud?

44.

Nunca me llama por mi nombre									Siempre me llama por mi nombre
	0	1	2	3	4	5	6	7	

45.

Muy poco amable									Muy amable
	0	1	2	3	4	5	6	7	

46.

Siento que no me comprende									Siento que me comprende
	0	1	2	3	4	5	6	7	

47.

Siento que no me da importancia									Siento que me da importancia.
	0	1	2	3	4	5	6	7	

48.

Me trata como a una extraña									Me trata casi como a una pariente.
	0	1	2	3	4	5	6	7	

3. Dimensión Resultados

A. Una vez que termina sus consultas, ¿cómo se siente?

49.

Muy mal cuidada									Muy bien cuidada
	0	1	2	3	4	5	6	7	

50.

Muy insegura									Muy segura
	0	1	2	3	4	5	6	7	

51.

Muy intranquila									Muy tranquila
	0	1	2	3	4	5	6	7	

52.

Muy agotada									Muy descansada
	0	1	2	3	4	5	6	7	

B. Con respecto al parto que va a tener, ¿cómo se siente?

53.

Muy insegura									Muy segura
	0	1	2	3	4	5	6	7	

54.

Muy intranquila									Muy preocupada
	0	1	2	3	4	5	6	7	

55.

Muy ansiosa									Muy serena
	0	1	2	3	4	5	6	7	